



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

CENTRO DE HUMANIDADES

UNIDADE ACADÊMICA DE HISTÓRIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA

**ENTRE A CIÊNCIA E A SAÚDE PÚBLICA: A CONSTRUÇÃO DO MÉDICO
PARAIBANO COMO REFORMADOR SOCIAL (1911 – 1929)**

LEONARDO QUERINO BARBOZA FREIRE DOS SANTOS

CAMPINA GRANDE – PB

2015



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

CENTRO DE HUMANIDADES

UNIDADE ACADÊMICA DE HISTÓRIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: HISTÓRIA, SOCIEDADE E CULTURA

LINHA DE PESQUISA II: CULTURA, PODER E IDENTIDADES

**ENTRE A CIÊNCIA E A SAÚDE PÚBLICA: A CONSTRUÇÃO DO MÉDICO
PARAIBANO COMO REFORMADOR SOCIAL (1911 – 1929)**

LEONARDO QUERINO BARBOZA FREIRE DOS SANTOS

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Campina Grande (PPGH – UFCG), junto à Linha de Pesquisa *Cultura, Poder e Identidades*, em cumprimento às exigências para a obtenção do título de Mestre em História.

ORIENTADOR

PROF. PhD IRANILSON BURITI DE OLIVEIRA

CAMPINA GRANDE – PB

2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL DA UFCG

S237e Santos, Leonardo Querino Barboza Freire dos.
Entre a ciência e a saúde pública: a construção do médico paraibano como reformador social (1911 - 1929) / Leonardo Querino Barboza Freire dos Santos. – Campina Grande, 2015.
254 f.

Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Humanidades, 2015.

"Orientação: Prof. PhD Iranilson Buriti de Oliveira".
Referências.

1. História da Medicina. 2. História da Paraíba.
3. Representações Sociais. I. Oliveira, Iranilson Buriti de. II. Título.

CDU 930:614(813.3)(043)

LEONARDO QUERINO BARBOZA FREIRE DOS SANTOS

**ENTRE A CIÊNCIA E A SAÚDE PÚBLICA: A CONSTRUÇÃO DO MÉDICO
PARAIBANO COMO REFORMADOR SOCIAL (1911 – 1929)**

Dissertação avaliada em 24 de abril de 2015, com conceito *Aprovado com distin-*
ção

BANCA EXAMINADORA

Iranilson Buriti de Oliveira

Prof. PhD Iranilson Buriti de Oliveira – UFCG

Orientador

Gervácio Batista Aranha

Prof. Dr. Gervácio Batista Aranha – UFCG

Examinador Interno

José Gonçalves Gondra

Prof. PhD José Gonçalves Gondra – UERJ

Examinador Externo

Prof. Dr. Azemar dos Santos Soares Júnior – UFPB

Examinador Externo

Prof.ª Dr.ª Regina Coelli Gomes Nascimento – UFCG

Examinadora Interna – Suplente

À Yara, minha musa historiadora.

AGRADECIMENTOS

“Nós conseguimos”. Nos últimos dois anos perseguimos estas palavras com dedicação, amor, ansiedade, prazer e, em algumas situações, um pouco de renúncia, de dor e de angústia. Mas, se estas palavras de agradecimento estão sendo lidas é porque, de alguma forma, conseguimos vencer o império do medo, o jugo do cansaço, a opressão do tempo, a “escassez” de fontes. Há cerca de um ano, superar estes “titãs” parecia um objetivo inalcançável. Agora, vislumbrando a “luz no fim do túnel” com toda a sua intensidade, podemos erguer a cabeça, olhar para o céu, recuperar as forças, experimentar uma imensa alegria e sentir que tudo o que vivemos ao longo desta pesquisa “valeu muito a pena”!

Mas nós não conseguimos sozinhos. Nas páginas que seguem, o prezado leitor entrará em contato com os resultados de um trabalho coletivo, produzido por dezenas de mãos. O nome do autor, na capa deste texto, eclipsa, em parte, a gigantesca colaboração de inúmeros personagens sem os quais a presente narrativa jamais poderia ser escrita. Agradecer, neste caso, significa reconhecer que não somos capazes de conduzir uma pesquisa e de produzir nossas histórias sozinhos. Mas, além disso, é um ato que restitui a justiça, por assim dizer, ao compartilhar a alegria de ser autor com tantas pessoas que contribuíram, de formas tão variadas, na construção deste sonho.

Nesse sentido, agradeço a todos os professores que tive ao longo da minha formação, desde os meus primeiros anos na Escola, passando pela Educação Básica, chegando à Graduação e ao Mestrado em História na UFCG (Universidade Federal de Campina Grande). Todos eles, cada um a seu tempo, cada um a seu modo, contribuíram com importantes “tijolos” na edificação desta pesquisa. Ao compartilhar a sua sabedoria, as suas experiências, os seus ensinamentos estes mestres me ajudaram não só a construir conhecimento: eles me apresentaram o prazer de aprender, de partilhar, de ser solidário, de fazer o bem. Obrigado por participar da minha formação intelectual e humana. Obrigado pela atenção, pela paciência, pela compreensão, pela insistência, por não terem desistido de mim... Seu amor e sua dedicação a arte de ensinar, um dos ofícios mais complexos, mais altruístas e mais apaixonantes que existe, foi um dos fatores “que mudou a minha vida”.

Neste caso, mencionar nomes implica cometer injustiças, incorrer em omissões importantes. No entanto, gostaria de referir seis professores que tiveram participação especial em minha vida. Eles cumprirão a função de “representar” tantos docentes com os quais tive o prazer de aprender e o privilégio de conviver ao longo da minha trajetória até aqui. Tive a

honra de receber as “primeiras letras” e ensinamentos de cinco pessoas que foram muito mais do que minhas primeiras professoras: minhas tias Lucinha, Zizi, Everalda e Bisneta, e minha avó, “Dona Zizi”. Delas, talvez eu tenha herdado a paixão de ensinar. Para além disso, elas me ensinaram a importância de amar o próximo, de ajudar os “outros”, de fazer o bem, de ser solidário, de se indignar contra as injustiças e de lutar pelo que acreditamos. À querida e saudosa “Dona Zizi”, além de tudo isso, agradeço por ter alimentado minha paixão pela história, nutrindo-a com suas fascinantes e divertidas narrativas sobre a trajetória de nossa família e da nossa cidade natal, Areia-PB.

Em 2010, quando iniciava o terceiro ano do curso de História da UFCG, diversos questionamentos assaltaram meu espírito. Sentia-me “perdido” no curso. O sonho de ser professor de história havia se transformando em um imenso ponto de interrogação. Ante estas perspectivas “obscuras” sobre o meu futuro, eu conheci um professor que mudaria minha vida: Iranilson Buriti. Alguém que me devolveu a alegria de estudar história, que me ensinou que a vida dos homens no tempo precisa ser problematizada com respeito e ética e pode ser narrada com sensibilidade e poesia. Uma pessoa que vive intensamente a paixão de conhecer e o amor de ensinar. Um professor que não consegue disfarçar a imensa alegria que sente pelo crescimento de seus alunos, que não mede esforços para motivá-los, para ajudá-los na construção de seus sonhos. Uma referência de ser humano para todos que o conhecem. Prezado Iranilson: “muitíssimo obrigado por tudo o que o senhor já fez por mim. Abraços e fique com Deus”.

Agradeço também a todos os amigos com os quais tive o privilégio de cursar a Graduação e o Mestrado em História da UFCG. Obrigado por ter me “sustentado” com sua amizade, por ter dividido não apenas os seus saberes, mas também por ter me ajudado a superar os momentos difíceis e as tristezas, e por ter compartilhado comigo tantas alegrias, sonhos e realizações. Em especial, sou grato a Max e Débora, parceiros inesquecíveis de pesquisa, bem como aos companheiros de “todas as horas” Pedro, Janderlan, Carlos Eduardo, Ítalo e Alisson, “historiadores competentes, amigos preciosos”.

Muito obrigado a todos (docentes e técnicos) que fazem parte do Programa de Pós-Graduação em História da UFCG, pela atenção, disponibilidade e imprescindível colaboração à esta pesquisa. Sem o seu auxílio, este projeto “não teria saído do papel”. Agradeço igualmente à CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), pelo apoio financeiro que viabilizou esta pesquisa, fomentando a produção historiográfica local, contribuindo para a minha formação profissional enquanto docente, e tornando possível a realização de projetos e a construção de novos sonhos.

Não poderíamos esquecer dos professores Gervácio Aranha, José Gondra e Azemar dos Santos Soares Júnior. Agradeço por suas sábias sugestões e ricas contribuições, as quais foram muito importantes na construção deste trabalho. Em especial, muito obrigado ao professor Azemar dos Santos Soares Júnior que “simplesmente” viabilizou esta pesquisa ao disponibilizar-nos seu arquivo pessoal. Agradeço também aos atenciosos e prestativos funcionários dos arquivos que “invadimos” para construir a presente narrativa: Biblioteca Átila Almeida, da UEPB (Universidade Estadual da Paraíba); Arquivo da Arquidiocese da Paraíba; Arquivo do IHGP (Instituto Histórico e Geográfico da Paraíba); e Arquivo da Secretaria Municipal de Educação da cidade de Esperança-PB.

Yara, eu tenho tantos motivos para te agradecer. Mas, neste momento, você merece um agradecimento especial por ter me “suportado” nestes últimos dois anos. Na verdade, desde 2005 você tem sido protagonista na história da minha vida, partilhando felicidade, sonhos e realizações. Compartilhar a vida com você é um presente de Deus. Estar ao seu lado me faz querer ser alguém melhor. Muito obrigado por estar sempre presente, mesmo nos momentos mais difíceis, transformando lágrimas em sorrisos, medo em motivação, tristeza em aprendizado. Sua compreensão, seu carinho, suas palavras de ânimo e sua colaboração como historiadora foram fundamentais para a realização deste trabalho. Sem você, este sonho jamais teria se tornado realidade.

Também agradeço, e muito, aos meus pais, Francisco e Verônica. Sempre me emociono quando penso em tudo o que vocês fizeram por mim, quando lembro em todo o seu sacrifício para que eu chegasse até aqui. Vocês “doaram” boa parte das suas vidas para que eu realizasse os meus sonhos. Sinceramente eu não conheço palavras para expressar a minha admiração, o meu respeito, a minha gratidão e o meu amor por vocês. Agradeço também a Laís e a Leandro, pessoas maravilhosas, bênçãos de Deus na forma de irmãos, que sempre me ajudaram e me apoiaram nos meus sonhos de historiador.

Por fim, permita-me o prezado leitor o último e mais importante registro dessa longa lista. Agradeço a Deus, o Senhor da minha vida, a Razão da minha existência. Nos momentos mais críticos desta pesquisa o Seu infinito amor foi o meu sustento, a minha motivação para erguer a cabeça e seguir em frente. Por todas as razões imagináveis, o Senhor tornou possível esta pesquisa. Por este motivo, todo o mérito, toda a honra e toda a glória deste trabalho pertencem a Ele.

RESUMO

ENTRE A CIÊNCIA E A SAÚDE PÚBLICA: A CONSTRUÇÃO DO MÉDICO PARAIBANO COMO REFORMADOR SOCIAL (1911 – 1929)

Este trabalho problematiza representações da sociedade paraibana construídas por médicos que atuaram na Paraíba entre 1911 e 1929. Tais representações, postas em circulação por meio de escritos na imprensa e de palestras e conferências em espaços públicos (noticiadas pelos jornais locais), constituíram a imagem de uma sociedade “enferma”, que “inspirava cuidados médicos”. Analisando estas representações médicas, elaboramos uma narrativa possível sobre a construção da figura do médico paraibano como “homem de ciência” e “reformador social”. Interpretamos que a construção desta identidade médica, junto com a constituição, na mesma época, de uma medicina social de caráter preventivo e pedagógico na Paraíba, contribuíram para que a medicina paraibana alcançasse maiores níveis de legitimidade social e institucionalização profissional. Na construção do trabalho, analisamos jornais e revistas que circulavam na Paraíba durante o recorte estudado, tais como os jornais *A União*, *A Imprensa* e *Gazeta do Sertão*, bem como a *Revista Era Nova*. Além destas fontes, analisamos também documentos oficiais, especialmente as mensagens anuais dos presidentes da Paraíba endereçadas ao poder legislativo estadual. As representações sobre medicina, doenças e saúde que circularam na Paraíba por meio destes impressos foram problematizadas a partir da leitura teórica da Nova História Cultural, especialmente na linha dos trabalhos de Roger Chartier, autor com o qual nos aproximamos a partir dos conceitos de representação, leitura e apropriação. Além disso, dialogamos com as análises de Michel Foucault acerca das relações de poder, e com as formulações teóricas de Sandra Jatahy Pesavento sobre o tema das sensibilidades. Esta narrativa também estabelece diálogos com o campo da história da saúde e das doenças que tem problematizado estes temas a partir de uma perspectiva sociocultural, atenda às dimensões simbólicas e sociais relacionadas às experiências históricas de adoecimento e medicalização.

Palavras-chave: História da medicina. História da Paraíba. Representações sociais.

ABSTRACT

BETWEEN SCIENCE AND PUBLIC HEALTH: THE FORMATION OF A DOCTOR FROM PARAIBA AS SOCIAL REFORMER (1911-1929)

The present paper is about representations from Paraíba's society formed by doctors who worked in this state between 1911 and 1929. Such representations were shown through media posts, lectures and conferences in public places (posted by local newspapers) and built an image of an "ill" society, which "needed medical care". Analyzing these medical representations, we wrote a parallel about the rising of Paraíba's doctor as a "science man" and a "social reformer". We interpreted that the rising of this medical identity and also the constitution of a protective and pedagogical social medicine at the same moment in Paraíba contributed to improve its social legitimacy and professional institutionalization to higher levels. In order to write this paper we analyzed newspapers and magazines from the period, such as *A União*, *A Imprensa* and *Gazeta do Sertão*, as well as *Era Nova Magazine*. Moreover, we analyzed official documents, mainly the annual messages from Paraíba's presidents to the state legislature power. The representations about medicine, illnesses and health, which were transmitted in Paraíba by these means of communication, were analyzed through the theoretical reading of New Cultural History, mainly the work of Roger Chartier, an author that we approached because of his concepts of representation, reading and appropriation. Furthermore, we read Michael Foucault disserting about power relations and the theoretical statements of Sandra Jatahy Pesavento about sensibilities. This paper links the field of health history and the illnesses that discuss this theme through the sociocultural point of view to achieve the symbolic and social dimensions related to historical experiences of illness and medicalization.

Key words: History of medicine. History of Paraíba. Social representations.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Principais fontes e arquivos pesquisados.....	42
Quadro 2 – Estimativa do número de médicos diplomados que atuaram na Paraíba entre 1901 e 1930.....	65
Quadro 3 – Trabalhos apresentados na Semana Médica de 1927.....	194

SUMÁRIO

Introdução.....	12
Apresentações, justificativas, contribuições, motivações.....	12
Sobre os nossos diálogos teóricos e escolhas metodológicas.....	24
As fontes e a disposição dos capítulos.....	39
Capítulo I – Uma história possível de uma “certeza” construída historicamente: o poder médico sob suspeita.....	46
1.1 Uma “Anamnese” possível da medicina na Paraíba.....	51
1.2 A doença como problema social e a saúde como a solução de todos os males.....	71
1.3 Quando o médico paraibano se torna “cientista” e “gestor público”.....	85
1.4 Quando a saúde do outro é mais importante do que a própria vida.....	107
Capítulo II – Pela sociedade e pela medicina: a atuação da Sociedade de Medicina e Cirurgia da Parahyba como espaço de institucionalização do campo médico.....	121
2.1 Sociedade de Medicina e Cirurgia da Parahyba: associativismo científico nos anos 20.....	123
2.2 A ciência a serviço do “bem-estar coletivo”: a SMCPB como instituição de “utilidade pública”.....	139
2.3 Um parecer <i>útil e competente</i> : a SMCPB e a construção do Hospital de Isolamento.....	161
2.4 O universo da saúde como campo de batalha: a SMCPB e a luta pelo fortalecimento da medicina na Paraíba.....	180
Capítulo III – “Uma comunhão de crenças, confundidos pelo mesmo ideal”: a Semana Médica em cena (1927).....	186
3.1 Esquadrinhando a Semana Médica de 1927.....	190
3.2 Curar a Paraíba, penetrar na sociedade: um saber médico (ainda) em busca de força.....	204
3.3 Medicalizar é preciso, “regenerar” é (ainda mais) preciso: a eugenia na Semana Médica de 1927.....	221
Palavras Finais.....	240
De um “diagnóstico” inacabado a novas possibilidades de pesquisa.....	244
Fontes.....	246
Referências Bibliográficas.....	247

INTRODUÇÃO

Apresentações, justificativas, contribuições, motivações

Sua dor era dilacerante. Após ter extraído dois dentes, “ficou horrorosamente disforme, inspirando comiseração a quem quer que o visse”¹. A causa do seu sofrimento: um tumor no maxilar, que começara a se desenvolver após as extrações dentárias tendo “constantemente continuado a aumentar de volume de um modo extraordinário”. As páginas do *Jornal do Recife* informavam que “O infeliz é pardo, tem 30 anos, pouco mais ou menos” e é natural da então província da Paraíba. Estava na capital pernambucana para realizar uma cirurgia arriscada: poderia representar o alívio para suas dores ou um passaporte para a morte! A operação ocorreria no dia seguinte, no Hospital Pedro II. Segundo o jornal, tratava-se de um procedimento importante, mas também curioso pelo volume do tumor. Tanto que, para assistirem à cirurgia, “foram convidados todos os médicos aqui residentes”².

E lá foi “O infeliz” entregar seu corpo, suas dores e suas esperanças aos mais competentes esculápios de Recife. O nome do “paciente” não apareceria na notícia de jornal que informou sobre sua “importante e curiosa” cirurgia. Sua enfermidade, a causa do seu sofrimento, essa sim era descrita em detalhe nas páginas do periódico. Além de ter seu corpo dilacerado pela dor física, aquele paraibano padecia então dos diversos sofrimentos implicados na construção de sua nova identidade, a de “paciente” (SANT’ANNA, 2001, p. 31). Agora ele era um “infeliz”. Mas, o mais importante do ponto de vista dos editores, era a sua “curiosa” doença que no dia seguinte seria submetida ao saber médico, subjugada pelo clorofórmio anestésico, extirpada pelo bisturi da ciência.

Materiais dispostos, tarefas distribuídas, às 09:30h da manhã do dia 30 de junho de 1875, o “Dr. Malaquias, ajudado por numerosos colegas”, deu início à cirurgia. A operação se prolongou até as 11 horas da manhã, “havendo algumas pequenas interrupções exigidas por síncope em que caía o doente, que não foi – nem podia ser – cloroformizado, visto ser a boca o campo cirúrgico”³. Mesmo sem anestesia, a dolorosa operação foi finalizada. Do ponto de vista técnico, apesar das dificuldades, a cirurgia foi um “sucesso”. Porém, “Não foi possível evitar todos os acidentes”: o cirurgião até conseguiu remover o tumor “sem grande perda de sangue”, mas não conseguiu evitar o esgotamento do doente, “causado pela grande e

¹ *Jornal do Recife*. 29 jul. 1875 (apud VIDAL FILHO, 1964, p. 85).

² *Idem*, 1875.

³ *Jornal do Recife*. 30 jul. 1875 (apud VIDAL FILHO, 1964, p. 85).

prolongada dor”. Pouco mais de uma hora e meia após o fim da cirurgia o paciente morreu. Segundo a fala jornalística, informada pelo relato médico do acontecimento, “A dor foi, pois, a causa imediata da morte”⁴. Contudo, não havia o que lamentar, pois, como lembrava a notícia, os 18 médicos presentes na reunião realizada dois dias antes para discutir a operação, foram unânimes no julgamento de que a cirurgia era absolutamente necessária. Logo, não havia o que contestar. Até porque, como comenta Vidal Filho analisando o episódio,

O nosso pobre conterrâneo sofreu pavorosamente e não morreu da operação...mas, sim da dor.

A ciência do tempo marcou um tento. Dezoito médicos acompanharam passo a passo o tratamento do infeliz mulato e o fato foi registrado nos jornais, como uma vitória da medicina pernambucana.

O homem entregou a alma a Deus, mas foi simplesmente por pirraça, pois já estava curado (VIDAL FILHO, 1964, p. 86).

Não tivemos acesso a maiores informações sobre o caso. Nosso conhecimento, aliás, é mediado pela leitura de Vidal Filho, que transcreveu a notícia em um artigo publicado na *Revista do Instituto Histórico e Geográfico da Paraíba*, em 1964. Mesmo assim, é possível afirmar que a cobertura jornalística do episódio sinaliza aspectos importantes das representações sociais construídas sobre a medicina ocidental moderna. Entre outros elementos que poderiam ser ressaltados, gostaríamos de destacar um em especial: as relações de poder atribuídas ao saber médico, por vezes colocado em uma posição de tamanha objetividade e “abnegação”, que desautoriza qualquer questionamento às suas ações e prescrições, sobretudo dos que não pertencem à corporação médica. Junto com Sandra Caponi (2000), acreditamos que esta legitimidade conquistada pelo saber médico para intervir em variados aspectos da existência humana justifica os estudos históricos sobre a medicina, pois

Estas estratégias de “biopoder” interferem em nossa existência, na medida em que cuidam de nossa saúde, vigiam nossos movimentos, discutem nossa sexualidade, administram nossa força de trabalho e assistem nossas necessidades mais elementares, olhando para os aspectos mais ínfimos e as tramas mais íntimas de nossa vida (CAPONI, 2000, p. 11 – 12).

Assim, esta pesquisa busca colaborar com as análises históricas sobre a medicina no cenário local. Para tanto, estudamos as representações sociais construídas por médicos que atuaram na Paraíba entre 1911 e 1929. Por meio delas, pretendemos elaborar uma narrativa possível sobre a construção histórica da figura do médico paraibano como “homem de ciência” e “reformador social”.

Este é um momento marcado pelo fortalecimento da medicina na Paraíba. Os médicos passam a ocupar posições importantes nos serviços de saúde que foram sendo constituídos

⁴ Idem, 1875.

especialmente nos anos 1920 em razão dos maiores investimentos públicos na área. Suas falas estampam as páginas dos principais jornais paraibanos. Aparece a primeira associação médica no estado, a Sociedade de Medicina e Cirurgia da Parahyba⁵, criada em 1924. Ansiosas por “progresso”, “modernidade” e “civilização”, as elites políticas e econômicas percebem no projeto médico-sanitário uma alternativa capaz de viabilizar a construção de uma “nova” Paraíba, “próspera”, “moderna” e “civilizada”, por intermédio da medicalização da sociedade. Por isso, convocam os esculápios para participar da gestão das políticas públicas, autorizam o saber médico a intervir na vida íntima e social dos cidadãos, a educar a população conforme os princípios da “moderna higiene” e do “moderno sanitarismo”, expressões cada vez mais usadas pelos médicos na imprensa paraibana para legitimar o seu saber.

O discurso médico conquistava cada vez mais legitimidade na Paraíba, na medida em que determinados setores das elites políticas e econômicas concordavam que a prosperidade do estado passava pela “cura” de parcelas consideráveis de sua população, diagnosticadas como “enfermas” pelo saber médico. Aos olhos destas elites, parecia que o tão almejado “progresso” dependia, entre outros fatores, da saúde das populações. Saudáveis, os “paraibanos”⁶ seriam mais úteis, mais produtivos, mas também mais ordeiros e mais disciplinados para o trabalho e para a vida em sociedade, pois acreditava-se que as enfermidades físicas dialogavam com as “doenças morais”, visto que a medicina da época parecia unânime ao concordar com a validade da expressão *“mens sana in corpore sano”* (STEPHANOU, 2006, p. 36). Desse modo, a Paraíba das primeiras décadas do século XX assiste à consolidação da figura do médico como “reformador social”. A partir de então, os esculápios paraibanos teriam que conciliar as atividades da sua “clínica privada” com a medicalização de outro tipo de “corpo enfermo”: a sociedade paraibana.

Entendemos que a inserção dos médicos paraibanos em espaços públicos que possibilitavam certa margem de normalização e normatização da sociedade, tais como a imprensa local e os serviços públicos de saúde, constituiu um fator importante para aumentar a legitimidade e o reconhecimento social do saber médico na Paraíba. Mais “visível” e “atuante” nas questões sociais, o campo médico consolida junto ao público a ideia de que o seu conhecimento é útil para a sociedade e competente para “arbitrar” em matéria de saúde. É certo que a divulgação do saber médico por meio da imprensa ou de palestras realizadas em

⁵ Optamos por preservar a grafia utilizada durante o recorte da pesquisa para designar esta instituição. Sendo assim, ela será referida ao longo do texto como Sociedade de Medicina e Cirurgia da Parahyba.

⁶ Apenas a título de informação, segundo o Censo realizado no Brasil em 1920, a população do estado da Paraíba naquele ano era estimada em 961.106 habitantes. A este respeito, Cf. o Censo de 1920, disponível em <https://archive.org/search.php?query=creator%3A%22BRASIL%2C+Ministerio+da+Agricultura%2C+Industria+e+Commercio.+Directoria+Geral+de+Estat%3%ADstica>. Acesso em 03 jun. 2015.

espaços públicos como teatros, fábricas e escolas, “fazia parte de um projeto médico sanitário que não obteve êxito”, pois “as informações contendo os princípios higiênicos não atingiam a grande massa” (SOARES JÚNIOR, 2014, p. 86). Porém, mesmo não conseguindo “medicalizar” o conjunto da sociedade paraibana, essa maior inserção do saber médico nos espaços públicos constitui um passo importante para torná-lo mais aceito, mais legítimo, mais autorizado socialmente, mesmo que no princípio este reconhecimento social tenha ficado restrito a certos grupos sociais, especialmente os grupos dirigentes e as elites locais.

Todavia, a ressalva é necessária. Esta maior legitimidade não significou uma total aceitação do saber médico pelos diversos grupos sociais. Os diferentes estratos da sociedade estabeleciam relações diversas com a medicalização. Enquanto alguns indivíduos exaltavam os benefícios que as prescrições médicas trariam para a sociedade, outros resistiam à intervenção médica em suas vidas.

Encontramos um exemplo desta recusa em 1925. Na época, a Fundação Rockefeller, instituição filantrópica norte-americana, em parceria com os governos federal e estadual, chefiava na Paraíba o serviço de combate à febre amarela. Porém, em maio de 1925, este serviço foi temporariamente suspenso. O motivo: em meio a uma epidemia de varíola na capital, passou-se a suspeitar que os funcionários da Comissão Rockefeller, ao visitarem domicílios afetados pela varíola, estavam contribuindo para a difusão da epidemia. Neste cenário, o médico paraibano Flávio Maroja lamentou o que, para ele, seria o “verdadeiro” motivo da suspensão:

É verdade que muitas famílias (eis o ponto principal da questão) atemorizadas com a presença, semanalmente, dos guardas e serventes, em suas casas, descobrindo jarras, potes, barris, virando pias, tinas e outros reservatórios d’água, tudo no cumprimento louvável de seus deveres, pediram a suspensão do serviço até o desaparecimento da epidemia⁷.

Já em 1926, na sua mensagem ao legislativo estadual, o presidente João Suassuna (1924 – 1928) mencionou, como exemplo do que considerava falta de educação sanitária dos paraibanos, a “resistencia oferecida, **em não poucos casos**, à acção da benemerita Missão Rockefeller, ocasionando verdadeiros atrictos com os seus zelosos agentes”⁸. Mesmo que o motivo apresentado por Maroja não tenha sido a principal causa da suspensão dos serviços da Rockefeller, e apesar da visão preconceituosa do presidente Suassuna reduzir a complexidade

⁷ A *União*, “Comissão Rockefeller – Suspensão temporaria de seus serviços”. 26 maio. 1925.

⁸ PARAHYBA DO NORTE (Estado). **Mensagem** apresentada pelo presidente do Estado da Parahyba, João Suassuna, à Assembléa Legislativa, em 1º de outubro de 1926, na abertura de sua 3ª sessão ordinária da 9ª legislatura. Parahyba do Norte: Imprensa Oficial, 1926, p. 133, grifos nossos. Disponível em <http://www.crl.edu/brazil/provincial/para%C3%ADba>. Acesso em 06 jan. 2015.

do problema, não podemos negar que ambas as falas sinalizam que nem todos os paraibanos aceitavam plenamente o modo como os agentes da medicalização social penetravam em seus lares “no cumprimento louvável de seus deveres”. Por isso, não devemos esquecer que esta maior penetração da medicina na sociedade paraibana também ocorreu num território de confrontos e tensões, precisou lidar com resistências e recusas de alguns setores da sociedade paraibana.

Atualmente, os médicos paraibanos já não se fazem tão “engajados” nas questões políticas e sociais quanto parecem ter sido seus congêneres do começo do século XX. No entanto, ainda “desfrutam” de uma posição de prestígio e legitimidade social (que por vezes desautoriza qualquer questionamento à sua prática) que não constitui um “dado da natureza”. O *status* da medicina, qualquer que seja ele, foi construído historicamente, como, aliás, ocorre com qualquer profissão. No caso da Paraíba, acreditamos que a construção histórica dessa posição de prestígio ocupada pela medicina dependeu, dentre outros fatores, da atuação pública dos esculápios como “reformadores sociais” durante as primeiras décadas do século XX, quando se consolida a ideia de que a doença é um problema político que reclama a atenção dos poderes públicos e a saúde é o “passaporte” para o “progresso” das sociedades.

Durante o recorte cronológico desta pesquisa, Parahyba do Norte era o termo utilizado para designar tanto o estado quanto a sua capital, que a partir de 1930 passou a ser chamada de João Pessoa. Por este motivo, visando tornar a leitura mais clara, utilizaremos o termo Paraíba, com a grafia atual, quando estivermos nos referindo à capitania (na época da colonização portuguesa) à província (na época do Império) e ao estado (a partir do período republicano). Já quando estivermos nos remetendo especificamente à capital empregaremos a designação Parahyba do Norte. Nas citações de documentos manteremos a grafia empregada na fonte. Neste caso, para melhor compreensão acrescentaremos a expressão [do Norte] para demarcar quando se trata da capital.

Operação metodológica intencional do historiador, a construção da cronologia constitui um ato importante na elaboração da narrativa, na medida em que constrói sentidos, expressa escolhas, sinaliza interpretações. Iniciamos nossa caminhada no ano de 1911. Sua escolha dialoga com um ato político-institucional que teria um importante impacto no campo médico paraibano. Em 08 de junho daquele ano, o governo do então presidente da Paraíba, João Lopes Machado (1908 – 1912), instituiu e regulamentou a *Repartição de Higiene do Estado* por meio do Decreto 494⁹. Mesmo reconhecendo as limitações que marcaram a

⁹ A respeito do empenho de João Lopes Machado na criação da *Repartição de Higiene do Estado*, precisamos considerar que o mesmo era médico, formado em 1888 pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

atuação deste órgão na gestão e produção de serviços de saúde, consideramos que a sua criação significou “um divisor de águas na história da saúde do estado, e, mais particularmente, em sua capital” (SÁ, 1999, p. 205, apud SOARES JÚNIOR, 2011, p. 48).

Acreditamos que a nova *Repartição* não apenas abriria novas oportunidades para a atuação do médico como “reformador social”: ela também sinaliza uma nova consideração sobre os problemas da saúde pública. Trata-se de uma compreensão que aparece na Paraíba ainda nas últimas décadas do século XIX, vai sendo compartilhada por médicos, políticos, jornalistas, intelectuais, integrantes das elites locais, para se consolidar, pelo menos entre estes agentes históricos, nos primeiros anos do século XX: a ideia de que a saúde é uma importante questão social, que demanda a ingerência dos poderes públicos. Interpretamos esta nova “sensibilidade” em relação às questões de saúde como um importante fator de fortalecimento e legitimação social da medicina na Paraíba.

Caminharemos até 1929. Naquele ano, a construção de um Hospital de Isolamento na capital da Paraíba levou alguns personagens importantes do campo médico local a se envolverem numa intensa polêmica que recebeu ampla cobertura jornalística. Durante o segundo semestre de 1929, principalmente entre os meses de julho e agosto, o público leitor do jornal *A União* pôde acompanhar a discussão “médico-científica” sobre a melhor localização do futuro hospital. Nos momentos mais intensos da polêmica, o jornal chegou a publicar diariamente cartas e textos de médicos paraibanos se posicionando sobre o assunto. Em meio aos argumentos científicos, alguns esculápios chegaram a trocar acusações de cunho pessoal, mostrando que a medicina paraibana não era só “objetividade” e “abnegação” como pretendiam seus principais agentes.

Tudo começou quando o governo do estado, então chefiado por João Pessoa, decidiu construir um Hospital de Isolamento na capital, visando o tratamento de doenças contagiosas como a varíola. O projeto foi muito bem recebido pelo campo médico local, que, aliás, já há algum tempo reclamava às autoridades uma obra desse tipo. O motivo da polêmica foi outro. A celeuma girou em torno da localização do hospital. Desse modo, parte dos médicos defendia que o futuro estabelecimento não podia ser construído próximo às áreas centrais e mais populosas da capital, pois acreditavam que os doentes reclusos no hospital

(NÓBREGA, 1979, p. 277 – 278). Além disso, exerceu o cargo de Inspetor Sanitário no Rio de Janeiro, trabalhou na Diretoria Geral de Saúde Pública e por muitos anos foi funcionário da Saúde do Porto do Rio de Janeiro (CASTRO, 1945, p. 157 – 158). Desse modo, Machado possuía uma sólida experiência como higienista, tendo inclusive trabalhado com a equipe de Oswaldo Cruz durante os primeiros anos do século XX no Rio de Janeiro. Precisamos considerar este aspecto para entender o espaço relativamente maior que temas como higiene, saúde pública e saneamento adquiriram em suas mensagens e no seu governo, em comparação com as administrações de outros gestores paraibanos na mesma época.

representavam um grande perigo de contágio para as populações vizinhas. Outro grupo de médicos defendia a tese de que não importava a localização do hospital, pois se ele tivesse uma administração fundamentada no saber médico e rigorosamente “técnica” e “científica”, cumpria o seu papel de forma “eficiente”, sem colocar em risco a sua vizinhança.

O debate “científico” sobre o tema, e a troca de farpas que ele suscitou, se estendeu por alguns meses daquele ano de 1929. O espaço que o jornal *A União* deu ao episódio ampliou a repercussão da polêmica. Por um lado, o público leitor teve acesso à imagem de uma medicina atuante, debatendo “cientificamente” o que considerava “melhor” para o “bem estar coletivo”. Por outro lado, os leitores de *A União* puderam se “deliciar” ou se “estarrecer” com a troca de acusações e o baixo nível que a discussão assumiu em determinados momentos. Mesmo assim, é lícito supor que a cobertura jornalística sobre o assunto colocou a medicina paraibana no “centro do palco” e ampliou o “auditório” dos debates médico-científicos.

Após muita polêmica, no começo do mês de agosto de 1929, foi solicitado à Sociedade de Medicina e Cirurgia da Parahyba que se reunisse para discutir o assunto e para produzir um parecer técnico sobre a questão, visando solucioná-la de forma “condigna e satisfactoria”¹⁰. Para o “bem” e para o “mal”, o episódio como um todo revelou importantes aspectos da medicina paraibana do começo do século XX¹¹ para os seus contemporâneos, mas também para nós enquanto historiadores. Por isso, ele foi eleito e constituído como o marco temporal que encerra a cronologia desta pesquisa.

A opção por estudar representações médicas sobre saúde, doença, higiene, mas também acerca da sociedade paraibana e da própria medicina, liga-se à possibilidade que elas oferecem de acessar, mesmo que de forma limitada, mediada, fugidia, traços da atuação pública dos esculápios paraibanos enquanto agentes “reformadores sociais”, elemento que, como já dissemos, consideramos importante na ampliação da legitimidade social desta profissão. A grande maioria das representações médicas analisadas nesta pesquisa foi produzida por médicos que atuaram entre 1911 e 1929 na capital da Paraíba, à época chamada Parahyba do Norte. Devido ao reconhecimento profissional, por integrar a Sociedade de Medicina e Cirurgia da Parahyba, por fazer parte de alguma das elites locais, por exercer algum cargo político ou trabalhar numa função de destaque nos serviços de saúde, alguns médicos paraibanos daquela época tiveram uma maior inserção na imprensa local, o que lhes

¹⁰ *A União*, “O futuro Hospital de Isolamento”. 04 de ago. 1929.

¹¹ A polêmica em torno da construção do Hospital de Isolamento, e os seus significados históricos para o campo médico paraibano, serão examinados mais detalhadamente no segundo capítulo deste trabalho.

permitiu gastar suas penas para escrever sobre temas variados. Por meio de jornais e revistas, estes integrantes do que poderíamos definir como uma “elite¹² médica paraibana” faziam circular o seu saber e as suas representações sociais entre o público leitor.

Sendo assim, nossa pesquisa foi condicionada por duas limitações importantes. Em primeiro lugar, as representações médicas de que tratamos são aquelas que chegaram até nós, entre outros fatores, por terem sido publicadas na forma de texto pela imprensa local. Nesse sentido, é importante considerar que o saber médico que circulava através dos jornais e revistas constitui uma parcela, significativa e consistente, do universo de práticas e representações que caracterizava o campo médico paraibano no começo do século XX.

No entanto, como dissemos acima, estas representações médicas materializadas nas páginas da imprensa local, constituem uma parcela significativa e consistente do saber médico que circulava na Paraíba, devido a pelo menos três fatores. Primeiro: os médicos paraibanos que atuaram durante o período que estudamos possuíam uma formação acadêmica semelhante¹³, o que torna lícito supor que partilhassem determinadas ideias. Segundo: os esculápios que escreviam na imprensa integravam o que chamamos de “elite médica”. Assim, devido ao “poder político, associativo e científico que, de forma combinada, exerciam na área da saúde” (PEREIRA NETO, 2001, p. 32), estavam em condições de intervir nas diretrizes do campo médico local. Além disso, o reconhecimento profissional que desfrutavam, tornando sua fala “legítima” e “autorizada” entre seus pares, tornava os seus escritos uma peça importante na formação da opinião e nas tomadas de posição de seus colegas. Terceiro: é bem provável que a maioria dos médicos paraibanos tivesse acesso aos principais veículos da imprensa local, produzindo um espaço de circulação de saberes que acabavam participando da conformação do campo médico local.

¹² Trabalhamos com o conceito de “elite” conforme Pereira Neto (2001). Segundo este autor “os componentes da elite seriam as pessoas que dispõem de maior acesso aos valores e ao seu controle e ocupam as mais altas posições numa determinada sociedade. A quantidade de elites seria, assim, tão grande quanto a de valores. Além da elite de poder, ou elite política, existiriam as elites de riqueza, respeitabilidade e conhecimentos” (PEREIRA NETO, 2001, p. 32). Assim, definimos a elite médica paraibana dos anos 1920 como um grupo de profissionais que possuía certo controle sobre os valores e os postos de gestão da saúde, configurando-se como elite a partir da interface entre respeitabilidade social e controle de um campo de conhecimentos.

¹³ Oscar Oliveira Castro (1945, p. 11 – 193) traça o perfil biográfico dos principais médicos que atuaram na Paraíba desde o início do século XIX até os anos 1930. Dos médicos mencionados por Castro, dentre aqueles que eram efetivamente diplomados em medicina, a maioria concluiu seus estudos superiores ou na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro ou na Faculdade de Medicina da Bahia. As exceções são Manuel Arruda da Camara, paraibano formado em medicina em 1789 na Faculdade francesa de Montpellier, que atuou como médico na Paraíba e em Pernambuco entre o final do século XVIII e o início do XIX, tendo se destacado por suas pesquisas e escritos botânicos; Henri Krause, médico dinamarquês que atuou na Paraíba entre 1856 e 1864, cuja formação não é informada por Castro; e John Ligertwood Paterson, médico escocês formado pela Faculdade de Aberdeen, que teve rápida atuação na Paraíba durante o ano de 1861, antes de se transferir para a cidade de Salvador.

Uma segunda limitação importante que condicionou a nossa pesquisa está relacionada com o recorte espacial. Como já informado, estudamos as representações produzidas por médicos que atuaram na Paraíba do começo do século XX com o objetivo de problematizar a construção do esculápio paraibano como “reformador social”. Nesse sentido, nossa análise toca em diversos aspectos relacionados com a experiência de ser médico naquele contexto histórico. Porém, a maioria das nossas fontes é constituída por textos produzidos por médicos que viviam e trabalhavam na capital do estado, à época cidade de Parahyba do Norte. Ademais, as referências que fazemos aos hábitos de higiene e saúde das populações locais são feitas a partir de textos jornalísticos, relatórios oficiais e escritos médicos que, embora não negligenciassem o interior do estado, enfatizavam as situações observadas na capital. Além disso, devemos considerar os paraibanos do interior que tinham condições de procurar os médicos e hospitais da capital quando afligidos por alguma enfermidade. Nestes casos, em certo sentido, o médico da capital tornava-se momentaneamente um “médico do interior”.

No entanto, embora este aspecto deva ser muito bem considerado para que se evite generalizações infundadas, é preciso registrar o seguinte: mais do que um obstáculo que inviabilizaria a pesquisa, o interpretamos como uma condição de limite e possibilidade para a história da medicina que escrevemos. Por um lado, ele nos obriga a relativizar os “diagnósticos” que os médicos atuantes na capital produziram acerca do estado como um todo. Por outro lado, mesmo referindo-se em maior medida à capital, as fontes de que dispomos nos possibilitam discutir a construção do médico paraibano como reformador social. Para entendermos esta segunda afirmação precisamos considerar algumas características da medicina paraibana do começo do século XX e esclarecer uma vez mais o objetivo desta pesquisa.

Como sinalizam Castro (1945) e Nóbrega (1979), a maior parte dos médicos estabelecidos na Paraíba no começo do século XX atuava na capital do estado, sendo relativamente menor o número daqueles que viviam e exerciam a medicina exclusivamente em cidades do interior. Além disso, como indica Oliveira (1968, p. 99 – 100), alguns dos médicos estabelecidos na capital também atuavam em localidades do interior com certa periodicidade. Não podemos desconsiderar a possibilidade de que alguns médicos do interior mantivessem contato com seus colegas da Parahyba do Norte, por meio de viagens à esta cidade, da troca de correspondências, ou mesmo da leitura dos textos médicos publicados por jornais da capital e republicados por periódicos sediados em localidades do interior. Ademais, a leitura dos relatórios do governo estadual indica que as condições de saúde e higiene no interior do estado não eram tão diferentes das observadas na capital.

O que estamos tentando dizer com isso é que embora a maior parte das nossas fontes esteja relacionada com as experiências da capital, algumas características do ser médico na Paraíba do começo do século XX nos possibilitam estabelecer algumas conexões entre o que era observado na Parahyba do Norte e o que ocorria em outras localidades do estado em termos de saúde e higiene. Em primeiro lugar, porque o saber médico circulava no estado, não ficando restrito à capital, graças à imprensa periódica, mas também por meio da circulação dos próprios esculápios que, ao longo de sua trajetória profissional, atuavam em diferentes localidades. Em segundo lugar, porque as mensagens dos presidentes da Paraíba ao legislativo estadual sinalizam que as condições de saúde e higiene pública nas localidades do interior do estado eram no mínimo piores do que aquelas denunciadas na imprensa pelos médicos da capital. Ademais, o projeto de “medicalização” da sociedade, peça importante na construção do médico paraibano como “reformador social” e, por conseguinte, no fortalecimento profissional e institucional da medicina na Paraíba, visava o estado como um todo.

Durante o recorte cronológico desta pesquisa, a presença médica no interior do estado era diminuta. A maioria dos esculápios e dos serviços públicos de saúde concentravam-se na Parahyba do Norte. Por este motivo, grande parte das fontes hoje disponíveis para o estudo da medicina, da saúde e das doenças na Paraíba do começo do século XX refere-se ou foi produzida na capital do estado. Também devido à concentração dos médicos e dos estabelecimentos de saúde na Parahyba do Norte, é bastante provável que o relacionamento com os esculápios, as atitudes corporais e as sensibilidades dos paraibanos do interior no tocante à saúde e à higiene apresentassem certas diferenças quando comparadas com as de seus conterrâneos residentes na capital.

Contudo, estudar estas formas de pensar, agir e sentir não é o objetivo desta pesquisa. Não pretendemos nem mesmo discutir como a representação social do médico como reformador da sociedade foi recepcionada nas diferentes e diversas regiões do estado. Reconhecendo as “limitações” do nosso corpus documental, perseguimos outro objetivo: problematizar como foi construída, na Paraíba do começo do século XX, a representação social do médico como um “competente homem de ciência” e um “legítimo reformador social”. A fabricação desta imagem – que nos anos seguintes circularia em outras regiões do estado por intermédio da imprensa, dos serviços de saúde e da própria ampliação do corpo médico local – teve na Parahyba do Norte o seu “cenário” privilegiado, pois era lá que se encontravam a elite médica local e os principais espaços da saúde paraibana, tais como o Hospital da Santa Casa de Misericórdia e a Sociedade de Medicina e Cirurgia da Parahyba. Devido a estes fatores, é metodologicamente possível discutir como foi construída a

representação social do médico como reformador social na Paraíba a partir de vestígios produzidos na capital do estado, o centro do universo médico local durante o recorte cronológico desta pesquisa.

Analisar um momento histórico no qual a medicina passou por um sensível incremento de força e reconhecimento social, pode estimular reflexões sobre a historicidade do poder médico. Pode contribuir para que se problematize o discurso médico como uma “tecnologia de poder”¹⁴, cuja legitimidade não decorre “naturalmente” de sua maior “competência” técnica e científica: seu “poder” não é uma “coisa” para ser possuída, mas uma relação construída historicamente, uma “relação de poder” favorecida por certa hegemonia social, beneficiada por ter defendido determinados interesses políticos e econômicos.

Nesse sentido, os estudos históricos sobre o saber médico podem contribuir para que este campo de conhecimento seja discutido, ao evidenciar, por exemplo, a historicidade da sua consolidação. Problematizando o saber médico, a história pode contribuir para enriquecer a medicina, lembrando aos seus agentes que a prática médica não é apenas técnica e científica: ela também é social, pois dialoga com as demandas colocadas pela sociedade em que é produzida, mas também porque os médicos contribuem “com seu desempenho para reproduzir a vida social” (MOTA; SCHRAIBER, 2014, p. 1089).

Desnaturalizando o poder médico, a história pode contribuir para que a prática médica seja constantemente repensada, sempre considerando as novas exigências sociais. Lembrando aos seus agentes que a “objetividade científica” do seu saber nem sempre foi apropriada com fins “altruístas” de cura, mas que em certos momentos foi usada para justificar projetos de poder excludentes e indiferentes à alteridade, os historiadores podem chamar a atenção dos profissionais de medicina sobre a importância de submeterem o seu saber a um constante exercício de reflexão, que considere as implicações éticas, históricas e sociais de sua prática. Enfim, a história e as demais ciências sociais podem enriquecer a medicina ofertando-lhe um

¹⁴ Sandra Caponi (2000, p. 49) explica que as tecnologias de poder consistem em modalidades de governo exercidas sobre o “outro”. A autora esclarece ainda que “o governo que os homens exercem sobre outros homens – seja o poder dos homens sobre as mulheres, dos adultos sobre as crianças, do saber médico sobre os sujeitos, ou da burocracia sobre a população – supõe uma certa forma de racionalidade, não é pura violência instrumental”. Mas estas tecnologias de poder não são “infalíveis”, no sentido de que elas nem sempre conseguem moldar, conformar e anular os sujeitos para “produzi-los” conforme bem entendem, pois na relação de força entre as tecnologias de poder e o indivíduo também há espaço para recusas, negociações e resistências. Assim, a autora coloca em cena a questão do “governo que os sujeitos podem exercer sobre eles próprios”, mostrando que a produção das individualidades também sofre os influxos das chamadas “tecnologias do eu” que “permitem aos indivíduos efetuar, por eles próprios ou com o auxílio de outros, um certo número de operações sobre seu corpo, sua alma, seus pensamentos ou suas condutas, obtendo assim uma transformação de si” (FOUCAULT, 1990b, p. 48, apud CAPONI, 2000, p. 49).

outro olhar, “centrado na compreensão e na interpretação dos fenômenos socioculturais ligados à saúde e ao adoecimento” (LUZ, 2011, p. 26).

Mota e Schraiber (2014, p. 1089) argumentam que a maioria dos médicos encontra-se “alienada” de sua condição como agente social. Ou seja: estes profissionais exercem sua profissão sem reconhecer que ela interfere na sociedade e responde a exigências sociais. Assim, acabam perdendo de vista a historicidade de sua prática. Tal alienação resulta, em parte, da neutralidade científica almejada pela medicina. Esta questão torna-se problemática quando sabemos que a busca pela neutralidade na relação com o seu “objeto” (um ser humano doente) é um dos fatores que tem contribuído para tornar a medicina um saber “desumano” e “indiferente” às subjetividades e alteridades de seus “pacientes” (BASTOS, 2006, p. 71). Desse modo, a história pode enriquecer a medicina lembrando aos seus praticantes a historicidade e o enraizamento social do seu saber (MOTA; SCHRAIBER, 2014, p. 1090).

Assim, buscamos contribuir com os estudos que têm problematizado o saber e o poder médico, destacando os seus “enraizamentos sociais” e os interesses relacionados com a construção de sua “hegemonia” no campo da saúde. Para isso, optamos por estudar o fortalecimento da figura do médico como “reformador social” na Paraíba das primeiras décadas do século XX. Ele foi acompanhado pelo crescimento do número de profissionais de medicina no estado e por uma crescente institucionalização do campo, inclusive com a organização de uma associação profissional e a com a realização de congressos médicos. Além disso, dialogou com a “cientificização” da medicina, que se acentua na Paraíba a partir da segunda metade dos anos 1910, e com a politização das questões de saúde. Beneficiou-se ainda da ampliação dos serviços públicos de saúde, tanto os de assistência (hospitais, postos, laboratórios) como os de prevenção (educação sanitária). Esta inserção dos esculápios em diversos espaços públicos de atuação ajudou a construir a representação do médico como “abnegado reformador social”, fator de fortalecimento da profissão em terras paraibanas.

Além destas motivações historiográficas, o presente estudo dialoga com questionamentos que nos incomodam há algum tempo: por que o médico tem tanta autoridade para nos dizer o que devemos fazer com o nosso próprio corpo? Por que quando o “Doutor” emite seu diagnóstico, mesmo que esteja equivocado, frequentemente seguimos “a risca” o tratamento proposto (por maior que seja o sofrimento que ele provoque)? Esse caráter “incontestável” do saber médico pode parecer anacrônico na atualidade, em uma sociedade marcada por uma “crescente e prodigiosa capacidade humana de agir” (BASTOS, 2006, p. 71), cada vez mais conectada por diversas redes de comunicação, e favorecida por reflexões teóricas que colocaram o poder médico sob suspeita. Porém, nossa curiosidade em relação ao

caráter “inquestionável” do saber médico surgiu ainda no começo dos anos 2000, quando vivíamos em uma pequena cidade do interior da Paraíba, sem ao menos imaginar que Foucault existia, experimentando, como tantas outras pessoas, “dramas médicos” familiares.

Quando começamos a ler sobre “reforma sanitária”, “higienização da sociedade”, “medicalização social”, durante a disciplina “História do Brasil III”, ministrada no curso de História da UFCG pelo professor Iranilson Buriti em 2010, toda aquela discussão fez aflorar curiosidades abandonadas temporariamente. Nossa afinidade com estas reflexões tornou-se mais íntima por meio da participação no projeto de pesquisa “Palmatória da Saúde, Estetoscópio da Educação: leitura, circulação e recepção dos discursos médico-pedagógicos na Paraíba (1919 – 1945)” financiado pelo CNPq e orientado pelo mesmo Iranilson Buriti. As pesquisas e discussões realizadas em função do projeto nos tornaram cada vez mais fascinados pela história da saúde e das doenças.

Desde então, este fascínio tem conformado nossos diálogos e escolhas historiográficas. Como trabalho de conclusão do curso de Graduação em História, desenvolvemos uma pesquisa sobre Belisário Penna, médico mineiro que foi um dos principais divulgadores dos ideais de reforma e educação sanitária da sociedade brasileira no começo do século XX (FREIRE DOS SANTOS, 2012). Novas leituras, outras fontes e os nossos interesses foram direcionados para a história do poder médico e da institucionalização da medicina científica na Paraíba, dando origem à pesquisa cujos primeiros resultados o leitor têm em mãos. Foi assim que a história da medicina passou a fazer parte de nossos interesses como historiador: no encontro entre o social e o existencial, entre o acadêmico e o pessoal.

Sobre os nossos diálogos teóricos e escolhas metodológicas

A narrativa que produzimos sobre a história da medicina paraibana entre 1911 e 1929 envereda aqui por uma análise sobre as representações médicas, entendidas aqui como produções culturais. Aventuramo-nos também no estudo das identidades elaboradas e reelaboradas a partir da relação entre medicina e sociedade. Por fim, problematizamos questões relativas ao poder, na medida em que as representações e identidades médicas participam da legitimação de certas relações de dominação.

Para orientar nossas reflexões escolhemos o referencial teórico da História Cultural na linha das contribuições de Roger Chartier. Nessa perspectiva, a análise se concentra nas práticas simbólicas que atribuem sentido ao mundo, nas produções culturais que “fabricam”

historicamente a “realidade” como uma representação social, com o objetivo de problematizar “como em diferentes lugares e momentos uma determinada realidade social é construída” (CHARTIER, 2002, p. 16 – 17). Segundo Chartier, analisar a história a partir deste olhar implica pensar os diversos aspectos da existência humana, mesmo os mais naturalizados, como tendo sido construídos historicamente, de diferentes formas, por diferentes sociedades.

Nessa leitura teórica, a própria sociedade é pensada como uma construção histórica. Sua “fabricação” dialoga com as diversas representações coletivas que atribuem sentidos e significados ao mundo, que produzem ordenamentos, afirmam distâncias, estabelecem divisões (CHARTIER, 2002, p. 27 – 28). Nesse sentido, a perspectiva de História Cultural com a qual dialogamos se concentra na análise das representações coletivas que participam da construção do mundo social (CHARTIER, 2002, p. 18). Como esclarece Pesavento (2004a, p. 42): “Em termos gerais, pode-se dizer que a proposta da História Cultural seria, pois, decifrar a realidade do passado por meio das suas representações, tentando chegar àquelas formas, discursivas e imagéticas, pelas quais os homens expressaram a si próprios e o mundo”.

Em função desse diálogo com a História Cultural, o conceito de “representação” adquire importância em nossas análises. Dialogando com Pesavento (2004a, p. 40 – 41), entendemos que as representações não constituem uma “cópia” perfeita do real. Elas são construções simbólicas feitas a partir do que os seus “autores” entendem ser o “real”. Além disso, esta autora argumenta que o ato de “representar” está ligado à “presentificação de um ausente”, por meio de um “jogo” entre “exposição e ocultamento”. Por isso, as representações “dizem mais do que aquilo que mostram ou enunciam, carregam sentidos ocultos [simbólicos], que, construídos social e historicamente, se internalizam no inconsciente coletivo e se apresentam como naturais, dispensando reflexão” (PESAVENTO, 2004a, p. 41).

As representações sociais podem se expressar por meio de uma pintura, de uma obra literária, de um discurso, de um texto publicado na imprensa, de uma norma social. De acordo com Pesavento, a sua importância para o historiador não é dada pela correspondência com a “realidade”, pois as representações estão inseridas em um regime de verossimilhança, não de “verdade”. Assim, “A força da representação se dá pela sua capacidade de mobilização e de produzir reconhecimento e legitimidade social” (PESAVENTO, 2004a, p. 41). Desse modo, além de participar da “construção” histórica do mundo social, colocando-se no lugar dele, “presentificando” este “ausente”, as representações “fabricam” identidades e diferenças, “produzem” hábitos, e podem até normalizar ou normatizar comportamentos, ao fazer “com que os homens percebam a realidade e pautem a sua existência”, atuando como “matrizes geradoras de condutas e práticas sociais, dotadas de força integradora e coesiva, bem como

explicativa do real. Indivíduos e grupos dão sentido ao mundo por meio das representações que constroem sobre a realidade” (PESAVENTO, 2004a, p. 39).

De acordo com Chartier (2002, p. 17), as representações sociais estão no centro de disputas simbólicas pela hegemonia social. Embora se apresentem como um diagnóstico “neutro” e “universal” sobre a “realidade”, elas são construídas a partir dos interesses de grupo de seus “autores”. Por isso, as representações do mundo construídas pelos diferentes grupos que constituem uma sociedade podem situar-se em um campo de competições, encerrando conflitos sociais. Elas constroem relações de dominação, legitimando a potência de uns e a submissão de outros (CHARTIER, 2009, p. 51), pois

Aquele que tem o poder simbólico de dizer e fazer crer sobre o mundo tem o controle da vida social e expressa a supremacia conquistada em uma relação histórica de forças. Implica que esse grupo vai impor a sua maneira de dar a ver o mundo, de estabelecer classificações e divisões, de propor valores e normas, que orientam o gosto e a percepção, que definem limites e autorizam os comportamentos e os papéis sociais (PESAVENTO, 2004a, p. 41 – 42).

As representações configuram-se como produções simbólicas que possuem a capacidade de “construir” a “realidade social”. Por meio delas, seus “autores” atribuem sentidos e significados ao mundo: elas traduzem posições e interesses, descrevendo a sociedade como seus “autores” “pensam que ela é, ou como gostariam que fosse” (CHARTIER, 2002, p. 19).

Dialogando com esta perspectiva, analisamos como médicos que atuaram na Paraíba entre 1911 e 1929 construíram “realidades sociais” a partir das representações que elaboraram sobre a Paraíba. Estas representações médicas materializavam-se em textos diversos assinados por escúlipos paraibanos e publicados pela imprensa local. Por nos possibilitar o acesso às representações sociais construídas por seus autores, estes escritos médicos foram apropriados como a principal fonte histórica desta pesquisa. Na linha de Chartier (2009, p. 49), analisamos estas produções médicas na tensão que envolve de “um lado, as capacidades inventivas dos indivíduos ou das comunidades e, por outro, as restrições e convenções que limitam – de maneira mais ou menos clara conforme a posição que ocupam nas relações de dominação – o que lhes é possível pensar, dizer e fazer”. Isto significa que as “realidades sociais” construídas pelo discurso médico não traduzem visões puramente “pessoais”: elas encontram-se inseridas e conformadas por condições históricas de possibilidade que permitiram aos escúlipos paraibanos “ver”, “dizer” e “dar a ler” uma determinada “realidade social”.

Desse modo, o conceito de representação com o qual dialogamos nos leva a considerar os “enraizamentos” históricos e sociais do discurso médico, as relações entre estes enunciados

e o lugar social dos seus “autores”. Assim, pensamos as representações médicas não como “diagnósticos neutros”, mas como produções culturais cuja enunciação e visibilidade foram “autorizadas” por determinadas condições históricas de possibilidade. Além disso, as “realidades sociais” construídas pela fala médica atendem a determinados interesses de grupo, dialogam com exigências e pressões sociais, legitimam relações de poder. Daí a possibilidade de pensar o fortalecimento da medicina paraibana entre 1911 e 1929 problematizando as representações elaboradas pelos médicos que atuaram no estado durante esse período, principalmente analisando estas produções simbólicas em função de seus vínculos com as divisões do mundo social (CHARTIER, 2002, p. 19).

Além da noção de representação, outros dois conceitos que guiaram nossa pesquisa foram os de leitura e apropriação, também empregados aqui a partir das formulações de Roger Chartier. Estas noções nos ajudaram a pensar como as representações médicas circularam na sociedade paraibana e foram lidas e apropriadas por agentes como as autoridades políticas e os integrantes das elites locais. Representações médicas que eram lidas e apropriadas não de qualquer forma ou, pelo menos, não (exclusivamente) da forma esperada pelos seus autores, pois “Seja lá o que for, ler é uma prática criativa que inventa significados e conteúdos singulares, não redutíveis às intenções dos autores dos textos” (CHARTIER, 1993, p. 214).

Para Chartier a leitura é uma prática histórica. Poderemos encontrar um sintoma dessa característica nas diferentes leituras de uma mesma obra, produzidas por diferentes comunidades de leitores em diferentes condições históricas. Além disso, este autor argumenta que o ato de ler constitui uma prática criativa, uma produção cultural: quando lemos, não ficamos “presos” ao sentido construído pelo autor do texto. Não que a leitura possibilite “invenções” ilimitadas. Até porque nem tudo é liberdade no mundo da leitura. Os autores também buscam impor uma “ortodoxia”, uma “leitura autorizada” dos textos por meio dos “protocolos de leitura”: estratégias explícitas, como prefácios e notas, ou implícitas, como ênfases, repetições e recursos de linguagem, que visam, tal como esta introdução, “impor uma compreensão considerada legítima” acerca do texto (CHARTIER, 1993, p. 215).

No entanto, mesmo sob a ação dos protocolos, a partir da leitura podemos construir novos significados, pois ler também é se apropriar do texto, “tanto por concretizar o potencial semântico do mesmo quanto por criar uma mediação para o conhecimento do eu através da compreensão do texto” (CHARTIER, 1993, p. 215). Nesse sentido, a leitura dos textos, assim como a apropriação das produções sociais e culturais, não ocorre de forma “passiva”, pois

Os textos ou as palavras destinadas a configurar pensamentos e ações nunca são inteiramente eficazes e radicalmente aculturadores. As práticas de apropriação sempre criam usos ou representações muito pouco redutíveis aos desejos ou às

intenções daqueles que produzem os discursos e as normas (CHARTIER, 1993, p. 233 – 234).

É nesse sentido que interpretamos as eventuais leituras das prescrições médicas por diferentes grupos da sociedade paraibana, que as fontes pesquisadas permitiram acessar: como práticas culturais criativas, que possibilitaram a determinadas autoridades e a integrantes das elites locais apropriarem-se dos discursos médicos para legitimar relações de poder.

Outra noção importante em nossa leitura são as “sensibilidades”. Segundo Sandra Jatahy Pesavento (2004a, p. 56) as sensibilidades correspondem a um núcleo “primário” de percepção e de tradução do mundo que provém dos sentidos, das subjetividades, do “íntimo” de cada indivíduo. Ainda segundo a autora, as sensibilidades operam uma espécie de “assalto ao mundo cognitivo”, pois a percepção/tradução sensível da experiência humana é mediada pelas sensações, emoções e subjetividades.

Pesavento (2004b, p. 01 – 02) pondera que as sensibilidades funcionam como uma forma de representar a “realidade” que participa da construção dos imaginários sociais a partir dos sentidos. Dialogando com esta perspectiva, entendemos que as sensibilidades incidem “sobre as formas de valorizar, de classificar o mundo, ou de reagir diante de determinadas situações e personagens sociais”, participando da “formulação imaginário do mundo que os homens produzem em todos os tempos” (PESAVENTO, 2004b, p. 06). Assim, é possível pensar que as representações médicas que analisamos, embora ambicionassem a neutralidade de “diagnósticos objetivos”, também comportavam uma dimensão sensível. Primeiro porque a leitura que os médicos faziam da sociedade paraibana também era mediada por seus sentidos e subjetividades. Segundo porque suas representações sociais buscavam, entre outros fins, produzir novos padrões de sensibilidade a serem subjetivados pelos paraibanos.

Em certo sentido, as sensibilidades configuram um importante elo entre o individual e o social. Isto porque o indivíduo “sente”, mas ele também aprende a sentir (PESAVENTO, 2004a, p. 57), e este “aprendizado do sensível” ocorre no âmbito de relações sociais. Além disso, as sensibilidades não constituem um elemento inato. Sentidos, sentimentos, e emoções são construídos historicamente e partilhados socialmente. Ademais, como analisa Alain Corbin (VIDAL, 2005, p. 17), no tocante às sensibilidades, nem todos os indivíduos que vivem num mesmo período podem ser chamados de “contemporâneos”. Isto porque, nem todos sentem as mesmas coisas, de modo que o universo sensível de uma sociedade é marcado por mudanças e permanências. Ainda segundo Corbin (VIDAL, 2005, p. 17), aspectos como “o sexo, a idade, a categoria social, o local geográfico, a tradição, ou a cultura

que se recebeu” condicionam nossas formas de sentir, contribuindo para a produção de uma “simultaneidade de atitudes muito diferentes segundo os indivíduos e segundo os grupos”.

Não nascemos programados para sentir o mundo de uma determinada forma. Aprendemos, por entre as nossas relações sociais, formas históricas de sentir. A este respeito, Pesavento (2004a, p. 57) esclarece que reconhecer a dimensão pessoal dos sentidos não significa “abandonar a perspectiva de que essa tradução sensível da realidade seja historicizada e socializada para os homens de uma determinada época. Os homens aprendem a sentir e a pensar, ou seja, a traduzir o mundo em razões e sentimentos”.

O trabalho com as sensibilidades exige do historiador atenção à alteridade do passado (PESAVENTO, 2004b, p. 03), justamente por que os homens aprendem a sentir e as sensibilidades são construídas historicamente. Em alguns casos, o que sensibilizava nossos antepassados não nos sensibiliza mais, assim como certos aspectos que aguçam nossas sensibilidades eram indiferentes aos nossos avôs. As sensibilidades, portanto, não são nem inatas nem universais. Estudá-las, exige do historiador muito cuidado para não cometer “anacronismos sensíveis”¹⁵, atribuindo às pessoas do passado formas de sentir que são nossas. Por isso, estudar sensibilidades impõe ao historiador abordar “o passado como um *outro*, que desafia e oculta seus sentidos” (PESAVENTO, 2004b, p. 03).

As sensibilidades se expressam por meio de atos, palavras, imagens, objetos, revelando-se até mesmo nas formas como os espaços são ordenados (PESAVENTO, 2004a, p. 58). Porém, para que as sensibilidades possam ser objeto de um estudo histórico, é indispensável que elas sejam materializadas em algum tipo de registro que possa ser apropriado como fonte pelo pesquisador. Como enfatiza Pesavento (2004b, p. 05), para ser historicizada, uma experiência sensível “deve se oferecer à leitura enquanto fonte, deve se objetivar em um registro que permita a apreensão dos seus significados”.

Por isso, é importante fazermos a seguinte ressalva. Devido às características do nosso corpus documental, formado principalmente por textos jornalísticos e escritos médicos, nossa análise sobre o universo sensível acabou se voltando para os “projetos” de uma sensibilidade medicalizada a ser incorporada pelos paraibanos. Esta limitação das fontes nos impediu de arriscar maiores interpretações sobre o que sentiam os sujeitos paraibanos que foram “alvo” do discurso médico, ou acerca dos sentimentos envolvidos nesta experiência de medicalização social. Em compensação, conseguimos refletir sobre os sentidos e as sensibilidades almejadas

¹⁵ Definimos esta noção a partir do entendimento de Alain Corbin sobre o “anacronismo psicológico”. Dialogando com Lucien Febvre, Corbin (VIDAL, 2005, p. 25) compreende que o anacronismo psicológico “consiste em projetar na mente das pessoas que estudamos nossa própria maneira de ver o mundo”. Assim, consideramos um “anacronismo sensível” atribuir aos indivíduos que estudamos nosso modo de sentir o mundo.

pelos médicos, pelas elites e pelas autoridades locais para serem aprendidas pelos paraibanos visando à construção de uma sociedade “moderna” e “civilizada”.

Interpretamos que as representações médicas participaram da construção de um conjunto de sensibilidades que ganharam cada vez mais força na Paraíba à medida que avançamos no século XX. Trata-se de uma forma de sentir que foi sendo aprendida e incorporada por alguns paraibanos muito em função das pregações médico-higienistas: uma sensibilidade “medicalizada” e “higiênica”, pouco afeita à imundície, avessa aos maus odores, que sentia a sujeira e a doença como “perigos sociais”. Esta forma de sentir, materializada nos discursos de autoridades e nas páginas da imprensa local, encontrou na saúde e na higiene o eixo de um projeto de reforma da sociedade, a ser orientado pelo saber médico. Isto fortaleceu o esculápio paraibano, cada vez mais autorizado como “reformador social”, prestigiado agora por uma sensibilidade “medicalizada” e “higiênica”, desde então “naturalizada”, embora tenha sido fabricada e, em alguns casos, “muito bem” aprendida.

Discutir as representações médicas torna necessário esclarecer a nossa compreensão sobre o tema das identidades, pois as representações sociais também participam da “definição contraditória das identidades – tanto a dos outros como a sua” (CHARTIER, 2002, p. 18). Ao construir suas representações sociais, os médicos paraibanos elaboravam para si identidades atreladas às noções de competência e abnegação, demarcadas por referência a uma alteridade: uma abstrata noção de “paraibanos”, imagem de difícil precisão, porém fortemente vinculada à ideia de pobreza e identificada com as noções de “doença”, “sujeira” e “ignorância”.

“Construindo” a sociedade paraibana como um “corpo enfermo” que poderia ser redimido pela intervenção médica, as representações dos esculápios “fabricavam” a identidade do “outro” como doente, ao mesmo tempo em que legitimavam a figura do médico como “reformador social”. Desse modo, pensamos as identidades sociais não como uma essência inata aos sujeitos. Dialogando com a perspectiva de Stuart Hall (2006), compreendemos que os indivíduos não nascem com uma identidade unificada que preservam coerentemente ao longo da vida. É certo que os personagens da nossa pesquisa, indivíduos que viveram no começo do século XX, ainda estavam longe das identificações extremamente fluídas que caracterizam diversas experiências sociais no século XXI. No entanto, junto com Hall, é lícito supor que suas identidades foram construídas historicamente.

Desse modo, interpretamos que as representações dos esculápios participaram da construção social do médico como alguém “competente” e “abnegado”, mas também da “fabricação” da sua alteridade: “paraibanos” pacientes em potencial, carentes dos cuidados médicos, “sujos”, “doentes” e “ignorantes”. Novamente, ao discutir as identidades produzidas

pelas representações médicas, nos colocamos em posição de considerar os seus “enraizamentos” sociais, pois, como nos ensina Tomaz Tadeu da Silva (2005, p. 81), “O poder de definir a identidade e de marcar a diferença não pode ser separado das relações mais amplas de poder. A identidade e a diferença não são, nunca, inocentes”.

Discutir o saber médico a partir das representações, sensibilidades e identidades que ajudou a fabricar na Paraíba, nos leva a considerar a questão do poder, visto que “poder e saber estão diretamente implicados; que não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder” (FOUCAULT, 2013, p. 30).

Optamos por problematizar as relações entre saber e poder a partir das formulações de Michel Foucault. Nesse sentido, é importante esclarecermos os aspectos da concepção foucaultiana do poder com os quais dialogamos. **Em primeiro lugar**, na linha dos trabalhos de Foucault, o poder não é uma “coisa”, um “objeto” que poderia ser “possuído” ou uma “propriedade” de determinados segmentos sociais. É mais correto afirmar que, para este autor, o poder é uma relação, uma prática social, algo que se exerce e se disputa, mais do que se detém. Em Foucault o poder não é um “bem”, uma “prerrogativa”. Ele é uma “estratégia” que faz funcionar determinadas relações de força, práticas de dominação. Mais do que um privilégio que determinado grupo “possui”, o poder é percebido por Foucault como uma rede de relações em permanente tensão (FOUCAULT, 2013, p. 29).

Esta concepção “relacional” do poder nos leva a um **segundo ponto importante** das formulações foucaultianas sobre o tema. Para Foucault, o poder não está concentrado unicamente nas “mãos” do Estado, ou, como esclarece Roberto Machado, não existe uma “sinonímia” absoluta entre Estado e poder (FOUCAULT, 1979, p. XI). Isso significa que o poder não se encontra restrito ao aparelho governamental, que ele não é exercido exclusivamente pelos agentes do governo e nas malhas do Estado, mas que ele está disseminado capilarmente por toda a sociedade (FOUCAULT, 2013, p. 30).

Esta concepção “microfísica” do poder nos leva a um **terceiro aspecto importante** da perspectiva foucaultiana sobre o tema. Para Foucault, o poder não é exercido exclusivamente no campo do direito nem somente por meio de recursos repressivos. Ou seja: o poder não atua apenas por intermédio da lei ou através da repressão, da censura, da violência, da coerção. Nesse sentido, é preciso “deixar de descrever sempre os efeitos de poder em termos negativos: ele ‘exclui’, ‘reprime’, ‘recalca’, ‘censura’, ‘abstrai’, ‘mascara’, ‘esconde’. Na verdade o poder produz; ele produz realidade; produz campos de objetos e rituais de verdade” (FOUCAULT, 2013, p. 185).

Principalmente nas sociedades contemporâneas, onde Foucault identificou a emergência do que chamou de “poder disciplinar”, a dominação não se baseia, pelo menos não exclusivamente, na repressão. E isto porque o poder disciplinar não busca somente controlar os indivíduos: esta nova política do corpo, que surge na Europa Ocidental ainda no século XVII, visa “adestrar aperfeiçoando”, pois o seu objetivo não é apenas formar pessoas “ordeiras” e “submissas”, mas fabricar indivíduos tão “dóceis” politicamente quanto produtivos economicamente. Assim, na perspectiva de Michel Foucault (2013, p. 29, grifos nossos), o poder disciplinar é “um poder que, em vez de se apropriar e de retirar, tem como função maior ‘adestrar’; ou sem dúvida adestrar para retirar e se apropriar ainda mais e melhor. **Ele não amarra as forças para reduzi-las; procura ligá-las para multiplicá-las e utilizá-las num todo**”. Em suma: mais do que apenas reprimir, “aperfeiçoar” para extrair mais e explorar melhor.

Segundo Foucault (2013, p. 206), o poder disciplinar constitui uma política do corpo que visa “assegurar a ordenação das multiplicidades humanas” e cumprir três finalidades básicas: tornar o funcionamento do poder o menos oneroso possível do ponto de vista econômico, mas também do ponto de vista dos “custos políticos” implicados no seu exercício; tornar a ação do poder sobre a sociedade a mais intensa e extensa possível; aumentar, ao mesmo tempo, a docilidade e a utilidade de corpos e instituições. Ainda de acordo com Foucault (2013, p. 206), estes objetivos dialogam com uma conjuntura histórica específica: trata-se da explosão demográfica e do crescimento do aparelho de produção (em tamanho e complexidade) verificados a partir do século XVIII nos países ocidentais que foram se industrializando cada vez mais.

Surgem, a partir deste momento histórico, fórmulas gerais de dominação cuja especificidade reside no vínculo que estabelecem entre docilidade e utilidade. Estas novas tecnologias de poder – que desde o século XVII não cessam “de ganhar campos cada vez mais vastos, como se tendessem a cobrir o corpo social inteiro” (FOUCAULT, 2013, p. 134) – configuram toda uma “arte do corpo humano, que visa não unicamente o aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas a formação de uma relação que no **mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto é mais útil, e inversamente**” (FOUCAULT, 2013, p. 133, grifos nossos). Em síntese, o poder disciplinar anseia por indivíduos “produtivos” economicamente e “improdutivos” politicamente, “aptos” ao trabalho e “inaptos” para a luta política.

Neste ponto, é oportuno destacar que nos afastamos de uma interpretação do poder disciplinar como sendo uma força monolítica. Em certo sentido, algumas das formulações de

Foucault sinalizam uma concepção do sujeito como “resultado” das relações de poder, como “uma realidade fabricada por essa tecnologia específica de poder que se chama a ‘disciplina’” (FOUCAULT, 2013, p. 185). Tal perspectiva pode nos levar a uma compreensão do indivíduo como “produto” dos investimentos discursivos que o saber-poder realiza visando a sua “disciplinarização”. Neste caso, corremos o risco de superestimar a eficácia do poder disciplinar na produção de corpos “dóceis” e “despolitizados”, ao mesmo tempo em que estaríamos subestimando a capacidade dos sujeitos históricos de recusarem os discursos que são investidos sobre eles.

Embora pareça plausível considerar que “em qualquer sociedade, o corpo está preso no interior de poderes muito apertados, que lhe impõem limitações, proibições ou obrigações” (FOUCAULT, 2013, p. 132) é igualmente legítimo relativizar este tipo de argumento. Por mais estreita que seja a margem de manobra deixada aos indivíduos pelas políticas de dominação, eles resistem à sujeição, recusam as disciplinas, lutam contra as ordens do poder, “negociam” com as relações de força. Ademais, é importante considerar que os indivíduos possuem “subjetividade”, que eles se apropriam dos discursos investidos sobre seus corpos, que eles detêm certa margem do que poderíamos chamar de “autoprodução”. Desse modo, nem sempre o poder disciplinar consegue seu objetivo de produzir corpos “dóceis”, pois, às vezes, os próprios sujeitos protagonizam movimentos de recusa que acabam “perturbando” a construção de indivíduos “disciplinarizados”.

Em quarto lugar, além de ser relacional, de não estar concentrado apenas no Estado e de não ser exercido somente por meios repressivos, o poder apresenta um forte vínculo com o saber. Porém, tal politização do saber não ocorre simplesmente porque o Estado ou as forças políticas de uma sociedade patrocina sua produção ou se apropriam de seus resultados em benefício próprio. Mas porque, como argumenta Roberto Machado (FOUCAULT, 1979, p. XXI), “todo saber tem sua gênese em relações de poder”, pois qualquer que seja o campo de conhecimento ele “só pode existir a partir de condições políticas que são as condições para que se formem tanto o sujeito quanto os domínios de saber”.

Nessa perspectiva, não existe saber “neutro”, pois qualquer que seja o campo de conhecimento ele se estabelece a partir de relações de poder. Por isso, mais do que questionar a “neutralidade” de um saber ou a possibilidade de sua apropriação pelo poder, analisar as implicações sociais deste vínculo entre saber-poder nos leva a considerar o papel das relações de poder na constituição dos diversos campos de saber. Como esclarece Foucault (2013, p. 30) torna-se necessário considerar que “o sujeito que conhece, os objetos a conhecer e as

modalidades de conhecimentos são outros tantos efeitos dessas implicações fundamentais do poder-saber e de suas transformações históricas”.

É nessa perspectiva que analisamos o saber-poder médico. **Em primeiro lugar**, o poder do médico para investir o seu saber na normalização dos paraibanos não é um “objeto” que ele detém ou um privilégio que ele possui em razão unicamente da posição social que ocupa. Embora a formação acadêmica já fosse um fator importante para o reconhecimento profissional e social do esculápio, possuir um diploma não é o único fator que autoriza o médico como reformador da sociedade paraibana.

Outros aspectos também participam da construção desta legitimidade. Alguns são de natureza social e repercutem no campo médico como um todo: maior legitimidade dos discursos científicos, contemporaneamente à “cientificização” da medicina; constituição de um Estado “medicalizador”, “preocupado” com os prejuízos causados pela doença e atento aos ganhos políticos e econômicos que a saúde pública poderia proporcionar; formação de redes institucionais, com estabelecimentos de ensino, periódicos especializados, associações profissionais, congressos científicos, contribuindo para o fortalecimento do campo e para uma maior inserção do saber médico na sociedade; ampliação do público “consumidor” dos discursos médicos e dos artigos de higiene, concorrendo para construir o corpo “saudável-higiênico” como norma a ser seguida; ampliação da rede de serviços públicos e privados de saúde, contribuindo para ampliar os espaços sociais para a atuação médica.

Outros fatores desta legitimação histórica configuram-se conforme a especificidade das trajetórias individuais – ocupação de cargos públicos, maior inserção no mercado dos serviços de saúde, vínculos familiares, conexões políticas – podendo, porém, repercutir no campo médico como um todo, pois permitem a alguns de seus agentes individuais ocuparem posições estratégicas nas relações de poder. Portanto, a legitimidade do médico para medicalizar a sociedade paraibana no início do século XX é fruto de um intrincado e complexo jogo de relações de força constituídas historicamente em torno do “ser médico”: ele não possui poder, ele exerce poder, ele não é “poderoso” por si mesmo, mas em razão das relações de força que estão implicadas com a sua posição social.

Em segundo lugar, as relações de poder implicadas na atuação médica não derivam mecanicamente de possíveis vínculos com o aparelho de Estado. É que, como procuramos mostrar a partir de Foucault, o poder não está concentrado exclusivamente na máquina estatal, que o exerce e o distribui entre os agentes sociais. Como argumenta Roberto Machado (FOUCAULT, 1979, p. XII), o poder se situa “ao nível do próprio corpo social, e não acima dele, penetrando na vida cotidiana e por isso podendo ser caracterizado como micro-poder”.

O poder está inscrito de forma “microscópica” por toda a sociedade e nas mais variadas relações sociais: entre pais e filhos, homens e mulheres, professores e alunos, médicos e pacientes. Esta concepção nos autoriza a discutir a questão do poder sem necessariamente restringir a análise aos vínculos entre medicina e Estado, pois enquanto campo de saber a medicina constitui e exerce poder. Além disso, a relação de força que legitima o médico paraibano como reformador social não decorre exclusivamente de uma autorização que lhe é outorgada pelos governos constituídos.

Apesar da importância do Estado na regulação do mercado da saúde – favorecendo o campo médico – o esculápio não exerce poder apenas em benefício do Estado ou enquanto agente a serviço da máquina governamental. Ora, o próprio relacionamento entre o médico e seu paciente – mesmo que este seja um “corpo social” – implica relações de poder. Além disso, guardadas as especificidades históricas, a institucionalização da medicina moderna constitui uma experiência marcada por tensões, disputas e relações de força. Desse modo, discutir o poder médico não nos conduz exclusivamente à questão do Estado, mas nos coloca, junto com ela, a importância de pensarmos os micro-poderes inscritos na prática médica e na constituição histórica da medicina.

Em terceiro lugar, o poder médico não era exercido na Paraíba apenas de forma “negativa”. Para ser mais direto, não era apenas reprimendo comportamentos considerados prejudiciais à saúde que o saber-poder médico interferia na vida dos paraibanos. No recorte pesquisado, o discurso médico também possuía objetivos “produtivos”: ele visava a “fabricação” de indivíduos “saudáveis” no aspecto físico e moral, eficientes na produção econômica e ordeiros como cidadãos da pátria. Em suma: “corpos dóceis”. Mas a produção dessa individualidade medicalizada não foi tentada exclusivamente por meios repressivos, tais como leis e regulamentos sanitários, ou vigilância e polícia médica. Embora tais recursos não estivessem ausentes, o investimento do saber-poder médico na tentativa de medicalizar os paraibanos também lançou mão da persuasão, do convencimento, da educação sanitária.

Na imprensa e em palestras realizadas em fábricas e escolas, os médicos paraibanos não apenas ensinavam ao seu público como se portar e o que evitar para ter um corpo saudável. Eles também hierarquizavam hábitos e comportamentos. Ao mesmo tempo, demarcavam as imagens da identidade desejável e da alteridade condenável. À primeira, associada ao binômio “saúde-higiene”, atribuíam-se características positivas. Já a segunda, atrelada às imagens da “doença” e da “sujeira”, era desqualificada tanto quanto possível.

Atuando assim, o saber-poder médico construiu um sistema de classificação que hierarquizava os indivíduos, mas também “punia”, simbolicamente, os “desvios” e

“premiava” o que se considerava como “bom comportamento”. Como esclarece Foucault (2013, p. 174) “A divisão segundo as classificações ou os graus tem um duplo papel: marcar os desvios, hierarquizar as qualidades, as competências e as aptidões; mas também castigar e recompensar. [...]. O próprio sistema de classificação vale como recompensa ou punição”. Assim, não era só repreendendo o que consideravam “desvio” que os médicos paraibanos buscavam “fabricar” indivíduos saudáveis, higiênicos, produtivos e disciplinados: valorizando o que julgavam como o comportamento ideal e hierarquizando os indivíduos segundo esta escala de valores, os esculápios faziam da classificação um recurso para exercer o seu saber-poder, um instrumento de punição social direcionado aos que “resistissem” à medicalização.

Em quarto lugar, como sugerimos anteriormente, a imagem de um saber “puro”, rigorosamente “neutro” com relação às pressões sociais, não passa de um engodo. A rigor, podemos considerar que o conhecimento é político. Esta característica do saber não decorre de sua apropriação ou de seu financiamento por um Estado, até porque, como vimos acima, o poder não é um “privilégio” monopolizado pelo governo. Ora, a própria constituição de um campo de saber já está implicada em relações de poder que se inscrevem na definição de seus domínios, objetos, procedimentos e sujeitos de conhecimento. Além disso, nas sociedades em que se exerce o poder disciplinar um dos instrumentos utilizados para “disciplinarizar” os indivíduos é justamente produzir saber sobre eles. Em outras palavras, o exercício do poder disciplinar também se desdobra na confecção de “um arquivo inteiro com detalhes e minúcias que se constitui no nível dos corpos”, tornando possível a inserção dos sujeitos em uma rede de registros que funciona como um campo de vigilância que “compromete-os em toda uma quantidade de documentos que os captam e os fixam” (FOUCAULT, 2013, p. 181).

Assim, a medicina paraibana dos inícios do século XX constituía um ponto de produção de saber e de exercício de poder. Trata-se aqui de um campo de conhecimento constituído a partir de relações de força, e que exercia poder enquanto produzia saber. Nesse sentido, analisamos a medicina paraibana do começo do século XX como um saber político, não só devido aos seus vínculos com o Estado, mas, sobretudo, porque reconhecemos nela esta relação de reciprocidade entre produção de saber e constituição de relações de poder.

Normalizar e normatizar são duas operações importantes quando se trata das conexões entre representações sociais, relações de poder e identidades. A normalização consiste em tentar “conformar as pessoas – em termos de seus gestos e ações – a um modelo geral previamente tido como a *norma*” (VEIGA-NETO; LOPES, 2007, p. 955). Nesse sentido, normalizar consiste em eleger, de modo arbitrário, uma determinada identidade como parâmetro para hierarquizar as demais identidades. Assim, de acordo com Silva (2005, p. 83),

atribui-se à identidade considerada “normal” um conjunto de qualidades positivas, de modo que outras posições de sujeito, diferentes dela, só poderão ser avaliadas de forma negativa.

Desse modo, como argumentam Veiga-Neto e Lopes (2007, p. 956) partindo-se do que se considera como o “normal”, defini-se tanto o “anormal” quanto a “norma”. Ainda segundo estes autores, a normalização assinala o “normal” e o “anormal” atribuindo-lhes diferentes níveis de “normalidade”. Por fim, tal operação faz interagir estes diferentes graus de normalidade de modo a “normalizar” o que se considera “anormal”, o que significa conformá-lo a um comportamento definido como “desejável”, pois considerado “normal”.

Segundo Foucault (2013, p. 176 – 177), nas sociedades ocidentais modernas – onde desde o século XVIII o poder disciplinar vai gradualmente se estabelecendo com vigor cada vez maior – a instituição da “Norma” e do “Normal” funciona como um instrumento de classificação, hierarquização e mesmo de punição. Ao hierarquizar a “normalidade”, fixando como “desejável” a identidade considerada “normal” pelas políticas disciplinares, a normalização classifica a identidade “anormal” (aquela que se distancia da curva de “normalidade”) como passível de coerção e objeto a “normalizar”, ou seja, a aproximar o máximo possível da “norma” cobiçada pelo poder.

Como se baseia no que é considerado “normal” para definir o que se considera “anormal”, a normalização naturaliza a norma, eclipsando a arbitrariedade de sua construção. Assim, como explicam Veiga-Neto e Lopes (2007, p. 956), constrói-se a ideia de que a norma é natural e “desejável”, pois como na “normalização, aquele que já estava (naturalmente) aí é assumido como um (caso) normal, tudo o mais que dele se deriva parece ser também natural”. A normalização tende a apagar a dimensão construtiva e arbitrária da definição da “norma” e da demarcação das identidades consideradas “normais” e “anormais”. Naturalizando estes conceitos, a normalização oferece o seu tributo ao fortalecimento das relações de dominação.

A normatização é outra operação que gira em torno da noção de *norma*. Porém, apesar da semelhança semântica e do parentesco no âmbito das relações de dominação, normalizar e normatizar configuram ações diferentes. Assim, dialogando com Veiga-Neto e Lopes (2007, p. 956) compreendemos a normatização como uma operação relacionada com a criação, estabelecimento e sistematização das normas. Esclarecendo um pouco mais este conceito, os mesmos autores explicam que normatizar significa “estabelecer, codificada e formalmente, as normas” (VEIGA-NETO; LOPES, 2011, p. 03). Desse modo, enquanto a normalização visa conformar os indivíduos “sob uma norma já estabelecida e, no limite, sob a faixa de normalidade (já definida por essa norma)”, os dispositivos de normatização são aqueles

relacionados com as operações de codificação e formalização das normas (VEIGA-NETO; LOPES, 2007, p. 956).

A medicina paraibana do começo do século XX, por intermédio de suas representações sociais, constituiu um campo de saber-poder que atuou tanto normalizando quanto normatizando a sociedade. Nesse contexto, o discurso médico buscou normalizar os paraibanos ao insistir em conformá-los – quanto aos seus hábitos, gestos e relacionamentos, suas formas de viver, de trabalhar, de morar, de se alimentar, de lidar com o próprio corpo – no interior de uma *norma* “desejável” no que dizia respeito à higiene e à saúde física e moral.

Ao mesmo tempo, os médicos que estudamos também participavam da formalização destas normas. Neste caso, os esculápios locais atuavam na esfera da normatização ao divulgar tais normas “médico-higiênicas” através de escritos na imprensa, de palestras e de conferências, concorrendo para torná-las mais “familiares”, mais “normais”, pelo menos – a princípio¹⁶ – para os indivíduos com acesso a estes espaços de circulação do saber-poder médico. Além disso, não devemos esquecer que alguns médicos que atuavam na Paraíba do começo do século XX participaram da elaboração de leis e regulamentos sanitários, que visavam codificar o comportamento dos indivíduos quanto à saúde e à higiene, na qualidade de interlocutores do Estado, de gestores dos serviços e instituições de saúde ou até mesmo como governantes, casos de João Lopes Machado (1908 – 1912) e Francisco Camilo de Holanda (1916 – 1920).

Foi dialogando com este campo teórico e conceitual que analisamos as conexões entre representações médicas, relações de dominação e construção de identidades. Na Paraíba do começo do século XX, ao contrário do que desejavam seus agentes, o saber médico não estava imune às demandas sociais, nem dispensaria eventuais relações com o poder. Em meio a tais relações de força, os médicos paraibanos “gastaram” seu saber e, mediante suas representações sociais, participaram da fabricação de identidades, protagonizaram movimentos de normalização e colaboraram com experiências de normatização. Embora não devamos pensar a medicina paraibana de então como “escrava” das demandas sociais, ela não era um saber “puro”, “vacinado” contra pressões externas. Como tentaremos mostrar ao longo do texto, a medicina que estudamos não era só abnegação, altruísmo e neutralidade científica.

¹⁶ É possível que os indivíduos com acesso mais constante ao saber médico (tais como o restrito público leitor da imprensa paraibana no começo do século XX) assumissem uma posição de divulgadores destas normas médico-higiênicas em suas casas, ambiente de trabalho e espaços de sociabilidade.

As fontes e a disposição dos capítulos

As fontes constituem condição de limite e de possibilidade na produção do conhecimento histórico. Porém, é preciso considerar que elas não são “inocentes”, que a sua produção não é “neutra”, que um documento histórico não disponibiliza ao pesquisador um relato “objetivo” sobre o passado. Isto porque algo produzido pelos seres humanos no passado, ou que traga vestígios de sua interferência no tempo, apropriado pelo historiador como uma fonte (BARROS, 2012, p. 130) sofre a mediação das subjetividades de quem a produziu. Além disso, uma fonte histórica também é perpassada pelos diversos interesses e relações de poder que conformavam a sociedade onde ela foi produzida, mas também pelas diversas demandas das sucessivas sociedades que a preservaram.

Contudo, tais mediações não significam a impossibilidade de um conhecimento histórico verossímil sobre *outro tempo* e sobre *um outro no tempo* (PESAVENTO, 2004b, p. 01). Entre outros motivos, porque atualmente “o historiador não espera mais dos materiais e evidências que lhes chegam do passado, apenas ou necessariamente uma ‘prova’, encarando também as fontes como discursos a serem analisados ou redes de práticas e representações a serem compreendidas” (BARROS, 2012, p. 132). Desse modo, acreditamos que construir uma história possível sobre a medicina paraibana passa justamente por problematizar as subjetividades, os interesses, as tensões e as relações de poder implicadas na produção das fontes históricas de que nos apropriamos nesta pesquisa.

Além disso, o modo como consideramos as fontes dialoga com as formulações de Karnal e Tatsch (2011). Para estes autores, a definição do que é um documento histórico se transforma de acordo com as relações que uma sociedade e suas historiografias mantêm com o passado. Nesse sentido, “todo documento histórico é uma construção permanente” (KARNAL; TATSCH, 2011, p. 12), pois seus lugares de produção e de recepção vão sendo redefinidos, ao mesmo tempo em que novos enfoques historiográficos promovem uma permanente releitura do mesmo documento. Assim, os autores inserem a relação entre passado e presente na definição do que seria um documento histórico, entendido por Karnal e Tatsch (2011, p. 24) como “qualquer fonte sobre o passado, conservado por acidente ou deliberadamente, analisado a partir do presente e estabelecendo diálogos entre a subjetividade atual e a subjetividade pretérita”. Ainda segundo Karnal e Tatsch (2011, p. 23), a fonte não expressa o “real” “tal qual” aconteceu, mas também não é um “invento” historiográfico: a

análise documental encontra-se numa posição intermediária entre a interpretação do historiador (mediada pelas operações metodológicas da história) e o conteúdo da fonte.

Para estudar a medicina paraibana entre 1911 e 1929, analisamos principalmente dois tipos de documentos: textos oficiais, escritos por autoridades políticas como os presidentes do estado; textos publicados na imprensa local, tanto em jornais como em revistas, assinados por médicos ou relacionados à medicina. O que chamamos de “textos oficiais” são mensagens anuais dos presidentes da Paraíba endereçadas à Assembléia Legislativa Estadual, normalmente publicadas na imprensa local, sobretudo pelo jornal *A União*. Nelas, o presidente prestava contas de sua atuação e solicitava apoio do poder legislativo para seus projetos de governo. Com efeito, buscava apresentar-se como um governante atendo às demandas da sociedade. Entre estas, a saúde aparece com destaque cada vez maior à medida que avançamos nas primeiras décadas do século XX. As mensagens presidenciais que analisamos estão digitalizadas e disponíveis para a pesquisa em dois sites: o da Hemeroteca Digital Brasileira¹⁷ e o da Biblioteca eletrônica da Universidade de Chicago¹⁸, EUA.

Já os textos publicados na imprensa paraibana, constituem produções assinadas por médicos, ou artigos de responsabilidade dos próprios periódicos tratando de temas como medicina, saúde, higiene e doença. Além dos textos escritos por médicos especialmente para serem publicados nos periódicos, destacamos também a veiculação de palestras e conferências médicas, que comumente aparecem transcritas nas páginas da imprensa paraibana durante o período pesquisado. Analisamos ainda alguns anúncios de serviços médicos, bem como notícias sobre medicina, saúde e doença na Paraíba¹⁹. Entre os periódicos pesquisados destacam-se os jornais *A União*, *A Imprensa*, *Gazeta do Sertão* e a *Revista Era Nova*.

O jornal *A União*²⁰ foi fundado em 1893 e sua primeira edição foi publicada em 02 de fevereiro daquele ano. Tendo surgido como órgão oficial do governo do estado, ele

¹⁷ Vinculado à Fundação Biblioteca Nacional, além dos relatórios dos presidentes dos estados brasileiros até 1930, o site da Hemeroteca Digital Brasileira (<http://hemerotecadigital.bn.br/>) disponibiliza para consulta vários periódicos digitalizados, de diferentes partes do país, bem como breves históricos de diversos jornais brasileiros.

¹⁸ Neste site (<http://www.crl.edu/brazil/provincial>) encontram-se disponíveis digitalizações dos relatórios escritos pelos presidentes das províncias brasileiras na época do Império, e das mensagens dos presidentes dos estados brasileiros do começo do período republicano até 1930.

¹⁹ É importante destacar que, durante o período considerado nesta pesquisa, era comum que os jornais paraibanos publicassem textos de caráter especializado assinados por médicos de outros estados brasileiros e mesmo de outros países. No entanto, de acordo com os objetivos traçados para o presente estudo, optamos metodologicamente por considerar apenas os textos produzidos por médicos que tiveram alguma atuação na Paraíba entre 1911 e 1929. Fica, no entanto, a sugestão para futuras pesquisas interessadas nessa divulgação de um saber médico “nacional” e “internacional” pela imprensa paraibana.

²⁰ Tivemos acesso a este jornal nos arquivos do IHGP, em João Pessoa, e da Secretaria Municipal de Educação da cidade de Esperança. Além disso, cópias de diversas edições deste jornal, do período entre 1912 e 1930, nos foram gentilmente cedidas pelo professor Azemar dos Santos Soares Júnior, a quem deixamos aqui registrado o

permanece em circulação na atualidade. Criado pelo então presidente da Paraíba, Álvaro Lopes Machado (1857 – 1912), *A União* mantinha uma linha editorial atrelada ao governo do estado. No que diz respeito ao discurso médico do começo do século XX, ele “divulgou a fala do governo do Estado, ‘assumindo’ a função de orientar a população para os bons modos, para a prevenção contra as doenças e a divulgação de ‘medidas enérgicas’ tomadas pelo governo para solucionar o problema da falta de higiene” (SOARES JÚNIOR, 2011, p. 178 – 179). Assim, as representações médicas publicadas em *A União* expressam um discurso de intervenção social autorizado e atrelado às relações de poder que dominavam a política local.

O jornal católico *A Imprensa*²¹ circulou na Paraíba entre 1897 e 1968. De acordo com Soares Júnior (2011, p. 15), entre os objetivos deste periódico destacava-se a propagação da fé e dos princípios católicos. Ainda segundo Soares Júnior (2011, p. 137 – 138): “Uma política doutrinária, educativa, que modelava o comportamento dos corpos e galgava a salvação da alma. Assear os gestos, o comportamento, honrar pai e mãe, amar a pátria e lapidar o corpo da imoralidade pareciam ser objetivos do periódico católico”. Assim, além de noticiário diverso, divulgava normas de conduta e padrões de comportamento alicerçados na tradição católica.

*A Gazeta do Sertão*²², primeiro semanário de Campina Grande, foi fundado pelo bacharel Irenêo Joffily e pelo engenheiro Francisco Soares Retumba. A primeira edição desse periódico circulou no dia 01 de agosto de 1888. *A Gazeta* se envolveu intensamente com as questões políticas e sociais especialmente com as lutas pelo fim da escravidão e a favor da substituição do Império pelo regime republicano. Em razão de seu engajamento político na oposição ao governo local, o jornal foi fechado em 1891, no governo do primeiro presidente da Paraíba republicana, Venâncio Neiva. *A Gazeta do Sertão* voltaria a circular entre 1923 e 1924, sob a chefia do advogado e jornalista Hortênsio Ribeiro. Em 1981, sob a direção de Edvaldo do Ó, *A Gazeta* retomou suas atividades mantendo um caráter “reivindicatório”.

*A Revista Era Nova*²³ foi fundada por Severino Lucena em 1921. Inicialmente era editada na cidade paraibana de Bananeiras. Ainda em 1921 passou a ser editada na Parahyba do Norte, tendo circulado até o ano de 1926. Exibindo um caráter noticioso e literário, direcionada aos leitores da elite paraibana, a revista constitui um autêntico “ícone da

nosso agradecimento. Informações sobre *A União* obtidas em <http://www.institutomemoriabrasil.org.br/120-anos-de-historia/>. Acesso em 07 mar. 2014.

²¹ O acervo deste periódico está disponível no Arquivo Eclesiástico da Arquidiocese da Paraíba, em João Pessoa.

²² Pesquisamos este jornal no arquivo da Biblioteca Átila Almeida, vinculada à UEPB (Universidade Estadual da Paraíba, campus de Campina Grande). As informações sobre *A Gazeta do Sertão* foram obtidas em http://www.ufcg.edu.br/prt_ufcg/assessoria_imprensa/mostra_noticia.php?codigo=12875 e em <http://cgretalhos.blogspot.com.br/2009/10/gazeta-do-sertao.html#.U4-5KXJdVEM>. Acesso em 04 jun. 2014.

²³ Um acervo desta revista encontra-se disponível no arquivo da Biblioteca Átila Almeida.

modernidade” (ALMEIDA, 2013, p. 130), ditando “normas de conduta, de higiene, moda, beleza, etc.” (SOARES JÚNIOR, 2011, p. 115).

Quadro 1: PRINCIPAIS FONTES E ARQUIVOS PESQUISADOS		
Fonte	Locais pesquisados	Anos pesquisados
Mensagens presidenciais apresentadas à Assembléia Legislativa da Paraíba	Hemeroteca Digital Brasileira; Biblioteca eletrônica da Universidade de Chicago	Mensagens de 1891 a 1930
<i>Jornal A União</i>	Arquivo do Instituto Histórico e Geográfico da Paraíba, localizado em João Pessoa; Biblioteca da Secretaria Municipal de Educação da cidade de Esperança	Edições de 1912 a 1930
<i>Jornal A Imprensa</i>	Arquivo Eclesiástico da Arquidiocese da Paraíba, localizado em João Pessoa	Edições de 1912 a 1930
<i>Jornal Gazeta do Sertão</i>	Arquivo da Biblioteca Átila Almeida da UEPB, localizado em Campina Grande	Edições de 1923 e 1924
<i>Revista Era Nova</i>	Arquivo da Biblioteca Átila Almeida da UEPB, localizado em Campina Grande	Edições de 1921 a 1925
<i>O Jornal</i>	Hemeroteca Digital Brasileira	Edições de 1923 e 1924
Anuario de Campina Grande para o ano de 1926	Arquivo da Biblioteca Átila Almeida da UEPB, localizado em Campina Grande	Editado em 1925 e publicado em 1926
Cartas, livros, e textos diversos de Belisário Penna	Arquivo Belisário Penna, Casa de Oswaldo Cruz ²⁴	O arquivo reúne material referente à vida pessoal e profissional do médico mineiro Belisário Penna, que viveu entre 1868 e 1939

Fonte: Quadro produzido pelo autor a partir da pesquisa documental realizada.

Nos primeiros anos do século XX, a medicina ainda era uma profissão em vias de institucionalização na Paraíba. Em certo sentido, esta falta de “sistematização” acaba colocando algumas dificuldades ao historiador: nada de revistas especializadas, instituições de ensino ou organizações profissionais que pudessem ter produzido um saber médico mais sistematizado²⁵. Assim, nossa caça aos vestígios se tornou um pouco mais difícil: fomos

²⁴ Como esse arquivo localiza-se no Rio de Janeiro, o acesso a estas fontes só foi possível graças à nossa participação no projeto “Palmatória da Saúde, Estetoscópio da Educação (...)” mencionado anteriormente. Durante as atividades deste projeto, tivemos a oportunidade de conhecer as fontes sobre Belisário Penna digitalizadas pelo professor Iranilson Buriti.

²⁵ A primeira associação médica paraibana, a Sociedade de Medicina e Cirurgia da Parahyba, seria criada apenas em maio de 1924. A partir de 1931, esta entidade passou a editar a revista *Medicina*, que circulou até o fim dos

buscá-los nos documentos oficiais e na imprensa periódica, onde os artigos escritos por médicos e as notícias sobre medicina, saúde e doença, disputam espaço com política, economia, educação, eventos cívicos. Assim, a narrativa que construímos sobre a medicina paraibana apresenta duas importantes mediações: os objetivos políticos dos presidentes do estado, e os interesses editoriais dos veículos de imprensa pesquisados. Mesmo considerando mais esta camada de sentidos depositada sobre o nosso objeto de estudo, acreditamos na viabilidade de analisá-lo por meio das fontes mencionadas. Sim, pois, no limite, a imagem da medicina elaborada por estas representações era a veiculada junto ao restrito público leitor paraibano, ajudando a construir identidades e legitimando intervenções médicas na sociedade.

Mesmo limitado em número, este público leitor era constituído por integrantes das elites locais, cujo respaldo era importante para legitimar os projetos de medicalização da sociedade e, por conseguinte, “autorizar” o médico como “reformador social”. Analisar os discursos médicos e as imagens sobre a medicina veiculadas ao público leitor, problematizando as representações que ajudaram a construir a legitimidade da intervenção médica sobre a sociedade: foi esta a alternativa que encontramos para “vencer” a falta de institucionalização da medicina e construir uma narrativa possível sobre esta experiência.

A partir do cruzamento entre teoria, bibliografia e documentação, “fabricamos” nosso objeto: a construção do médico paraibano como “reformador social” entre 1911 e 1929. Nosso principal objetivo era analisar até que ponto a “invenção” desta representação contribuiu para que a medicina alcançasse níveis ainda maiores de legitimidade e reconhecimento social na Paraíba. Para isso, organizamos a narrativa da seguinte forma.

No primeiro capítulo, analisamos a construção histórica de uma “certeza”, de uma “verdade inquestionável” que circulou entre setores das elites paraibanas no começo do século XX: a legitimidade do saber-poder médico para normalizar a vida dos paraibanos e participar da normatização da sociedade. “Naturalizada” por seus defensores, apresentada como uma “verdade científica”, “inquestionável”, “neutra” em relação às demandas sociais, esta “certeza” possui uma história específica, foi favorecida por determinados interesses de grupo, beneficiou certos projetos de poder.

Interpretamos que três fatores principais dialogaram com a sua construção: a transformação da doença em problema social de “grande magnitude”, que exige soluções políticas orientadas pelo saber médico-científico; a “cientificização da medicina”, ou seja, a maior aproximação da prática médica com os saberes das ciências naturais, justamente

anos 1950 (NÓBREGA, 1979, p. 115 – 121). Portanto, somente a partir dos anos 1920, a institucionalização da medicina paraibana começaria a se beneficiar destes novos espaços de sistematização profissional.

quando a ciência é “conclamada” a dirigir as sociedades no caminho do “progresso”, da “modernidade” e da “civilização”; e uma maior aceitação, por parte de setores das elites locais, de discursos que defendiam restrições às liberdades individuais em prol do “bem-estar” coletivo proporcionado pela melhoria das condições de saúde pública e individual. Acreditamos que estes fatores convergiram para tornar o saber médico mais “autorizado” a normalizar/normatizar a vida íntima e social dos paraibanos.

Ainda neste primeiro capítulo, analisamos alguns traços da medicina paraibana no século XIX que sinalizam o baixo nível de institucionalização da profissão naquela época. Acreditamos que os maiores índices de organização institucional alcançados pela medicina paraibana no século XX, ao possibilitar uma atuação mais unificada, contribuíram para fortalecer a categoria, aumentar ainda mais o reconhecimento social da profissão e, por conseguinte, legitimar a intervenção médica “competente” sobre a sociedade.

No segundo capítulo, analisamos os primeiros anos de atuação da Sociedade de Medicina e Cirurgia da Parahyba (SMCPB). Criada em 1924, foi a primeira associação profissional da categoria organizada no estado. Nosso objetivo é problematizar como esta entidade participa do movimento de institucionalização da medicina na Paraíba e da construção histórica da legitimidade médica para normatizar a sociedade. Nesse sentido, procuramos mostrar que a SMCPB buscou se apresentar aos paraibanos como uma associação profissional de utilidade pública, que fundamentava suas ações na “neutralidade” de diagnósticos científicos. Assim, buscava o reconhecimento da população mostrando que sua atuação era embasada na ciência e útil à sociedade. Organizando eventos, palestras e conferências abertas ao grande público, escrevendo na imprensa, fiscalizando os serviços de saúde pública, emitindo seu parecer sobre polêmicas médicas, a SMCPB mostrava à sociedade paraibana a “utilidade social” do conhecimento médico. Com isso, seus membros angariavam reconhecimento para sua associação, mas também aumentavam o prestígio de sua profissão e a “autorização” para intervenções médicas na sociedade paraibana.

Ainda neste capítulo, mostramos que além da criação da SMCPB, os anos 1920 foram marcados por outro fator de fortalecimento da medicina na Paraíba: em função dos maiores investimentos governamentais na saúde, ampliaram-se os espaços de atuação e intervenção médica na sociedade. Surgem novos hospitais, postos e dispensários de medicamentos. Laboratórios clínicos e serviços de assistência médica são instalados, especialmente na capital. Esta ampliação da rede de serviços e instituições de saúde possibilitou uma inserção ainda maior do saber médico na vida dos paraibanos. Estes novos espaços de intervenção na sociedade ajudaram a consolidar a imagem do médico como “reformador social”. Assim, os

vínculos entre medicina e poderes políticos, bem como a atuação médica no serviço público, contribuíram para fortalecer esta profissão, mas também para “autorizar” ainda mais os “abnegados” e “altruístas” esculápios paraibanos na sua “missão” de reformar a sociedade.

No **terceiro capítulo**, analisaremos uma forma específica de manifestação pública da medicina: um congresso científico. Nesse sentido, problematizaremos as teses apresentadas na “Semana Médica”, evento organizado pela SMCPB entre os dias 03 e 09 de maio de 1927. Tratava-se do segundo congresso desta natureza organizado pela associação²⁶. Além de terem sido reunidas em livro²⁷, editado pela Imprensa Oficial da Paraíba, as teses apresentadas no evento foram publicadas no jornal *A União*. Dessa forma, além de fortalecer o movimento de institucionalização da medicina local, o evento e a publicidade produzida em torno dele possibilitaram aos esculápios mais uma oportunidade para construir junto ao público a imagem do médico como um profissional atuante, engajado nas questões sociais e apto a aplicar o conhecimento científico em prol do “bem-estar coletivo”. Além disso, a análise dos trabalhos apresentados nesta “Semana Médica” permite acessar as discussões, os anseios e os projetos de sociedade que animavam e preocupavam a “elite” médica paraibana, quando já estava “consolidada” a representação do médico como um “abnegado reformador social”.

São estas as feições da narrativa que o leitor encontrará nas páginas a seguir. Nelas, você encontrará uma história possível sobre um momento de definições na medicina paraibana, uma profissão que pode ser qualificada como “uma prática indiferente ao que dela se diz” (CLAVREUL, apud SCHWARCZ, 1993, p. 198), mas que foi autorizada a nos dizer muita coisa, sobre quase tudo. Mas lembre-se: o que produzimos foi uma história possível, entre outras também possíveis. Portanto, mais do que “respostas”, as linhas que seguem visam outra finalidade: contribuir, de alguma maneira, para que outras e novas reflexões venham “iluminar”, mais e melhor do que conseguimos fazer, a história da medicina na Paraíba.

²⁶ A SMCPB já havia realizado uma primeira “Semana Médica” em maio de 1924, evento que foi estudado por Soares Júnior (2011, p. 105 – 109).

²⁷ SOCIEDADE DE MEDICINA E CIRURGIA DA PARAHYBA. **Semana Médica**. Parahyba do Norte: Imprensa Oficial, 1927.

CAPÍTULO I – Uma história possível de uma “certeza” construída historicamente: o poder médico sob suspeita

“Ao médico não é indiferente o sofrimento alheio”. Foi com esta frase que o médico paraibano José Maciel²⁸ iniciou seu texto “O medico e seus sentimentos emotivos”, publicado na *Revista Era Nova*, em edição de 17 de junho de 1923. O que angustiava Maciel? Deixemos ele mesmo responder: “Não conheço profissão em que as emoções mais se choquem do que essa, em favor da qual o homem precisa, muitas vezes, arcar até mesmo contra os seus sentimentos affectivos: a profissão médica!”. Mais à frente acrescenta: “No tocante à vida do medico, não ha systema nervoso que se torne impassível, que não vibre, convulsivamente, sob o influxo emotivo de factores tocantes, commoventes”.

Como não se comover com o sofrimento de outra pessoa? Como não se emocionar quando é impossível salvar-lhe a vida? Como não se entristecer quando é preciso comunicar aos familiares que nada mais pode ser feito pela vida do ente querido? Se tais perguntas nos angustiam, elas são ainda mais desesperadoras para os médicos. Ou pelo menos para os esculápios ainda não “desumanizados” por sua própria formação na ciência médica, que os ensina a “se debruçar sobre seus objetos [pessoas doentes] com a neutralidade que a racionalidade científica moderna demanda do pesquisador” (BASTOS, 2006, p. 69). Mas voltando às (in)sensibilidades médicas ante o sofrimento alheio, uma dimensão importante na construção da identidade destes profissionais é a “fantasia onipotente de salvação” (BASTOS, 2006, p. 109). Trata-se de algo que acompanha a medicina moderna. Ela está relacionada com a esperança de salvação da vida pela medicina, e encontra no médico a sua “encarnação”. Ela é fundamental para a prática médica, pois “Sem a fantasia onipotente de salvação, o médico não se empenha em seu exercício profissional” (BASTOS, 2006, p. 109). Mas essa fantasia precisa ter limites, pois se o médico encarna o “salvador” ele pode se frustrar, frustrando também o paciente, os familiares, e os entes queridos do enfermo. O problema é que a impotência diante da morte é ainda mais dilacerante para o médico:

Sofremos todos quando ficamos impotentes, mas a impotência do médico diante da morte, muitas vezes, não é perdoada. Nem por ele nem pelos pacientes. Os médicos

²⁸ Nascido na cidade paraibana de Cajazeiras (1876), José Maciel concluiu o curso de medicina em 1903 na Faculdade da Bahia. De volta à Paraíba, estabeleceu-se inicialmente na cidade de Itabaiana, onde atuou como clínico durante cinco anos (NÓBREGA, 1979, p. 282 – 283). Em seguida, mudou-se para a cidade da Parahyba do Norte onde trabalhou como médico de família e exerceu funções em serviços públicos de saúde, especialmente no Hospital Santa Isabel. Foi ainda um dos fundadores da Sociedade de Medicina e Cirurgia da Parahyba (BRITO, 1978). Além disso, enquanto assíduo colaborador de periódicos que circularam na Paraíba durante o recorte desta pesquisa, com destaque para a *Revista Era Nova*, José Maciel constituiu-se como um dos principais interlocutores do campo médico paraibano de sua época.

sabem que, mesmo quando não sabem, são, frequentemente, chamados a ocupar o lugar onisciente. São instados a serem salvadores num apelo que ecoa nas fantasias onipotentes de cada um (BASTOS, 2006, p. 111).

Tal imagem da medicina não é uma criação exclusiva do campo médico. Ela foi construída histórica e coletivamente. Ela é partilhada socialmente. Ela está entranhada na cultura ocidental. Pelo menos é o que defende Liana Bastos. Para Bastos (2006, p. 112), tal fantasia de que o médico tudo cura constitui o suporte para um desejo coletivo: o prolongamento da vida. Aqui, a medicina se confunde com o sagrado: o médico se torna deus.

Porém, prolongar a vida nem sempre é possível. A frustração desse desejo gera impotência, angústia, sofrimento, principalmente no médico, investido socialmente da identidade de “salvador onipotente”. Até porque, como dizia José Maciel em 1923: “Os sentimentos de humanidade, que dominam todos os seres dotados de uso da razão, por um facto de maior contacto com os portadores dos soffrimentos morbidos, devido à profissão, têm sua esphera de acção mais intensa nos corações dos medicos”. Para este médico o envolvimento emocional com os seus pacientes, especialmente quando ele não consegue curar o enfermo ou sanar as dores daqueles que sofrem, exerce pesadíssima pressão sobre o médico, afetando seu organismo de uma maneira tal que coloca até mesmo a sua vida em risco.

Chegando a esse ponto, os paraibanos que leram as linhas escritas por José Maciel muito provavelmente devem ter julgado extremamente difícil, quando não impossível, o exercício da medicina. Será que algum filho das elites paraibanas desistiu de ser médico após ler estas páginas da *Revista Era Nova*? Difícil saber. Mas, se não podemos saber sobre as reações dos leitores, José Maciel não nos deixa em dúvida quando o assunto é a sua concepção de prática médica. Para ele, o médico necessita se colocar acima das paixões. Mesmo reconhecendo que todo clínico nutre sentimentos em relação aos seus pacientes, ele representa a medicina como uma ciência, como um saber que necessita de objetividade, que almeja a neutralidade:

O medico, quando trabalhador, criterioso, sincero, e, sobretudo, consciencioso, é obrigado a attender, por força da profissão, a casos que, por natureza de circumstancias especiaes, exigiriam seu inteiro afastamento. Ver-se-á na dura contingencia de, contra, todos os princípios da verdadeira afeição, ou o contrário, tratando-se de desaffectedos, agindo, moralmente sobre si mesmo, praticar tudo que a sciencia lhe indica, em favor daquelle que reclame os seus serviços profissionaes. O medico, no cumprimento de seus deveres, não deve conhecer inimigos, pois todos serão eguaes quando os soffrimentos reclamam a egualdade de sentimentos. As dôres phisicas não toleram a vindicta, esperam o allivio!!²⁹

²⁹ *Revista Era Nova*, “O medico e seus sentimentos emotivos”. 17 de jun. 1923.

Inimigo, desconhecido ou irmão: não importa a relação que existe entre o médico e o seu paciente. Para José Maciel, “os sofrimentos reclamam a igualdade de sentimentos”. Como ser humano o médico sente. Como cientista precisa domar as subjetividades, as dele e as dos que precisam do seu socorro, para poder diagnosticar e tratar “objetivamente”. Parece difícil. Quase impossível. Porém, o texto de Maciel sugere que existe um grupo de indivíduos capaz de tal proeza. Sujeitos tão dedicados a sua profissão, tão compenetrados de sua “missão” que conseguiriam expulsar a subjetividade de uma relação tão intersubjetiva como é aquela que envolve o médico e o seu paciente. “Super-homens” capazes de extrair, com o bisturi da neutralidade, o tumor da emoção presente no encontro clínico, para poderem curar com objetividade, para conseguirem objetivar o corpo doente, a partir de então só mais um, entre tantos corpos doentes, sem nome, sem história. Nas linhas escritas por Maciel, é possível encontrar a representação do médico abnegado, um sujeito devotado à ciência, que mesmo sofrendo por não conseguir salvar, deveria ser capaz de se colocar acima das paixões que animam e angustiam o restante da humanidade.

A *Revista Era Nova*, na qual foi publicado o artigo de José Maciel, não era especializada em medicina. Contudo, costumava publicar textos assinados por médicos abordando variados temas ligados à saúde: saneamento, higiene pública, higiene individual, educação sanitária, educação física, entre outros. Alguns artigos abordavam novas descobertas da medicina, outros orientavam os leitores sobre os cuidados necessários para se evitar determinadas doenças. Assim, não chega a ser um absurdo afirmar que os médicos paraibanos³⁰ do começo do século XX desfrutavam de considerável espaço nesta revista. Mas, não foi só na *Era Nova* que os médicos gastaram suas penas: de modo geral, a imprensa da época abriu muito espaço para publicação de textos assinados por médicos que atuavam na Paraíba. Textos que tratavam não só de saúde e doenças: política, educação, desenvolvimento econômico, eram alguns dos temas que animavam o campo médico local a trocar o consultório pelas páginas da imprensa, o estetoscópio e o bisturi por tinta, pena e papel.

A neutralidade exigida por José Maciel e o espaço ocupado por ele e outros médicos nas páginas da imprensa local são dois sintomas da relação de poder e do prestígio social que envolvia a medicina paraibana naqueles anos 20. Uma prática representada para o público leitor como capaz de superar as emoções e se colocar acima das próprias paixões para salvar vidas, curar dores, aplacar o sofrimento alheio. Um discurso autorizado a figurar nas páginas

³⁰ Nem todos os médicos que atuaram na Paraíba durante o período estudado eram paraibanos. Assim, quando empregamos a expressão “médicos paraibanos” estamos nos referindo aos médicos que atuaram na Paraíba entre 1911 e 1929, incluindo-se aí aqueles profissionais que nasceram em outras localidades.

da imprensa. Um saber/poder legitimado para colonizar os corpos doentes, imperar no campo da saúde, orientar políticas públicas, disciplinar hábitos íntimos. Na Paraíba dos anos 20, além de ser representado como “dono” da doença e “proprietário” do enfermo, o médico foi construído como auxiliar do governante, educador das famílias, “profeta” do progresso, disciplinador dos corpos.

O campo médico paraibano caminhava no sentido de uma maior institucionalização, ao mesmo tempo em que buscava se consolidar como “ciência”. Mas a caminhada ainda não estava concluída. Nos anos 10 e 20, por exemplo, a Paraíba não contava com Faculdades de Medicina³¹. A ausência de instituições de ensino, capazes de congregar os agentes do campo médico e conferir-lhes certa identificação, significava um obstáculo à institucionalização científica. Porém, durante o século XIX, a medicina brasileira passou por uma experiência de institucionalização. Schwarcz (1993, p. 197) chega a sugerir que “os primeiros quarenta anos das faculdades de medicina brasileiras foram caracterizados por um esforço de institucionalização em detrimento de um projeto científico”. Sendo assim, a hipótese é válida: as Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, as primeiras do gênero no Brasil, foram importantes núcleos irradiadores de um fluxo de institucionalização que marcaria o campo médico brasileiro no desenrolar do século XIX.

A maioria dos médicos que atuavam por aqui havia concluído seu curso superior nas faculdades de medicina do Rio de Janeiro ou da Bahia. Nas primeiras duas décadas do século XX chegavam à Paraíba novos médicos “formados segundo outras concepções de medicina que resultaram da institucionalização desse conhecimento no Brasil e sua vinculação ainda maior com o discurso científico” (AGRA, 2008b, p. 148). Estes novos médicos tiveram sua formação numa época em que a medicina já não era mais uma “arte”: o processo de institucionalização do campo médico, ocorrido no Brasil ao longo do século XIX, contribuiu para que a medicina fosse constituída como uma “ciência objetiva” (AGRA, 2008b, p. 149 –

³¹ Até 1922 o Brasil contava apenas com 8 Faculdades de Medicina: a da Bahia e a do Rio de Janeiro (regulamentadas como Faculdades em 1832), a do Rio Grande do Sul (1898), a do Paraná (1912), a de São Paulo (1913), a de Minas Gerais (1918), a do Pará (1919) e a de Pernambuco (1920). Existia ainda o Instituto Hahnemanniano, de orientação homeopática, criado na cidade do Rio de Janeiro, em 1912 (PEREIRA NETO, 2001, p. 112). Apenas em março de 1950 surgiu a Faculdade de Medicina, Odontologia e Farmácia do Estado da Paraíba. Porém, somente em 27 de novembro de 1951 o funcionamento do Curso de Medicina foi autorizado pela Presidência da República. Em fevereiro de 1952 foi realizado o primeiro concurso vestibular, e no dia 15 de março do mesmo ano ele começou a funcionar. Em 05 de outubro de 1955, o curso de medicina da Paraíba foi reconhecido pelo Governo Federal. Depois disso, ainda em outubro de 1955, passou a integrar a Universidade da Paraíba, federalizada em 1960. Para informações sobre a história do curso de medicina da Universidade Federal da Paraíba Cf. <http://www.ccm.ufpb.br/index.php/historico>. Acesso em 25 maio. 2014.

150). Assim, a medicina acadêmica afastou-se progressivamente do conceito de “arte de curar” à medida que se consolidou como “ciência das doenças”³² (LUZ, 2013, p. 203).

Portanto, estamos lidando com um campo médico em transformação: formados segundo uma nova concepção de medicina, os esculápios que atuavam na Paraíba das primeiras décadas do século XX ainda não contavam com instituições que os ajudassem a sistematizar seu campo profissional, a conferir-lhe certa identificação e comunhão de interesses. Porém, na mesma época, o campo médico local recebeu os influxos da institucionalização da medicina brasileira que vinha ocorrendo a partir das faculdades, das sociedades de medicina e da imprensa médica desde o século XIX (SCHWARCZ, 1993, p. 196 – 198).

A medicina paraibana, embora pouco sistematizada, caminhava no sentido de um diálogo mais íntimo com o discurso científico. Ao mesmo tempo ampliavam-se os investimentos públicos na área da saúde, enquanto as elites e autoridades locais se convenciam cada vez mais de que “civilização” e “progresso” só podiam existir em terra sã, habitada por um povo igualmente saudável. Tratava-se, portanto, de um momento histórico propício ao crescimento do poder e do prestígio social do médico, bem como à maior institucionalização do seu campo profissional. Mas esta última não nasceu “prematura”. Nos anos 10, a medicina paraibana ainda estava gestante dela. Porém, se o parto ainda não havia ocorrido e o campo continuava relativamente fragmentado, havia um diagnóstico que unia os médicos que atuavam por aqui: a Paraíba estava doente! A maioria de sua população ignorava os benefícios da higiene; por isso, precisava ser curada, educada, mesmo que não quisesse.

Esta representação médica de uma “Paraíba enferma” estampou as páginas da imprensa local durante o recorte que pesquisamos, constituindo um lugar e uma técnica de legitimação do saber médico. Nesse sentido, discutiremos neste capítulo algumas circunstâncias históricas e demandas sociais do início do século XX que concorreram para fortalecer o saber médico como gestor e reformador social na Paraíba. Entendemos que a construção desta representação médica dialogou, principalmente, com três fatores: a transformação da doença em um problema social que reclama soluções políticas; a maior aproximação da medicina em relação à prática dos saberes considerados científicos; e uma crescente legitimidade, principalmente entre alguns grupos das elites paraibanas, de

³² Estudando a história da homeopatia no Brasil entre 1840 e 1990, Madel Luz (2013) analisa as relações entre alopátia e homeopatia. A autora mostra que, apesar de possuírem uma origem comum – a medicina moderna, por sua vez enraizada na racionalidade científica moderna – homeopatia e alopátia tomaram caminhos diferentes no seu desenvolvimento histórico. Nesse sentido, enquanto a medicina acadêmica, fundamentada no sistema terapêutico alopático, foi sendo constituída como “ciência das doenças”, a homeopatia foi se atuando representado como “arte de curar” (LUZ, 2013, p. 203).

representações sociais que defendiam restrições às liberdades individuais em prol do “bem-estar coletivo” proporcionado pela melhoria das condições de saúde. Antes de discutirmos mais detalhadamente estes fatores, será interessante analisarmos alguns traços da medicina na Paraíba entre as últimas décadas do século XIX e os primeiros anos do século XX.

1.1 Uma “Anamnese” possível da medicina na Paraíba

Segundo Oscar Oliveira Castro (1945), o primeiro documento que faz algum tipo de referência à medicina na Paraíba data de 1799. Trata-se de uma carta régia endereçada ao governador da então Capitania Real da Paraíba, Fernando Delgado Freire de Castilho. Assinada pelo ministro D. Rodrigo de Souza Coutinho, um dos principais nomes do reformismo ilustrado lusitano, a carta indaga sobre a necessidade de médico na Capitania:

Sua Magestade he servida que V. Mcê. informe por esta Secretaria de Estado sobre a necessidade, que há de Medico nessa Capitania, declarando o Ordenado que deve vencer, e informando igualmente, que meios tem a mesma Capitania para estabelecer o referido Ordenado, sem gravar a Fazenda Real (apud CASTRO, 1945, p. 241).

Em 1803, o médico José Pimenta de Lacerda ofereceu-se em Portugal para vir trabalhar em território paraibano. No entanto, é provável que ele nunca tenha chegado a atuar por estas terras. É que, segundo Coriolando de Medeiros (1911, p. 118), seu alto salário provavelmente impediu a Paraíba de tê-lo como primeiro médico assalariado pelo governo para cuidar da saúde pública: “Não consta se o facultativo veio; aceitavel é que a Parahyba de então não poude sustentar tamanha despeza, não podia manter luxo tão grande”.

Segundo a perspectiva de Medeiros, não seria absurdo sugerir que, em 1803, ainda estávamos distante da época em que a contratação de um médico público não seria vista como “luxo tão grande”, mas sim como investimento indispensável para o desenvolvimento da sociedade. Esta representação – como veremos – ainda demoraria quase cem anos para se consolidar entre as elites paraibanas. Na época em que José Pimenta de Lacerda ofereceu-se para curar na Paraíba as preocupações na então capitania eram outras: apesar dos surtos de varíola constantes, ainda não havia maiores preocupações com a saúde pública, visto que seus estragos “não se podiam comparar aos produzidos pelos sicários, pelos bandeirantes e pelos ladrões” (MEDEIROS, 1911, p. 118). Pelo menos do ponto de vista da política do Império Português, manter intacto e lucrativo seu domínio sobre a colônia americana era mais importante do que cuidar da saúde da população paraibana.

Certo mesmo é que, em 1799, mediante carta régia de 24 de setembro, Bernardo Coelho da Costa foi nomeado primeiro cirurgião-mor da Paraíba. A medicina paraibana dava seus primeiros passos de forma nada lisonjeira do ponto de vista dos testemunhos da época: “Se consultarmos o receituário da época veremos que tais cirurgiões não eram mais do que simples praticos, usando fórmulas extravagantes de mistura com preceitos religiosos; muito aptos a decepar membros, e muito insensíveis aos sofrimentos das vítimas!” (MEDEIROS, 1911, p. 118).

As afirmações de Medeiros sobre a Paraíba convergem com as de Lília Moritz Schwarcz (1993) que traça um histórico das instituições de ensino médico no Brasil. Segundo esta autora, até a criação dos dois primeiros cursos oficiais de medicina em terras brasileiras – isso em 1808 – a atuação médica era bastante reduzida e pouquíssimo profissional. Nesse momento, a maior parte da atividade médica na então colônia portuguesa era exercida por praticos ou “curandeiros” embasados por saberes indígenas, europeus e africanos. Também pudera, pois além de não contar com centros de ensino ou espaços de produção do conhecimento (como revistas especializadas ou sociedades profissionais) a medicina brasileira se tornava um campo profissional extremamente frágil devido ao veto da formação médica aos brasileiros: isso mesmo, somente em 1800, o governo português autorizou os brasileiros a estudarem medicina. Era essa a situação da medicina encontrada pela família real em 1808, agravada pela chegada repentina da corte portuguesa em terras brasileiras. Assim, a criação das Escolas Médico-Cirúrgicas na Bahia e no Rio de Janeiro mediante decreto de D. João VI possuía, entre outras, uma finalidade especial: atender às demandas da corte e da família real lusitana (SCHWARCZ, 1993, p. 192 – 193).

Em 1813, a Escola Médico-Cirúrgica do Rio foi transformada em Academia Médico-Cirúrgica, acontecendo o mesmo com sua congênere baiana em 1815. Tal mudança significou um passo a mais no difícil caminho da organização de um campo médico no Brasil. Porém, o quadro do ensino e da prática médica brasileira ainda permanecia precário: faltavam médicos e os cursos de medicina continuavam desorganizados e desestruturados (SCHWARCZ, 1993, p. 195). Em 1829 temos um novo marco na história da institucionalização da medicina brasileira: foi criada a primeira sociedade médica do Brasil, a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (SMRJ). Tratava-se de uma organização:

[...] moldada segundo as concepções políticas e teóricas do movimento higienista europeu do final do século XVIII particularmente o francês. Isso implicava a adesão ao chamado neo-hipocratismo, uma concepção ambientalista da medicina baseada na hipótese da relação intrínseca entre doença, natureza e sociedade. Do ponto de vista político, a filiação ao higienismo significava a consciência da necessidade de

converter a saúde numa questão de interesse público e de competência estatal (FERREIRA; MAIO; AZEVEDO, 1997 – 1998, p. 479).

Desde o seu surgimento a SMRJ nutre uma perspectiva higienista, que relaciona a ocorrência das doenças com as condições sociais e ambientais. Além disso, desde seus primeiros anos, tal organização privilegiou a ação do estado como gestor e produtor de serviços de saúde pública, julgados essenciais para higienizar a sociedade, ou seja, melhorar suas condições sociais, sanitárias e ambientais visando a prevenção das doenças (FERREIRA; MAIO; AZEVEDO, 1997 – 1998, p. 479). Ademais, é importante destacar que a criação da SMRJ representou um momento importante para a profissionalização da medicina brasileira. Foi nos quadros desta entidade que surgiu o projeto de reforma do ensino médico, aprovado em 1832, que determinava a transformação das Academias Médico-Cirúrgicas da Bahia e do Rio em Faculdades de Medicina (SCHWARCZ, 1993, p. 196).

Porém, mesmo com o aparecimento das Faculdades, só nos anos 1870 o ensino médico conseguiu melhorar sua organização e qualidade. Se entre 1830 e 1870, vigorava nas Faculdades de Medicina do Rio e da Bahia “a benevolência nos exames, a pouca capacitação dos mestres, a constante reclamação quanto à falta de verbas e dotações, as queixas em relação ao desrespeito dos alunos”, os anos 1870 representam um tempo de mudanças para a medicina nacional: “a partir de então publicações são criadas, novos cursos são organizados, grupos de interesse começam a se aglutinar” (SCHWARCZ, 1993, p. 197 e 198).

O fortalecimento dos cursos médicos ocorre na mesma época em que a medicina também se fortalece enquanto profissão. Muito contribuiu para isso o surgimento de várias demandas médicas e sanitárias que acabaram contribuindo para a valorização do saber médico na sociedade brasileira: o crescimento das cidades e das populações urbanas, aumentando o risco de contágio pela enorme quantidade de pessoas vivendo em espaços nem sempre higiênicos, com hábitos quase nunca saudáveis; a ocorrência de epidemias, especialmente de cólera, febre amarela e varíola, bem como a verificação da existência de endemias como a malária e a tuberculose; a imigração, que reclamava a intervenção do saber médico visando garantir a saúde dos novos “braços” da economia nacional; o fim da Guerra do Paraguai, com o retorno de milhares de mutilados necessitando dos cuidados médicos (SCHWARCZ, 1993, p. 198). O saber médico é chamado a participar da resolução de todos esses problemas, de cuja superação dependia o desenvolvimento da nação. O campo médico, beneficiado pela necessidade de soluções para estas demandas, caminha a partir de então para alcançar cada vez mais prestígio social entre os brasileiros.

Na Paraíba, até meados do século XIX, a saúde pública se limitava praticamente à atuação do cirurgião-mor. Em fevereiro de 1836 foi criada uma lei autorizando os governos municipais a contratarem um médico e a elaborarem um regulamento de higiene. Este decreto, porém, não saiu do papel, visto que o cirurgião-mor da Província ainda acumulava os cargos de médico do município da capital e chefe da Santa Casa de Misericórdia, enquanto no interior tal lei não chegou a ser posta em prática (MEDEIROS, 1911, p. 119).

Somente em 1849, a Assembleia Legislativa criou uma lei autorizando o governo provincial a contratar um “Médico Público”³³. A lei, que é de 13 de agosto de 1849, além de criar esta função, determina os honorários e define as obrigações do “Médico Público”:

Art. 1º - Haverá nesta província um Médico Público com o ordenado de um conto de rei anual, pago a custa dos cofres Provinciais: o nomeado para este lugar será escolhido dentre os médicos formados em quaisquer Academias, ou Brasileiras, ou Estrangeiras, e em igualdade do mérito será preferido o que for natural da Província (apud SOARES JÚNIOR, 2011, p. 36).

A criação deste cargo sinaliza uma preocupação ainda em gestação na Paraíba de 1849: “uma consideração das doenças como problema político e econômico, que se coloca às coletividades e que elas devem tentar resolver ao nível de suas decisões de conjunto” (FOUCAULT, 1979, p. 194). Um médico seria pago pelo governo para cuidar da saúde dos paraibanos. Isso mesmo: um médico teria a responsabilidade de cuidar da Paraíba toda. Ainda estávamos longe de uma sensibilidade mais aguçada para os problemas e demandas da saúde coletiva. Contudo, a contratação de um “Médico Público” já sinaliza alguma coisa: indica que os poderes públicos da província, mesmo que de forma ainda embrionária, já dialogavam com certa percepção, alimentada pelo discurso da medicina, de que era importante cuidar da saúde das populações, que tal cuidado cabia aos médicos, mas que era essencial a participação do Estado como provedor de leis e recursos. Como o leitor deve imaginar, as obrigações do “Médico Público” da Paraíba eram, digamos, bastante extensas:

Ora, dentre as suas obrigações, estariam as de receitar gratuitamente os doentes pobres da Província; dar audiências médicas na semana em sua casa em dias e horas determinadas; visitar e medicar os doentes recolhidos na Santa Casa de Misericórdia e nas prisões públicas; deslocar-se aos pontos em que seja declarado caso de epidemias e enfermidades; e cuidar dos assuntos de higiene. Nos casos de deslocamento, o governo “facilitará o transporte, medicamentos e uma gratificação, que será arbitrada pelo mesmo governo, segundo a longitude do lugar, em que se torne necessária a assistência do médico”. Mesmo havendo uma legislação que

³³ Antes disso, porém, em 1836, a Assembleia Legislativa da Parahyba já havia regulamentado o exercício dos chamados “médicos de partido”. O médico de partido era o profissional contratado para executar um serviço previamente determinado. Após concluído o trabalho, recebia os honorários pelo serviço prestado, sem que mantivesse vínculos empregatícios com o contratante. A lei aprovada em 1836, definia o valor a ser pago aos médicos de partido, e autorizava as câmaras municipais, inclusive a da capital, a contratá-los em caso de necessidade (CASTRO, 1945, p. 421 – 422). Contudo, somente em 1849, com a criação do cargo de “Médico Público”, a Paraíba passa a ter um profissional integralmente dedicado à saúde de sua população.

determinava, tais medidas, na prática, não eram executadas. Os médicos quase não contavam com instrumentos de trabalho e meios de locomoção para atenderem às necessidades da população; os que dispunham desses instrumentos conseguiram-no com recursos próprios (SOARES JÚNIOR, 2011, p. 36).

A precariedade, portanto, marcava a atuação desses primeiros médicos públicos na Paraíba. O atendimento à população era bastante limitado. Faltavam recursos materiais indispensáveis ao trabalho médico. A demanda da sociedade paraibana era muito superior às possibilidades de prestação de serviços deste profissional. Também chamado de Cirurgião-mor, o tal “Médico Público”, além de “curar” a Paraíba, ainda tinha outra incumbência. Era dele a responsabilidade de coordenar os precários trabalhos desenvolvidos pela Inspeção de Saúde, órgão do governo provincial que tentava organizar os serviços da saúde pública paraibana no tempo do Império. Suas condições de trabalho, porém, não eram as melhores:

As inspeções, ao tempo do Império, não tinham sede própria, variando, de casa em casa, até fins do século, conforme as residências dos respectivos inspetores que possuíam, apenas, um livro para anotações. Ainda depois de mil e novecentos, chegava às mãos de contemporâneos, o velho livro, já amarelecido pelo tempo, onde se anotavam os atos relativos à salubridade pública (CASTRO, 1945, p. 242).

Provavelmente, o primeiro médico a ocupar este cargo foi João José Innocência Poggi, ou simplesmente Comendador Poggi. Provavelmente porque as fontes consultadas por nós, bem como por outros historiadores (CASTRO, 1945; SOARES JÚNIOR, 2011) não permitem fazer afirmações convictas sobre a atuação médica na Paraíba antes de Poggi. Não temos a intenção de biografar os médicos que atuaram em terras paraibanas durante os momentos históricos que estamos estudando. Mas, no caso do Comendador Poggi um aspecto curioso nos chamou a atenção. Trata-se de algo que sinaliza elementos importantes sobre o mundo médico de sua época. Curiosamente (ou não), Poggi, provavelmente o primeiro Inspetor de Saúde da Paraíba, não era formado em medicina (CASTRO, 1945, p. 36).

Poggi nasceu em Pernambuco. Entre 1836 e 1838 foi provedor da Santa Casa de Misericórdia da Paraíba, cargo que ocuparia novamente entre 1844 e 1847. Em 1849 tornou-se Inspetor de Saúde da então Província. Era respeitadíssimo, não só pelos agentes do campo médico paraibano, como também pelas elites locais. Mesmo com mudanças na chefia do governo provincial, alternando-se os políticos do Partido Liberal e do Partido Conservador no comando da Paraíba, ele permaneceu no cargo até 1870. Além destas funções, também exerceu o cargo de primeiro vice-presidente da Província em 1866 e 1867 (SOARES JÚNIOR, 2011, p. 37 – 39). O mais curioso nessa história é que um dos protagonistas do mundo médico paraibano no século XIX exercia o principal cargo da saúde pública local e contava com o respaldo político, social e profissional, mesmo não sendo formado em

medicina. O que complica ainda mais o caso é que já estava vigorando uma lei, criada em 13 de agosto de 1860, que determinava: “Art. 7 – Nenhum médico, cirurgião ou farmacêutico, poderá exercer suas profissões, sem que primeiramente registre sua carta de formatura ou de exame na câmara municipal. Os infratores ficarão sujeitos à multa de 15\$000” (CASTRO, 1945, p. 432).

Proibido de criar cursos superiores durante o domínio português, o Brasil da época do Comendador Poggi carecia de mão de obra especializada em praticamente todas as áreas. Não era diferente no mundo médico. Nos tempos em que o Brasil ainda era uma extensão do Império Português, os indivíduos que cuidavam dos corpos enfermos “não eram, em sua grande maioria, médicos diplomados, pois a formação acadêmica ainda era muito inexpressiva, mas pessoas comuns, com alguma influência na sua comunidade” (AGRA, 2008b, p. 160). Ao lado dos poucos médicos figuravam curandeiros³⁴, parteiras³⁵, barbeiros³⁶, cirurgiões³⁷, boticários³⁸.

O mais interessante é que, pelo menos até a década de 1830, estes atores não-diplomados do mundo médico colonial “constituíam a maioria e eram aceitos e requisitados pela população” (PIMENTA, 2004, p. 68). Além disso, pesquisa realizada por Tânia Salgado Pimenta (1998) indica que nesse momento histórico práticas de cura diferentes da medicina, como os ofícios de parteira, sangrador e curandeiro, eram reconhecidas e autorizadas pelo órgão do governo que, até 1828, fazia a fiscalização das atividades terapêuticas em terras brasileiras – a Fisicatura-mor. Porém, nos anos 1850 a história era outra, pelo menos do ponto de vista da lei. No Rio de Janeiro, já em 1830, a Câmara Municipal determinou que “Nenhum facultativo, boticário, parteira, ou sangrador poderá curar e exercer sua arte dentro do

³⁴ Apesar de ser difícil definir com precisão quem eram os curandeiros que atuavam na época, devido a diversidade de personagens e terapêuticas associadas à tal imagem, é possível distinguir dois elementos característicos desta figura: o uso de plantas nativas e outros expedientes naturais como recurso terapêutico, e uma concepção de saúde na qual os elementos religiosos exercem papel de destaque (PIMENTA, 1998).

³⁵ Segundo André de Faria Pereira Neto (2001, p. 80), “No início do século XX, a parteira era uma personagem bastante presente no cotidiano do brasileiro. Esta mulher de origem popular, em geral analfabeta, adquiria certa habilidade no auxílio às mulheres grávidas em trabalho de parto, após alguns anos de experiência”.

³⁶ De acordo com Betânia Gonçalves Figueiredo (1999), no século XIX, o trabalho dos barbeiros não se restringia a fazer barbas e cortar cabelos: alguns barbeiros realizavam o trabalho de consertar espadas, e em algumas localidades eles desempenhavam funções que hoje são normalmente exercidas por médicos e cirurgiões. Além disso, se ocupavam de um método terapêutico comum naquela época: a aplicação de sanguessugas no corpo do enfermo a fim de extrair eventuais impurezas do seu sangue. Suas habilidades com as navalhas ainda eram empregadas nas pequenas cirurgias que realizavam em membros quebrados e corpos feridos.

³⁷ Até o começo do século XIX, a legislação que regulamentava os serviços de saúde no Brasil limitava a função dos cirurgiões ao tratamento de lesões externas, ficando estes profissionais proibidos de tratar “doenças internas” e de prescrever medicamento (SOARES, 2001, p. 409).

³⁸ No século XIX os chamados boticários exerciam funções relacionadas com o comércio e o preparo de medicamentos e receitas. Em muitos casos também faziam diagnósticos e prescreviam remédios, o que passou a ser bastante combatido pelo campo médico a partir da segunda metade do século XIX (SOARES, 2001, p. 411).

município sem ter apresentado suas cartas na Câmara, onde ficarão registradas” (apud PIMENTA, 2004, p. 70). Como vimos, mediante lei de 13 de agosto de 1860, a Assembleia Provincial da Paraíba seguiria os mesmos passos dos legisladores cariocas.

Tal determinação “excluiu” os curandeiros do universo dos serviços legalizados de saúde. Ao mesmo tempo, limitou a atuação de boticários, parteiras e sangradores, pois exigia o registro dos documentos que comprovavam suas habilitações como requisito obrigatório para autorizá-los a exercer seus ofícios. Ora, a partir da segunda metade do século XIX começa o que poderíamos chamar de “medicalização” dos cursos de formação de alguns profissionais da saúde. Isto significou um maior controle médico sobre a formação de outros agentes da cura. Como outras províncias também passaram a exigir o registro das “cartas”, medicalizar a formação dos seus concorrentes significava, para o campo médico, controlar a possibilidade destes “outros” exercerem legalmente suas atividades terapêuticas. Isso representava, para a medicina científica, um passo importante no sentido de controlar o mercado dos serviços de saúde.

Um exemplo expressivo dessa experiência ocorreu com os cursos de formação de parteiras (PEREIRA NETO, 2001, p. 80 – 86). O primeiro curso deste tipo foi organizado em 1832, sob a égide das Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia. Com o tempo, os critérios para o acesso e conclusão do curso foram ficando mais complexos, ao mesmo tempo em que crescia o controle médico sobre a formação desta tradicional personagem do universo da cura no Brasil. Para o ingresso nos cursos não era exigido qualquer conhecimento prático. Em lugar disso, as parteiras, muitas vezes analfabetas, se quisessem conquistar o diploma exigido pela legislação para exercer sua tradicional função, precisavam saber francês, geometria, anatomia e física. Isto se explica como estratégia política do médico que buscou “aprisionar, dentro da faculdade de medicina, o conhecimento tido como necessário e suficiente para o exercício desta atividade. Com isso, ele delimitava a esfera de atuação da parteira, preservando a autoridade médica sobre ela” (PEREIRA NETO, 2001, p. 82).

Porém, a criação de leis e regulamentos não implica mudanças imediatas nos sentimentos. Afinal de contas: “pode-se, com efeito, legislar sobre comportamentos, proibi-los, constrange-los com a ameaça de sanções. Sentimentos podem ser incitados, mas não coagidos” (HAROCHE, 2008, p. 83). Desse modo, as restrições legais sobre práticas de cura diferentes da medicina não significaram, pelo menos não no século XIX, que as pessoas deixaram de recorrer às terapêuticas daqueles que não tinham um diploma:

Embora os terapeutas populares não pudessem legalmente indicar, aplicar e/ou vender remédios, durante o período estudado a população em geral não associava competência terapêutica a um diploma oficial. As pessoas que procuravam

assistência médica, na época da Fisicatura-mor, não se importavam com o fato de o terapeuta ter ou não licença das autoridades. Também em meados do Oitocentos essa informação parece não ter sido decisiva para a escolha de quem as trataria (PIMENTA, 2004, p. 76).

A partir da segunda metade do século XIX o campo médico, especialmente na Bahia e no Rio de Janeiro, onde estavam as Faculdades de Medicina, tornou-se mais agressivo na luta pelo controle do mercado da saúde. Nessa luta, os médicos formados tentavam desqualificar os terapeutas que não fossem “homens de ciência”, o que significava não possuir um diploma concedido pelos Cursos Médicos. Sobretudo “curandeiros”, herbalistas ou qualquer um que curasse ou sarasse as dores mediante terapêuticas não alicerçadas na “deusa ciência”, estavam condenados pelo tribunal da medicina acadêmica.

O mais interessante é que no começo daquele mesmo século XIX, praticantes de medicinas diferentes da acadêmica eram não apenas tolerados, mas até mesmo respeitados pelo campo médico. Pode soar estranho, mas, por volta dos anos 1810, um terapeuta chamado Adão, preto forro, que não tinha diploma de médico e recorria a tratamentos diferentes dos da medicina acadêmica, operara diversas curas na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. No entanto, “Em vez de horrorizar os médicos [como provavelmente teria acontecido se o mesmo caso ocorresse 50 anos depois] essa experiência serviu como argumento em favor do pedido feito por Adão para que fossem oficializadas suas práticas médicas” (PIMENTA, 1998). Mas, na segunda metade do oitocentos a história era outra. A medicina nacional procurava se organizar visando o monopólio sobre o corpo doente. Este só poderia ser alcançado mediante uma credibilidade social que, àquela altura, ainda não estava plenamente conquistada (SOARES JÚNIOR, 2011, p. 39). A medicina desejava se institucionalizar: almejava a consolidação de uma identidade profissional, de um corpus sistematizado de saberes. Nesse momento de conformação de uma identidade de grupo para o campo médico, “curandeiros práticos e ‘herbalistas’ surgiam como inimigos necessários, já que, ao apontar o ‘outro, curandeiro’, melhor se reconhecia o ‘nós, médicos’” (SCHWARCZ, 1993, p. 222).

Mas, entre atacar a figura do curandeiro e desqualificar um protagonista do campo médico local, como era o Comendador Poggi, existia uma grande diferença. Mesmo que este não possuísse um título para registrar na Inspetoria que ele mesmo comandava. Mesmo se estamos tratando de um momento em que a exigência da formação acadêmica já era uma estratégia política do campo médico na sua ânsia por mais poder e controle sobre o mercado da saúde. Mesmo com tudo isso, Poggi, o primeiro médico assalariado de que se tem registro na Paraíba, “foi clínico de renome” (CASTRO, 1945, p. 37).

A reverência do campo médico paraibano ao Comendador Poggi se explica, a nosso ver, por dois fatores. Primeiro: sintoma de uma sociedade em que o poder médico ainda não estava plenamente firmado. Sabe-se que políticas sanitárias e medidas de higienização da sociedade já estavam sendo colocados em prática nos anos 1860 em diversas localidades da Paraíba (SOARES JÚNIOR, 2011, p. 41). Porém, no final do século XIX, a medicina paraibana ainda estava consolidando seu espaço no universo da cura. A quantidade de médicos era relativamente pequena. Não existiam núcleos capazes de congregarem a corporação médica na luta pelo fortalecimento do seu campo profissional, tais como instituições de ensino, sociedades profissionais e órgãos públicos mais poderosos e bem estruturados.

Segundo: sintoma de um campo profissional ainda em vias de institucionalização. Na ausência de uma corporação organizada, personagens individuais como Inspectores de Saúde, clínicos renomados, médicos com inserção na política e na imprensa local estavam em melhores condições para formular e conduzir as demandas do campo. Assim, ocupar um lugar de poder em um momento de fragmentação do campo médico permitiu ao primeiro “Médico Público” da Paraíba angariar o respeito das elites, das autoridades e até mesmo da incipiente corporação, mesmo não possuindo um requisito representado pelos discursos médicos como indispensável para o exercício da cura: o título acadêmico, que distinguia o médico – “abnegado cientista” que cura para cumprir sua “missão social” – do “charlatão”, construído pelo discurso da medicina como alguém que lucra com a doença dos outros, prometendo curas milagrosas e aproveitando-se do sofrimento alheio.

Mas, continuemos nosso passeio pela história da medicina paraibana. Outra característica importante do campo na passagem do século XIX para o XX era a relativa tolerância dos médicos paraibanos para com outras terapêuticas. Segundo Lenilde Duarte de Sá (et al., 2011, p. 158), tratava-se de um momento histórico no qual “a medicina como saber não estava institucionalizada na Paraíba, como era o caso de cidades maiores, como o Rio de Janeiro, e os seus representantes eram raros”. Ainda segundo a autora, isto se refletia na correlação de forças entre os saberes do campo da saúde, notando-se “muito mais tolerância do que conflitos” entre a medicina e outras práticas de cura (SÁ, L. et al., 2011, p. 158).

Tânia Salgado Pimenta (2004), estudando a experiência carioca, ressalta o vínculo entre a institucionalização do campo médico e a “perseguição” a outras práticas terapêuticas. A partir do final dos anos 1820 a medicina carioca experimenta uma forte tendência à institucionalização, com a criação da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (1829), da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (1832) e com o aparecimento dos primeiros periódicos especializados. Esses indícios de maior institucionalização coincidem (de modo

não aleatório) com a redefinição das práticas terapêuticas autorizadas pela lei: “Os curandeiros e os sangradores foram desautorizados, excluídos do conjunto de atividades legais. As parteiras foram desqualificadas para uma posição subalterna e tiveram as suas atividades apropriadas, o que serviu à expansão do mercado para os médicos” (PIMENTA, 2004, p. 68).

Se nos primeiros anos do século XIX os médicos cariocas diplomados conviviam de forma relativamente harmônica com outros terapeutas, à medida que o campo médico ganha em institucionalização perde em tolerância. A sistematização da profissão médica vem acompanhada pelo desejo de monopolizar o mercado de serviços de saúde. Querendo ser proprietário exclusivo dos corpos enfermos, o saber médico se esforça para deslegitimar as terapêuticas diferentes da sua, para desautorizar os terapeutas cuja arte de curar não fora aprendida nas Faculdades de Medicina, não dispunha do aval da ciência. Na história da medicina brasileira a institucionalização profissional tem dialogado com a intolerância em relação aos seus concorrentes no mercado de serviços de saúde, pois

Para demarcar o território sobre o qual a prática médica deveria atuar, fosse ela individual, fosse ela social, precisou-se também deslegitimar aqueles saberes que já ocupavam tais lugares, desacreditando-os e desautorizando-os a permanecerem ali. A medicina científica, desta maneira, construiu-se como saber legítimo e autorizado destituindo, deslegitimando, desautorizando e, por fim, perseguindo e reprimindo os saberes que lidavam com a vida e a morte das pessoas já há séculos e que, sob a óptica científica positiva, eram manifestações da ignorância, da credence e das superstições populares e que deveriam sumir para dar lugar às luzes, o que faria as comunidades humanas darem um “salto evolutivo” em sua trajetória histórica (AGRA, 2008b, p. 150 – 151).

Mas, entre a segunda metade do século XIX e os primeiros anos do século XX, a medicina paraibana ainda convivia de forma relativamente harmoniosa com outras terapêuticas. A homeopatia³⁹, por exemplo, era uma terapêutica bastante presente no dia a dia dos paraibanos. Segundo Oscar Oliveira Castro (1945, p. 293), durante as epidemias de cólera que assolaram a Paraíba em 1856 e 1862, “ambulancias⁴⁰ homeopáticas eram mandadas da

³⁹ De acordo com André de Faria Pereira Neto (2001, p. 98), mais do que uma terapêutica alternativa a homeopatia é um sistema médico diferente da medicina alopática, com diagnose e terapêutica próprias. Desenvolvida a partir dos trabalhos do alemão Samuel Hahnemann (1755 – 1843), percebe o indivíduo como uma totalidade. Assim, as doenças não são encaradas como ocorrências isoladas, mas sim como sinais de algum desequilíbrio na totalidade que constitui o indivíduo. Mediante os medicamentos homeopáticos, seria possível restaurar este equilíbrio. Informações sobre a homeopatia obtidas em <http://saude.ig.com.br/homeopatia/>. Acesso em 19 jun. 2014.

⁴⁰ Oscar Oliveira Castro (1945) não deixa claro como eram estas “ambulancias”. Porém, é provável que em meados do século XIX os paraibanos utilizassem este termo com o mesmo sentido que foi identificado por Nikelen Acosta Witter (2007) para o Rio Grande do Sul durante o mesmo contexto histórico. Segundo esta autora (p. 76), “O termo ‘ambulância’ aparece utilizado para designar tanto carroças que munidas de medicamentos eram enviadas para frentes de batalhas ou municípios em situação de epidemias como pequenas

capital da Província para os diversos lugares onde o mal surgia”. Na mensagem que enviou ao Legislativo Estadual em 1904, José Peregrino de Araújo, então presidente da Paraíba, ressaltava os socorros prestados à população pelo seu governo durante surtos de varíola na capital e no interior. Além do envio de médicos para as localidades atacadas pelo mal, Araújo enfatiza a emissão de “ambulancias de remedios allopathicos e homeopathicos” como medidas “hygienicas e prophylaticas aconselhadas pela sciencia medica”⁴¹.

A homeopatia era uma arte de curar praticada na Paraíba por diversos personagens, tais como os padres que portavam, junto com os “sacramentos da Igreja, para a purificação das almas, as carteiras homeopaticas para as curas do corpo” (CASTRO, 1945, p. 295). Além destes, “professores, políticos, pobres agricultores, que mal sabiam ler” também lançavam mão da terapêutica homeopática “para atender aos pobres e aos ricos, que para eles apelavam, aflitos” (CASTRO, 1945, p. 295). Também as mães de família recorriam aos medicamentos homeopáticos “para sarar a cicatriz umbilical do garotinho ainda cheirando a alfazema ou para as dôres tardias de um parto” (CASTRO, 1945, p. 296). Novamente, a ausência de institucionalização aparece como um dos principais motivos para que, entre o final do século XIX e os primeiros anos do século XX, a medicina paraibana tenha convivido de maneira relativamente harmoniosa com a homeopatia (SÁ, L. et al., 2011, p. 158).

Outra marca da saúde paraibana no começo do século XX era a utilização de sangrias e sanguessugas. Este uso derivava da força que a teoria galênica⁴² ainda desfrutava na época. Tal concepção atribuía a causa das doenças “ao desequilíbrio dos humores [corporais]”, sendo a realização de sangrias e a aplicação de sanguessugas práticas que “devolveriam o equilíbrio dos humores” ao ajudar o doente a expelir a causa de sua enfermidade (SÁ, L. et al., 2011, p. 148). A aplicação de sanguessugas no corpo do doente se adequava perfeitamente a esta concepção. Compradas no Rio de Janeiro, eram dispostas em determinados lugares do corpo conforme o mal que lhe afligia. Então, começavam a sugar o sangue do doente, ajudando-o a expelir os excessos humorais que haviam provocado sua enfermidade. Quanto às sangrias, alguns paraibanos do começo do século XX chegavam a recorrer a elas pelo menos uma vez

enfermarias munidas de uma farmácia de emergência. Por vezes, associava-se a esta um médico, um cirurgião e/ou um enfermeiro”.

⁴¹ PARAHYBA DO NORTE (Estado). **Mensagem** apresentada á Assembléa Legislativa do Estado em 1º de setembro de 1904, por ocasião da instalação da 1ª sessão da 4ª legislatura, por José Peregrino de Araújo, presidente do Estado. Parahyba do Norte: Imprensa Official, 1904, p. 45 – 46. Disponível em <http://www.crl.edu/brazil/provincial/para%C3%ADba>. Acesso em 21 mar. 2014.

⁴² Cláudio Galeno (130 – 201 d.C.) médico romano nascido em Pérgamo, na Grécia, afirmava que as doenças eram provocadas pelo desequilíbrio dos humores corporais, baseando-se a medicina galênica em métodos como as sangrias e a dietética, empregados em função de sua capacidade de auxiliar o corpo a expelir as substâncias consideradas nocivas ao equilíbrio humoral (DINIZ, 2006, p. 61 – 64).

por ano, “com fins terapêuticos ou para prevenir padecimentos futuros” (CASTRO, 1945, p. 332). Para produzir os resultados esperados, a técnica precisava ser acurada:

A “lancêta” era o instrumento usado.

Tratava-se de um pequeno canivete, de lamina fina e ponta aguçada, protegido e guardado em “bainha” de couro [...].

A operação se processava com rigorosa técnica e praticada em uma das veias, de preferência, na perna.

Primeiro, o garrote de borracha, na parte superior da perna ou simples fio de algodão forte. As veias se entumeciam e, facilmente, o operador golpeava o vaso.

O sangue jorrava de 100 a 150 gramas (CASTRO, 1945, p. 332).

Na Paraíba dos primeiros anos do século XX, a arte de curar mediante sangrias e sanguessugas, embora também praticada por médicos, era “dominada” pelos barbeiros. Tais artífices da cura, contudo, encontravam-se subordinados ao saber médico: estamos tratando de um momento histórico em que o barbeiro constitui um “auxiliar do médico”. Assim, alguns barbeiros que atuavam na Paraíba do começo do século XX só procediam a sangrias e aplicavam sanguessugas mediante prescrição médica (SÁ, L. et al., 2011, p. 149 – 150).

No dia 11 de junho de 1915, estampando as páginas de *A União*, pode-se encontrar um artigo assinado pelo médico paraibano José Maciel, um dos mais importantes interlocutores do campo nesse momento. Intitulado “Sangria, seu valor therapeutico incontestável”⁴³, o texto defende o uso médico desta técnica, especialmente em situações emergenciais. Maciel conclama seus colegas a não desprezarem o recurso às sangrias, “que nos presta relevantes serviços em emergenciais difíceis”. Na defesa desta técnica, Maciel se ampara na sua experiência profissional para legitimar a sangria como recurso terapêutico: “Os resultados felizes que temos observado, já em nossa clínica civil, já nas enfermarias dos hospitais nos levam a assegurar o valor incontestável da sangria sobre outras applicações therapeuticas”⁴⁴. Desse modo, é lúcido afirmar que, pelo menos até o começo do século XX, a arte de curar dos barbeiros, mediante a realização de sangrias e a aplicação de sanguessugas, era endossada e largamente empregada pelos médicos paraibanos, desde que os barbeiros se limitassem ao seu papel de “auxiliares” da medicina (SÁ, L. et al., 2011, p. 152).

Os chamados “curandeiros” também estavam presentes no universo da cura paraibano àquela época. Tânia Salgado Pimenta (2003), ao estudar as relações entre as instituições médicas e os terapeutas populares no Brasil da primeira metade do século XIX, oferece uma caracterização possível destes personagens. No entanto, a autora reconhece que, na prática, as atividades destes terapeutas poderiam ser bastante diversificadas, extrapolando os rótulos que

⁴³ *A União*, “Sangria, seu valor therapeutico incontestável”. 11 jun. 1915.

⁴⁴ *Idem*, 1915.

o discurso médico e as instituições oficiais lhes atribuíam. Seguindo a perspectiva de Pimenta (2003, p. 322) um traço distintivo da atuação destes terapeutas era o seu conhecimento “sobre as plantas medicinais nativas e sua aplicação nas moléstias encontradas no país”. Ainda segundo esta autora, as práticas de cura destes personagens

estavam relacionadas às visões cosmológicas dessas pessoas – na maior parte africanos e descendentes de africanos –, em que as doenças eram associadas a elementos espirituais. O vasto conhecimento que tinham sobre plantas medicinais, reconhecido pelos médicos acadêmicos, também estava relacionado às suas crenças religiosas. Ainda que os curadores tivessem influência de outras tradições culturais, como as indígenas ou as relativas a setores europeus, também nesses casos existia a crença de que as doenças poderiam ser causadas por problemas espirituais (PIMENTA, 2003, p. 324).

Há cem anos atrás, recorrer à arte terapêutica dos “curandeiros” não era algo tão raro quanto gostariam os médicos paraibanos daquela época. O próprio Oscar de Castro⁴⁵ (1945), personagem dos mais atuantes no teatro médico local durante a primeira metade do século XX, não hesitou em afirmar que, àquela época, muitos paraibanos doentes recorriam a personagens como Joana Pé de Chita, José Côxo, Mestre Euclides e Dona Maria Archanja, renomados “curandeiros” cuja terapêutica era variada: “aplicavam raízes de plantas medicinais, como a japecanga, a caninana ou a jurubeba; produtos de origem animal, como raspas de caso de jumento, carapaças de crustáceos ou óleo de baleia, e outros invocavam espíritos protetores e ainda alguns, aplicavam rezas fortes” (CASTRO, 1945, p. 282).

Ainda em Oscar de Castro (1945), encontramos mais alguns detalhes da arte destes terapeutas. Segundo o médico-autor, um dos mais renomados “curandeiros” que atuou na Paraíba do começo do século XX, foi José Côxo. A principal característica de sua arte de curar era, segundo Castro (1945, p. 282) a importância que Côxo atribuía a ação do ar atmosférico na causação das doenças, “fazendo referências às qualidades patogênicas desse elemento. Assim para ele existia: ‘ar doedor’, ‘ar batedor’, ‘ar corredor’ conforme a sintomatologia apresentada pelo doente”. Outro “curandeiro” de renome, principalmente na zona litorânea do estado, foi um tal Mestre Euclides. Ainda de acordo com o relato de Oscar de Castro (1945, p. 282 – 283), a especialidade desse último eram “as rezas fortes, rezas para

⁴⁵ Oscar Oliveira Castro, também conhecido como Oscar de Castro, concluiu seu curso de medicina em 1923 pela Faculdade do Rio de Janeiro. Nascido no município paraibano de Bananeiras, estabeleceu-se como clínico na capital, onde atuou também na área da Pediatria. No âmbito da saúde pública, dirigiu o Serviço Municipal da Assistência Pública e o Hospital do Pronto Socorro, ambos na Parahyba do Norte. Membro da Academia Paraibana de Letras, do Instituto Histórico e Geográfico da Paraíba, da Associação Paraibana de Imprensa, da Sociedade de Medicina e Cirurgia da Parahyba (NÓBREGA, 1979, p. 146 – 147), Castro teve uma grande inserção na imprensa periódica e no universo das letras paraibanas, constituindo-se como integrante da elite de conhecimento e respeitabilidade no interior do campo médico. Além disso, sua obra *Medicina na Paraíba: flagrantes da sua evolução* (CASTRO, 1945) foi apropriada como uma das principais referências desta pesquisa.

fazer bem, para amainar as dôres ou sustar as hemorragias e rezas para ‘aperriar’, para ‘endoidar’ e até para fins amorosos e inconfessáveis”.

Outro elemento interessante da atuação destes terapeutas é que, ainda segundo Oscar de Castro (1945, p. 281 – 284), não era somente a parcela mais pobre da população que recorria a estes artífices da cura: “políticos ilustres” e “pessoas de importância” também buscavam a competência dos “curandeiros” para aplacar suas dores. Não era, portanto, a falta de médicos ou de dinheiro para pagá-los que determinava a escolha por um “terapeuta popular”. Esta procura dos “paraibanos” por “curandeiros” não deve ser pensada como uma prática restrita a certos grupos sociais, que por sua suposta “pobreza” não tinham condições financeiras de recorrer aos cuidados do médico diplomado, ou que por sua “ignorância” preferiam o “curandeiro” ao esculápio.

Ocorre que, como sugere Pimenta (2003, p. 323 – 324), a concepção “espiritualizada” de saúde e doença dos curandeiros estava mais próxima do complexo cultural de boa parte das pessoas que viveram entre o final do século XIX e o começo do XX. Isto é um aspecto importante na procura de um terapeuta, visto que a relação entre este e o doente “se estabelece, em geral, num momento de fragilidade desse último, que recorre a um terapeuta em quem possa confiar. Para tanto, seria necessário que essas pessoas compartilhassem, em alguma medida, concepções de doença e cura” (PIMENTA, 2003, p. 323 – 324).

Falando um pouco sobre a arte de curar destes “curandeiros”, Oscar de Castro constrói uma série de representações sobre uma terapêutica que, embora presente nos momentos de dor e angústia de paraibanos com diferentes posições socioeconômicas, foi desqualificada pelo discurso médico à medida que a medicina foi se constituindo enquanto “ciência” e se organizando de forma mais institucionalizada. No entanto, este investimento na “deslegitimação” da arte dos “curandeiros” – e de outros terapeutas concorrentes da medicina acadêmica – se intensificaria na Paraíba somente a partir dos anos 1920, quando o campo médico local experimentou um maior impulso à institucionalização, com o surgimento de instituições como a Sociedade de Medicina e Cirurgia da Parahyba⁴⁶, fundada em 1924. Esta experiência já estava sendo vivida em centros como o Rio de Janeiro desde a segunda metade do século XIX. Na capital do Império como na Paraíba republicana:

Com a organização dos médicos em torno das faculdades, sociedades de medicina e periódicos especializados, observa-se a tentativa de monopolizar cada vez mais o discurso médico. Sobretudo, o processo de aprendizado – na academia – e a posição social – mais abastada – eram por si sós um aspecto de superioridade em relação aos que não se enquadravam nessas características. Além disso, garantiam aos médicos a

⁴⁶ A atuação desta entidade enquanto espaço de institucionalização da medicina paraibana será analisada no segundo capítulo.

formação de uma linguagem cada vez mais exclusiva e uniformizada e o acesso a ela (PIMENTA, 2003, p. 322).

Nas fontes pesquisadas não encontramos referências a conflitos mais substanciais entre médicos diplomados e “curandeiros” na Paraíba entre o final do século XIX e os primeiros anos do XX. Nos jornais, revistas e mensagens presidenciais desse período não identificamos uma preocupação dos poderes políticos ou do campo médico em combater a arte terapêutica dos tais “curandeiros”. Isto não significa, porém, que animosidades e confrontos entre esses últimos e os esculápios não tenham existido na Paraíba da primeira década do século XX. Sinaliza apenas que, se tais conflitos ocorreram mesmo, eles se deram de forma menos intensa e menos constante do que iremos verificar a partir dos anos 1920, quando a prática médica na Paraíba se torna mais normatizada e “científica” como consequência de uma maior institucionalização do campo.

Dialogando com a pesquisa de Agra (2008b), acreditamos que essa maior “tolerância” dos esculápios na passagem do século XIX para o XX era devida, entre outros fatores possíveis, a duas motivações principais. Em primeiro lugar, a escassez de médicos diplomados, sobretudo no interior do estado, garantia aos poucos esculápios uma reserva de mercado considerável. Assim, mesmo considerando que boa parte dos paraibanos recorria a parteiras, curandeiros, sangradores e homeopatas para curar seus corpos e aliviar suas dores, o reduzido número de médicos atuando no estado ainda dispunha de uma clientela considerável (AGRA, 2008b, p. 145). Em certo sentido, esta situação tornava menos necessário ao médico lutar por mercado com os terapeutas não diplomados. Embora seja muito difícil determinar com precisão quantos médicos diplomados atuaram na Paraíba ao longo das três primeiras décadas do século XX, partindo de vestígios fragmentários é possível termos uma perspectiva, mesmo que limitada, a este respeito. No quadro a seguir, oferecemos um breve panorama sobre o quadro médico paraibano àquela época.

Quadro 2: ESTIMATIVA DO NÚMERO DE MÉDICOS DIPLOMADOS QUE ATUARAM NA PARAÍBA ENTRE 1901 E 1930	
Número aproximado de médicos que atuaram na Paraíba entre 1901 e 1910	26 médicos
Número aproximado de médicos que atuaram na Paraíba entre 1911 e 1920	36 médicos
Número aproximado de médicos que atuaram na Paraíba entre 1921 e 1930	67 médicos

Fonte: Quadro elaborado pelo autor a partir de informações coletadas em: Soares Júnior (2011), Castro (1945), Nóbrega (1979), Agra (2008b), Oliveira (1968) e em alguns dos documentos analisados ao longo desta pesquisa.

É provável que a quantidade de médicos que atuaram na Paraíba fosse maior do que a retratada no quadro acima, principalmente no período entre 1901 e 1910. Isto porque quanto mais recuado for o recorte considerado, mais difícil se torna, para nós como para os referidos autores, assegurar com precisão o número de esculápios que oferecia seus serviços em terras paraibanas. Assim, torna-se mais seguro analisar os números do quadro acima como uma estimativa que, embora parcial, possui certo valor histórico na medida em que foi produzida a partir do cruzamento de informações obtidas em diversas fontes. Mesmo considerando esta importante ressalva, não podemos negar que o quadro acima sinaliza o crescimento do número de médicos atuando na Paraíba ao longo das três primeiras décadas do século XX. Se na comparação entre os dois primeiros decênios o acréscimo de esculápios, embora substancial, não chega a ser tão impactante, nos anos 1920 a quantidade de médicos trabalhando na Paraíba foi quase o dobro do número verificado na década anterior⁴⁷.

É provável que este menor número de médicos atuando na Paraíba nos primeiros anos do século XX tenha sido um dos fatores para a aparente “tolerância” destes profissionais em relação aos chamados “curandeiros” àquela época. Porém, com a ampliação do mercado de trabalho médico nos anos 1920 verificou-se uma nova política dos esculápios para com seus concorrentes não diplomados: de uma “tolerância” relativa passou-se à perseguição. É possível que isto tenha ocorrido, entre outros fatores, porque o aumento do número de médicos atuando no estado fosse sentido pelos próprios esculápios como uma “ameaça” às suas respectivas reservas de mercado. A possibilidade de ver sua clientela diminuir deve ter preocupado alguns facultativos paraibanos nos anos 1920, principalmente quando lembramos que mesmo nessa época pessoas de vários matizes sociais continuavam recorrendo a terapeutas diversos, diplomados ou não, para curar seus corpos e aliviar suas dores (AGRA, 2008b, p. 167).

Neste cenário, disputar entre si espaços no mercado da saúde, atacando-se mutuamente e/ou promovendo-se individualmente, não traria benefícios para a corporação dos esculápios, inclusive porque implicaria no enfraquecimento do próprio campo médico. Desse modo, a estratégia que predominou entre os facultativos paraibanos àquela época foi defender a “união” da corporação médica como uma forma de fortalecer a profissão. Este chamado à unidade do campo esteve bastante presente, por exemplo, nos congressos médicos que a

⁴⁷ Este crescimento expressivo do mercado de trabalho médico foi uma tendência constante no restante do século XX, acentuada ademais pelo estabelecimento das Faculdades de Medicina no estado. Não por acaso, escrevendo nos anos 1970, Humberto Nóbrega (1979, p. 291) chegou a sugerir que a quantidade de médicos formados na Paraíba entre 1975 e 1978 “supera o número dos que dantes existiam”.

Sociedade de Medicina e Cirurgia da Parahyba organizou nos anos 1920, os quais serão analisados nos próximos capítulos desta narrativa.

O que gostaríamos de frisar, neste ponto, é que na luta por espaços no mercado da saúde os esculápios paraibanos se “uniram” contra um “inimigo” comum: os “curandeiros” e demais curadores não diplomados que, deixando de atuar como “auxiliares” dos facultativos, ultrapassando os limites e proibições impostos às suas terapêuticas pelo saber médico, se constituíam como concorrentes desse último no oferecimento dos serviços de cura. Deslegitimando e desautorizando seus concorrentes sem diploma, a corporação médica construía uma posição proeminente no mercado da saúde evitando uma possível pletera profissional em razão do aumento do número de facultativos disponíveis no estado. De quebra, ao defender a superioridade de sua terapêutica em detrimento da “medicina fôra da lei” de seus concorrentes (CASTRO, 1945, p. 280) os esculápios fortaleciam sua profissão construindo uma representação social positiva de sua “ciência das doenças”.

Além de um menor número de médicos concorrendo por espaço no mercado paraibano, outro fator também contribuía para a relativa “tolerância” destes profissionais para com os curandeiros nos primeiros anos do século XX. É que no século XIX a medicina praticada pelos facultativos brasileiros não se diferenciava radicalmente das práticas de cura utilizadas pelos “curandeiros” e outros terapeutas não diplomados, ocorrendo casos em que os médicos empregavam recursos destes curadores “populares” para aliviar as dores de seus “pacientes” (FERREIRA, 2003, p. 102; PIMENTA, 2003, p. 325). Naquela época, a concepção dos médicos sobre a

profilaxia das doenças estava muito informada especialmente pelo hipocratismo, concepção que só iria começar a ser alterada quando do advento da anátomo-clínica. Além disso, o arsenal terapêutico de que lançavam mão, como vomitórios, sangrias, chás, ervas, plantas medicinais, etc., eram basicamente os mesmos, tanto na versão acadêmica da medicina quando em sua versão comunitária (AGRA, 2008b, p. 161).

Um cotidiano marcado por sangrias e vomitórios não era estranho aos médicos atuantes na Paraíba entre a segunda metade do século XIX e a primeira década do século XX (CASTRO, 1945, p. 62 e 331; SÁ, L. et al., 2011). No entanto, no decorrer da segunda metade do século XIX, ocorre um movimento de institucionalização do saber médico no Brasil. Esta experiência, favorecida pelo estabelecimento das primeiras Faculdades de Medicina, Sociedades de Medicina e periódicos médicos no país (SCHWARCZ, 1993, p. 196 – 198), contribuiu para que a atividade dos esculápios se afastasse progressivamente das terapêuticas de boticários, barbeiros, sangradores, parteiras e curandeiros para se aproximar cada vez mais da dos saberes considerados científicos.

Segundo Agra (2008b, p. 161 – 162), por meio desta vinculação à ciência, o saber médico começou a se afastar de visões cosmológicas sobre a transmissão das doenças para incorporar definitivamente a ideia “de que o mal é provocado por elementos bem terrenos, como os ventos, as águas, os espaços insalubres, os odores, a alimentação, etc. A terapêutica também mudou, passando a enfatizar a higiene como elemento indispensável para a boa saúde”. Na Paraíba, esta experiência de institucionalização e de vinculação da medicina à ciência se intensificaria nos anos 1920. O distanciamento entre esculápios e terapeutas não diplomados que ela acentuou também contribuiu para a perseguição e deslegitimação que o saber médico produziu contra a arte de curar dos curandeiros por meio de uma “caça às bruxas” que se intensificaria a partir do final daquela década de 20.

Problematizando a produção de uma sensibilidade moderna na Campina Grande das primeiras décadas do século XX, por meio de uma análise das imagens construídas em torno dos médicos Chateaubriand Bandeira de Melo e João Arlindo Corrêa, Giscard Agra (2008b, p. 140) argumenta que até o final do século XIX, “o médico formado não buscava estabelecer-se como único detentor do conhecimento sobre as curas dos males que afligiam as pessoas”. Porém, nos anos 1920, a cidade começou a receber novos médicos, formados segundo uma nova concepção de medicina, tributária da maior institucionalização do campo a partir do final do século XIX, que buscou aproximá-la da ciência. Este diálogo com a ciência tornou a medicina mais avessa às alteridades terapêuticas, pois a partir de então, na luta por demarcar um espaço proeminente no campo da saúde, o saber médico operou uma autêntica “caça às bruxas” contra práticas de cura diferentes da sua, recorrendo ao discurso da competência científica para deslegitimá-las e reprimi-las (AGRA, 2008b, p. 150).

Nesse cenário, de aumento do número de médicos diplomados atuando no estado e de maior institucionalização científica da medicina paraibana, percebemos a disputa dos esculápios por espaços no mercado da saúde contra terapeutas que lançavam mão de artes de curar diferentes da “ciência das doenças”. Entre estas alteridades do médico diplomado estava o curandeiro, cuja identidade foi sendo atrelada à representação de uma pessoa que praticava ilegalmente a medicina, tal como certo José Cassimiro Barbosa, conhecido como “Língua de Aço”. Residente em Campina Grande, “Língua de Aço” foi levado à justiça em 1931 por influência do médico João Arlindo Corrêa, devido a sua atuação como curandeiro. Mas para desgosto do médico, segundo Agra (2008b, p. 168 – 169) nenhuma das testemunhas apresentadas pela Promotoria na Ação Criminal, “indicadas, em verdade, pelo Dr. João Arlindo Corrêa”, denegriu o curandeiro:

Muito pelo contrário: os sujeitos arrolados pelo Dr. Arlindo Corrêa referiram-se ao acusado como sendo “muito caritativo nos seus tratamentos”, tratamentos pelos quais não cobrava nenhuma importância e até mesmo podia tirar do seu próprio bolso o dinheiro para a compra dos remédios que receitava (AGRA, 2008b, p. 168 – 169).

O caso “Língua de Aço” sinaliza para dois aspectos importantes relacionados ao universo da saúde na Paraíba daquela época. Em primeiro lugar, curandeiros como José Cassimiro Barbosa continuavam sendo requisitados para aliviar as dores dos “paraibanos”. E não apenas as dores dos “paraibanos” mais pobres, que supostamente não teriam condições financeiras de contratar os serviços médicos: segundo Oscar de Castro (1945, p. 284) “pessoas de importância” também buscavam alívio na terapêutica do “Doutor Língua de Aço”. Em segundo lugar, já estamos numa época em que o curandeiro não é mais tolerado ou mesmo ignorado pelo saber médico. Trata-se então de um momento histórico em que, no discurso dos esculápios sedentos por controlar o universo da saúde, o termo curandeiro “foi sendo substituído por ‘charlatão’, constituindo mais uma forma de os médicos formados desqualificarem outras práticas de cura” (PIMENTA, 2003, p. 323).

Esta transformação simbólica do “curandeiro” em “charlatão” sinaliza a mudança da política médica em relação às alteridades terapêuticas: de alguém que curava com plantas e rezas o curandeiro passou a ser representado pelo discurso médico como um desonesto, um enganador que faz “promessas fantásticas” de “curas milagrosas” e, assim, conquista “verdadeiras massas humanas, manobradas pela força da sugestão” (CASTRO, 1945, p. 279 – 280). Dessa forma, enquanto nos primeiros anos do século XX o silêncio ou o pouco caso dos esculápios paraibanos em relação aos curandeiros sinaliza certa margem de tolerância para com outras terapêuticas, a política de deslegitimação desses personagens dialoga com a progressiva institucionalização da medicina científica na Paraíba dos anos 1920.

Segundo Lenilde Duarte de Sá (et al., 2011), nos primeiros anos do século XX o campo médico paraibano só não tolerava um saber: a chamada medicina natural. Também conhecida como “naturismo”, esta arte de curar defendia uma terapêutica baseada na “reconciliação” do indivíduo com a natureza. Assim, dispensava os remédios em benefício de uma alimentação baseada em frutas e vegetais (SÁ, L. et al., 2011, p. 152). Além disso, defendia a importância da higiene e “as virtudes da luz, do ar e da água” para a saúde (CASTRO, 1945, p. 298).

Os adeptos da medicina natural protagonizaram na imprensa alguns conflitos contra os representantes da medicina acadêmica. Entre os principais pontos de discórdia estavam o consumo de carne e o uso de medicamentos quimicamente elaborados, ambos duramente

combatidos pelos “naturistas”. José Maciel, o mesmo que defendera com tanto afincamento a prática da sangria, foi um dos críticos mais vorazes do “naturismo”, chegando a insinuar que seus praticantes não passavam de “charlatães”, cujo fim era “locupletarem-se com as economias dos incautos, que se entregam de corpo e alma a esta exploração inconsciente e condenável” (MACIEL, 1916, apud SÁ, L. et al., 2011, p. 154). Mas, apesar das críticas de Maciel, a medicina naturista chegou a obter certa aceitação na Paraíba. Prova disso é o apoio recebido por seus adeptos para a criação, na capital, de um “Sanatório Naturista”, que chegou a ser isentado de impostos pelo então presidente do estado Camillo de Hollanda (SÁ, L. et al., 2011, p. 156). O apoio governamental complica a questão, pois Camillo de Hollanda, além de presidente da Paraíba, era médico, formado pela Faculdade de Medicina da Bahia.

O conflito entre médicos e “naturistas” nos permite arriscar algumas interpretações. Ele ocorre na segunda metade dos anos 10, momento em que a medicina paraibana começava a respirar os ares da institucionalização que vinha modificando o campo médico brasileiro desde o final do século XIX (AGRA, 2008b, p. 148). Além disso, é provável que a crítica de Maciel não tenha sido motivada somente pelas diferenças entre a sua prática e a dos “naturistas”. Para além da diversidade que separava as duas terapêuticas, é possível que Maciel estivesse preocupado com outras questões. Particularmente, poderia encarar com desconfiança a relativa aceitação da medicina natural entre a população da capital paraibana, expressa mediante diversas notas publicadas na imprensa dando conta de curas “milagrosas” operadas pela terapêutica naturista (SÁ, L. et al., 2011, p. 155).

É possível, portanto, que Maciel visse nesta outra medicina um concorrente em potencial no mercado da saúde. Deslegitimar a prática do “outro” foi uma das principais estratégias empregadas pela medicina acadêmica para construir seu monopólio sobre os corpos doentes. Ora, nos pareceu ser isso o que Maciel tentou fazer ao taxar de “charlatães” aqueles que defendiam a reintegração à natureza como medida capaz de melhorar a saúde e a qualidade de vida das pessoas.

Por outro lado, a discordância entre Maciel e a política do médico-presidente Camillo de Hollanda torna lícito supor que a medicina paraibana tinha certas “fissuras”. Claro que a isenção fiscal concedida por Hollanda poderia ter um objetivo puramente político. Mesmo assim ela sinaliza que era possível, àquela altura, um médico, estando à frente do executivo estadual, adotar uma política em benefício de “outra medicina”, enquanto um dos principais interlocutores do campo médico usava a imprensa local para atacar, e de forma veemente, esta mesma terapêutica.

A controvérsia em torno da figura do Comendador Poggi, primeiro médico público da Paraíba que angariou prestígio profissional mesmo não sendo diplomado, e também o modo como os médicos paraibanos conviviam com outras terapêuticas no começo do século XX, sugerem que o campo médico paraibano tinha lá suas contradições, para não dizer que ele estava meio “confuso”. As fissuras percebidas, ainda que pequenas, realçam a ausência de institucionalização, revelam um mundo médico pouco sistematizado.

Como se vê, estamos tratando de um momento em que o campo médico paraibano ainda era fragmentado. Também por isso, o poder médico de intervir na sociedade ainda estava em construção. Como veremos a seguir, esta legitimidade do médico para atuar como “reformador social” não é uma força a-histórica, um “dado da natureza”: ela é o resultado de relações tecidas historicamente, de circunstâncias e demandas inegavelmente sociais.

1.2 A doença como problema social e a saúde como a solução de todos os males

Em certo sentido, o interesse das elites locais e das autoridades políticas pelos problemas da saúde pública na Paraíba começa a despontar, ainda tímido, a partir dos anos 1830. Surgem, por essa época, as primeiras leis regulamentando a higiene pública. Em 1836 foi decretada uma lei que previa a contratação de um médico para fiscalizar a qualidade da carne de boi abatida na vila de São João. Em 1843, foi estabelecida a obrigatoriedade da vacinação contra a varíola em Pombal. Em 1860, foi criada uma Inspeção de Saúde para cuidar da então Província do Império brasileiro (CASTRO, 1945, p. 241 – 242). Em 1867 foi inaugurado um novo matadouro na capital, que pretendia ser mais higiênico que o antigo. Nesse mesmo ano, o então chefe de Polícia, Antônio Joaquim Buarque de Nazareth, determinou que os presos da capital passassem a realizar a limpeza pública, prática depois proibida com o advento da República (MEDEIROS, 1911, p. 121).

Em 1869, o presidente da província, Venâncio José de Oliveira Lisboa, nomeou uma comissão médica para estudar a higiene pública da capital. O relatório da equipe médica representou uma Parahyba do Norte suja e doente, apontando como causas da insalubridade local: a localização do cemitério público, a falta de princípios de higiene na construção do matadouro, a falta de limpeza dos espaços públicos, a inconstância das estações climáticas, a estagnação de águas em certos pontos da cidade. Porém, segundo Coriolando de Medeiros (1911, p. 122) os conselhos higiênicos da comissão pouco foram ouvidos: “Se não fossem

calçamento de praças e ruas, ajardinamento, alguns canos de esgotos e um início de limpeza pública, certo a Parahyba [do Norte] seria a mesma cidade de outrora”. Somente em 1895, já sob a égide da República, surgiu o primeiro regulamento sanitário do agora estado da Paraíba. Porém, pouquíssimo efetivo, vigorou apenas até 1911 (CASTRO, 1945, p. 241 – 242).

Apesar de pouco efetivas, tais medidas indicam o aparecimento de uma nova sensibilidade. Mesmo que as novas leis não tenham conseguido revolucionar imediatamente o quadro sanitário da Paraíba, elas constituem sintomas visíveis de uma nova forma de entender a saúde pública. Se muitas vezes não chegou a “sair do papel” ou não conseguiu provocar mudanças efetivas no cotidiano dos paraibanos, nem por isso essa legislação higiênica deixa de ser um elemento importante para uma história da saúde, visto que:

[...] o fato histórico essencial não é uma realidade que provavelmente quase não mudara, mas, antes, uma percepção nova, uma intolerância de uma realidade tradicional. Esta mutação sensorial no seio das elites e a maré discursiva que ela suscita iriam impor a necessidade da revolução higiênica, estrada da modernidade (CORBIN, 1987, p. 200 – 201).

Na passagem do século XIX para o XX na Paraíba, tem início a construção de uma sensibilidade pouco afeita à sujeira, ao fedor, à doença, atenta às prescrições do saber médico e preocupada com os problemas da saúde coletiva. Sentidos que operam como “aparelhos de experimentação e significação dos espaços” (OLIVEIRA, 2011, p. 39). Subjetividades que constituem um núcleo sensível de relacionamento do ser humano com o mundo social. Um olfato que ojeriza os odores fortes, que não aceita o “mau cheiro”. Uma visão que começa a ser educada para “procurar a pele suja, a poeira dos móveis, a cardina das roupas, os cabelos despenteados” (OLIVEIRA, 2011, p. 39). Um paladar treinado para “gostar” dos alimentos considerados apropriados à saúde e ao vigor corporal (SOARES JÚNIOR, 2011, p. 157). Um tato educado para se incomodar com a sujeira incrustada na pele, com as manchas da roupa que denunciam a falta de higiene. Em suma: uma sensibilidade cada vez mais educada pelo discurso médico, mas que não era “inata”, pois foi “fabricada” historicamente e seria aprendida por meio das relações sociais.

Uma forma de sentir e pensar que “louva” a saúde e a limpeza e que condena a doença e a sujeira, já estava circulando entre alguns grupos sociais da Paraíba, especialmente suas elites e autoridades políticas, nas últimas décadas do século XIX. Uma sensibilidade cuja “fabricação” histórica dialogou intimamente com as representações médicas que “descobriram” a doença como problema social e construíram a higiene como fator de ordem, progresso e bem-estar (OLIVEIRA, 2011, p. 30). Esclarecendo melhor: o discurso médico, ao representar a saúde e a higiene como fatores de progresso econômico e de aperfeiçoamento

físico e moral, participou da “fabricação” desta nova preocupação com a saúde da sociedade paraibana. Sim, pois as representações sociais também participam da construção do mundo social, na medida em que, por meio delas, os indivíduos pautam suas existências e atribuem sentidos ao mundo que os rodeia.

Nessa perspectiva, torna-se importante analisar as condições históricas de produção destas representações médicas e as circunstâncias sociais que construíram a sua “legitimidade”, que possibilitaram a efetivação de práticas defendidas pelo saber médico (CHARTIER, 2009, p. 48 – 49). Assim, será relevante pensar um pouco sobre o ambiente sócio-histórico no qual a interpretação médica sobre a sociedade paraibana foi sendo construída como um saber legítimo, um discurso autorizado.

Estamos tratando de um momento histórico no qual convergiram certas demandas que acabaram concorrendo para que as representações médicas sobre a sociedade paraibana passassem a dispor de um maior respaldo social. À medida que avançamos no século XX, o discurso dos esculápios passa a ser “mais ouvido”, contribuindo para a “fabricação” de uma sensibilidade afeiçoada à higiene e à saúde entre as autoridades que liam os relatórios produzidos pelos órgãos de saúde pública, mas também entre os grupos sociais ricos e letrados com acesso aos textos assinados por médicos e publicados na imprensa paraibana. Essa maior aceitação dos enunciados médicos, contribuiu para legitimar estes profissionais como “reformadores sociais”.

A “fabricação” de uma subjetividade “higienizada” contribuiu para que as elites paraibanas adotassem uma atitude receptiva às intervenções médicas e higiênicas em benefício de sua própria saúde e limpeza. Mas como explicar sua preocupação com a saúde pública? Quais as razões desse movimento a favor da saúde coletiva, sinalizado pela criação de leis sanitárias e pela intervenção política na higiene pública? Como esta nova preocupação com a saúde da sociedade modificou as relações de poder da medicina paraibana? Se uma resposta definitiva é provavelmente impossível, alguns fatores podem iluminar melhor estes questionamentos. Vamos a eles.

Primeiro. Na segunda metade do século XIX surgiu uma importante vertente do pensamento médico: a bacteriologia. Esta corrente ajudou a consolidar as ideias de contágio e infecção. Segundo Gilberto Hochman (2006, p. 53), enquanto a noção de contágio sugere que uma doença pode ser transmitida diretamente de uma pessoa para outra ou por meio de outros seres vivos, da água, do ar e de objetos contaminados, a infecção aconteceria após o corpo ser atacado por microrganismos causadores de doenças. Não vamos discutir esses conceitos do

ponto de vista biomédico. O que queremos é problematizar as implicações sociais desse novo entendimento sobre a causação das doenças.

Conforme Hochman (2006, p. 53 – 54), o surgimento dessa nova teoria sobre a transmissão das moléstias consolidou, tanto no campo médico quanto nas representações dos leigos, a noção de que existem “doenças que se pegam”: o indivíduo poderia ser contaminado no contato com outras pessoas ou em função de condições ambientais insalubres. Essa perspectiva contribuiu para que os “ricos e sadios” passassem a se preocupar cada vez mais com os problemas de saúde pública, especialmente dos menos afortunados (HOCHMAN, 2006, p. 51).

Mas por que a saúde do pobre começa a preocupar as elites brasileiras, incluindo aí as paraibanas, a partir do advento da bacteriologia? É que junto da representação de que existem “doenças que se pegam” também aparece, muito graças ao discurso médico, a associação entre pobreza, ignorância, sujeira e doença (CORBIN, 1987, p. 191). Segundo Rago:

No discurso dos higienistas, dos industriais ou ainda dos literatos, a representação imaginária do pobre estrutura-se em função da imundície. O pobre é o outro da burguesia: ele simboliza tudo o que ela rejeita em seu universo. É feio, animalesco, fedido, rude, selvagem, ignorante, bruto, cheio de superstições. Nele a classe dominante projeta seus dejetos psicológicos; ele representa seu lado negativo, sua sombra. Como Parent-Duchâtelet ou os médicos brasileiros, Aluísio Azevedo sente náuseas com o cheiro repugnante do povo amontoado nos cortiços, gerados espontaneamente como vermes (RAGO, 1985, p. 175).

A ignorância seria filha da pobreza. A sujeira filha da ignorância, sobretudo da ignorância em relação às prescrições da medicina científica e da moderna higiene. Pobreza, ignorância e sujeira seriam as “mães adotivas” da doença: mães cuidadosas, que levam sua maligna filhinha para todo lugar onde fazem morada. E não apenas a doença física era causada pela pobreza-ignorância-sujeira: também os “vícios”, a doença moral, a enfermidade dos hábitos, era provocada por essa “deplorável” família. Além de ignorante, sujo e doente, o pobre se torna, à luz do discurso médico e legislativo, viciado e, por conseguinte, perigoso: “os pobres carregam vícios, os vícios produzem os malfeitores, os malfeitores são perigosos à sociedade; juntando os extremos da cadeia, temos a noção de que os pobres são, por definição, perigosos” (CHALHOUB, 1996, p. 22).

O pobre se torna duplamente perigoso. Malfeitor e transmissor de doenças em potencial. Ele se vê, assim, “encarcerado” em uma condição de existência na qual a sujeira, a ignorância e a doença fazem parte da sua vida cotidiana, estão impregnadas no seu corpo. A pobreza se torna sinônimo de sujeira, de vícios morais, de doença. Nas páginas do periódico católico *A Imprensa*, o discurso médico reverbera na fala do jornalista: “O bairro do Jaguaribe

[na capital] onde vive apinhada grande parte de nossa população num deplorável estado de miséria, sem hygiene e conforto algum, quase que não tem senão doentes”⁴⁸. Ora, a imagem do pobre-doente é reforçada por uma constatação que é difícil recusar: em muitos casos, a doença atinge primeiro os pobres. Nesse sentido:

Mesmo quando as condições de sua difusão são em teoria iguais, como é o caso da peste, ela permanece seletiva, aliás as instituições sanitárias acentuam seus caracteres: o isolamento e a segregação dos doentes pobres, a fuga dos poderosos e dos ricos, o desemprego e a fome nas cidades bloqueadas o explicam” (REVEL; PETER, 1995, p. 143 – 144).

Ademais, na fala dos clínicos e letrados, o pobre – sendo ignorante de cultura geral e de conhecimentos higiênicos – não aceita os conselhos médicos. É insubordinado, rebelde, perigoso. Signo do atraso. Precisa ser curado, higienizado, disciplinado. Mesmo que não queira, pois agora se sabe que existem “doenças que se pegam”, e o pobre é o portador da maioria delas. A saúde das elites está em risco. Ela depende da cura do pobre.

Ao focar os microrganismos como causadores das enfermidades, a bacteriologia abriu a possibilidade de os micróbios serem representados como “niveladores sociais”, capazes de lançar por terra a desigualdade imposta pelas diferenças econômicas, visto que, como agentes causadores de doenças não conheciam fronteiras sociais podendo infectar, igualmente, ricos e pobres (LIMA, N., 1999, p. 96). Devido às suas melhores condições de vida, a população mais abastada encontrava-se em melhores condições higiênicas e sanitárias para se proteger das enfermidades endêmicas e epidêmicas. No entanto, a imagem do pobre-ignorante-sujo-doente sempre estava a rondar suas ricas residências, ameaçando as elites com seus corpos portadores da enfermidade. Já não bastava tomar todas as precauções sanitárias, adotar os hábitos da moderna hygiene, viver de acordo com as prescrições médicas, pois a “dimensão socialista do micróbio” (HOCHMAN, 2006, p. 50) tinha o poder de romper as distinções sociais. Enquanto a imagem do pobre-ignorante-sujo-doente estivesse “rondando” suas ricas residências, “contaminando” o ar, a água, os locais públicos, as elites jamais estariam completamente a salvo das “doenças que se pegam”.

O reconhecimento do caráter contagioso das doenças torna os grupos dirigentes sensíveis aos efeitos negativos da “interdependência sanitária”. Segundo Gilberto Hochman (2006), ela representa a dependência social que existe nas relações humanas em função do caráter transmissível de certas doenças e do consumo coletivo dos males públicos gerados pela “doença que se pega”. Este reconhecimento do caráter social da comunicação das doenças tornou as elites mais receptíveis a projetos médicos de reforma higiênica e sanitária

⁴⁸ *A Imprensa*, “Asseio e Hygiene”. 20 jul. 1921.

da sociedade paraibana, visto que a melhoria das condições de saúde das populações significaria, para as elites, a garantia de sua própria saúde. Além disso, na visão de médicos, políticos e integrantes das elites empresariais, trabalhadores mais “saudáveis”⁴⁹ representavam mais produtividade e maiores lucros. Portanto, a saúde do pobre era duplamente lucrativa para os ricos: diminuía o risco de contágio e contribuía para o “desenvolvimento econômico”, ou mais propriamente para o enriquecimento das mesmas elites que defendiam tenazmente a medicalização dos trabalhadores. Assim, é lúcido sugerir que o movimento a favor da saúde pública paraibana não surgiu simplesmente como expressão de uma obra humanitária das elites e dos dirigentes locais, ou pelo menos outros interesses também participaram de sua elaboração. Como afirma Hochman:

Nesta interpretação, a preocupação dos ricos e sadios para com os menos afortunados e doentes e a decisão de agir para combater esse estado de coisas não derivariam apenas de uma concepção ética e moral, mas, principalmente, da percepção de que a ameaça da doença os tornara solidários e reorganizava a sociedade, certamente, a contragosto, para muitos (HOCHMAN, 2006, p. 51).

Jornais paraibanos que circularam no começo do século XX representaram um serviço de saúde pública cuja eficiência estaria justamente na capacidade de levar saúde e higiene para todas as “classes sociais”: “Quiseramos que a sua acção benéfica e salutar sempre, se estendesse assim às arterias principaes como as ruas e vielas mais distantes, aos bairros pobres e abandonados”⁵⁰. Mas como construir uma Paraíba saudável se a grande maioria de sua população, especialmente os trabalhadores menos abastados, é “por defeito de educação, ou infundados preconceitos filhos da ignorância [...] refractaria à certas medidas hygienicas, obstando assim a que um serviço tão necessário ao bem público alcance o seu optimo fim”⁵¹?

Ora, a saúde individual e a higiene particular produziriam um bem social, desfrutado por todos: uma sociedade higienizada, saudável e produtiva. Porém, de modo semelhante, a doença e a sujeira de um indivíduo ou de uma casa poderia causar um mal que seria “consumido” socialmente: um surto epidêmico, por exemplo, provocado pela incúria de algum cidadão, seria sentida por toda a sociedade. Desse modo, torna-se importante higienizar

⁴⁹ É preciso considerar que esta representação social sobre a medicalização do trabalhador se apoiava em um pressuposto extremamente preconceituoso. Ao defender a intervenção médica e higiênica sobre o trabalhador como uma condição necessária para tornar a força de trabalho “saudável” e “produtiva”, o discurso médico reforçava um estereótipo sobre os “trabalhadores” como indivíduos “doentes” e “improdutivos” que somente a medicina e a higiene poderiam tornar disciplinados para o trabalho e para a vida em sociedade.

⁵⁰ *A Imprensa*, “Asseio e Hygiene”. 20 jul. 1921.

⁵¹ *A Imprensa*, “Pela Hygiene”. 02 out. 1913.

a população paraibana: “Cumprer, neste caso, instruí-la, provar-lhe com a prática o que não pôde conseguir a teoria somente, e pôr em execução as leis porque se rege a higiene”⁵².

O reconhecimento da interdependência sanitária foi se consolidando entre as elites nacionais e estaduais por todo o Brasil nos primeiros anos do século XX. Na Paraíba dos anos 1920, por exemplo, já circulavam representações que defendiam a saúde do trabalhador como uma peça “essencial” para o desenvolvimento da sociedade. O discurso econômico de que um trabalhador saudável poderia ser mais produtivo dialogava com as falas dos médicos que sinalizavam os riscos representados pelo pobre-doente para a saúde coletiva, tornando as elites e os governantes mais atentos aos problemas gerados pelas “doenças que se pegam”. Essa nova forma de pensar e sentir contribuiu para o aparecimento de um novo tipo de ação política e social, expressa na gradual importância que a saúde pública foi adquirindo nas páginas da imprensa, nos discursos dos governantes, nos atos administrativos e na legislação paraibana entre o final do século XIX e o início do XX. Afinal de contas, o medo do contágio e o reconhecimento de que a saúde era um bem “essencial”, não só para o indivíduo, mas principalmente para a sociedade, torna o combate às doenças uma obrigação política:

A consciência de uma dependência recíproca, via percepção da comunicabilidade das doenças, através da qual todos os indivíduos estavam inexoravelmente interligados, seja pela ameaça, seja pelos benefícios da prevenção, criava efetivamente a ideia de comunidade, na qual a responsabilidade pela profilaxia e cura da doença tornava-se uma obrigação moral e política (HOCHMAN, 2006, p. 58).

Além do reconhecimento da interdependência sanitária, outro fator que contribuiu para fortalecer o movimento em prol da saúde pública na Paraíba foi a associação entre saúde e desenvolvimento. Em 1918, por exemplo, na sua mensagem anual endereçada à Assembleia Legislativa, o então presidente da Paraíba, Francisco Camillo de Hollanda, condicionava o desenvolvimento do estado à saúde de sua população:

As sociedades no começo de sua formação econômica, **como a Parahyba, precisam antes de tudo criar braços e estes não se formam no meio de miasmas**, perseguidos de parasitas que facilmente lhes arruinam a saúde, à mingua de resistência.

Sanear as cidades e sanear os campos é hoje o maior problema econômico do Brasil. Neste sentido a Parahyba precisa fazer alguma coisa, já que lhe não é dado fazer tudo.⁵³

⁵² *A Imprensa*, “Pela Higiene”. 02 out. 1913.

⁵³ PARAHYBA DO NORTE (Estado). **Mensagem** apresentada á Assembléa Legislativa na abertura da 3ª sessão ordinária da 8ª legislatura, a 1ª de setembro de 1918, pelo Dr. Francisco Camillo de Hollanda, presidente do Estado. Parahyba: Imprensa Oficial, 1918, p. 21 – 22, grifos nossos. Disponível em <http://www.crl.edu/brazil/provincial/para%C3%ADba>. Acesso em 20 mar. 2014.

Os problemas da saúde pública impactavam a economia. Sua solução era indispensável para o desenvolvimento das sociedades. Prover a população trabalhadora de saúde e higiene tornava-se obrigação das “classes dirigentes”, pois disso dependeria a saúde das elites e o progresso do Brasil e da Paraíba:

País novo, de território vasto e solo feracíssimo, o Brasil precisa, sobretudo, de vigor e energia para os surtos de seu progresso.

E como ter braços para a indústria, o commercio e a lavoira, a lavoira principalmente, com uma população anemizada, enfermiça, cachetica, devastada pelo álcool, pela syphilis, pelo impaludismo e a ancilostomose?

O homem econômico não é uma entidade abstracta; está preso e subordinando ao meio que actúa, e das classes dirigentes é que depende forçosamente a solução dos problemas mais momentosos, aquelles que interessa de perto à nossa vida econômica⁵⁴.

Tratamos de um momento no qual foi construída, historicamente, uma “certeza”: o desenvolvimento econômico, o progresso de uma sociedade dependia inteiramente da saúde de seu povo. Na elaboração social dessa representação, o saber médico é protagonista. Corpos sujos e doentes tornam-se sinônimos de trabalhadores pouco produtivos e cheios de vícios morais. Em uma mesma construção discursiva, o trabalhador saudável, que segue à risca as prescrições da “moderna higiene”, torna-se a imagem almejada pelo campo médico: o operário limpo, produtivo e cheio de saúde, física, mental e moral.

É o trabalhador saudável o esteio do progresso. Por isso, na fala das autoridades locais, os recursos empregados na saúde pública deixam de ser vistos como “gastos” e tornam-se “investimentos”: investimentos indispensáveis ao progresso de qualquer sociedade. Convencido dessa “certeza” e querendo convencer a opinião do público leitor da Paraíba, o médico Oscar de Castro escreveu nas páginas do jornal *A União* que “Não fossem grandes serviços de saneamento, a Hollanda – hoje modelo de progresso – seria talvez a região tenebrosa e amphibia do século XVI”⁵⁵. Antes de Oscar de Castro, defendendo o retorno econômico dos investimentos realizados na saúde pública, o médico João Lopes Machado, então presidente da Paraíba, bradava que os investimentos em saneamento e higiene pública trariam retorno rápido, “como bem têm demonstrado muitos economistas distinctos”⁵⁶.

As representações dos médicos, divulgadas na imprensa ou incorporadas pela fala das autoridades, contribuíram para que as elites locais se tornassem cada vez mais atentas aos

⁵⁴ *A Imprensa*, “Pela Hygiene”. 13 jul. 1921.

⁵⁵ *A União*, “Sobre Hygiene”. 16 maio. 1926.

⁵⁶ PARAHYBA DO NORTE (Estado). **Mensagem** apresentada á Assembléa Legislativa por ocasião da instalação da 2ª sessão da 5ª legislatura, a 1º de setembro de 1909, pelo Dr. João Lopes Machado, presidente do Estado. Parahyba: Imprensa Official, 1909, p. 16. Disponível em <http://www.crl.edu/brazil/provincial/para%C3%ADba>. Acesso em 22 mar. 2014.

problemas de saúde pública que maltratavam (e ainda maltratam) grande parte da população paraibana, mas que, sobretudo, inviabilizavam projetos de poder de grupos interessados em promover o progresso do estado para dele tirar o máximo proveito. Até por que, como nos lembram Santos e Faria (2003), o movimento brasileiro em prol da saúde pública, intensificado a partir de 1915, não envolveu, a rigor, lutas sociais pela melhoria nas condições da saúde. Ele não contou, portanto, com a participação direta da população menos abastada (justamente a mais prejudicada pela precariedade dos serviços) na formulação de projetos em defesa dos direitos da saúde. Contrariamente, o movimento brasileiro de saúde pública parece ter seguido o tom da “modernização conservadora” do país, configurando um projeto de reforma social “vindo de cima”, que não beneficiou toda a sociedade, e que significou a modernização de algumas esferas da vida social, e não uma experiência de mudança estrutural mais ampla. (SANTOS; FARIA, 2003. p. 15).

Para além dos sonhos de progresso das elites paraibanas, existiram outros fatores que beneficiaram o campo médico paraibano. Como dissemos anteriormente, nos primeiros anos do século XX evidencia-se uma maior preocupação das autoridades e elites locais com os problemas da saúde pública. Frisar isso nunca é demais: não que antes disso inexistissem políticas públicas para a saúde paraibana. Porém, na época do Império, as ações do governo provincial neste setor possuíam um perfil mais localizado e fragmentado, destacando-se uma maior participação durante epidemias ou na promoção de melhorias sanitárias na capital.

Comentando essa situação no começo do século XX, Coriolando de Medeiros destaca alguns documentos produzidos por médicos paraibanos a serviço da Inspetoria de Higiene, nas décadas finais do século XIX, relatando as condições de higiene do estado, diagnosticando as causas de sua insalubridade e prescrevendo as medidas necessárias para a resolução de seus problemas de saúde pública. Contudo, lamentava Medeiros (1911, p. 122): “Se disser que todos esses conselhos não foram ouvidos, confessarei a verdade”. Em seguida, sentenciava a grande responsável pela precariedade da saúde paraibana: a própria salubridade do meio ambiente.

A causa de nunca possuir a província um completo serviço de saúde pública está na sua salubridade. É preciso que a epidemia se manifeste, que a secca se declare do litoral ao sertão, para que se lembrem então das regras de higiene. Passando o mal, está finda a preocupação (MEDEIROS, 1911, p. 122).

Na visão de Coriolando de Medeiros (1911, p. 123), os cuidados com a saúde pública paraibana seguiam quase sempre a mesma rotina: sanados os males iam sendo esquecidas pouco a pouco “as prevenções sanitárias. Sempre o pretexto era que a Província não dispunha

de recursos. Estes entretanto apareciam sempre, quando o mal era irremediavel, para serem dispendidos em pura perda”.

A preocupação com a saúde pública na Paraíba surge no século XIX, como atestam as diversas leis “higiênicas” criadas a partir da segunda metade dos Oitocentos. Contudo, nos primeiros anos do século XX, o médico Flávio Maroja (1911) atacava o descaso das autoridades paraibanas relativamente à saúde pública do estado:

A hygiene publica da Parahyba, guardando a simplicidade e modestia de sua primitiva organização, revela apenas a sua existencia por ter provido o cargo de Inspector, função que é presentemente exercida por um facultativo muito competente e trabalhador.

Mas, esse digno funcionario, porque não tem um secretario, um auxiliar, porque não tem na repartição à seu cargo um laboratorio para as analyses chimicas e pesquisas microscopicas, hoje tão necessarias deante das falsificações que empolgam quasi tudo que ingerimos como alimento sadio e nutriente, porque não tem mesmo as suas atribuições claramente definidas, assim desapparelhado de todos os elementos de acção, vê-se o Inspector de hygiene publica da Parahyba na triste contingencia de crusar os braços deante de qualquer calamidade publica, pranteando com toda a nossa população o indifferentismo e incuria dos governos passados (MAROJA, 1911, p. 434).

Porém, em 1903, quase na mesma época em que Flávio Maroja lançou estas pesadas críticas à precariedade da saúde pública local, o presidente da República, Rodrigues Alves:

[...] convidou Oswaldo Cruz para assumir o cargo de Diretor-Geral da Saúde Pública. Médico sanitaria, expoente da medicina experimental brasileira, Cruz logo se destacou nos trabalhos de erradicação da febre amarela, da peste bubônica e da varíola no Rio de Janeiro, além de proceder à formulação de propostas e projetos de lei visando ao estabelecimento dos serviços de higiene da União (SANTOS; FARIA, 2003. p. 15).

A repercussão das reformas sanitárias comandadas por Oswaldo Cruz na capital federal reverberou sobre o pensamento social das elites pelo Brasil afora. Na Paraíba não foi diferente. Em 1912, comentando a respeito da atuação de Oswaldo Cruz a frente da Diretoria Geral de Saúde Pública, o jornalista Rômulo Pacheco dá algumas pistas sobre o modo como as reformas sanitárias cariocas haviam sido recepcionadas pela elite intelectual paraibana:

Oswaldo Cruz saneando a nossa capital federal e principalmente julgando o terrível espantinho – a febre amarela – que tantos prejuizos nos causou, impedindo as nossas relações economicas com os demais paizes, deu ao Brazil inteiro provas do quanto póde a hygiene, demonstrando evidente e praticamente o que vale a sciencia e os recursos de que hoje dispomos para abrigo e salvaguarda da saúde. [...] Data dahi o movimento pró-saúde no Brasil.⁵⁷

⁵⁷ Artigos de Analyse à Mensagem apresentada à Assembléa Legislativa da Parahyba em 1º de Setembro de 1911 pelo Exmo. Sr. Dr. João Lopes Machado. Parahyba do Norte: Imprensa Official, 1912, p. 42. Disponível em: <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u545/>. Acesso em 05 mar. 2014.

Analisando as mensagens dos presidentes da Paraíba à Assembleia Estadual, percebemos uma crescente preocupação com a saúde coletiva à medida que avançamos no século XX, pelo menos em nível discursivo: embora a concretização de políticas de saúde pública com maior alcance social não tenha ocorrido na prática, ao menos no campo da retórica política dos governantes paraibanos, a saúde da população estava se tornando cada vez mais “um dos mais sérios e importantes ramos da administração”⁵⁸, sendo sua defesa um “objectivo que muito deve interessar aos poderes públicos”⁵⁹. Assim, tanto no Brasil quanto na Paraíba, o momento histórico entre 1910 e 1930⁶⁰ constitui “um período de crescimento de uma consciência entre as elites em relação aos graves problemas sanitários do país e de um sentimento geral de que o Estado nacional deveria assumir mais a responsabilidade pela saúde da população e salubridade do território” (HOCHMAN, 2006, p. 40).

A saúde pública torna-se, então, uma importante questão social (SANTOS; FARIA, 2003, p. 28). As elites da época, locais e nacionais, já reconheciam os problemas gerados pela interdependência sanitária e os benefícios econômicos que uma população sadia e disciplinada poderia proporcionar. Entre os anos de 1916 e 1920, materializa-se a “certeza” – construída historicamente – de que o futuro do Brasil dependia de melhorias na saúde pública (HOCHMAN, 2006, p. 63). A construção histórica dessa “certeza” dialoga com uma “descoberta”. Em 1912, os médicos Belisário Penna e Arthur Neiva chefiaram uma expedição do Instituto Oswaldo Cruz contratada pela Inspetoria de Obras Contra as Secas ao interior do

⁵⁸ PARAHYBA DO NORTE (Estado). **Mensagem** apresentada à Assembléa Legislativa do Estado em 1º de setembro de 1906 por ocasião da instalação da 3ª sessão da 4ª legislatura, pelo Monsenhor Walfredo Leal, presidente do Estado. Parahyba: Imprensa Oficial, 1906, p. 12. Disponível em <http://www.crl.edu/brazil/provincial/para%C3%ADba>. Acesso em 19 mar. 2014.

⁵⁹ PARAHYBA DO NORTE (Estado). **Mensagem** apresentada à Assembléa Legislativa do Estado em 1º de setembro de 1907 por ocasião da instalação da 4ª sessão da 4ª legislatura, pelo Monsenhor Walfredo Leal, presidente do Estado. Parahyba: Imprensa Oficial, 1907, p. 12. Disponível em <http://www.crl.edu/brazil/provincial/para%C3%ADba>. Acesso em 19 mar. 2014.

⁶⁰ Embora o início do século XX, na Paraíba como em várias partes do Brasil, tenha sido marcado por uma maior preocupação das elites e autoridades em relação à saúde, não devemos esquecer que já no Império são observadas algumas ações governamentais nesta área. Na Paraíba, por exemplo, foram criadas algumas leis sanitárias e adotadas políticas de higiene pública já a partir do final dos anos 1830 (CASTRO, 1945, p. 241 – 242; p. 421 – 441). Além disso, ainda durante a Monarquia, médicos, políticos e intelectuais passaram a denunciar as péssimas condições da saúde pública, reclamando uma ação mais efetiva das autoridades na produção e na administração dos serviços de saúde. Sidney Chalhoub (1996, p. 34 – 35), por exemplo, mostra que na segunda metade do século XIX já é possível identificar nos discursos de médicos e políticos certa preocupação com as condições de higiene dos cortiços do Rio de Janeiro, bem como a defesa da saúde pública como fator de “progresso” e “civilização”. Porém, como analisam Santos e Faria (2003, p. 20 – 21) na época do Império a intervenção do Estado no campo da saúde era localizada, fragmentária, e insuficiente. Normalmente, o Estado Monárquico e os governos provinciais agiam somente em momentos de epidemia, ou então limitavam sua ação ao saneamento de alguns setores nas capitais e nas cidades mais importantes em cada província. Mesmo assim, é importante considerar que este movimento a favor da saúde não surge apenas com a emergência da República, pois é possível perceber seus primeiros indícios, embora menos intensos, já no final do Império.

Brasil. Era a terceira, só naquele ano⁶¹. Tais expedições possuíam um caráter científico, visando estudar as regiões visitadas, com o objetivo de “realizar o inventário das condições epidemiológicas e socioeconômicas das regiões percorridas pelo rio São Francisco e de outras áreas do Nordeste e Centro-Oeste brasileiros” (LIMA, 2009, p. 233).

De março a outubro de 1912, os dois médicos do IOC percorrem pouco mais de 4.000 quilômetros entre os estados da Bahia, Pernambuco, Pará e Goiás. Além de ter reunido vasto registro fotográfico das situações que encontrou, esta expedição apresentou um amplo relatório de viagem. Publicado em 1916, este documento tornou-se um marco no movimento em prol da saúde pública no Brasil, que começa a dar passos mais largos na Primeira República. A representação do Brasil esboçada no relatório elege a doença – não o clima, nem a mistura de raças – como o grande obstáculo ao progresso do país (LIMA, 1999, p. 84).

O argumento central do relatório era: a população do interior do Brasil vivia em estado de abandono político e vitimada por doenças como o mal de Chagas, a ancilostomose e malária. Este retrato do sertão⁶² não era de toda uma novidade. Desde o final do século XIX, a retórica (neo)naturalista vinha se distinguindo das representações “ufanistas” do romantismo literário sobre o sertão brasileiro e seus habitantes. Nas páginas dos naturalistas, sobressai uma imagem negativa dos sertões e uma previsão pessimista sobre as possibilidades de desenvolvimento do Brasil, em razão de sua herança colonial, de seu clima tropical e da miscigenação que caracterizou a formação de seu povo (LIMA; HOCHMAN, 2000, p. 321).

É neste ponto que as páginas do relatório Penna-Neiva irão provocar um deslocamento nas interpretações sobre os “males”⁶³ do Brasil. Uma sugestão forte no documento é a de que a população do interior, mesmo doente e abandonada, poderia se tornar forte e resistente. Mais do que isso: apesar da imagem negativa da população interiorana, os médicos elegeram um novo responsável pela apatia e atraso que assolavam os sertanejos. Não mais o clima, a herança colonial, a mistura de raças ou o próprio habitante do interior: são as autoridades

⁶¹ Em 1912, três expedições comandadas por pesquisadores do Instituto Oswaldo Cruz percorreram regiões que preocupavam a Inspetoria de Obras Contra as Secas. Antes da expedição de Belisário Penna e Arthur Neiva, entre abril e junho Adolfo Lutz e Astrogildo Machado percorreram o Vale do São Francisco de Pirapora, em Minas Gerais, a Juazeiro, na Bahia. No mesmo período, José Gomes de Faria e João Pedro de Albuquerque chefiaram expedição pelos estados do Ceará e Piauí (LIMA, 1999, p. 84).

⁶² No discurso médico da época, *sertão* era muito mais uma noção sócio-política do que propriamente geográfica, pois sua definição estava mais relacionada com a presença da doença e a ausência dos poderes públicos, do que com a localização espacial deste recorte geográfico. A este respeito Cf. HOCHMAN, 2006.

⁶³ Na retórica médica a ideia de males é um pouco mais do que uma simples metáfora. Trata-se de uma menção às doenças como obstáculos ao desenvolvimento do país. O conceito de “males” teria tanto uma conotação simbólica usada para qualificar o Brasil como um país doente, como um significado mais concreto, denotando as enfermidades que travavam o seu progresso e modernização.

públicas (ou mais precisamente a ausência delas) as grandes responsáveis pelo abandono da população e pelo conseqüente atraso do país.

Esta representação contribuiu para uma importante mudança. Isto porque se o atraso do país e a doença de seu povo não eram provocados por causas naturais ou de longa duração, o Brasil e os brasileiros, antes condenados pela mistura de raças, pelo clima tropical e pela herança colonial, poderiam agora ser redimidos pela medicina e pela higiene. Feito o diagnóstico, descobertas as causas da síndrome, restava apenas aplicar a medicação salvadora que, para Penna e Neiva, não poderia prescindir de sensibilizar a opinião pública acerca da necessidade de curar o povo brasileiro, especialmente o sertanejo.

Engrossando o coro sanitário, em 10 de outubro de 1916, em discurso de recepção a Aloysio de Castro, então diretor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro que voltava de uma viagem à Argentina, o médico Miguel Pereira afirmou que “o Brasil é ainda um imenso hospital” (SÁ, D., 2009, p. 335). Feito em um momento marcado por grandes controvérsias políticas sobre o alistamento obrigatório (suscitadas pelo contexto da Primeira Guerra Mundial), por um prestigiado intelectual, professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e presidente da Academia Nacional de Medicina, o discurso de Miguel Pereira qualificando o Brasil como um imenso hospital adquiriu enorme repercussão na imprensa carioca, captando a atenção dos grupos dirigentes para os problemas sanitários do país.

Depois disso vieram os artigos de Belisário Penna sobre saúde e saneamento, publicados no jornal carioca *Correio da Manhã* entre novembro de 1916 e dezembro de 1917, nos quais o médico-sanitarista denunciava a precariedade da saúde pública brasileira e o abandono político dos sertões do país. Intitulados “Saneamento dos sertões”, seus escritos foram reunidos depois no livro “O Saneamento do Brasil”, publicado em 1918.

As representações de Penna reverberaram em todo o país, chamando a atenção das elites e dos poderes públicos para os problemas sociais gerados pela doença. Apropriando-se de uma mídia mais “popular” que os periódicos médicos especializados, Belisário fez circular suas representações sobre o Brasil para um público mais vasto, acirrando o debate sobre saúde pública e provocando intensa polêmica acerca do exagero ou da veracidade de suas afirmações. Repercutindo a campanha iniciada a partir dos escritos de Belisário, o médico Francisco Camillo de Hollanda, então presidente da Paraíba, chegou a afirmar que: “Agora mesmo o brado de alarmo soltado no Rio de Janeiro pelo abnegado dr. Belisario Penna, que se

tornou o apóstolo de uma cruzada santa, **invocou para o assumpto da hygiene publica a attenção de todos os interessados pelo engrandecimento da Patria**”⁶⁴.

Além disso, os primeiros anos do século XX no Brasil foram marcados pela constituição do regime republicano e pelos desdobramentos internacionais da Primeira Grande Guerra, o que favoreceu o debate sobre a identidade nacional e os rumos do país. Nesse ambiente, intensifica-se o debate sobre saúde e saneamento à sombra de novas demandas sociais: imigração, crescimento urbano, ampliação do comércio entre o Brasil e outras nações. Ao mesmo tempo, movimentos de caráter nacionalista adquirem força política e social (LIMA; HOCHMAN, 2000, p. 315).

Somados, esses fatores beneficiaram a medicina brasileira, pois o clima nacionalista dialogou com o respaldo social que o saber médico vinha conquistando desde a segunda metade do século XIX, acabando por estimular a construção de projetos nacionais baseados na melhoria das condições de saúde (LIMA, 1999, p. 105). Projetos de nacionalidade nos quais o discurso médico era protagonista. Portanto, neste ambiente propício às ideias de “salvação nacional”, a defesa da saúde pública convergiu com as tendências nacionalistas do pensamento social brasileiro. Desse diálogo surgiram inúmeras propostas de reordenação nacional baseadas no discurso da medicina, construindo importantes relações de poder para a atuação médico-científica na condução da sociedade.

O desejo de curar o pobre-trabalhador, atrelado tanto ao medo que as elites passaram a ter das “doenças que se pegam” quanto ao objetivo de produzir desenvolvimento econômico a qualquer custo, contribuiu para criar, na Paraíba do começo do século XX, um ambiente propício ao fortalecimento e a uma maior institucionalização do campo médico local. Por essa época, ocorre na Paraíba algo semelhante ao que Margareth Rago (1985, p. 164) verificou nas experiências históricas de São Paulo e do Rio de Janeiro no final do século XIX: “Os médicos higienistas, portanto, percebem-se como as autoridades necessárias e competentes para vistoriar minuciosamente a habitação e os bairros populares, incentivando o asseio e impondo autoritariamente a execução de medidas higiênicas”.

No começo do século XX, apesar de o campo médico paraibano ainda se encontrar pouco institucionalizado, os esculápios locais vão adquirindo mais prestígio e legitimidade como “reformadores sociais” à medida que a doença vai sendo construída como problema social e a saúde passa a ser pensada como um elemento “imprescindível” ao bem-estar

⁶⁴ PARAHYBA DO NORTE (Estado). **Mensagem** apresentada á Assembléa Legislativa na abertura da 3ª sessão ordinária da 8ª legislatura, a 1ª de setembro de 1918, pelo Dr. Francisco Camillo de Hollanda, presidente do Estado. Parahyba: Imprensa Official, 1918, p. 20, grifos nossos. Disponível em <http://www.crl.edu/brazil/provincial/para%C3%ADba>. Acesso em 20 mar. 2014.

coletivo e ao “desenvolvimento” das sociedades. Nesse momento histórico, os conselhos médicos estampam cada vez mais as páginas da imprensa paraibana. Pelo menos na aparência da retórica política, as autoridades locais passam a ouvi-los bem mais – mesmo que na prática a saúde pública paraibana continuasse caminhando a passos bem lentos.

Em fábricas e escolas, médicos como Flávio Maroja ministravam “palestras sobre higiene e prophylaxia de diversas moléstias”, prendendo “a atenção dos ouvintes, sendo ao terminar muito aplaudido e felicitado”⁶⁵. O médico era cada vez mais solicitado, mas agora o doente era outro: além de cuidar das dores individuais, os clínicos conquistavam legitimidade para curar a sociedade, pois a doença tornara-se uma questão social, uma demanda coletiva que reclamava ações políticas orientadas pelo “competente” saber da medicina científica. Nestes primeiros anos do século XX, vai se consolidando na Paraíba a “figura do ‘médico missionário’, obstinado em sua intenção de cura e intervenção” social (SCHWARCZ, 1993, p. 198). É tempo de sair dos consultórios e assumir maiores espaços na política e na imprensa. É época de fortalecimento do saber-poder médico na Paraíba.

1.3 Quando o médico paraibano se torna “cientista” e “gestor público”

De acordo com André de Faria Pereira Neto (2001, p. 43 – 52), nos primeiros anos do século XX três perfis de atuação médica destacavam-se no Brasil. Dois deles⁶⁶ protagonizavam um debate interessante no interior do campo médico.

O primeiro destes perfis profissionais pode ser chamado de “generalista”. Para os médicos afinados com esse perfil, a medicina ainda era vista como uma espécie de “arte”, caracterizada por valores como o altruísmo, o sacrifício e a abnegação. O médico generalista era um produtor individual de serviços de saúde. Logo, sua relação com os pacientes era direta e individualizada: “o médico exercia individualmente sua atividade” e “Entre o médico e o paciente não existia qualquer mediação burocrática” como as que passarão a existir à medida que ocorre o crescimento da participação estatal nos serviços de saúde (PEREIRA NETO, 2001, p. 45). Desse modo, o médico generalista dispunha de autonomia técnica e

⁶⁵ *A União*, “Propaganda sanitaria”. 09 mar. 1927.

⁶⁶ Além do perfil generalista e do perfil especialista, que discutiremos com maior profundidade em razão dos objetivos desta parte do nosso trabalho, este autor ainda analisa um perfil profissional que, nos primeiros anos do século XX, adquire enorme prestígio na sociedade brasileira e no interior do campo médico: o chamado “perfil higienista”, considerado uma especialidade possível no processo de especialização da medicina. Segundo André de Faria Pereira Neto (2001, p. 49 – 52), este perfil profissional possuía as seguintes características: em sua atuação, os higienistas buscavam estabelecer um diálogo mais próximo com os saberes das ciências biomédicas; sua prática possuía um cunho coletivo, voltando-se para a medicina preventiva e para a normalização de hábitos e costumes; a maioria dos higienistas do período trabalhava em algum órgão estatal da saúde pública.

econômica: ele não era funcionário de ninguém, mas sim um profissional liberal que definia sua própria rotina de trabalho com relativa liberdade.

O trabalho com equipes multidisciplinares era incompatível com este perfil profissional. Incompatível também era a introdução de novas tecnologias na prática médica, visto que este perfil de atuação repele os esforços de racionalização do saber médico, na medida em que seus adeptos defendiam a subjetividade, a experiência e os sentidos do médico como os elementos mais importantes do ato clínico. Seu saber é “generalista”: ele precisa conhecer de tudo um pouco para curar seus pacientes. A imagem que temos do médico de família, clinicando nas casas mais abastadas, atendendo a qualquer hora, cuidando de toda a família, se aproxima bastante deste perfil.

O outro perfil profissional que por ora nos interessa pode ser chamado de “especialista”. Como a alcunha sinaliza, este perfil profissional é filho e defensor da constituição de campos especializados no interior da medicina. Ao contrário dos generalistas, os especialistas viam com bons olhos a introdução da tecnologia na atividade médica. Suas três marcas distintivas eram: a divisão do trabalho médico em especialidades, a busca pela máxima precisão no diagnóstico e no tratamento das doenças, e a aproximação da medicina com a ciência e a tecnologia.

O trabalho médico era visto pelos especialistas como uma atividade a ser desempenhada em equipe, pois um único médico não teria condições de dominar todo o conhecimento (daí a necessidade de especialização). O sacrifício e a abnegação do generalista eram recusados em benefício da busca incessante da precisão, da objetividade e do rigor científico no diagnóstico e na cura. O médico precisava se especializar, “adquirir maiores conhecimentos, por meio do treinamento metódico e sistemático, da observação e da experimentação. O conhecimento médico deveria ser dividido segundo determinada parte do corpo ou doença específica” (PEREIRA NETO, 2001, p. 49).

Mas o que a diferença entre estes perfis profissionais “tem a ver” com o fortalecimento da medicina na Paraíba? Ocorre que o aumento do poder médico dialoga com o que poderíamos chamar de “cientificização” da medicina, ou seja, uma maior aproximação da medicina com as práticas dos saberes considerados “científicos”.

Ora, importa destacar que a aproximação da medicina relativamente à ciência, por si só, não responde pelo incremento do poder médico. Ocorre que a medicina passa a dialogar mais intimamente com a prática científica em um momento histórico específico: trata-se de uma época em que a sociedade brasileira, especialmente seus círculos intelectuais,

experimenta o que poderíamos chamar de “cientificismo”, ou uma espécie de “endeusamento” da ciência como matriz explicativa do mundo.

Essa experiência, marcante no Brasil a partir das décadas finais do século XIX, foi caracterizada pela representação de que a ciência “era capaz de produzir verdades absolutas, que tudo era explicável através de seus rigorosos métodos de investigação e que a vida seria melhor se pautada em preceitos científicos” (AGRA, 2006, p. 42). Esta representação ajudou a construir uma imagem da ciência como saber inquestionável, neutro, objetivo, imune a todos os poderes e pressões da sociedade, capaz de explicar tudo a todos, autorizado a intervir na vida das pessoas como bem entendessem os seus agentes-cientistas.

Via David Knight, Schwarcz (1993, p. 29) sugere que o período entre 1789 e 1914 pode ser considerado, entre outras coisas, como o “século da ciência”. Um século marcado, segundo a autora, pela “fé” e pela “inocência”: “fé nos resultados das experiências, inocência na crença quase cega nos diagnósticos científicos e nas previsões rígidas”. No Brasil:

[...] recém-saída da desastrosa Guerra do Paraguai e vivendo, nos últimos anos do Império, um período de relativa estabilidade econômica motivada pela produção cafeeira, a monarquia brasileira tentava diferenciar-se das demais repúblicas latino-americanas aproximando-se dos modelos europeus de conhecimento e civilidade. Nos institutos, nos jornais, nos romances, era como uma sociedade científica e moderna que o Brasil de finais de século [XIX] pretendia se auto-representar.

O que se valorizava nesse momento, porém, não era tanto o avanço científico, entendido enquanto incentivo a pesquisas originais, e sim uma certa ética científica, uma “cientificidade difusa” e indiscriminada. Tanto que se consumiram mais manuais e livros de divulgação científica do que obras ou relatórios originais. A ciência penetra primeiro como “moda” e só muito tempo depois como prática e produção (SCHWARCZ, 1993, p. 30).

Este saber científico era para poucos. Ele não precisava justificar suas atitudes aos leigos, aos “não-iniciados”, pois o conhecimento científico é inacessível à maioria da população: ante o olhar objetivo do cientista, o leigo não pode questionar as intervenções que a ciência determina em sua vida. Esta é objetiva, é neutra, está acima das paixões humanas. Ciência é coisa séria. Sério, neutro e objetivo, o cientista aborda a realidade em um patamar “superior” ao dos demais seres humanos: por isso não precisa justificar seus atos, não precisa prestar contas de suas experiências. Se, embasado no diagnóstico científico, um médico-higienista determinasse a remoção de populações carentes do centro de uma cidade não havia o que se questionar: a única escolha era aceitar as prescrições da ciência. Afinal, colocando-se acima das subjetividades, a ciência estaria posicionada em um nível “superior” de observação da “realidade”. Desse modo, sendo neutro e objetivo, o saber científico estaria autorizado a intervir na sociedade, a prescrever costumes, a normalizar posturas, a normatizar hábitos.

Portador de tal saber que se coloca acima das subjetividades, dos poderes e das pressões sociais, o cientista seria uma pessoa abnegada, uma personalidade totalmente devotada à sua ciência. Na Paraíba, a partir dos anos 1910, a construção da identidade médica começa a dialogar cada vez mais com estas imagens da ciência. Mas isto não constituiu uma “ruptura” completa: no caso paraibano, a representação social do médico continuaria preservando “antigos atributos”.

Em 22 de dezembro de 1923, a *Gazeta do Sertão* noticiou o falecimento do médico José Evaristo Gondim. Nascido na cidade paraibana de Areia, em 12 de janeiro de 1877, Gondim formou-se médico em 1902 pela Faculdade de Medicina da Bahia. A homenagem prestada pelo jornal à memória do falecido constrói a imagem do médico abnegado, de moral irretocável, um “sacerdote da cura” inteiramente devotado a sua ciência:

Conhecemos, na intimidade, o dr. Gondim: por elle, nossa admiração crescia constantemente, porque, na época actual, se torna difficil ver um homem animado de tal firmeza de convicções, renunciando grandezas, para viver tranquilo à sombra de **uma modéstia incomparável**. Acenos não lhe faltaram, em vida, para uma subida fácil às mais elevadas posições. Preferia, porém, trazer imáculo o seu character, na esphera de sua mesma independência, a tê-lo subordinando às conveniências mesquinhas, inherentes à sociedade de hoje. **Ninguém, mais do que elle, teve tamanha energia para repelir a injustiça e defender os bons princípios**. Moderação para sahir-se com dignidade, nestes difficeis momentos em que muitos characteres baqueiam, penosamente. **Foi um justo, na extensão da palavra [...]. Os seus serviços profissionaes, a sua grande competencia de médico estiveram sempre ao alcance de todos**. Era de um desprendimento incomparável, tendo morrido pobre, por isso mesmo. Toda Campina Grande tem, neste particular, a prova da sua bondade quase apostólica⁶⁷.

Na primeira década do século XX (1901 – 1910), além de José Evaristo Gondim, muito provavelmente, Campina Grande só contava com outro médico: Chateaubriand Bandeira de Melo, popularmente conhecido como “Dr. Chatô”. Ele nascera em Cabaceiras, em 1855 e concluíra seu curso médico na Faculdade do Rio de Janeiro em 1884, após curar-se de uma tuberculose (AGRA, 2008b, p. 140 – 152). O Anuário de Campina Grande para o ano de 1926, assim o descrevia para seus possíveis leitores:

Dr. Chateaubriand Bandeira de Mello, que é um dos mais antigos médicos do nosso Estado, tem sido uma figura de grande destaque político e social em Campina Grande.

Médico de rara competência, são de grande valia os serviços por elle prestados à humanidade soffredora.

Político de largas visões, através de todos os prélios em que se tem empenhado, na vida pública, tem conservado intacto o seu pundonor de homem de fibra, que sabe agir de accordo com as suas convicções⁶⁸.

⁶⁷ *Gazeta do Sertão*, “Dr. José Evaristo Gondim. O seu fallecimento causou grande consternação no meio ambiente”. 22 dez. 1923, grifos nossos.

⁶⁸ ANUARIO DE CAMPINA GRANDE PARA O ANO DE 1926. Director: João Mendes. Recife: Oficina Gráfica Jornal do Commercio, 1925, p. 177.

Na Paraíba de Evaristo e Chatô, o médico se destacava mais por qualidades como “firmeza de convicções”, “modéstia”, “imáculo caracter”, “energia para repelir a injustiça e defender os bons princípios”, “moderação para sahir-se com dignidade”, “justiça”, “desprendimento”, “bondade quase apostólica”. Em uma palavra: abnegação. A “competência médica” dos dois esculápios chegou a ser enaltecida. Porém, nos dois relatos em destaque, os valores morais chegam a eclipsar a competência técnica na definição de um bom médico.

Porém, há indícios de que, na Paraíba dos anos 1920, estava em curso uma experiência de difícil ancoragem temporal: a técnica, o conhecimento preciso, a competência clínica passam a ser mais valorizadas na avaliação profissional de um médico. Esta imagem começa a circular socialmente mediante representações dos próprios médicos divulgadas na imprensa local. Em 1922, por exemplo, o médico José Maciel assim se pronunciava nas páginas da *Revista Era Nova*:

Seja qual for a profissão, na qual o indivíduo exerça a sua atividade, deve elle envidar esforços no sentido de sondar, perscrutar, penetrar mesmo as suas mais profundas particularidades; estudar, analysar minuciosamente seus segredos, conhecel-os, perfeitamente. [...]

Para mim, conhecer bem o officio, a arte de que vive o indivíduo, isto é, ter melhor do que qualquer outro a intuição exacta, o tino, a argucia, a compreensão feliz daquilo de que se ocupa, daquilo em que trabalha, é ser senhor dos actos de sua vida, do segredo de sua profissão, enfim⁶⁹.

Sondar, perscrutar, penetrar nas profundezas das particularidades; estudar, analisar minuciosamente, conhecer perfeitamente: estas são operações que asseguram, na visão de Maciel, o êxito de qualquer profissão, inclusive do médico. No entanto, no caso da medicina, frequentemente representada como uma profissão acima das demais (especialmente pelos próprios médicos) para ser um bom profissional é importante dominar uma competência a mais: o “tino médico”, segundo Maciel a “maneira especial ou peculiar de saber interpretar exactamente a verdade dos symptomas, na elucidação do diagnóstico”⁷⁰. O “tino médico”, porém, não se confundiria com a simples “adivinhação”: ele provém do “conhecimento exacto dos signaes interpretados”⁷¹.

Intepretação precisa, diagnóstico exato. Conhecimento profundo das particularidades do caso clínico. Competências defendidas por Maciel que convergiam com um perfil de medicina mais próxima da prática científica. Até mesmo o “tino médico” não surge da adivinhação, da subjetividade: ele nasce do conhecimento exato, e não seria nenhum absurdo

⁶⁹ *Revista Era Nova*, “O segredo da profissão”. 1º maio. 1922.

⁷⁰ *Idem*, 1922.

⁷¹ *Idem*, 1922.

acrescentar às palavras de Maciel os adjetivos “neutro” e “objetivo” na definição do conhecimento necessário à prática médica.

É provável que, nessa época, a medicina paraibana ainda não estivesse completamente afinada com a constituição de perfis profissionais estritamente especializados. A partir do final da década de 1910 verifica-se uma experiência de transição, com alguns médicos paraibanos mantendo um perfil “generalista”, mas, ao mesmo tempo, oferecendo a seus clientes serviços mais especializados.

É o que podemos perceber analisando alguns anúncios médicos divulgados na imprensa paraibana. No do Dr. Elpídio de Almeida, destacam-se seus serviços na “Clínica médica em geral”, ao mesmo tempo em que se ressalta ser ele um “Especialista em doenças da pelle e syphilis”⁷². Já o Dr. Velloso Borges, professor assistente da Faculdade de Medicina da Bahia com consultório instalando temporariamente na capital paraibana, destaca em seu anúncio a sua “longa prática e estudos das moléstias dos olhos, nariz, garganta e ouvidos”⁷³. O Dr. Adhemar Londres, que acabara de regressar à Paraíba após concluir seu curso de medicina na Faculdade do Rio de Janeiro, oferecia serviços de “Clínica Medica, Operações em geral e Partos”⁷⁴. O Dr. Joaquim de Sá e Benevides, formado na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, se apresentava como “Especialista em moléstias nervosas”⁷⁵. O Dr. Arlindo Correia, chefe do Serviço de Profilaxia Rural em Campina Grande, não era apenas um sanitarista, como sua função no setor público poderia sugerir: em anúncio publicado no ano de 1924, oferecia seus serviços de “especialista em moléstias de senhoras”⁷⁶. Já pelos idos de 1926, Oscar de Castro se apresentava ao público leitor da Paraíba ofertando serviços de “Clinica medica e doenças de creanças”⁷⁷.

Mais para o final da década de 20 pode-se observar maior destaque para a especialização nos anúncios médicos. O mesmo Oscar de Castro, que em 1926 oferecia serviços de “Clinica medica” ao lado do cuidado com as crianças, em anúncio publicado no ano de 1928 optara por enfatizar somente sua especialidade: “Doenças internas e de creanças”⁷⁸. No ano seguinte, o Dr. Lauro Wanderley, cirurgião adjunto da Santa Casa de Misericórdia da Paraíba, divulgava seus préstimos como médico especializado em partos e no

⁷² *A Imprensa*. 26 jun. 1919.

⁷³ *A Imprensa*. 20 nov. 1919.

⁷⁴ *A Imprensa*. 29 jan. 1920.

⁷⁵ *A Imprensa*. 29 abr. 1920.

⁷⁶ *Gazeta do Sertão*. 19 abr. 1924.

⁷⁷ *A Imprensa*. 20 jan. 1926.

⁷⁸ *A União*. 30 mar. 1928.

tratamento cirúrgico de “Molestias das Senhoras”⁷⁹. Tito de Mendonça por sua vez, fazia partos e curava “doenças das senhoras e das vias urinárias”⁸⁰. Já o Dr. Florentino, oferecia um leque mais vasto de serviços médicos: “Doenças das senhoras; Hemorragia e suas complicações; Reumatismo; Tumores Cutâneos (cancros, verrugas, etc.); Sífilis e doenças da Pêlo, Cabêlos e Unhas”⁸¹.

Não podemos afirmar cabalmente que estes poucos anúncios sinalizam uma experiência de especialização no campo médico paraibano, até por que não conseguimos descobrir se os médicos em questão atendiam em especialidades médicas outras além das divulgadas em seus anúncios publicitários. No entanto, não seria nenhum absurdo considerar que a mudança de foco nas propagandas analisadas, começando a destacar a especialização de cada médico, sinaliza um sintoma de mudança rumo a uma maior compartimentação da medicina paraibana. Uma especialização que inclusive poderia estar contando com certo respaldo da clientela, visto que enfatizá-la em um registro publicitário indica que se tratava de algo que poderia “seduzir” os clientes em potencial dos serviços médicos.

Além da incipiente especialização, outro indicador importante da aproximação da medicina paraibana relativamente à prática científica é a introdução da tecnologia no ato clínico. Cada vez mais a experiência do esculápio era eclipsada pela “precisão” de “modernos instrumentos” de trabalho, tais como microscópios e aparelhos elétricos, além dos laboratórios de análises químicas e clínicas. Estes recursos tecnológicos eram representados pela publicidade médica como ferramentas que auxiliavam os esculápios a alcançarem um conhecimento “mais exato”, um “diagnóstico preciso” das doenças.

Isto é o que sinalizam, novamente, os anúncios médicos na imprensa paraibana. O já citado Adhemar Londres oferecia modernos “Diagnósticos químicos e microscópicos”⁸². O também mencionado Dr. Velloso Borges ressaltava o uso de “aparelhos eléctricos” que facilitavam “o diagnóstico e tratamento das molestias de sua especialidade”⁸³. O anúncio do Dr. Florentino ressaltava, em letras garrafais e destacadas em negrito, que o facultativo realizava “**TRATAMENTO ELECTRICO**”, além de dispor de “laboratorio para todos os exames clínicos e preparação de vacinas autogenas”⁸⁴. Tito de Mendonça realizava tratamento “**DO CANCRO pela electrocoagulação**”, o que não por acaso aprecia em destaque na sua

⁷⁹ *A União*. 05 jun. 1929

⁸⁰ *A União*. 11 maio. 1929.

⁸¹ *A União*. 05 jun. 1929.

⁸² *A Imprensa*. 29 jan. 1920.

⁸³ *A Imprensa*. 20 de nov. 1919.

⁸⁴ *A União*. 05 jun. 1929.

propaganda, além de possuir “Apparelhos para ver o interior da bexiga, recto e intestinos”⁸⁵. Finalmente, em 1924, a *Revista Era Nova* propagandeava o consultório do Dr. Newton Lacerda, “jovem e conceituado cientista” nas palavras do anúncio, ressaltando que: “O sr. dr. Newton Lacerda é um dos nossos medicos mais procurados e doutos, já havendo obtido uma longa serie de triumphos profissionaes, que sobremodo lhe honram à sua cultura especializada e os seus methodos de trabalho”⁸⁶.

Segundo André de Faria Pereira Neto (2001, p. 48), nos anos 20 a figura do médico generalista começava a perder força em benefício do perfil especialista que, no entanto, ainda não se tornara preponderante no campo médico brasileiro. Pelo que vimos analisando os anúncios médicos, essa interpretação também faz sentido para o caso da medicina paraibana. O mais importante para nós, porém, é que a emergência do perfil especialista pode ser lida como um sintoma da gradual cientificização da medicina. Assim, no desenrolar do século XX, a medicina vai sendo representada cada vez menos como uma “arte” e cada vez mais como “uma ciência, um conhecimento objetivo, autorizado. E a única ciência que poderia promover a cura das doenças” (AGRA, 2008b, p. 150).

E aqui encontramos um ponto importante, pois entendemos que a “cientificização” da medicina é um dos principais fatores do incremento do poder médico, especialmente por que ela ocorre em um momento histórico no qual o conhecimento científico se auto-representa e é representado socialmente como um saber “inquestionável”. No máximo, a ciência só poderia ser contestada mediante as regras do próprio campo científico: ou seja, só a ciência pode questionar a ciência, já que ela é vista como “o” saber mais legítimo que existe.

Esse poder, essa imunidade que lhe autoriza a realizar absurdos – como justificar práticas imperialistas apresentando-as enquanto “missão civilizatória” de povos que se consideravam “superiores” (SCHWARCZ, 1993, p. 56) – a ciência retira da imagem, construída historicamente, de que seu discurso está acima da sociedade, de que ela é uma “forma objetiva e racional (portanto, incontestável, exceto dentro do próprio sistema que institui) de conhecimento – ou seja: como algo fora das fraquezas humanas, fora do vulgo, das coisas miúdas” (GOMES, 1994, p. 152). Além de construir esta autoimagem de saber “puro”, “neutro”, “objetivo”, “racional”, para se legitimar como “máquina” de produzir verdades incontestáveis, a ciência investiu pesado em “desautorizar outros discursos que explicavam a vida, dentre eles, a superstição, o mito e a religião” (AGRA, 2006, p. 42).

⁸⁵ *A União*. 11 maio. 1929.

⁸⁶ *Revista Era Nova*. 15 jun. 1924.

Em outras palavras: a ciência era muito séria para ser questionada, e mesmo quando a população não aceitava os abusos que ela produzia, lá estava o governo e certos grupos sociais para assegurar a imunidade do saber científico. No começo do século XX (mas talvez não só naquela época): “A ciência não deve explicações a ninguém, tem suas próprias normas de auto-avaliação, o que compete apenas a ela própria discutir. Acima do bem e do mal, imune às suspeitas, o sábio (encarnação da ciência) não tem por onde ser contestado” (GOMES, 1994, p. 158). Como bem explica Roberto Gomes (1994, p. 152), esse “endeusamento” da ciência constitui uma verdadeira “insanidade” social: a “loucura” de atribuir tamanho poder e tantas imunidades ao saber científico, de acreditar que ele teria todas as respostas para todos os problemas da humanidade, que em seu nome as maiores crueldades, os mais inacreditáveis absurdos, os mais injustificados abusos de poder deveriam ser incontestavelmente aceitos.

A ciência moderna – esta forma histórica de entender e explicar a realidade consolidada no século XIX (FIGUEIRÔA, 2010, p. 154) – é insensível às suas próprias limitações, ou então as mascara estrategicamente para assegurar seu posto de produtora de “verdades inquestionáveis”. Ela garante à sociedade que pode produzir um conhecimento absolutamente racional sobre todos os problemas que cercam a humanidade. Ela constrói a ideia de que é capaz de explicar totalmente os fenômenos, de esgotar os temas que estuda, de oferecer verdades absolutas, de apreender o real em sua “essência”, desde que sejam empregados seus rigorosos métodos científicos. Ela se coloca como um conhecimento que não se deixa influenciar pelas pressões da sociedade, imune às relações de poder, às oscilações econômicas, às transformações socioculturais.

A representação social do cientista nas últimas décadas do século XIX e nas primeiras do século XX constrói a imagem de um pesquisador absolutamente racional, que almeja a neutralidade, que não se envolve com o que está estudando, que corta relações com tudo que o envolve – sua história, sua vida familiar, seus sentimentos, suas “paixões”, seus “preconceitos” – para, assim, produzir ciência: um conhecimento objetivo sobre a realidade, guiado por procedimentos rigorosos, em que não há lugar para as subjetividades do pesquisador, no qual o cientista “desaparece” para fazer aparecer o seu objeto de estudo (GRESPLAN, 2010, p. 293).

Dentre outras estratégias, a ciência moderna tenta se constituir como saber objetivo e inquestionável “escondendo” ou mesmo “naturalizando” seus laços com o poder. Em certo sentido, ela consegue este efeito por meio de uma retórica que representa estas relações como o resultado de demandas puramente “técnicas”, de questões genuinamente “científicas”,

despidas, portanto, de interesses de outra ordem. Ora, o conhecimento científico construiu sua autoimagem de saber legítimo, “acima da sociedade”, em parte “escondendo” e “ressignificando” os seus vínculos com as estruturas do poder político ou com os interesses de determinados grupos sociais. Porém, a história nos mostra que a consolidação da ciência (como da própria medicina mais particularmente) em diversos países esteve de algum modo relacionada com o desenvolvimento político e as ações dos seus respectivos Estados Nacionais (FOUCAULT, 2007, p. 183 apud LIMA, M., 2011, p. 147).

No Brasil do final do século XIX, por exemplo, algumas práticas defendidas pela ciência foram apropriadas por grupos das elites nacionais para substituir o seu poder senhorial sobre os trabalhadores, enfraquecido com a aprovação das leis abolicionistas da escravidão (HENTZ, 2011, p. 11). Em lugar da autoridade dos senhores sobre os escravizados, empregavam-se agora teses científicas para legitimar políticas de controle social tais como a remoção de populações pobres e suas habitações dos centros das cidades, baseando-se na “crença de que haveria uma racionalidade extrínseca às desigualdades sociais urbanas, e que deveria nortear então a condução não-política, ‘competente’, ‘eficiente’, das políticas públicas” (CHALHOUB, 1996, p. 20).

Grande parte do poder que a medicina científica conquistou está relacionada com a representação social de que ela é um saber objetivo e sem vínculos com a sociedade. Porém, ela quase sempre aparece em intimidade com o poder, embora se esforce bastante para esconder tais vínculos. Na Paraíba, por exemplo, como de resto na maioria do Brasil, coube ao Estado normatizar a profissão médica mediante a criação de leis (CASTRO, 1945, p. 421 – 441) que visavam garantir à medicina acadêmica o monopólio sobre os serviços de saúde, ao mesmo tempo em que se desautorizava e se deslegitimava os saberes e as práticas das artes de curar não-científicas (AGRA, 2006, p. 55).

Curiosamente, ou não, quando deseja responsabilizar a população, sobretudo os mais pobres, pelos problemas da saúde pública paraibana, Castro Pinto, presidente do estado entre 1912 e 1915, busca respaldo no saber médico para sentenciar “a incuria do povo” quanto à higiene pública e pessoal, como o fator “preponderante para nullificar os melhores empenhos” de seu governo⁸⁷. Assim, o poder público recorre ao discurso médico para legitimar políticas públicas, para justificar segregações sociais, para normatizar hábitos, para condenar costumes, enfim, para fortalecer-se enquanto gestor e produtor das relações sociais.

⁸⁷ PARAHYBA DO NORTE (Estado). **Mensagem** apresentada á Assembléa Legislativa por ocasião da instalação da 2º sessão da 7ª legislatura, a 1º de outubro de 1913, pelo Dr. João Pereira de Castro Pinto, presidente do Estado. Parahyba: Imprensa Oficial, 1913, p. 15. Disponível em <http://www.crl.edu/brazil/provincial/para%C3%ADba>. Acesso em 22 mar. 2014.

Já para o médico, a aproximação com o político dota a sua profissão de maior autoridade sobre o social. O poder alcançado pelo saber médico paraibano no começo do século XX, como ocorreu em outras experiências históricas, dependeu, dentre outros fatores, deste vínculo com as estruturas do poder político. Vínculos que a medicina, como boa ciência “neutra e objetiva”, se esforçou para esconder.

No entanto, o maior problema da negação desses vínculos entre ciência e poder é que “a alegação de ‘cientificidade’, de neutralidade nas decisões administrativas, traz sempre em seu cerne a violência contra a cidadania”. (CHALHOUB, 1996, p. 58). E o pior: uma violência contra a qual é mais difícil (embora não impossível) resistir, pois trata-se de uma violência respaldada cientificamente, que não pode ser questionada por “leigos” ou “rebeldes”. Porém, é importante não esquecer que as representações sociais, mesmo aquelas que reivindicam a objetividade científica (tal como as da medicina) não são discursos neutros. Nesse sentido, é importante lembrar que as representações médicas-científicas são condicionadas por interesses de grupo, tanto de quem as produz como daqueles que delas se apropriam (CHARTIER, 2002, p. 17).

Ao longo do século XIX, a medicina ocidental se aproxima cada vez mais dos saberes considerados “científicos”. Transformada em uma “ciência médica”, passa a constituir seu arcabouço metodológico apropriando-se dos “rigorosos métodos científicos”:

A medicina científica passou a ter um método baseado na regularidade, regras precisas para observar, classificar e identificar os pacientes. [...] Foram também esses procedimentos que modificaram as maneiras de ver e de dizer da medicina, foram eles que promoveram uma mudança de sensibilidade, uma mudança dos objetos, que promoveram uma maior articulação entre ciência e medicina, que possibilitaram a medicina se dizer ciência (AGRA, 2008b, p. 163).

Em busca da neutralidade científica, o campo médico acaba objetivando os diversos elementos da relação médico-paciente. O problema é que esta relação é extremamente intersubjetiva, carregada de sentimentos. Assim, o modelo biomédico, objetivo, “científico”, acaba se “desumanizando”, dificultando ao médico lidar com as subjetividades do corpo doente (BASTOS, 2006, p. 69 – 71). Ora, esta medicina neutra, objetiva, séria, motivada unicamente por interesses científicos, acaba se configurando como um saber insensível, para não dizer desumano. De acordo com Liana Bastos (2006, p. 71 – 76), essa “desumanização” se relaciona com a constituição da medicina enquanto “ciência”: desejando fazer ciência objetiva, o médico se relacionaria com seus pacientes, pessoas em busca de cura, como se eles fossem “objetos” de conhecimento científico, cujo “tratamento” exige racionalidade, objetividade. Resultado: um conhecimento médico indiferente à alteridade.

Segundo Pereira Neto (2001, p. 29), no Brasil, a “medicina tecnológica” se evidencia a partir da década de 1950. Nos anos 1920, o campo médico paraibano ainda buscava se constituir como “ciência”. A tecnologia e a cientificização da prática médica começavam a eclipsar a experiência do esculápio e a relação individualizada entre médico e paciente. A busca pela precisão no diagnóstico, a presença crescente da tecnologia no consultório, a progressiva especialização no campo médico, são sintomas de uma “cientificização” da medicina que já é possível perceber, mesmo incipiente, na Paraíba dos anos 1920.

O mais importante, pelo menos para o que estamos tentando mostrar, é que, mesmo ainda não consolidada, essa “cientificização” da medicina paraibana é um fator importante para o fortalecimento do poder médico. Tornada “ciência” quando o saber científico foi “endeusado” e convocado para conduzir as sociedades, a medicina se beneficia dessa imagem e das relações de poder construídas em torno dela. Além disso, é importante considerar que a relação entre médico e paciente é marcada por uma grande desigualdade de poder, visto que a medicina possui a capacidade “de promover a dependência do cliente em relação ao conhecimento e à competência do médico”, como poucos outros campos são capazes de fazer (PEREIRA NETO, 2001, p. 40).

Desse modo, os médicos que assumiram a tarefa de curar a sociedade paraibana nas primeiras décadas do século XX, mesmo que ainda não fossem tão “cientistas” como seus colegas dos anos 50, passaram a se beneficiar de uma relação de poder que os autorizava a intervir em diversos aspectos da existência, visto que seu saber era duplamente “poderoso”: porque médico, porque científico. No “século da ciência”, os médicos paraibanos começavam a ser “cientistas” ao mesmo tempo em que a ciência era socialmente representada pelas elites nacionais e locais como o saber mais apto a orientar os destinos das sociedades. Como bem afirmou Soares Júnior (2011, p. 31), nesse momento, os médicos paraibanos eram “tratados como ‘semideuses’, pois portavam o saber da ciência e representavam a cura”.

Não podemos esquecer que o começo do século XX também é marcado na Paraíba pelas vontades de “civilização”⁸⁸ das elites locais (SOARES JÚNIOR, 2011, p. 111). Nesse momento, a saúde e a higiene passam a compor o conceito de civilização. O médico paraibano Flávio Maroja, por exemplo, indicava que doenças como a febre amarela e a varíola não condiziam com uma sociedade “cultura” e “civilizada”⁸⁹. Enquanto a doença torna-se uma

⁸⁸ Para uma discussão histórica do conceito de civilização e sua apropriação em terras paraibanas entre as últimas décadas do século XIX e o começo do século XX, Cf. SOARES JÚNIOR, 2011, p. 110 – 143.

⁸⁹ *A União*, “Varíola e Vacinação”. 30 set. 1925.

imagem forte na representação do atraso, a saúde se transforma em peça fundamental na engrenagem que conduziria as sociedades rumo aos altos graus da “civilização”.

Assim, o saber médico forja um caminho para a “civilização”, construído com os “tijolos” da saúde e o “cimento” da higiene. Segundo esse discurso, o caminho para alcançar a “civilização” seria invariável, sendo válido para todos os povos independente de suas especificidades históricas: o aperfeiçoamento moral e material da sociedade, a ser concretizado pela ação dos governantes orientada pelo saber médico-científico. Além disso, para se tornar próspera uma sociedade precisava solucionar seus problemas de saúde pública (CHALHOUB, 1996, p. 35). Desse modo, uma sociedade que desejasse se tornar “próspera” e “civilizada” precisaria, necessariamente, recorrer ao saber médico, especialmente à “medicina social”, visando orientar suas ações políticas a partir de princípios científicos.

Segundo Foucault (1979, p. 79 – 98), a formação da “medicina social” ocorreu em três etapas. Primeiramente, na Alemanha do começo do século XVIII, surgiu uma medicina social de Estado. Seu aparecimento está relacionado com a unificação da Alemanha, que acabou favorecendo iniciativas políticas que fortalecessem o Estado Nacional e a sua atuação sobre a sociedade. Assim, ocorreu a formação de uma política médica que tinha o objetivo de “medicalizar a nação”, tornando-a mais forte no cenário internacional. Essa medicina de Estado possuía quatro características importantes: a organização de um sistema de registro do quadro nacional de doenças; a normatização da profissão médica; a criação de um organismo centralizado para controlar a prática médica e coordenar a intervenção estatal sobre a saúde; a criação de uma burocracia médica responsável por administrar a saúde nacional. Para Foucault, a medicina de Estado não tinha como foco a medicalização do trabalhador, mas sim a saúde do cidadão enquanto membro da nação, que contribuía para o desenvolvimento nacional de variadas formas, não só pelo trabalho: ou seja, uma medicina que buscava a medicalização da nação, e não apenas do trabalhador (FOUCAULT, 1979, p. 80 – 85)

Um segundo tipo de medicina social é a medicina urbana que se desenvolveu na França a partir do final do século XVIII. Seu surgimento está relacionado com o crescimento desordenado das cidades a partir da Revolução Industrial. Nesse momento, surge a necessidade de transformar a estrutura urbana para que ela se adéque às novas exigências da vida nas cidades. Essa medicina possui três características importantes: ela se baseia na vigilância constante, colocando a cidade em “eterna quarentena”; se interessa muito pela higienização da cidade; se preocupa demais com as condições de circulação do ar e da água. Esta medicina urbana provocou desdobramentos importantes no campo médico. Ao estimular seu diálogo com a química e a biologia, contribui para a constituição da “medicina científica”.

Além disso, introduziu no campo médico dois dos conceitos mais importantes para a medicina do século XIX e do começo do XX: as noções de salubridade (estado do meio que permite a melhor saúde possível), e de higiene pública (intervenção médica e política sobre o meio para que ele se torne o mais salubre possível) (FOUCAULT, 1979, p. 85 – 93).

Finalmente, na Inglaterra do século XIX surgiu a medicina social da força de trabalho, também chamada de medicina social do pobre. Seu objetivo era medicalizar o trabalhador. Seu aparecimento deve-se a dois fatores principais: a industrialização acelerada da Inglaterra, que criava a necessidade de uma força de trabalho saudável; o crescimento urbano acelerado e desordenado, que tornou as cidades um espaço propício ao desenvolvimento de doenças e epidemias, colocando em risco o poder e a própria vida das elites. Em razão desses fatores, a medicina do trabalho inglesa busca curar o trabalhador para atingir dois objetivos: torná-lo produtivo e evitar que seu corpo seja vetor de transmissão de doenças para os ricos. Ou seja: disciplinar os pobres e proteger os ricos. Segundo Foucault, por conta dessa preocupação simultânea com a medicalização do pobre e com a segurança das elites, este modelo de medicina social do trabalho foi o que acabou predominando em muitos outros países, sobretudo por que permitiu a coexistência de uma medicina social para os trabalhadores e de uma medicina individual para aqueles que pudessem pagar por uma assistência médica particular (FOUCAULT, 1979, p. 93 – 98).

No Brasil, a medicina social se desenvolveu ao longo do século XIX. Segundo Roberto Machado et al. (1978, p. 154), antes disso não existia um vínculo tão forte entre saúde e sociedade, nem no saber médico nem nos aparelhos de Estado. Nesse sentido, até o início do século XIX:

[...] a totalidade da administração colonial não organiza a sociedade levando em consideração o planejamento de um combate às causas das doenças, procurando instaurar ou conservar um regime de saúde. A produção da saúde não faz parte de sua configuração histórica. Seu objetivo é, neste campo, fundamentalmente evitar a morte. A ausência da questão da saúde, tematizada positivamente como algo a ser cultuado, incentivado, organizado, faz com que toda ideia de prevenção esteja ausente do âmbito da medicina, que atua sempre de forma *a posteriori*, recuperadora (MACHADO et al., 1978, p. 154).

Ainda segundo Machado et al. (1978, p. 155) as diversas transformações de ordem política e econômica pelas quais o Brasil passou durante o século XIX acabaram contribuindo para que a medicina brasileira adquirisse duas novas e importantes características a partir de então: sua penetração nas questões sociais, especialmente a partir da medicalização do meio urbano, e a constituição da medicina como um ponto de apoio para o exercício do poder por parte do Estado. A medicina experimenta então uma importante mudança de foco: o médico

desloca progressivamente o seu olhar da cura para a prevenção, da doença para a saúde. A medicina social tem a “missão” de prevenir o aparecimento das doenças. Para tanto, ela precisa intervir em “tudo” o que possa colocar a “saúde” em risco, atuando, a partir de então, sobre a complexidade das relações sociais, pois:

Se a sociedade, por sua desorganização e mal funcionamento, é causa de doença, a medicina deve refletir e atuar sobre seus componentes naturais, urbanísticos e institucionais visando a neutralizar todo perigo possível. Nasce o controle das virtualidades; nasce a periculosidade e com ela a prevenção (MACHADO et al., 1978, p. 155).

A medicina social que se constitui no Brasil a partir do século XIX participa da reorganização dos espaços urbanos, esquadrihando “vícios” e “virtudes”, normalizando o individual e o coletivo. Desse modo, ela toma para si a tarefa de “medicalizar” os mais variados aspectos da experiência humana. Para tanto, a medicina social “penetra em tudo e inclusive no aparelho de Estado⁹⁰” (MACHADO et al., 1978, p. 157). Com o surgimento da medicina social, inaugura-se um novo tipo de relação entre o campo médico e os aparelhos de Estado no Brasil. A partir de então, o saber médico torna-se indispensável para o exercício do poder político, pois no momento em que o Estado assume a tarefa de organizar e produzir as condições de vida de seus cidadãos, criando a demanda de um controle social contínuo, “a medicina nele está presente como condição de possibilidade de uma normalização da sociedade no que diz respeito à saúde” (MACHADO et al., 1978, p. 157 – 158). Por seu turno, esta “cientificização” dos aparelhos de Estado, ou mais propriamente o que Roberto Machado et al. (1978, p. 158) definiu como a constituição de um “Estado epistemológico”, torna-se condição de possibilidade para a medicalização da sociedade. Desse modo, a medicina social que se constituiu no Brasil estava intimamente relacionada com os poderes políticos. Para Machado et al. (1978) ela era uma medicina política

[...] tanto pelo modo como intervém na sociedade e penetra em suas instituições, como pela sua relação com o Estado. Ela precisa do Estado para realizar seu projeto de prevenção das doenças da população. Sem instrumento de poder próprio ela é ineficaz e vã. E, ao mesmo tempo, ela é útil ao Estado por ser um instrumento especializado capaz de assumir com ele e por ele as questões relativas à saúde, trazendo-lhe o apoio de uma ciência. E a medicina social nascente, lutando por sua

⁹⁰ Todavia, esta penetração do médico na sociedade e nos aparelhos de Estado, por meio da medicina social, não esteve isenta de tensões. Machado et al. (1978) mostra que ao perceber incompatibilidades entre a ação do Estado e as prescrições de sua ciência, os médicos tentavam impor sua racionalidade a partir de três táticas: criticando as ações dos governantes, que consideravam “incompetentes” em matéria de saúde por serem “leigos” em medicina (p. 218 – 220); oferecendo sua assessoria aos poderes públicos (p. 220 – 222); e penetrando nas instâncias decisórias, inclusive elegendo médicos para cargos políticos (p. 222 – 226). Nesse sentido, Machado et al. (1978, p. 158), argumenta que a penetração da medicina na sociedade brasileira durante o século XIX também ocorreu mediante confrontos com o Estado e com a população, constituindo uma “Trabalhosa conquista de terreno que, ao encontrar resistências, as transcreve de diferentes formas: cegueira dos políticos, má fé dos charlatães, ignorância do povo”.

hegemonia no Estado, se desenvolve juntamente com a ideia de centralização política, participando assim da própria luta pela constituição de um Estado centralizado (MACHADO et al., 1978, p. 242 – 243).

Na Paraíba, é possível vislumbrar os primeiros passos de uma medicina social já nas últimas décadas do século XIX. Por aqui, além destas características discutidas por Roberto Machado et al. (1978, p. 155) – a penetração na sociedade e os vínculos mútuos com o exercício de poder do Estado – os projetos de medicina social também apresentaram traços presentes nos três modelos discutidos por Foucault (1979, p. 79 – 98): a medicina de Estado, a medicina urbana e a medicina da força de trabalho, que discutimos anteriormente. Ainda nos anos 1840, as autoridades provinciais começaram a normatizar a profissão médica mediante leis e decretos, o que contribuiu para uma maior institucionalização da medicina na Paraíba (CASTRO, 1945, p. 422).

No começo do século seguinte, encontramos Flávio Maroja, integrante da elite médica paraibana, defendendo na imprensa local que “a saúde publica é a base sobre a qual repousa a felicidade do povo e **a força do Estado**”⁹¹. Em outro texto, publicado menos de um ano após este, Maroja defendeu a necessidade de medicalizar o “homem inculto, perfeitamente representado em o nosso homem rural, preso à sua ignorancia e jungido à sua superstição”, por meio de uma educação sanitária que lhe ensinasse “como deve zelar a sua saúde e como deve evitar a doença”⁹². Lamentava, porém, os “habitos e costumes inveterados de nossa gente, alheia por completo aos mais comesinhos preceitos de hygiene”⁹³. Ante este diagnóstico, Maroja considerava indiscutível “a necessidade que tem todo o individuo, qualquer que seja a sua condição social, de conhecer certos preceitos de hygiene que o preservem dos males que eternamente o rodeiam, da acção dos diversos agentes que constituem uma ameaça permanente à sua saúde e à sua existência”⁹⁴. Ora, representações como estas sugerem que no começo do século XX circulava na Paraíba uma noção cara à medicina social de Estado: a ideia de que a força de uma nação dependeria da boa saúde de todos os indivíduos, de todos os seus “cidadãos”, independente da sua condição social ou profissão.

A higienização do espaço urbano também fazia parte das preocupações dos médicos e dos governantes paraibanos no começo do século XX. Na fala desses atores sociais, remodelar

⁹¹ *A União*, “Variola e Vacinação”. 30 set. 1925, grifos nossos. A frase destacada é atribuída a Benjamin Disraeli (1804 – 1881), que exerceu o cargo de primeiro-ministro da Inglaterra em duas ocasiões (em 1868 e entre 1874 e 1880).

⁹² *A União*, “Valor da propaganda e educação sanitarias”. 23 fev. 1926.

⁹³ *Idem*, 1926.

⁹⁴ *Idem*, 1926.

as cidades de acordo com os preceitos da medicina social representava um fator de “civilização” e crescimento econômico. Seguindo esta perspectiva, ao assumir a presidência da Paraíba, o médico João Lopes Machado fez questão de ressaltar que:

O abastecimento d’água, luz, exgotto e a hygiene publica, são questões que desafiam a atenção do Governo, reclamando uma solução urgente.

É um dever social, o melhoramento do estado sanitario das populações e que deve ser cumprido ainda mesmo através de grandes sacrificios.

O capital empregado em saneamento e hygiene publica, **factores essenciaes á riqueza das nações**, renderá relativamente em pouco tempo, juros sufficientes para o seu completo resgate⁹⁵.

Em 1911, João Lopes Machado continuava defendendo a importância da higienização da capital. Para ele, era indispensável ao remodelamento da cidade a organização de serviços como os de “abastecimento d’água, esgottos e iluminação, que acarretarão como consequencia immediata o calçamento das ruas, a viação electrica, arborisação, deposito, remoção e destruição do lixo”⁹⁶. Para o médico-presidente, todas estas medidas, mas principalmente a instalação dos serviços de abastecimento de água e canalização dos esgotos, forneceriam os “fundamentos principaes para construir uma obra solida e verdadeiramente útil de hygiene publica”⁹⁷ na cidade. Já em 1913, João Pereira de Castro Pinto, sucessor de João Lopes Machado, continuava defendendo a realização destes melhoramentos urbanos, “sob pena de agravarmos extraordinariamente a constituição medica desta capital, **dados os progressos surprehendentes de sua população**”⁹⁸.

Analisando estas mensagens presidenciais, podemos supor que a higienização do espaço urbano era tida como uma política pública incontornável, ou pelo menos esse era o discurso dos governantes paraibanos no começo do século XX. Segundo as representações construídas pelos médicos e autoridades locais, o crescimento urbano tornara indispensável medicalizar a cidade, limpando seus espaços e assegurando a higienização de todos os fatores

⁹⁵ PARAHYBA DO NORTE (Estado). **Mensagem** apresentada á Assembléa Legislativa por ocasião da instalação da 2º sessão da 5ª legislatura, a 1º de setembro de 1909, pelo Dr. João Lopes Machado, presidente do Estado. Parahyba: Imprensa Oficial, 1909, p. 16, grifos nossos. Disponível em <http://www.crl.edu/brazil/provincial/para%C3%ADBa>. Acesso em 22 mar. 2014.

⁹⁶ PARAHYBA DO NORTE (Estado). **Mensagem** apresentada a Assembléa Legislativa do Estado em 1ª de Setembro de 1911 por ocasião da instalação da 4ª sessão da 5ª legislatura pelo presidente do estado Dr. João Lopes Machado. Parahyba do Norte: Imprensa Oficial, 1911, p. 28. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=720445&pasta=ano%201911&pesq=>. Acesso em 05 mar. 2014.

⁹⁷ PARAHYBA DO NORTE (Estado). **Mensagem** apresentada á Assembléa Legislativa por ocasião da instalação da 1º sessão da 6ª legislatura, em 1º de março de 1912, pelo Dr. João Lopes Machado, presidente do Estado. Parahyba: Imprensa Oficial, 1912, p. 19. Disponível em <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u545/000027.html>. Acesso em 30 ago. 2014.

⁹⁸ PARAHYBA DO NORTE (Estado). **Mensagem** apresentada á Assembléa Legislativa por ocasião da instalação da 2º sessão da 7ª legislatura, a 1º de outubro de 1913, pelo Dr. João Pereira de Castro Pinto, presidente do Estado. Parahyba: Imprensa Oficial, 1913, p. 16, grifos nossos. Disponível em <http://www.crl.edu/brazil/provincial/para%C3%ADBa>. Acesso em 22 mar. 2014.

que circulavam na *urbs*: seus habitantes, suas mercadorias, seu ar, suas águas, seus dejetos. Para alcançar estes objetivos, tal remodelação da cidade precisaria ser feita com base em um dos princípios da medicina social urbana: a ideia de higiene pública. Tanto é que, em 1923, Solon de Lucena, então presidente do estado, fez questão de assegurar aos paraibanos que o seu governo não descuidara da saúde pública, visto que “todas as reformas e remodelamentos por que vae passando esta capital, no seu desenvolvimento moroso, são realizados de forma a nada deixar a desejar sob o ponto de vista hygienico”⁹⁹.

Já para o final dos anos 1910, começa a surgir entre médicos e governantes paraibanos a preocupação em medicalizar a força de trabalho. Na perspectiva destas elites, trabalhadores mais saudáveis seriam duplamente rentáveis, pois se tornariam mais produtivos e disciplinados para o trabalho, bem como menos suscetíveis de contrair doenças que pusessem em risco a saúde pública. A este respeito, como vimos anteriormente, em artigo publicado na sua edição de 13 de julho de 1921, *A Imprensa* questionava seus leitores: como o Brasil e a Paraíba conseguiriam “braços para a industria, o commercio e a lavoira, a lavoira principalmente”¹⁰⁰, em condições de possibilitar o almejado progresso econômico, se o diagnóstico emitido por médicos e autoridades políticas era que parte considerável da força de trabalho vivia em condições insalubres? Foi nesse mesmo sentido que, ainda em 1918, o médico e presidente do estado Francisco Camillo de Hollanda, defendera a importância da “higiene rural”¹⁰¹ para o crescimento econômico da Paraíba, pois entendia que

O homem do campo sendo a nossa grande machina de produção necessita ser forte de corpo e de animo para valer como capacidade productora.
Voltemo-nos para elle carinhosamente, ensinando-lhe as regras simples de hygiene e cercando-o dos elementos para vencer o mal¹⁰².

⁹⁹ PARAHYBA DO NORTE (Estado). **Mensagem** apresentada à Assembléa Legislativa do Estado da Parahyba, na abertura da 4ª sessão ordinária da 8ª legislatura, a 1º de setembro de 1923, pelo Dr. Solon Barbosa de Lucena, presidente do Estado. Parahyba: Imprensa Oficial, 1923, p. 53. Disponível em <http://www.crl.edu/brazil/provincial/para%C3%ADba>. Acesso em 07 jan. 2015.

¹⁰⁰ *A Imprensa*, “Pela Hygiene”. 13 de jul. 1921.

¹⁰¹ É possível que esta defesa da “higiene rural”, feita por Camillo de Hollanda, dialogasse com o movimento pelo saneamento rural que adquiriu repercussão nacional em fins dos anos 1910. Segundo Nísia Trindade Lima (1999, p. 108), este movimento “transformou em problema social, tema de debate público, uma questão que até aquele momento encontrava-se em foco especialmente nos periódicos médicos – a doença e o abandono como marcas constitutivas das áreas rurais do Brasil”. Contando com lideranças como o médico Belisário Penna, o movimento pelo saneamento dos sertões, como também ficou conhecido, assumiu um tom nacionalista e afastou-se das interpretações que responsabilizavam a raça e o clima pelos problemas do Brasil. Ainda de acordo com Nísia Trindade Lima (1999, p. 115), para os intelectuais que aderiram ao movimento “A integração dos sertões à civilização do litoral, por meio de políticas de saúde e educação, representaria uma alternativa para o país. O grande problema encontrava-se nas doenças e a solução era possível com os recursos da ciência”.

¹⁰² PARAHYBA DO NORTE (Estado). **Mensagem** apresentada á Assembléa Legislativa na abertura da 3ª sessão ordinária da 8ª legislatura, a 1ª de setembro de 1918, pelo Dr. Francisco Camillo de Hollanda, presidente do Estado. Parahyba: Imprensa Oficial, 1918, p. 21. Disponível em <http://www.crl.edu/brazil/provincial/para%C3%ADba>. Acesso em 20 mar. 2014.

Em suma, numa época de “endeusamento” da ciência e de seduções do progresso, uma medicina cada vez mais “científica” penetra fundo nas questões sociais e no aparelho de Estado. Ela se constitui, assim, como “medicina social” e se fortalece na medida em que passa a ser representada como um saber que realizaria os anseios de progresso e “civilização” das elites nacionais e locais. Também na Paraíba, a medicina social foi “convocada” para esta “missão”, recebendo para isso a autorização – de governantes e elites – para curar o cidadão, higienizar as cidades e medicalizar o trabalhador, “pois só por meio de uma ‘administração competente’ se conseguiria alcançar a civilização almejada” (AGRA, 2006, p. 56).

Com a construção histórica dessa “verdade” vão aparecendo novos espaços para a atuação do médico sobre o social. Desde a segunda metade do século XIX, existia na Paraíba uma Inspetoria de Saúde Pública, criada no governo de João Antonio de Vasconcelos (1848 – 1850), à qual estava subordinada a Inspetoria de Higiene. Esta última era uma repartição temporária que atuava especialmente em períodos de epidemias. Em 1895, no governo de Álvaro Lopes Machado, foi regulamentada uma Inspectoria de Hygiene. Composta de um inspetor na capital e de delegados de higiene nos municípios, ela seria responsável por coordenar o Serviço de Hygiene Pública (SOARES JÚNIOR, 2011, p. 37 – 46). Dentre as atribuições do novo órgão, estava:

[...] o estudo de questões de saúde pública, o saneamento das habitações, a adoção de medidas para combater as moléstias que assolavam homens e mulheres, a distribuição de socorros públicos à população local, a conscientização e aplicação da vacina contra a varíola, a realização de visitas de inspeção nas escolas, oficinas, fábricas, hospitais, manicômios, prisões, quartéis, asilos, estabelecimentos de caridade, lojas, farmácias, dentre outras. Ainda lhe competia a fiscalização dos alimentos e bebidas, desde sua fabricação até seu consumo, bem como influir diretamente na salubridade pública não apenas na capital, mas em todas as vilas do estado, fiscalizar os trabalhos de utilidade pública, como cemitérios, feiras e abatedouros, e, por fim, organizar a estatística demógrafo-sanitária (SOARES JÚNIOR, 2011, p. 46 – 47).

Mas os paraibanos que no final daquele século XIX já defendiam ardorosamente a saúde pública teriam que se “contentar” com leis e regulamentos: embora devidamente regulamentada, na prática a atuação desta Inspectoria de Hygiene foi extremamente limitada e pouquíssimo eficiente. Além de atribuições muito vastas, faltavam-lhe estrutura e recursos para desempenhar suas atividades. Por exemplo: quase sempre, os delegados de higiene apareciam nos municípios somente em épocas de epidemia (SOARES JÚNIOR, 2011, p. 47). A melhoria da saúde pública paraibana ainda era um sonho distante no começo do século XX. Surtos de varíola e de febres “de máo caracter” assustavam a capital e localidades do interior

como Campina Grande e Alagoa Grande¹⁰³. Ocorriam ainda muitos casos de “impaludismo, de influenza e outras molestias do aparelho respiratório”¹⁰⁴. A saúde pública paraibana limitava-se “à conservação de um Inspector nesta capital e de dois Delegados [...] no interior; e aos meios prophylaticos da vacinação e revaccinação, empregados contra o mal da varíola que está continuamente a assolar, aqui e alhures”¹⁰⁵.

Em 1911, no governo do médico João Lopes Machado, surge a Repartição de Higiene do Estado, regulamentada pelo Decreto 494 de 08 de junho (CASTRO, 1945, p. 244). O novo órgão foi projetado muito em função do fracasso da Inspectoria de Hygiene que o antecedeu. Além disso, entre médicos, intelectuais e políticos paraibanos, consolidava-se o pensamento sobre a importância de dotar a Paraíba de uma instituição permanente para cuidar da saúde pública em lugar de serviços fragmentados, por vezes organizados apenas temporariamente para atender às necessidades criadas por surtos epidêmicos¹⁰⁶.

O novo regulamento sanitário, baixado com a criação da nova Repartição de Higiene do Estado, definia as atribuições do governo estadual e dos poderes municipais no tocante à saúde pública. O serviço sanitário seria constituído por uma Diretoria Geral na capital e cinco Districtos Sanitários (também chamados de Delegacias de Hygiene) no restante do estado. Ao governo estadual caberia a organização e a direção da saúde pública, além do auxílio aos municípios durante surtos epidêmicos, cabendo aos governos municipais “o apoio aos delegados de higiene no que diz respeito a sua atuação nas cidades” (SOARES JÚNIOR, 2011, p. 49). Assim, o governo estadual organizava, regulamentava e produzia os serviços de saúde pública, enquanto as autoridades municipais auxiliavam em tais serviços, executando as determinações do poder estadual.

O Regulamento Sanitário de 1911 possuía 189 artigos que versavam sobre variados temas da saúde pública, com destaque para: “serviço sanitário municipal, serviço sanitário

¹⁰³ PARAHYBA DO NORTE (Estado). **Mensagem** apresentada á Assembléa Legislativa do Estado em 1º de outubro de 1902 por ocasião da instalação da 3ª sessão da 3ª legislatura, por José Peregrino D’Araújo, presidente do Estado. Parahyba: Imprensa Official, 1902, p. 16. Disponível em <http://www.crl.edu/brazil/provincial/para%C3%ADBa>. Acesso em 21 mar. 2014.

¹⁰⁴ PARAHYBA DO NORTE (Estado). **Mensagem** apresentada á Assembléa Legislativa do Estado em 20 de outubro de 1905 por ocasião da instalação da 2ª sessão da 4ª legislatura, por Álvaro Lopes Machado, presidente do Estado. Parahyba: Imprensa Official, 1905, p. 11. Disponível em <http://www.crl.edu/brazil/provincial/para%C3%ADBa>. Acesso em 21 mar. 2014.

¹⁰⁵ PARAHYBA DO NORTE (Estado). **Mensagem** apresentada á Assembléa Legislativa do Estado em 1º de setembro de 1906 por ocasião da instalação da 3ª sessão da 4ª legislatura, pelo Monsenhor Walfredo Leal, presidente do Estado. Parahyba: Imprensa Official, 1906, p. 12. Disponível em <http://www.crl.edu/brazil/provincial/para%C3%ADBa>. Acesso em 19 mar. 2014.

¹⁰⁶ PARAHYBA DO NORTE (Estado). **Mensagem** apresentada á Assembléa Legislativa por ocasião da instalação da 2ª sessão da 5ª legislatura, a 1º de setembro de 1909, pelo Dr. João Lopes Machado, presidente do Estado. Parahyba: Imprensa Official, 1909, p. 15. Disponível em <http://www.crl.edu/brazil/provincial/para%C3%ADBa>. Acesso em 22 mar. 2014.

estadual, delegacias de higiene, serviço demográfico, profilaxia das moléstias infectuosas, exercício da medicina, farmácia, obstetrícia, arte dentária e polícia sanitária” (CASTRO, 1945, p. 440). No novo regulamento sobressaía uma concepção de saúde coletiva pautada na coerção, com ênfase na atuação repressora da polícia sanitária. No entanto, a nova Repartição sofria para concretizar os ideais de medicalização social dispostos no seu regulamento:

Embora mudanças fossem visíveis, as limitações eram quase as mesmas. O que havia mudado? A Repartição contava com mais funcionários e instrumentos, os salários haviam aumentado, criou-se as delegacias pelo interior do estado – todas elas também limitadas, pois não contavam com os mesmo instrumentos e funcionários da capital –, o regulamento dava uma maior atribuição à instituição, que acabava por cruzar novamente os braços (SOARES JÚNIOR, 2011, p. 50).

E assim, “aos trancos e barrancos”, a saúde pública paraibana ia caminhando no começo do século XX. Em 1913, o então presidente da Paraíba, João Pereira de Castro Pinto, chegou a afirmar que a capital do estado tinha “na providencia das brisas marinhas a protecção quase exclusiva da saude publica. Não fosse a benefica acção das ininterruptas correntes de ar que varrem estas plagas, o obituário desta cidade ascenderia a proporções inauditas”¹⁰⁷. No ano seguinte, o mesmo Castro Pinto, avaliando a situação da saúde pública paraibana considerava que “Pouco, muito pouco se tem conseguido e se póde conseguir nesse desideratum; seria necessário alliviar sensivelmente as despesas em outros departamentos para se organizar um bom serviço de hygiene”¹⁰⁸.

Se o diagnóstico do presidente do estado era tão sombrio, podemos imaginar quão difíceis eram as condições efetivas da saúde paraibana naquela época. Em 1912, Campina Grande viveu o drama de uma epidemia que deixaria evidente aos paraibanos a precariedade da saúde local. Diante do surto de peste bubônica que assolou a cidade naquele ano,

[...] as providências tomadas [pelo governo paraibano] foram insuficientes, dando visibilidade a incapacidade do Estado em resolver problemas mais sérios de saúde pública: a fragilidade dos serviços de higiene no Estado e a falta de políticas de erradicação de doença e moléstias que atacavam o corpo paraibano. *A Imprensa* denunciou o pouco interesse dos poderes públicos em solucionar a peste, bem como uma cidade, que, em seu interior, estava recheada de sujeira, pavor, doença e arrepios (SOARES JÚNIOR, 2011, p. 62).

¹⁰⁷ PARAHYBA DO NORTE (Estado). **Mensagem** apresentada á Assembléa Legislativa por ocasião da instalação da 2ª sessão da 7ª legislatura, a 1º de outubro de 1913, pelo Dr. João Pereira de Castro Pinto, presidente do Estado. Parahyba: Imprensa Oficial, 1913, p. 15. Disponível em <http://www.crl.edu/brazil/provincial/para%C3%ADba>. Acesso em 22 mar. 2014.

¹⁰⁸ PARAHYBA DO NORTE (Estado). **Mensagem** apresentada á Assembléa Legislativa na abertura da 3ª sessão ordinária da 7ª legislatura, a 1º de setembro de 1914, pelo Dr. João Pereira de Castro Pinto, presidente do Estado. Parahyba: Imprensa Oficial, 1914, p. 11. Disponível em <http://www.crl.edu/brazil/provincial/para%C3%ADba>. Acesso em 22 mar. 2014.

Em 1918, nova epidemia colocaria em xeque a saúde pública paraibana: desta vez a gripe espanhola, que aterrorizou os habitantes da capital durante os últimos meses daquele ano. Organizada em 1911, a Repartição de Higiene do Estado teve grandes dificuldades para cuidar da saúde paraibana ante mais uma epidemia tão dramática. Sua ação se limitou a distribuição de remédios e a doações em dinheiro feitas à Comissão de Socorros aos Influenzados Pobres, organizada pela Igreja Católica. Esta, aliás, tomou a frente no combate ao mal, liderando “a iniciativa de reorganização social diante ao grande número de vítimas da influenza espanhola, a impotência diante da morte e a exclusão dos doentes” (SOARES JÚNIOR, 2011, p. 74), enquanto o jornal católico *A Imprensa* estampava em suas páginas críticas vorazes contra os serviços de saúde pública existentes na Paraíba.

Como se vê, a saúde pública paraibana convivia com certas dificuldades no começo do século XX. Porém, mesmo que os novos órgãos públicos não tenham conseguido revolucionar a saúde dos paraibanos, sua criação representou dois desdobramentos importantes para o campo médico. Primeiro: sinaliza uma maior atenção das autoridades políticas e das elites locais para os problemas da saúde pública. Segundo: estes órgãos constituem novos espaços para a atuação do saber-poder médico enquanto gestor e “reformador social”, incrementado a legitimidade da intervenção médica sobre a sociedade paraibana.

Enquanto os poderes públicos e as elites locais, “seduzidos” pelo “progresso” e pela “civilização”, passavam a ver com melhores olhos os investimentos em saúde pública, a medicina paraibana, cada vez mais construída como “ciência médica”, era autorizada a administrar a saúde pública e a “medicalizar”¹⁰⁹ a Paraíba de forma “científica” e “competente”. Assim, favorecido pelos desejos de “progresso” e “civilização” das elites locais, bem como “fortalecido” por seu diálogo mais próximo com a “ciência”, o médico vai sendo construído como “legítimo” e “competente” “reformador social”. “Científico”, o saber médico paraibano alcança maior legitimidade para determinar intervenções sobre a vida íntima e social dos cidadãos.

¹⁰⁹ Dialogando com a perspectiva de Michel Foucault, André de Faria Pereira Neto (2001, p. 123) explica que a medicalização da sociedade envolve a aplicação de medidas políticas fundamentadas em noções médicas como cura, prevenção, higiene e educação sanitária, postas em prática entre o final do século XIX e o início do século XX. Estas medidas visavam a “perfectibilidade” de corpos saudáveis, “esculpidos” pela normalização de seus hábitos e comportamentos. O autor ainda esclarece que a medicalização social poderia ser feita tanto pela persuasão (educação) quanto pela coerção (polícia sanitária, vigilância médica).

1.4 Quando a saúde do outro é mais importante do que a própria vida

A medicina, como a maioria dos saberes que se pretendem “científicos”, tenta objetivar ao máximo sua relação com aquilo que estuda. O grande problema é que o objeto de conhecimento do campo médico é de “carne e osso”. O médico intervém na vida de seres humanos atuando sobre corpos que possuem subjetividades, histórias particulares, dos quais “nem o sofrimento, nem a morte serão levados em conta, ainda menos o prazer, mas somente a pura corporalidade; reduzido a seus efeitos, suas necessidades, suas permutas e processos – a seu número” (REVEL; PETER, 1995, p. 146).

Desse modo, o doente se encontra duplamente fragilizado para se relacionar com o poder médico. Primeiro porque a doença desperta sentimentos contraditórios e experiências desgastantes: segregação, angústia, desespero, medo da morte, esperança de saúde, desejo de se curar. Segundo, porque está diante de alguém que domina o conhecimento científico sobre o corpo doente. Sendo assim, ansioso pela cura e sendo esquadrihado pelo “poderoso” saber objetivo da ciência médica, que diz conhecer seu corpo mais do que ele próprio, o enfermo pouco tem a fazer além de seguir as prescrições do médico. É provável que quanto mais grave a doença e mais ansioso pela cura for o enfermo, mais poderes ele conceda ao seu clínico.

Ora, a medicina paraibana começa a se aproximar do saber científico justamente quando a ciência é chamada a conduzir os destinos da sociedade. Científica, a medicina vai se tornando cada vez mais poderosa e “inquestionável”. No caso da Paraíba, outro fator dialoga com esta “cientificização” para fortalecer as relações de poder da medicina: por meio de seus escritos, médicos, políticos e intelectuais ajudaram a construir a representação de uma Paraíba doente e imunda, que necessitava ser urgentemente medicalizada. Escrevendo para o médico mineiro Belisário Penna, Acácio Pires¹¹⁰, então chefe da Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural na Paraíba, assim diagnosticou a população local:

Cada homem é um parque zoológico sendo que a cada região do corpo corresponde uma fauna especial. **Não há cabeça onde não ferverhem os piolhos, corpo livre de ácaros, pés sem bichos, tripas sem vermes, sangue sem hematozoário e vísceras sem treponema.** Pode-se afirmar que o homem é aqui pasto de sevandijas para cujo regalo vive¹¹¹.

Na visão de Acácio Pires, o estado do doente era gravíssimo. Na representação que constrói, a população paraibana necessitava, urgentemente, de cuidados médicos. Elaborando

¹¹⁰ Médico carioca que chefiou a Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural na Paraíba entre os anos de 1921 e 1923.

¹¹¹ Carta de Acácio Pires a Belisário Penna. Paraíba, 7 de julho de 1921. Arquivo Belisário Penna, Casa de Oswaldo Cruz, grifos nossos.

uma imagem da Paraíba muito próxima à do doente que anseia pela cura e concede autoridade ao médico para intervir no seu corpo enfermo, Acácio Pires acreditava que a situação da Paraíba inspirava cuidados. Era preciso, portanto, curar urgentemente uma população que se afigurava “bichada” aos olhos do saber médico.

Entendemos o “diagnóstico” de Acácio Pires como uma representação que confere significados à experiência social paraibana e que participa da “fabricação” de identidades. Nessa perspectiva, consideramos que o discurso de Acácio Pires constrói para os paraibanos uma identidade “bichada”: a imagem de um corpo colonizado pela doença, necessitando, urgentemente, dos cuidados médicos. Assim, suas palavras também constroem um sentido de legitimidade para a intervenção do saber médico sobre a “bichada” Paraíba.

As representações sociais são construídas na tensão entre o histórico e o existencial, entre as capacidades criativas dos seus “autores” e as convenções sociais que condicionam “o que lhes é possível pensar, dizer e fazer” (CHARTIER, 2009, p. 49). Nesse sentido, a Paraíba construída por discursos médicos como o de Acácio Pires não traduz uma visão puramente pessoal, mas uma reapropriação individual da experiência histórica. A partir das interpretações que fizeram sobre a Paraíba, médicos como Acácio Pires construíram a imagem de uma sociedade enferma, carente dos cuidados da medicina. Uma construção social sobre a Paraíba, enraizada historicamente e condicionada pelo saber da medicina, em que seu “médico-autor” representa a “bichada” população paraibana como um grave problema social.

Para alcançarem a cura, os doentes paraibanos, cheios de piolhos, ácaros, bichos e vermes, precisavam incorporar as prescrições médicas, mudar seus hábitos, abandonar certos costumes. Precisavam acreditar na terapêutica, pois, se tratando do universo da cura, o fator confiança é determinante (AGRA, 2008b, p. 174). Precisavam, portanto, conceder poder e autoridade para os médicos, que se apresentavam como os mais capacitados a acabar com os hematozoários do sangue e com os treponemas das vísceras dos paraibanos. Só não estamos tão certos se os paraibanos que foram representados como um verdadeiro “parque zoológico” por Acácio Pires se consideravam assim tão doentes e clamavam assim tão desesperadamente pela intervenção curativa do saber médico em suas vidas. Até porque, destituído de sua humanidade para se constituir como objeto de ciência, despojado de sua identidade para que o médico possa falar em seu lugar, o “doente” tem a vida esquadrihada por um discurso que lhe é totalmente estranho. Assim, “Que de espantoso então que os doentes, e sobretudo os menos preparados para uma veneração nativa com os prestígios do douto (os camponeses, os pobres), tenham recebido mal essa recusa de levar em conta seu próprio imaginário?” (REVEL; PETER, 1995, p. 149).

Alguns anos antes de Acácio Pires diagnosticar como “bichada” boa parte da população paraibana, ainda em 1913, o então presidente da Paraíba João Pereira de Castro Pinto não se mostrava nem um pouco animado com as condições da saúde pública do estado que governava. Avaliando a situação sanitária da Paraíba afirma que “há muito o que desejar, entre nós, sob este ponto de vista”, ressaltando a triste situação higiênica dos paraibanos, que viviam “insulados por focos de infecção, que nos circulam com pequenas soluções de continuidade”¹¹². O pior de tudo, na visão do presidente, era que o doente, no caso a população paraibana, era o causador do próprio sofrimento:

O que mais agrava a situação do nosso meio hygienico é a incuria do povo no que affecta a esta ordem de interesses. A hygiene é na quasi unanimidade dos domicilios uma cousa desconhecida, relegada para o luxo dos opulentos; e nem mesmo o asseio, compativel com a pobreza dos mais desfavorecidos, se observa na maioria dos interiores, destinando-se as áreas livres, em grande parte das ruas urbanas, ao deposito de detritos, que não são removidos mezes e mezes seguidos¹¹³.

Estamos estudando um momento no qual os conceitos de salubridade e de higiene pública são muito fortes no discurso médico. Salubridade não é saúde: é o estado do meio que possibilita a saúde. A salubridade, portanto, “é a base material e social capaz de assegurar a melhor saúde possível dos indivíduos” (FOUCAULT, 1979, p. 93). Para garantir a salubridade, a higiene pública é indispensável. Mas a higiene pública não é simplesmente o “somatório” das higiens individuais. Se todos os indivíduos que constituem uma sociedade cultivarem, privadamente, hábitos higiênicos de acordo com as prescrições do saber médico, isso ainda não significará a garantia da salubridade, pois ainda será preciso cuidar dos espaços públicos e das relações sociais.

Para o discurso médico-higienista, mesmo que o indivíduo mantenha seus hábitos de asseio pessoal, caso ele se relacione com outras pessoas pouco higiênicas e em espaços públicos imundos, de nada valerá sua higiene íntima. Sendo assim, a garantia da salubridade passa tanto pela higiene privada quanto pelos cuidados com a higiene pública, esta última de caráter social.

No discurso médico do começo do século XX, a salubridade é o elemento fundamental para a saúde das populações, enquanto a higiene pública é o que garante a salubridade e a saúde, visto que ela constitui uma “técnica de controle e modificação dos elementos materiais do meio que são suscetíveis de favorecer ou, ao contrário, prejudicar a saúde” (FOUCAULT,

¹¹² PARAHYBA DO NORTE (Estado). **Mensagem** apresentada á Assembléa Legislativa por ocasião da instalação da 2º sessão da 7ª legislatura, a 1º de outubro de 1913, pelo Dr. João Pereira de Castro Pinto, presidente do Estado. Parahyba: Imprensa Official, 1913, p. 15. Disponível em <http://www.crl.edu/brazil/provincial/para%C3%ADba>. Acesso em 22 mar. 2014.

¹¹³ Idem, 1913, p. 17.

1979, p. 93). Enquanto a salubridade é o principal fator de saúde para o saber médico de então, a higiene pública é a técnica de controle político e científico que visa garantir a salubridade do meio para assegurar a saúde das populações que o habitam.

Sendo assim, ao condenar a falta de higiene dos paraibanos, o presidente Castro Pinto dialogava com um saber médico circulante no estado que governava. Na sua visão, a pobreza não era justificativa para tamanha “incuria do povo”, visto que “nem mesmo o asseio, compatível com a pobreza dos mais desfavorecidos” era cultivado por grande parte dos paraibanos. Segundo a representação construída pelo presidente a sociedade paraibana não era nada salubre, pois sua população era tudo menos higiênica. Desse modo, percebe-se, no discurso de Castro Pinto, a ideia de que os “imundos” paraibanos eram os causadores da própria doença, mas que eles poderiam ser curados mediante a ação da higiene.

Diagnóstico semelhante fizera o médico Flávio Maroja sobre a capital da Paraíba, em texto escrito no ano de 1905, mas publicado somente em 1911. Para Maroja (1911, p. 431): “estamos expostos, nós os habitantes d’uma cidade já bastante populosa, mas desconhecedora ainda das diversas causas que originam as entidades morbidas mais comuns, o que vale dizer não conhece as regras mais comensais da hygiene”. Condenando a suposta ignorância higiênica que reinava na Parahyba do Norte, defendia que a saúde de seus habitantes dependia da organização de um Serviço de Higiene. Na visão deste médico, era injustificável alegar que “as condições da Parahyba não são ainda de ordem a merecer dos poderes competentes a organização de um serviço que fala tão de perto com o bem estar e conforto d’uma população condenada e que já está tendo a compreensão dos grandes perigos que a contornam” (MAROJA, 1911, p. 434). Para Maroja, hábitos nada higiênicos dos habitantes da capital, como a utilização de latrinas ou o despejo de materiais fecais nos cantos dos muros, denunciavam a urgência de se organizar um Serviço de Higiene capaz de garantir a salubridade pública e cuidar da saúde coletiva.

Apesar de ter iniciado seu curso de medicina na faculdade da Bahia, Flávio Maroja formou-se no Rio de Janeiro, em 1888. Em 1891 ingressou no serviço da Enfermaria Militar, deixando o exército em 1894 devido a problemas de saúde. Após abandonar a carreira militar, estabeleceu-se como clínico na cidade da Parahyba do Norte. Exerceu vários cargos políticos: Intendente Municipal (1889), Deputado à Assembleia Constituinte Estadual (1891), Deputado Estadual (1916 – 1919), e vice-presidente da Paraíba (1920 – 1924) durante o governo Solon de Lucena. Foi ainda diretor da Santa Casa e chefe do Serviço de Saúde dos Portos da Paraíba. Membro fundador do Instituto Histórico e Geográfico da Paraíba (1905) e da Sociedade de Medicina e Cirurgia da Parahyba (1924), idealizou a criação do Instituto

Vacinogênico da Paraíba em 1913. Na imprensa local, onde teve enorme inserção durante sua trajetória, defendia a higiene e a educação sanitária como fatores de “civilização” e “progresso”. Em suma, Marója foi um dos médicos paraibanos mais prestigiados de sua época. Em grande medida, esta condição de importante interlocutor do campo médico local resultava das relações de poder tecidas por ele graças às posições políticas e cargos públicos que ocupou (SOARES JÚNIOR, 2011, p. 77 – 85).

Na visão de Flávio Marója, para alcançar os ideais de “civilização” e “progresso”, era indispensável uma população sadia. Na perspectiva do discurso médico da época de Marója, esta almejada saúde coletiva dependeria da salubridade dos espaços, os privados e os públicos. Esta, por sua vez, demandaria a higienização de tudo o que fosse capaz de prejudicar a saúde pública. Sendo assim, os paraibanos do começo do século XX experimentam de variadas maneiras as implicações de uma ação política pautada no discurso da higiene, que tinha como marca maior um forte cunho de intervenção na vida privada e social dos cidadãos.

Outro importante “diagnosticador” da Paraíba foi o médico João Lopes Machado. Formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, ele atuou durante muitos anos como Inspetor Sanitário e ajudante da Diretoria de Saúde Pública, além de ter sido médico do Porto do Rio Janeiro. Nascido na cidade paraibana de Areia, em 1861, foi presidente da Paraíba entre 1908 e 1912 (CASTRO, 1945, p. 157 – 158). Do ponto de vista médico, seu governo foi marcado, como vimos, pela criação da Repartição de Higiene do Estado, que teve uma atuação marcante entre 1912 e 1916, “com a introdução de novos serviços, a aquisição de recursos e uma polícia sanitária” (SOARES JÚNIOR, 2011, p. 51).

Tendo sido presidente do estado, João Lopes Machado constitui um importante interlocutor do campo médico paraibano no começo do século XX. Em 1911, na sua mensagem ao Legislativo Estadual, o médico-presidente ressaltava a “miseria organica e a falta absoluta de hygiene na classe ignorante da sociedade”¹¹⁴ como dois dos principais vilões da saúde pública na Paraíba. Ante um quadro social que inspirava cuidados higiênicos, Lopes Machado defendia a urgência de se “tornar uma realidade a hygiene em nosso Estado, onde, pode-se dizer, até bem pouco tempo quase nada possuíamos em matéria de saúde pública”¹¹⁵. Para alcançar este fim defende um plano sanitário baseado na “criação e rigorosa observancia

¹¹⁴ PARAHYBA DO NORTE (Estado). **Mensagem** apresentada a Assembléa Legislativa do Estado em 1ª de Setembro de 1911 por ocasião da instalação da 4ª sessão da 5ª legislatura pelo presidente do estado Dr. João Lopes Machado. Parahyba do Norte: Imprensa Oficial, 1911, p. 31. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=720445&pasta=ano%201911&pesq=>. Acesso em 05 mar. 2014.

¹¹⁵ Idem 1911, p. 32.

dos seguintes serviços: policia sanitaria, vigilancia medica, desinfecções, vacinação e revaccinação, isolamento e demographia sanitaria”¹¹⁶.

Segundo a representação construída por Lopes Machado o quadro da enferma-Paraíba não era nada animador. A miséria e a falta de higiene de sua população mais carente eram os vetores das doenças físicas e sociais que fragilizavam os corpos paraibanos. Porém, existia uma esperança. Na visão do médico-presidente:

Para que consigamos o fim que todos devem almejar [a melhoria das condições de saúde pública], necessário se torna que a nossa população, com o seu franco e decidido concurso, venha em auxílio das medidas hygienicas indicadas e postas em pratica para beneficio geral da collectividade social.
É preciso que a nossa população se submetta às leis sanitarias sem a preocupação de que ellas possam atingir a liberdade individual, indo mesmo até a inviolabilidade do domicilio¹¹⁷.

Para Lopes Machado, a saúde pública, como aspecto que garante o “benefício geral da collectividade social”, estava acima de qualquer consideração sobre liberdade individual. A saúde coletiva era vista como mais importante que as subjetividades individuais. Hábitos e costumes insalubres deveriam ser normatizados de acordo com o saber médico-higienista, e abandonados em benefício da saúde pública. No seu entender, não existiam motivos para contestar a administração técnica dos espaços mediante a higiene, mesmo que suas prescrições entrassem em conflito com direitos constitucionais como a inviolabilidade do domicílio. Para ele, o melhor exemplo de que a saúde coletiva era mais importante do que as liberdades individuais vinha dos ingleses. Modelo de “civilização”, nação pioneira na Revolução Industrial, a Inglaterra fora um dos primeiros países a instituir um serviço centralizado de higiene pública. Segundo Lopes Machado, o povo inglês “apezar de tão amplamente conceber o principio de liberdade, jamais se valeu dessa faculdade que lhe é assegurada em toda linha, para oppor embaraços à fiel execução das mais restrictas medidas sanitarias”¹¹⁸.

Com estas representações, o médico-presidente conclamava a população paraibana a aceitar a intervenção médica sobre suas vidas “em troca” dos benefícios da saúde pública: a “civilização”, o progresso, o desenvolvimento. Ao mesmo tempo, seu discurso autorizava ainda mais o saber-poder dos médicos, representantes da cura, proprietários da doença, “donos” do conhecimento científico sobre os corpos. Mais forte, o campo médico tende a desconsiderar as necessidades particulares de seus objetos-pacientes. Desejando ser ciência, a

¹¹⁶ Idem, 1911, p. 29.

¹¹⁷ Idem, 1911, p. 27.

¹¹⁸ Idem, 1911, p. 27.

medicina, agora social, toma a sociedade como um “corpo doente”, que precisa ser diagnóstico e tratado, de forma neutra e objetiva. Sendo assim, é provável que os médicos paraibanos afinados com o discurso de Lopes Machado transferissem para a sua atuação nas questões sociais a mesma desigualdade de saber-poder que marcava sua relação com os pacientes: assim como o paciente dependeria do conhecimento do clínico para alcançar a cura, a sociedade paraibana só poderia ser tratada pelo saber médico-higienista.

Contudo, na busca incessante pela cura, a medicina moderna às vezes reforça ainda mais seu caráter pragmático, “quando resolver problemas passa a ser substituído por aplicar a ciência”, passando a centrar sua prática em um “saber progressivamente mais abstraído das condições vividas dos adoecimentos” (MOTA; SCHRAIBER, 2014, p. 1088). Curar a qualquer custo torna-se o lema, ao mesmo tempo em que as identidades do indivíduo doente – um sujeito histórico-social, e não simplesmente um corpo doente – vão sendo silenciadas para que o saber médico possa se relacionar com o seu “objeto” de conhecimento de maneira científica. Porém, surge daí um dos maiores conflitos da medicina moderna, pois:

Por um lado, trabalhou-se sempre para esse discurso [da medicina] reduzir o corpo ao corpo (sua estrita corporalidade) e para converter a infelicidade em objeto de observação e de contabilização. Por outro, e a contradição não é senão aparente, trabalhou-se para reencontrar as regras e o regime da distribuição das doenças numa sociedade considerada imutável, abstrata e onde fundamentalmente se afirma que, mesmo doente, todo homem é um homem. No momento em que pretende o máximo de rigor, no final do século XVIII e início do XIX [a partir do começo do século XX na Paraíba], a medicina, que lança como princípio que não existem senão homens e doenças, encontra a cada passo a lacuna aberta entre esses dois conjuntos gerais. Para a clínica, o corpo torna-se o espaço neutro que se abre à observação e ao saber. Enfim, liberado de sua história particular, é um objeto. No entanto, às margens da clínica, uma inquietação ressurgue sempre, multiforme, e lembra ao médico que seu parceiro verdadeiro não é a doença, nem a humanidade, porém um homem doente (REVEL; PETER, 1995, p. 144 – 145).

Um homem doente singular, que, além de dores e sintomas possui uma história e algumas identidades, construídas e reconstruídas socialmente. Aplicar-lhe ciência, abstraindo seus condicionamentos históricos, é uma tarefa difícil. Ainda mais difícil, contudo, é aplicar ciência médica a uma sociedade, certamente mais complexa do que um indivíduo. Porém, na retórica médica dos tempos de João Lopes Machado, não existiam motivos para contestar a ciência da higiene. Se ela tinha dado certo na Inglaterra, modelo de “civilização”, por que não obteria êxito também na Paraíba? As singularidades históricas parecem não fazer parte, também, do discurso da medicina social.

Curar os paraibanos estava acima de qualquer outra demanda, inclusive dos direitos, da liberdade, das subjetividades dos próprios “pacientes”. Indiferente às suas particularidades, queixas, clamores, o médico-higienista, pautado no saber da ciência, define a insalubridade

como fator decisivo para a precariedade da saúde pública, como um grande obstáculo para tornar uma sociedade “civilizada”, próspera e desenvolvida. A “incúria” da população, sua “ignorância” sanitária, sua falta de higiene são os vilões da salubridade pública que necessitam ser urgentemente extirpados do seio social.

Outras dificuldades para viabilizar uma vida saudável e higiênica são silenciadas. A ausência de políticas de habitação social. A precariedade dos serviços públicos. A falta de médicos e hospitais. As dificuldades da educação. O preço elevado de certos produtos. A ineficiência das campanhas de educação sanitária. A dificuldade de administrar as possíveis contradições entre as prescrições da “moderna higiene” e os condicionamentos socioculturais que se singularizam em cada existência. Tudo isso até aparece no discurso de alguns médicos paraibanos do período estudado. Porém, essas questões são eclipsadas pela “certeza”, construída historicamente, de que os males sociais e individuais eram provocados pela falta de saúde e higiene da população, sendo a solução desses problemas um passo indispensável para o “progresso” da sociedade. Higiênica e saudável, a Paraíba conseguiria, então, resolver seus problemas “secundários”. Mas, para isso, era preciso curar o “bichado” povo paraibano “a qualquer custo”, e a higiene pública – administrando cientificamente todos os fatores que incidiam sobre a saúde – era o único meio capaz de produzir este fim.

João Lopes Machado discursa em um momento histórico no qual surgia a figura do médico-higienista, “que seria amado por poucos e detestado por muitos” (AGRA, 2006, p. 56). Entre o final do século XIX e as duas primeiras décadas do século XX, como percebemos nas representações do médico-presidente, a ênfase da atuação médico-higienista na Paraíba seguia as orientações do chamado “modelo campanhista policial” (SÁ, L. et al., 2011, p. 143), em que se destacavam estratégias como polícia sanitária e vigilância médica. Consolidava-se a “certeza” – construída historicamente, é bom que se diga – de que fora da higiene não haveria salvação (OLIVEIRA, 2003). Esse ambiente, forjado, entre outros elementos, a partir das descobertas ocorridas na área da saúde entre os séculos XVIII e XIX, contribuiu “para que os mais letrados, principalmente os médicos, criticassem o comportamento da população local que segundo eles, se recusavam a beneficiar-se dos prodígios da ciência, entre eles a vacina” (SÁ, L. et al., 2011, p. 144).

O problema da varíola, uma das doenças mais letais da história da humanidade, é exemplar nesse aspecto. Para a maioria dos médicos paraibanos, bem como para as autoridades políticas do estado, a reincidência de surtos dessa doença se devia principalmente a “teimosia” da população, que insistia em resistir à vacina. Preocupado com tão sério

problema de saúde pública, na edição de 25 de agosto de 1913 do jornal *A Imprensa*, o médico Flávio Maroja faz o seguinte diagnóstico:

[...] nas classes inferiores ainda domina o preconceito ignorante do grande peccado de “botar peste no corpo” na recusa que se faz em acceitar a vacinação anti-variolica. É preciso – e não se me diga o contrario – que a epidemia de variola derrame-se pelos centros onde ella irrompe; faz-se preciso que ella espalhe o terror, ceife vidas preciosas, para que a população procure immunisar-se, acceitando aquillo que se lhes offerece de bom grado, gratuitamente, e muitas vezes sob rogos e supplicas (MAROJA, 1913 apud OLIVEIRA; BRITTO, 2012, p. 09).

Anos mais tarde, o problema ainda o preocupava. Flávio Maroja é taxativo ao escrever no jornal *A União* de 30 de setembro de 1925. Parafraseando Oswaldo Cruz, afirma que “só tem variola quem quer”, máxima que, segundo Maroja, já era um consenso “no seio das populações cultas”¹¹⁹. Citando um artigo publicado na imprensa carioca, o médico-higienista afirma ser inaceitável que uma localidade “cultas” e “civilizada” ainda conviva com doenças como a variola, sobretudo depois que “a sciencia [médica], ratificada pelas comprovações da pratica, evidenciou a possibilidade de extinguil-as e ensinou os meios de evital-as”, sendo sua existência, desde então, “um crime e uma deshumanidade”¹²⁰. Segundo Maroja, mesmo os analfabetos e os mais “ignorantes” não desconheciam as capacidades curativas da vacinação contra a variola, mas resistiam a ela sob a alegação de que temiam “botar peste no corpo”¹²¹. Por isso, a população paraibana, apesar dos esforços das autoridades sanitárias, “só procura a vaccina preventiva quando a epidemia [de variola] irrompe, alastra-se ameaçadora e já tendo feito algumas dezenas de victimas”¹²². Na visão do médico, a situação se agravava em um estado como a Paraíba, ainda pouco aparelhado do ponto de vista da saúde pública e contando com uma população pouco educada na perspectiva da higiene. Assim, a única solução possível para os constantes surtos de variola que atacavam periodicamente a Paraíba “é que nos vaccinemos, nos revaccinemos, de accôrdo com os preceitos scientificos”¹²³.

Em 1911, João Lopes Machado fez o mesmo diagnóstico do colega Maroja. A existência da variola na Paraíba só encontrava uma explicação: a resistência social à vacina. Em sua mensagem presidencial, afirmou:

É de lastimar que tão repugnante molestia já não tivesse desaparecido do nosso obituario, pela nenhuma importancia que se liga às vacinações e revaccinações anti-variolicas. Ella já teria desaparecido do quadro das nossas molestias si todos se compenstrassem do valor das vaccina como preservativo de absoluta efficacia¹²⁴.

¹¹⁹ *A União*, “Variola e Vacinação”. 30 set. 1925.

¹²⁰ *Idem*, 1925.

¹²¹ *Idem*, 1925.

¹²² *Idem*, 1925.

¹²³ *Idem*, 1925.

¹²⁴ PARAHYBA DO NORTE (Estado). **Mensagem** apresentada a Assembléa Legislativa do Estado em 1ª de Setembro de 1911 por ocasião da instalação da 4ª sessão da 5ª legislatura pelo presidente do estado Dr. João

Seis anos depois das palavras de Lopes Machado, outro médico-presidente, Francisco Camillo de Hollanda continuava acreditando que “A falta de aceitação docil da vaccina de Jenner¹²⁵, por escrupulos mal entendidos e prejuizos inexplicaveis é a causa efficiente da terrivel propagação das variolas, quasi proscriptas nos centros humanos, onde se pratica aquelle processo de imunidade artificial”¹²⁶.

Os médicos mencionados não tinham dúvidas: a varíola só existia na Paraíba devido à “incuria” da população, que resistia à vacina, único meio profilático reconhecido pela ciência, por sua “ignorância” em matéria de saúde e higiene. Porém, o próprio Flávio Maroja colocava ao lado da “ignorância” sanitária da população, outro obstáculo importante no combate à varíola na Paraíba: a precariedade dos serviços de saúde pública. Para ele:

Sem um hospital de isolamento apropriado e sem um instituto vaccinogenico bem montado, fornecendo lymphá abundante e fresca, seguindo-se-lhes as indispensaveis medidas complementares, inclusive uma propaganda intensiva, habil e convincente, todo o esforço da hygiene publica pouco significará ante a impetuosidade sempre avassallante do mal¹²⁷.

Além de um instituto que produzisse a vacina “abundante e fresca” e um hospital de isolamento para os variolosos, era preciso, segundo Maroja, “uma propaganda intensiva, habil e convincente”, capaz de esclarecer a população de que vacinar-se não implicava “botar peste no corpo”¹²⁸.

Desde o século XIX, e mesmo no começo do XX, o discurso médico construiu a ideia de que a resistência à vacina contra a varíola era um sintoma de ignorância, de falta de conhecimento, que levava algumas pessoas, especialmente as mais pobres, a recusarem os benefícios da ciência e da “civilização”, entre eles a vacina. Porém, estudos como o de Sidney Chalhoub (1996) mostraram que a recusa à vacinação dialoga com outros fatores, tais como as próprias controvérsias médicas sobre o método e as contradições entre o discurso higienista e as diferentes concepções de cura compartilhadas pelos vários grupos sociais.

Na leitura de Chalhoub, imaginar que a vacinação trazia o risco de “botar peste no corpo”, como reclamava Flávio Maroja, fazia sentido do ponto de vista da história do

Lopes Machado. Parahyba do Norte: Imprensa Official, 1911, p. 31 Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=720445&pasta=ano%201911&pesq=>. Acesso em 05 mar. 2014.

¹²⁵ Edward Jenner (1749 – 1823), foi o médico inglês que desenvolveu a vacina contra a varíola ainda no final do século XVIII.

¹²⁶ PARAHYBA DO NORTE (Estado). **Mensagem** apresentada á Assembléa Legislativa na abertura da 2ª sessão ordinária da 8ª legislatura, a 1ª de setembro de 1917, pelo Dr. Francisco Camillo de Hollanda, presidente do Estado. Parahyba: Imprensa Official, 1917, p. 10. Disponível em <http://www.crl.edu/brazil/provincial/para%C3%ADba>. Acesso em 20 mar. 2014.

¹²⁷ *A União*, “Varíola e Vacinação”. 30 set. 1925.

¹²⁸ *Idem*, 1925.

desenvolvimento da vacina contra a varíola. Isso porque a variolização¹²⁹ é um método de prevenção contra a varíola presente nas mais antigas tradições médicas (CHALHOUB, 1996, p. 102 – 103). A partir de 1720, ela passa a ser reconhecida e empregada na Inglaterra e nos EUA. Em 1790, às vésperas do desenvolvimento da vacina contra a varíola, a variolização começa a ser estimulada no Brasil. Assim, as tentativas de promover a variolização se confundem com a introdução da vacina em nosso país. Ainda segundo Chalhoub, as práticas de cura do que ele chama de “medicina popular camponesa” foram importantes para o desenvolvimento da vacina contra a varíola pelo médico britânico Edward Jenner. Isso porque era uma crença comum entre os camponeses ingleses a de que indivíduos infectados por uma doença chamada “vacina”, uma espécie de varíola bovina, tornavam-se imunes à varíola humana, após apresentarem uma versão bem mais branda da doença.

A partir dessas constatações, Jenner desenvolveu pesquisas e experimentos sobre o assunto, concluindo que a inoculação da vacina bovina em humanos era um método eficiente de prevenção contra a varíola. Em 1798, Jenner publicou os resultados da sua pesquisa, que iria contribuir para popularizar a vacina nos anos seguintes. Porém, é bom lembrar que “A medicina popular camponesa estava correta, e dera a Jenner a pista para a descoberta da vacinação antivariólica” (CHALHOUB, 1996, p. 106). A partir de então, o médico britânico passou a “vacinar” crianças “com material retirado diretamente das pústulas dos animais [bovinos] e passado braço a braço”¹³⁰.

Ante a altíssima letalidade da varíola e os riscos da variolização, a vacina de Jenner foi logo reconhecida pela corporação médica europeia. Porém, a oposição à vacina ainda era forte, mesmo no interior dos círculos médicos. Alguns dos adversários de Jenner chegaram a afirmar

[...] que ele pretendia “bestializar os seus semelhantes, introduzindo no corpo matérias pútridas tiradas das tetas das vacas doentes”. As crianças vacinadas apresentariam, à proporção que se desenvolvessem, “feições de boi”, tumores surgiriam em suas cabeças “indicando o lugar dos chifres”, sendo que “toda a fisionomia” se transformaria “pouco a pouco em fisionomia de vaca, e a voz em mugido de touro” (CHALHOUB, 1996, p. 106).

É provável que a vacina contra a varíola tenha chegado ao Brasil em 1804, importada por Felisberto Caldeira Brant, o marquês de Barbacena, que a transportou pelo Atlântico por meio de “seus escravos, que iam passando a infecção vacinal, um para o outro, braço a braço,

¹²⁹ Método de prevenção por inoculação de varíola benigna, para que o próprio corpo produzisse defesas que impedissem o desenvolvimento da forma grave da doença.

¹³⁰ A História das Vacinas: uma técnica milenar. In: **Revista da Vacina. Ministério da Saúde – Centro Cultural da Saúde**. Disponível em <http://www.ccms.saude.gov.br/revolta/pdf/M7.pdf>. Acesso em 14 jun. 2014.

durante a viagem”¹³¹. Na Paraíba, a vacinação contra a varíola começou a ser realizada, ainda que de forma relativamente limitada, no ano de 1804 (CASTRO, 1945, p. 272). A partir de 1808, com a chegada da família real portuguesa ao Brasil, o serviço de vacinação antivariólico se torna mais sistemático.

Contudo, controvérsias médicas e problemas técnicos contribuía para a detração da vacina em solo brasileiro. Muitos médicos ainda não estavam convencidos sobre a eficácia do método, em função da evidência de casos de varíola em pessoas vacinadas. Preocupava o campo médico, além disso, a propagação de doenças como a sífilis mediante o método de vacinação “braço a braço”, o qual, ademais, tendia a provocar o enfraquecimento progressivo da vacina (CHALHOUB, 1996, p. 116 – 120).

Ainda pesava contra o método as dificuldades para importar a vacina da Europa e depois distribuí-la para as províncias brasileiras, onde, sobretudo no interior, faltava pessoal para realizar adequadamente a vacinação. Além disso, o método de inoculação braço a braço e a forma como os serviços de vacinação encontravam-se organizados no Brasil do século XIX, contribuía para a ojeriza social pela vacina (CHALHOUB, 1996, p. 121). Ora, após vacinar-se, o indivíduo precisava retornar para extração das pústulas que seriam utilizadas na propagação da vacina pelo método braço a braço. Para que obedecessem a ordem do retorno, os vacinados passaram a sofrer maiores coerções dos poderes públicos, inclusive mediante a força policial. Tudo isso somado a precária estrutura do serviço de vacinação em todo país, contribuía para a repugnância social à vacina.

Assim, não é de estranhar que a população paraibana resistisse tanto à vacinação como lamentavam Flávio Maroja, João Lopes Machado e Francisco Camillo de Hollanda nos primeiros anos do século XX. Por aqui, problemas técnicos também desabonavam o método. De acordo com Giscard Agra (2006, p. 82 – 87), no caso da Paraíba, até a criação de um “Instituto Vaccinogenico”¹³², em 1913, a vacina utilizada era importada do Rio de Janeiro. Ao chegar, na maioria das vezes, já se encontrava em condição precária. Porém, ainda segundo Agra (2006, p. 85), é provável que o principal motivo da resistência à vacinação tenha sido certa concepção de cura partilhada na época por vários grupos sociais: a ideia de que “a

¹³¹ Idem.

¹³² Segundo Oscar Oliveira Castro (1945, p. 246 – 247), o “Instituto Vaccinogenico” foi idealizado pelo médico Flávio Maroja, que conseguiu colocá-lo em funcionamento graças às suas articulações com o Delegado de Saúde em Recife, Eustáquio de Carvalho, e com o então presidente da Paraíba, João Pereira de Castro Pinto (1912 – 1915). Inaugurado em outubro de 1913, ano em que eclodira uma epidemia de varíola na capital, este estabelecimento era subordinado à Repartição de Higiene do Estado. De acordo com Soares Júnior (2011, p. 51), sua função era fornecer aos paraibanos as linfas para a vacinação contra a varíola, uma doença que estava entre as líderes do obituário local àquela época. Assim, é possível perceber certa relação entre a posição de Maroja em defesa da vacina e suas articulações médicas e políticas em prol da criação do “Instituto Vaccinogenico”.

doença deveria ser ‘retirada’ do corpo, e não ‘colocada’”. Desse modo, o método da vacina, que consistia na inoculação do vírus bovino, entrava em conflito com esta concepção. Para o autor, são sintomáticas desse conflito as terapêuticas empregadas por diversos setores da população quando apareciam os surtos de varíola. No lugar da vacina, que “botava peste no corpo”, era mais comum o recurso às rezas, à aplicação de sanguessugas ou à prática das sangrias (AGRA, 2006, p. 85 – 86), métodos que ajudariam a retirar a doença do organismo.

Assim, aspectos culturais, somados à precariedade dos serviços de vacinação, contribuíram para a repugnância de grande parte dos paraibanos em relação à vacina. Enquanto isso, os médicos e as autoridades políticas permaneciam culpando a população pela existência da varíola, visto que sua “ignorância” a impedia de compreender e aceitar os benefícios evidentes de um meio curativo “civilizado” e “científico”. Tratava-se, portanto, de sujeitos históricos com visões de mundo diferentes, que precisavam se comunicar de alguma forma, mas o faziam mediante “idiomas” antagônicos.

Conflitos como este, sinalizam que o desejo de “medicalizar” a sociedade paraibana não considerou as subjetividades do “paciente”. Assim, desconsiderando a alteridade, buscava-se “operar” de forma “objetiva” o “corpo enfermo”, extirpando-lhe as marcas do “atraso” com o “bisturi da ciência”. Os discursos médicos buscavam convencer as autoridades políticas e as elites locais sobre a necessidade de um novo modelo de gestão da sociedade, fundamentado no saber médico. “Científica”, porém indiferente à alteridade, a medicina, esta “tecnologia de poder” (CAPONI, 2000, p. 49), investe seu saber contra “um espaço definido como atrasado e que conservava feições coloniais” (SÁ, L. et al., 2011, p. 144). Hábitos, comportamentos, atitudes, espaços, concepções, visões de mundo: tudo o que fosse incompatível com as prescrições da “ciência médica” foi “diagnosticado” como “atrasado”, “ignorante”, “sujo”, “doente” e, por isso, desautorizado, perseguido, reprimido.

Na visão dos médicos, a população paraibana estava doente, completamente “bichada”, porque cultivava hábitos e concepções que não condiziam com a ciência e a “civilização”, entre eles a resistência à vacina. Nestas representações, curar as doenças físicas do paraibano era tão importante quanto normatizar sua vida íntima e social. Desse modo, configurou-se na Paraíba das duas primeiras décadas do século XX, um modelo de gestão da saúde baseado em ações policiais e de vigilância, com forte cunho de intervenção nos hábitos e costumes da população. Nesse sentido, as liberdades individuais perdem espaço em favor do “bem-estar” coletivo que seria proporcionado por melhores condições de saúde e higiene. Convencidos de que “a saúde pública é a base sobre a qual repousa a felicidade do

povo e a força do Estado”¹³³, os poderes políticos e alguns setores das elites locais apoiaram o campo médico na sua “cruzada santa” em favor da higiene. Esse apoio contribuiu para legitimar a figura do médico como “reformador social”, aumentando a credibilidade do seu discurso e o reconhecimento social da sua profissão.

Como podemos perceber, no começo do século XX, o campo médico paraibano vai sendo legitimado como gestor e reformador social. Seus “diagnósticos” sobre a sociedade, seu “receituário” para curar o “corpo social” da “bichada” Paraíba passam a ser cada vez mais “autorizados”. É nesse contexto histórico de fortalecimento do saber-poder médico que aparece a Sociedade de Medicina e Cirurgia da Parahyba. Esta “sociedade científica”, fundada em 1924, possuía, entre outros fins, o de congregar os médicos paraibanos. Seus idealizadores acreditavam que assim reunidos estes profissionais “melhor poderiam trabalhar pelo interesse da classe e concorrer para a melhoria da medicina, em nosso meio” (CASTRO, 1945, p. 374). Construir uma narrativa possível sobre os primeiros anos e o momento histórico em que a Sociedade de Medicina e Cirurgia da Parahyba foi fundada, é o nosso objetivo no próximo capítulo.

¹³³ A *União*, “Variola e Vacinação”. 30 de set. 1925.

CAPÍTULO II – Pela sociedade e pela medicina: a atuação da Sociedade de Medicina e Cirurgia da Parahyba como espaço de institucionalização do campo médico

Parahyba do Norte, 03 de maio 1924. Já passava das 19 horas. O salão de honra da Academia de Comércio Eptácio Pessoa estava tomado pela elite médica paraibana¹³⁴. As elites políticas do estado também estavam representadas. Álvaro de Carvalho, representante do presidente da Paraíba, Solon de Lucena, fora convidado para presidir a sessão. Walfredo Guedes Pereira, médico e prefeito da capital, o representante do Arcebispo metropolitano, além de “autoridades civis e militares, representantes de jornais e grande número de convidados” também tomaram parte na sessão inaugural da Sociedade de Medicina e Cirurgia da Parahyba (CASTRO, 1945, p. 375).

Segundo Álvaro de Carvalho, então secretário do governo estadual, a criação da Sociedade de Medicina e Cirurgia da Parahyba¹³⁵ representava um marco de utilidade pública que o segmento médico oferecia à sociedade paraibana. Para o representante do governo na solenidade, da SMCPB “só poderia sair o bem em benefício da coletividade” (CASTRO, 1945, p. 375). Após o discurso de Álvaro de Carvalho, falou o presidente da nova associação, o médico Veloso Borges, e o orador oficial da agremiação, o médico Seixas Maia, cujo discurso tratou sobre “as vantagens da Sociedade de Medicina e do interesse da classe médica” (CASTRO, 1945, p. 376). Encerrando a solenidade, Flávio Maroja realizou uma conferência sobre “importante assunto de higiene moderna” (CASTRO, 1945, p. 376).

A ata da sessão inaugural da SMCPB, transcrita por Oscar Oliveira Castro (1945, p. 374 – 376), sinaliza alguns traços importantes do perfil da entidade que surgia a quase cem anos na capital da Paraíba. Em primeiro lugar, é possível notar seus vínculos com diversos campos do poder local: o convite para que se fizessem presentes representantes do governo estadual e municipal, do Arcebispo da capital, das forças armadas e da imprensa paraibana, sugere a intenção dos médicos de angariar para a sua nascente associação o apoio das instâncias do poder político, religioso, cultural. Em segundo lugar, há uma preocupação de representar a SMCPB como uma entidade de utilidade pública, cuja atuação faria a

¹³⁴ A lista dos médicos paraibanos que participaram desta sessão inaugural nos é fornecida por Oscar Oliveira Castro (1945, p. 374 – 375). Segundo este autor, estiveram presentes na solenidade os seguintes esculápios: Flávio Maroja, Joaquim Cavalcanti de Albuquerque, Veloso Borges, Elpídio de Almeida, José Teixeira de Vasconcelos, Seixas Maia, Silvino Nóbrega, Joaquim Correia de Sá e Benevides, Paulo Morais, Guedes Pereira, Mario Coutinho, Octavio Ferreira, Lima e Moura e Alfredo Monteiro.

¹³⁵ Doravante SMCPB.

corporação médica empregar o seu saber em prol do bem-estar coletivo. Em terceiro lugar, é lícito supor que a nova agremiação possuía uma preocupação com a defesa dos interesses profissionais do campo médico. Por último, percebe-se que existia certa preocupação de seus membros em representar a SMCPB como uma entidade sintonizada com os recentes avanços da “moderna ciência médica”.

Neste capítulo, construímos uma narrativa possível sobre o momento histórico em que ocorreu a formação da SMCPB. Trata-se dos anos 1920. Este foi um período importante para a institucionalização e maior profissionalização da medicina na Paraíba devido a diversos fatores. Entre eles, é preciso destacar o surgimento da SMCPB, primeira associação médica a ser criada no estado. Mas existiram outros catalisadores desta experiência histórica.

Ora, nas representações das elites locais, a saúde já estava construída como um problema social que reclamava soluções urgentes. Nesse sentido, crescem os investimentos públicos na área, tanto os federais quanto os estaduais. Amplia-se a rede hospitalar. Postos de higiene, dispensários e laboratórios clínicos são estabelecidos sob os auspícios da Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural. Organizada mediante um convênio entre a União e o governo estadual firmado em 13 de dezembro de 1920, suas atividades possibilitaram, no decorrer daquela década, uma maior inserção do saber médico, em parceria com o Estado, na vida íntima e social dos paraibanos.

Nosso objetivo neste capítulo é analisar de quais maneiras a SMCPB dialoga com o incremento de institucionalização e de profissionalização da medicina na Paraíba dos anos 1920. Para isso, organizamos a narrativa da seguinte forma. Em um primeiro momento, discutiremos a formação da SMCPB, inserindo-a na história das Instituições Científicas que passaram a ser criadas no Brasil e na América Latina a partir do século XIX. Em seguida, problematizaremos a construção discursiva da SMCPB como uma instituição “científica” que buscava congregar o campo médico local com a finalidade de trabalhar em prol dos seus interesses profissionais, mas também de mostrar à sociedade paraibana a utilidade pública do conhecimento médico. Interpretamos estes objetivos como estratégias de legitimação da medicina ante a sociedade paraibana em geral.

Após isso, analisaremos uma polêmica que “animou” o campo médico paraibano em 1929. Sob orientação da Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural na Paraíba, então chefiada por Walfredo Guedes Pereira, o governo estadual do presidente João Pessoa decidira construir um Hospital de Isolamento para tratar os enfermos de doenças contagiosas “agudas”, tais como a varíola. O problema surgiu durante a escolha do local que iria receber as obras de construção do novo hospital. Parte da classe médica acreditava que o hospital em questão não

deveria localizar-se próximo às áreas centrais e densamente povoadas da capital, em razão do risco de contágio para as populações vizinhas. Outra parte dos esculápios paraibanos, por seu turno, acreditava que se o hospital de isolamento fosse administrado de maneira “eficiente, técnica e científica”, ele não representaria risco de contágio para seus vizinhos, fosse qual fosse sua localização. A polêmica se estendeu por alguns meses durante o ano de 1929, com farpas sendo trocadas por médicos nas páginas da imprensa local. No fim das contas, foi solicitada à SMCPB a elaboração de um parecer sobre a questão. Acreditamos que este acontecimento exemplifica a atuação da SMCPB enquanto uma associação profissional que busca se construir publicamente como uma Instituição “científica” e de “utilidade social”.

2.1 Sociedade de Medicina e Cirurgia da Parahyba: associativismo científico nos anos 20

Em 16 de março de 1924, na sede do Instituto de Proteção e Assistência à Infância, antigo Hospital da Santa Casa de Misericórdia, a elite médica paraibana reuniu-se para discutir a criação de uma associação profissional. Segundo Humberto Nóbrega (1979, p. 115), a ideia partira dos médicos Lourival Moura e Seixas Maia, ambos da Santa Casa. Flávio Maroja, que também trabalhava naquele hospital, foi outro médico que exerceu papel importante nas articulações para a criação da entidade. No caso da SMCPB, o Hospital da Santa Casa exerceu uma importante função. Instituição de saúde pública mais antiga da Paraíba, atuante desde o século XVIII (CASTRO, 1945, p. 356) o Hospital da Santa Casa na capital congregava importantes figuras da medicina paraibana.

A rotina hospitalar possibilitava aos médicos a atuação pública, a visibilidade social. Permitia-lhes, também, a “formação normativa”, pois a partir do século XIX o saber médico desloca-se dos livros para o que é “cotidianamente registrado na tradição viva, ativa e atual que é o hospital” (FOUCAULT, 1979, p. 111), de modo que o conhecimento hospitalar torna-se cada vez mais importante na formação dos médicos. É assim que mesmo um hospital caritativo, como o da Santa Casa de Misericórdia da Paraíba, ao prestar auxílio aos doentes pobres, “atinge, ao mesmo tempo, indivíduos e populações” (CAPONI, 2000, p. 58). Isto porque, como argumenta Sandra Caponi (2000), o hospital caritativo, no século XX cada vez mais dominado pelo saber médico, ou seja, cada vez mais “medicalizado”, possibilita a cura do pobre, a formação do médico e o desenvolvimento de um saber clínico que poderá ser empregado no tratamento dos ricos: “Os pobres se tornam objeto de conhecimento e de

intervenções médicas, no momento em que suas dores se transformam em espetáculo que o olhar da clínica poderá compreender e utilizar em seu benefício” (CAPONI, 2000, p. 58).

A atuação na Santa Casa permitiu a médicos como Lourival Moura, Seixas Maia e Flávio Maroja (os principais articuladores da criação da SMCPB) encontrarem-se diariamente, conversar sobre medicina, trocar experiências sobre terapêutica e profilaxia, pensar sobre a sua profissão, sentir as demandas e os problemas da saúde pública, angariar credibilidade profissional junto à sociedade paraibana. É nesse sentido que compreendemos a afirmação de Oscar Oliveira Castro (1945, p. 358) para quem “Foi no velho Hospital da Misericórdia que se fundou [...] a Sociedade de Medicina e Cirurgia da Paraíba”.

Na reunião de 16 de março, ficou definida a criação de uma Sociedade Médica na Paraíba. Seus estatutos seriam escritos por uma comissão formada pelos médicos Elpídio de Almeida, Genival Londres e Lourival Moura. A 17 de abril de 1924, *A União* informava que os estatutos da “Sociedade de Medicina” já estavam prontos. Publicava ainda o convite de Elpídio de Almeida para que “todos os facultativos da capital” se fizessem presentes na sessão em que seriam apresentados os estatutos da nova associação¹³⁶. A ideia de congregar todo o campo médico paraibano aparece forte nesses primeiros passos da SMCPB. O convite para o comparecimento de “todos” os médicos da capital dialoga com o discurso de Ademar Londres na reunião de 16 de março que definiu a criação da nova Instituição. Segundo Londres, “reunidos, os médicos, melhor poderiam **trabalhar pelo interesse da classe** e concorrer para a melhoria da medicina, em nosso meio” (CASTRO, 1945, p. 374, grifos nossos).

Desse modo, ainda em abril de 1924 o grupo de médicos responsável pela idealização da SMCPB conseguiu organizar as bases para a criação da entidade, que efetivamente ocorreu em 03 de maio daquele ano. Estava preparado o terreno para o surgimento de uma “instituição cultural de que fazem parte os nossos mais prestigiosos facultativos e que trará à Parahyba o inestimável benefício de systemáticas pesquisas e observações científicas”¹³⁷. Novamente, agora no discurso jornalístico, a SMCPB é construída como uma Instituição científica de utilidade pública, que trará benefícios à coletividade por meio de estudos médicos sistemáticos, de uma medicina mais unificada, mais institucionalizada. Estatutos prontos e aprovados, direção eleita, uma comissão da SMCPB visitou o presidente do estado para convidá-lo a participar da cerimônia de fundação da associação¹³⁸. Esta relativa “intimidade”

¹³⁶ *A União*, “Sociedade de Medicina”. 17 abr. 1924.

¹³⁷ *A União*, “Sociedade de Medicina da Parahyba”. 25 abr. 1924.

¹³⁸ Idem, 1924.

com os poderes políticos seria uma característica importante nos primeiros tempos da SMCPB.

Mas os vínculos com as elites políticas não era exclusividade da SMCPB. Segundo Ferreira, Maio e Azevedo (1997 – 1998), na América Latina, o surgimento de sociedades científicas remonta ao século XIX, quando da formação dos novos Estados Nacionais independentes no continente. A princípio, as sociedades científicas latino-americanas possuíam finalidades que poderíamos definir como “utilitaristas”. Assim, era bastante comum o objetivo de produzir um conhecimento sobre a Nação que permitisse aos novos Estados melhor aproveitar, povoar e proteger o território nacional (FERREIRA; MAIO; AZEVEDO, 1997 – 1998, p. 476). Ainda segundo estes autores, as sociedades científicas formadas na América Latina durante o século XIX possuíam fortes vínculos com os poderes políticos:

Embora muitas sociedades tivessem caráter privado, os interesses de Estado, indubitavelmente, desempenharam papel-chave não apenas em sua manutenção, mas também no amparo a outras iniciativas como a fundação de bibliotecas, a organização de museus, a realização de expedições científicas, funcionando assim como agente da promoção de atividades cultas no Novo Mundo (FERREIRA; MAIO; AZEVEDO, 1997 – 1998, p. 477).

Outra semelhança entre a associação dos médicos paraibanos e as sociedades científicas latino-americanas do século XIX, é o objetivo de se constituir enquanto fórum de discussões científicas. Desse modo, tais sociedades contribuíam para a institucionalização da ciência, ao estimular o debate, a produção e a divulgação do conhecimento científico (FERREIRA; MAIO; AZEVEDO, 1997 – 1998, p. 477).

De acordo com Vanessa Lana (2006, p. 24) no Brasil, as primeiras associações científicas que alcançaram permanência datam da segunda metade do século XVIII: são dessa época a Academia Científica do Rio de Janeiro (1771 – 1779) e a Sociedade Literária do Rio de Janeiro (1786 – 1790). No século XIX, surgiram a Sociedade Auxiliadora da Indústria Nacional (SAIN) fundada em 1825, e o Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro (IHGP), criado em 1838 (LANA, 2006, p. 24). A partir do final do século XIX, tanto na Europa quanto na América, acontece um deslocamento no perfil das sociedades científicas à medida que o conhecimento vai se “especializando” em diversas disciplinas e as Universidades consolidam-se como o espaço privilegiado de produção de saberes. Ocorre que, “A partir de então, as sociedades perdem seu caráter generalista e tornam-se cada vez mais a expressão associativa de profissionais organizados por disciplinas especializadas” (FERREIRA; MAIO; AZEVEDO, 1997 – 1998, p. 477).

Na segunda metade do século XIX começam a aparecer as primeiras sociedades científicas de caráter especializado, congregando não mais o “homem de ciência”, que independente de sua formação transitava entre os diversos campos de saber. Trata-se agora de agremiações mais restritas, nas quais a formação profissional torna-se um aspecto importante da vida associativa, especialmente na definição do seu *hall* de membros.

No caso do Brasil, esta experiência que poderíamos chamar de “especialização associativa” será fortemente marcada pela prática dos médicos e de suas associações profissionais. Isto porque, na segunda metade do século XIX, quando começa a se intensificar a especialização associativa, a atividade científica no Brasil torna-se cada vez mais vinculada ao trabalho profissional. Ora, como explicam Ferreira, Maio e Azevedo (1997 – 1998, p. 477) no Brasil das últimas décadas do século XIX e dos primeiros anos do XX, a medicina era a atividade profissional que oferecia aos seus praticantes as melhores oportunidades de dialogar com a ciência e de produzir conhecimento científico.

A possibilidade de articular o trabalho profissional com a atividade científica também aparece entre as demandas que motivaram os esculápios paraibanos a criar uma Sociedade Médica nos anos 1920. Para o médico José Londres, a criação de uma Sociedade de Medicina “avulta o interesse pela clinica hospitalar, onde mais que em qualquer outro campo, é dado ao chefe de enfermagem estudar e observar com maior cuidado as moléstias de aparecimento não frequente”¹³⁹. Com efeito, a construção de um espaço institucional onde fosse possível congrega a comunidade médica para discutir questões relacionadas à sua profissão, articulando a prática clínica com a teoria científica, provavelmente foi um aspecto que os esculápios paraibanos levaram em consideração ao criar a SMCPB.

As primeiras Sociedades Médicas do Brasil surgiram no Rio de Janeiro. Em 1829, aparecia na capital do Império a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (SMRJ). Segundo Ferreira, Maio e Azevedo (1997 – 1998, p. 479), desde sua criação a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro dialogava bastante com as diretrizes do movimento higienista francês e com uma visão “utilitarista” da ciência que defendia a “institucionalização da medicina afirmando seu valor utilitário para a construção de uma sociedade civilizada nos trópicos”.

Reconhecida pelo governo do Império, mas sem contar com apoio financeiro oficial, a SMRJ teve vida curta. Em 1835 ela se torna “Academia Imperial de Medicina” (AIM). Dois aspectos irão diferenciar a AIM em relação à SMRJ. Em primeiro lugar, a AIM terá um perfil mais corporativo, tendendo mesmo a construir certo monopólio profissional para seus

¹³⁹ A *União*, “Sociedade de Medicina”. 20 mar. 1924.

associados, inclusive privilegiando-os no acesso aos cargos da saúde pública. Em segundo lugar, a ingerência do Estado será muito maior na AIM. Por um lado, esse maior vínculo com os poderes políticos concorrerá para a construção de uma espécie de medicina oficial, atrelada à AIM, por sua vez submetida às diretrizes do governo imperial. Por outro lado, a “intimidade” com o poder permitirá aos associados da AIM uma maior inserção nos quadros gestores da saúde pública do Império. Com o tempo, a ingerência estatal acabou tendo um efeito “paralisante” na associação, pois a dependência em relação ao governo imperial acabou diminuindo sua autonomia e limitando suas possibilidades de intervenção nas questões sociais (FERREIRA; MAIO; AZEVEDO, 1997 – 1998, p. 480 e 481).

Em 1886 surge a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro (SMCRJ). Desde sua criação, a entidade buscou se distinguir da AIM, construindo a imagem de instituição “democrática, republicana e sensível aos grandes problemas relativos à saúde pública” (FERREIRA; MAIO; AZEVEDO, 1997 – 1998, p. 483). Segundo Ferreira, Maio e Azevedo (1997 – 1998, p. 483), a singularidade desta associação residia na sua “inscrição numa rede de instituições médicas não oficiais empenhadas em lutar pela modernização científica e institucional da medicina brasileira”.

Dispondo de relativa autonomia em relação aos interesses estatais, tal rede institucional – composta ainda pelos periódicos especializados *Gazeta Médica da Bahia* (criado em 1866) e *Brasil Médico* (fundado em 1887 no Rio de Janeiro) – adotou uma postura crítica em relação à medicina oficial representada pela AIM. Ao mesmo tempo, a nova rede institucional passou a defender uma medicina brasileira, menos conformada pela produção estrangeira e mais atenta aos problemas e às especificidades nacionais. Nesse sentido, diferente da AIM, a SMCRJ procurou construir uma auto-imagem de associação atuante nas questões sociais, principalmente no combate das epidemias. Além disso, a nova corporação contribuiu para a criação de uma nova forma de manifestação pública da medicina, ao organizar, em setembro de 1888, o primeiro congresso médico no Brasil (FERREIRA; MAIO; AZEVEDO, 1997 – 1998, p. 483 – 486).

Estudando a Sociedade de Medicina e Cirurgia de Juiz de Fora (SMCJF), Minas Gerais, criada em 1889, Vanessa Lana (2006, p. 25) argumenta que a filiação às Sociedades de Medicina representava “um passaporte para a alta posição social da categoria: a elite médica [...]. Esta [a SMCJF], enquanto espaço representativo dos interesses profissionais da categoria médica, constituía-se num veículo de promoção dos associados ao grupo dos ‘seletos’”. Enquanto associação profissional, do tipo que começa a surgir no Brasil e na América Latina a partir das últimas décadas do século XIX, a Sociedade de Medicina e

Cirurgia da Parahyba também cumpre essa função. No caso paraibano, entendemos que a participação na agremiação médica pode ser interpretada como uma condição necessária para o ingresso na “elite médica”, devido a pelo menos três fatores.

Em primeiro lugar, desde que começou a ser idealizada, a SMCPB foi frequentemente representada pela imprensa local como “agremiação científica”, “futurosa instituição médico-cirúrgica”¹⁴⁰ da comunidade médica paraibana. Nesse sentido, a entidade era dada à leitura do público como a legítima representante da medicina paraibana. Por este motivo, construía-se a imagem de que em seus quadros estariam os protagonistas da cena médica local. Para o médico, ter seu nome vinculado à associação poderia significar que sua atuação estava legitimada pela corporação, o que lhe ajudaria a angariar credibilidade profissional perante a sociedade em geral.

Esta ideia torna-se plausível quando se sabe que o sistema de ingresso na associação possuía um caráter bastante restritivo. Para ser aceito como membro da SMCPB, além de possuir a formação médica acadêmica, era preciso ter o nome apresentado à associação por um médico que já fizesse parte da entidade. A partir daí, a indicação seria apreciada e o ingresso do novo membro precisava ser aprovado por unanimidade pelos já associados. Desse modo, para conquistar o direito de fazer parte da SMCPB, além de ser indicado por um dos membros da associação, o médico precisava reunir qualificações profissionais e “morais” que fizessem seus colegas considerá-lo apto a congregar na “agremiação científica” da comunidade médica paraibana¹⁴¹.

Este caráter “espetacular” do ingresso de novos membros era complementado com a publicação dos discursos de recepção e de posse do novo associado na imprensa periódica. Trata-se aqui de representações dadas ao público mediante as páginas dos jornais, em que o novo integrante da “elite médica” paraibana era saudado por seus colegas de associação ao mesmo tempo em que agradecia “a benevolência dos colegas”¹⁴² por tê-lo “aceito como sócio efetivo desta ilustrada sociedade”¹⁴³, prometendo fazer “o possível para o engrandecimento”¹⁴⁴ da classe médica. O novo associado e aquele que o recepcionava

¹⁴⁰ *A União*, “Sociedade de Medicina e Cirurgia da Parahyba”. 30 de nov. 1926.

¹⁴¹ A nossa descrição dos critérios de ingresso na SMCPB se baseia nas notícias publicadas na imprensa periódica paraibana sobre a posse de novos membros na referida entidade. Infelizmente, não conseguimos encontrar os estatutos da associação, os quais nos permitiriam analisar com mais detalhamento os critérios, procedimentos, e interdições à entrada de novos membros na SMCPB.

¹⁴² *O Jornal*, “Sociedade de Medicina e Cirurgia – A sua sessão de 5 do mês p. passado – A posse do dr. Tito de Mendonça, seu discurso de agradecimento e o de recepção do nosso illustre colaborador dr. José Maciel”. 06 de nov. 1924. Disponível em: <http://hemerotecadigital.bn.br/>. Acesso em 25 ago. 2014.

¹⁴³ *Idem*, 1924.

¹⁴⁴ *Idem*, 1924.

esforçavam-se para enaltecer a medicina de um modo geral, e a SMCPB particularmente. A comunidade médica paraibana manifesta-se ao público “leigo” por meio de um cerimonial que engrandecia a sua ciência, construía a representação de uma corporação unificada e chancelava a atuação profissional de um novo integrante da elite médica local.

Em segundo lugar, fazer parte da única associação médica que existia na Paraíba da época representava um suporte corporativo ao clínico individual. De certa forma a própria SMCPB contribuía para construir esta imagem ao se auto-representar na imprensa periódica como um fórum de discussões científicas onde a comunidade médica local emitia seu parecer institucionalizado a respeito da prática médica. Em artigo publicado por *A União*, dias antes da fundação da SMCPB, o médico José Londres ressalta a função das Sociedades Médicas de prestar suporte institucional ao médico individual, especialmente no que diz respeito a pontos de polêmica na ciência médica e a casos clínicos controversos. Na visão de Londres:

Ao chefe de clínica cabem as responsabilidades do diagnóstico e por isso, grande é o ardor que elle experimenta em se cercar de estudiosos, sendo elle dentre todos o mais applicado, e levar ao conhecimento de uma assembléa de competentes, os casos que se tenham emmaranhado no recôndito mysterioso, que a sciencia, com todo o fulgor de seus maravilhosas luzes ainda não conseguiu aclarar¹⁴⁵.

Nesse caso, além de contar com o apoio institucional da corporação para solucionar problemas da clínica individual, o membro da associação médica ainda desfrutava de outro benefício. Ser representado como integrante da “assembléa de competentes” que discute e busca soluções para os mistérios dos casos médicos que a ciência “ainda não conseguiu aclarar”, ajudava a construir a identidade¹⁴⁶ (SILVA, 2005, p. 91) do “homem de ciência”, do médico competente e estudioso, sintonizado com as mais recentes descobertas da ciência, afinado com o saber produzido por sua corporação.

As sessões ordinárias¹⁴⁷ da SMCPB, que ocorriam normalmente aos domingos, iniciavam com a leitura da ata da sessão anterior, que poderia ser aprovada imediatamente ou aprovada após retificação¹⁴⁸. Em seguida poderia ocorrer a leitura da correspondência endereçada a SMCPB, enviada normalmente por médicos, instituições médicas e órgãos de

¹⁴⁵ *A União*, “Sociedade de Medicina”. 20 de mar. 1924.

¹⁴⁶ De acordo com Tomaz Tadeu da Silva (2005), a construção da identidade e da diferença depende das representações. Para este autor, é por meio das representações “que a identidade e a diferença adquirem sentido. É por meio da representação que, por assim dizer, a identidade e a diferença passam a existir. Representar significa, neste caso, dizer: ‘essa é a identidade’, ‘a identidade é isso’” (SILVA, 2005, p. 91).

¹⁴⁷ As informações sobre a rotina burocrática das sessões da SMCPB foram obtidas por meio de notícias jornalísticas que destacavam para o público leitor as atividades desenvolvidas pela associação. Infelizmente, não conseguimos encontrar os estatutos da agremiação, que, provavelmente, nos dariam uma visão mais detalhada do funcionamento da SMCPB.

¹⁴⁸ *A União*, “Sociedade de Medicina e Cirurgia”. 17 de out. 1924.

saúde pública¹⁴⁹. Nas sessões ordinárias ainda eram indicados e apreciados os nomes dos novos sócios¹⁵⁰. Para além deste “ritual burocrático” que conformava o funcionamento da entidade, as sessões da SMCPB normalmente eram marcadas por conferências proferidas pelos membros. Na maioria das vezes, as inscrições para apresentação de trabalhos, restritas aos sócios efetivos, eram feitas ao final de cada sessão, para que os membros tivessem tempo de estudar sobre o assunto que seria discutido na reunião seguinte¹⁵¹.

Nas conferências falava-se das questões de saúde pública, destacando-se discussões sobre profilaxia e terapêutica das endemias e epidemias que assolavam a Paraíba, sobre higiene pública e privada, educação sanitária. Porém, também eram comuns as comunicações de casos definidos como de “clínica privada”. Neste caso, destacam-se as apresentações como a realizada pelo médico Renato de Azevêdo, sobre “uma senhora que, ha cerca de 12 annos, vem sendo martyrisada por pertinazes accessos de tosse [...] que se manifestam sempre pelas manhãs, notadamente quando frias, duram seis mezes ou um anno e desaparecem por igual espaço de tempo”¹⁵². Segundo a notícia de *A União* que informou sobre a comunicação de Renato Azevêdo, trava-se de “um caso clínico digno de nota, de atenção e de estudo, e, sobretudo, curioso pela disposição interessante de sua sintomatologia”¹⁵³.

Independente dos detalhes médicos dos casos “curiosos” e “dignos de nota”, o que gostaríamos de ressaltar aqui é que a SMCPB, por meio de uma auto-imagem fabricada em parceria com as representações da imprensa periódica, era “construída, pensada, dada a ler” (CHARTIER, 2002, p. 17) para a sociedade paraibana como um espaço de discussão, de formação e de produção do conhecimento médico. Nas suas sessões, a elite médica local analisava “cientificamente” as questões da saúde pública e os casos controversos da clínica particular, construindo “o” discurso autorizado sobre as diversas demandas relacionadas à saúde coletiva e individual. Após sua criação, em 1924, participar “da” instituição que estuda a saúde e a doença com os rigores da ciência, ser membro desta “assembléa de homens cultos”, como a definiu o médico Newton Lacerda no discurso de recepção ao novo sócio Manuel Florentino, torna-se um traço identitário importante para pleitear um lugar entre a elite médica local. Mas não só isso. Representa, também, o respaldo corporativo da “ciência médica” à atuação clínica individual, elemento que passa a adquirir uma maior importância na conquista da credibilidade profissional.

¹⁴⁹ *A União*, “A semana anti-alcoolica”. 15 de out. 1927.

¹⁵⁰ *A União*, “Sociedade de Medicina e Cirurgia”. 09 de jul. 1924.

¹⁵¹ Idem, 1924.

¹⁵² *A União*, “Sociedade de Medicina e Cirurgia”. 09 de jul. 1924.

¹⁵³ Idem, 1924.

Em terceiro lugar, ser membro da SMCPB poderia facilitar o ingresso à elite médica local devido aos vínculos que a entidade construiu com os poderes públicos. Esta faceta da atuação da SMCPB é ressaltada por um de seus membros, Oscar Oliveira Castro (1945, p. 377), quando afirma que “O governo não deliberava nem legislava, em assuntos de Saúde Pública, sem ouvi-la e nunca regateou apoio e prestígio”.

Não sabemos até que ponto os governos paraibanos levaram em consideração as representações construídas pela SMCPB para definir as diretrizes da saúde pública estadual. Porém, as páginas da imprensa nos anos 1920 sinalizam que em alguns casos as autoridades políticas recorreram ao saber técnico-científico da associação. Foi o que aconteceu, por exemplo, quando o interventor federal Antenor Navarro (1930 – 1932) solicitou que a SMCPB elaborasse um parecer sobre o local onde poderia ser construído um leprosário na capital, atendendo “os dois pontos de vista científico e social”¹⁵⁴. Ou quando o então chefe da Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural na Paraíba, Walfredo Guedes Pereira, delegou à associação o estudo sobre a localização mais adequada de um Hospital de Isolamento para doenças contagiosas na capital¹⁵⁵.

Mais a frente, analisaremos a polêmica em torno da construção do Hospital de Isolamento. Porém, o que gostaríamos de ressaltar com estes dois exemplos são os diálogos possíveis entre os poderes políticos e a associação médica paraibana. Nem sempre esse diálogo existiu. Em alguns casos a saúde pública paraibana era conduzida sem o “parecer” da SMCPB, atendendo muito mais às diretrizes da Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural, que, nos anos 1920, constituiu a principal agência pública de gestão dos serviços de saúde na Paraíba. Contudo, é bom lembrar que a maioria dos médicos paraibanos a serviço da referida Comissão era formada por membros da SMCPB. Ou seja: mesmo que os órgãos gestores da saúde não recorressem sempre à associação médica para definir suas diretrizes administrativas, é plausível supor que as demandas da SMCPB eram levadas em consideração pelos seus membros que também trabalhavam na saúde pública¹⁵⁶. Pelo menos dentro dos limites de negociação que a burocracia estatal lhes proporcionava.

¹⁵⁴ *A União*, “Sociedade de Medicina e Cirurgia”. 29 de nov. 1930.

¹⁵⁵ *A União*, “O futuro Hospital de Isolamento”. 04 de ago. 1929.

¹⁵⁶ Entre os médicos paraibanos que eram membros da SMCPB e também trabalharam em cargos da saúde pública durante a década de 1920, estavam: Flávio Maroja, que exerceu o cargo de diretor da Santa Casa de Misericórdia e do Hospital Oswaldo Cruz (esse último instalado na capital pela Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural em 1921), além de ter chefiado o serviço de Saúde do Porto de Cabedelo; Elpídio de Almeida, que coordenou o dispensário para tratamento de doenças venéreas na capital; Newton Lacerda, que foi diretor do Hospital Colônia Juliano Moreira, fundado em 1928, na capital; Plínio Espíndola, que chefiou o serviço de polícia de focos da Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural; Walfredo Guedes Pereira, que chefiou o serviço de Saneamento e Profilaxia Rural entre 1925 e 1929. Além destes, outros membros da SMCPB exerceram funções ligadas à saúde pública. Porém, os nomes citados já são suficientes para que a nossa atenção se volte

É importante destacar que quando os poderes públicos recorriam à SMCPB para solucionar alguma polêmica do universo da saúde, este recurso constituía uma estratégia política que acabava favorecendo tanto os governantes quanto a própria associação. Por um lado, o discurso técnico-científico da corporação médica poderia ser apropriado pelos poderes políticos para fundamentar políticas públicas questionadas por determinados grupos sociais, como os que se enfureceram ante a possível construção de um Hospital de Isolamento para doenças contagiosas em sua vizinhança.

Por outro lado, ao solicitar que a SMCPB emitisse o seu parecer sobre questões da saúde paraibana, as autoridades públicas concorriam para construir a legitimidade social da corporação médica. Em certo sentido, esta presença do médico em diferentes instâncias reguladoras da sociedade dialoga com a construção de uma posição política e social privilegiada para a medicina. Experiência datada por Foucault (1979) entre os séculos XVIII e XIX para países como França, Inglaterra e Alemanha, se faz sentir na Paraíba já na segunda metade do século XIX, tornando-se ainda mais presente no século XX. Na época em que foi criada a SMCPB, à semelhança do que o filósofo francês observou na Europa do século XVIII, a medicina

[...] assume um lugar cada vez mais importante nas estruturas administrativas [...]. E constitui-se, igualmente, uma ascendência político-médica sobre uma população que se enquadra com uma série de prescrições que dizem respeito não só à doença mas às formas gerais da existência e do comportamento (a alimentação e a bebida, a sexualidade e a fecundidade, a maneira de se vestir, a disposição ideal do habitat) (FOUCAULT, 1979, p. 202).

No caso da SMCPB, acreditamos que esta posição social privilegiada da corporação, esta “ascendência político-médica” na normalização das posturas e na normatização da vida íntima e pública dos paraibanos, encontra nos diálogos entre a associação e os poderes locais um de seus principais vetores. Nesse sentido, podemos considerar que o poder político e o poder médico se reforçam mutuamente. O poder político torna-se “neutro”, “objetivo”, “técnico”, “incontestável” mediante o respaldo do saber médico-científico. Já o médico adquire legitimidade como reformador social, entre outros fatores, devido ao aval que as estruturas de poder lhe conferem para dizer à sociedade em geral o que é “certo” e “errado”, “verdade” e “mentira” acerca de tudo o que dissesse respeito à saúde e à doença.

O resultado disso são representações criadas a partir de determinadas posições de sujeito, mas que “disfarçam” o seu “enraizamento social” por detrás da suposta “neutralidade”

para o seguinte aspecto: mesmo que enquanto corporação a SMCPB não estivesse no comando da saúde pública local, seus membros, enquanto funcionários do alto escalão destes serviços puderam influenciá-la de alguma forma, mesmo que de modo individual, variado, e limitado.

do discurso médico-científico. Notícias divulgadas na imprensa informando sobre pareceres da SMCPB solicitados pelas autoridades, acerca de pontos controversos da saúde pública, configuram representações que podem contribuir para naturalizar hierarquias e construir relações de poder e, assim, fundamentar a estruturação de um Estado supostamente “médico-científico” e de um saber médico politicamente autorizado a investir o seu poder nas mais variadas questões da existência humana.

Este papel diretor da saúde era reclamado pelos próprios médicos ligados à SMCPB. Falando sobre as funções sociais de uma Sociedade de Medicina, o já citado José Londres afirma com convicção que “É ella que orienta os governos sobre as necessidades da população doentia, é ella que solicita dos poderosos os recursos para as instituições de caridade”¹⁵⁷. Além disso, representa a Sociedade de Medicina como uma instituição científica, por isso “neutra” politicamente, que se coloca acima das pressões sociais para orientar cientificamente o campo da saúde com um único objetivo: “o alto e dignificante interesse pela causa do progresso, sem mais alarde nem recompensas”¹⁵⁸. O interessante nesta citação é percebermos que o discurso médico, ao representar a sua associação profissional como instância competente para dirigir a política da saúde, faz circular entre o público leitor duas ideias importantes. Primeira: que as ações do Estado, desde que fundamentadas no saber médico, são necessárias para se atingir o progresso. Segunda: o diálogo entre medicina e poderes políticos está conformado pela busca do progresso, nas palavras de Londres, única aspiração das associações médicas.

Trata-se de um conceito utilitarista e abstrato de progresso, que normalmente se vincula, no discurso dos médicos paraibanos da década de 1920, com a noção de “bem-estar coletivo”. O problema, como argumenta Sandra Caponi (2000, p. 69), analisando a ética utilitarista da “felicidade geral”, é a ambigüidade deste conceito, pois ele “pode ser um valor radicalmente incompatível com o valor da liberdade. Sempre é factível perguntar pelo preço que tivemos de pagar por essa felicidade”. De todo modo, o discurso do “bem-estar coletivo” pode ser considerado um dos responsáveis pela legitimação da medicina como um saber capaz de conduzir a sociedade paraibana ao “progresso”. O aval recebido dos poderes públicos para emitir seus “pareceres”, legitimava a SMCPB e construía para seus membros a imagem de médicos competentes e devotados à causa do progresso paraibano.

Não consta que a SMCPB recebia algum subsídio financeiro dos governos paraibanos. Porém, como mostramos acima, boa parte dos seus membros trabalhava como funcionários ou

¹⁵⁷ *A União*, “Sociedade de Medicina”. 20 de mar. 1924.

¹⁵⁸ *Idem*, 1924.

gestores nos serviços de saúde pública. Além disso, a presença de diversas autoridades na sua sessão inaugural, bem como nos eventos e congressos desenvolvidos pela associação nos anos seguintes, sinaliza que desde a sua fundação a entidade foi reconhecida pelos poderes políticos locais. Este reconhecimento foi reafirmado em 1932, quando surgiu entre os membros da associação o desejo de dotar a SMCPB de uma sede própria¹⁵⁹. Com essa finalidade, a corporação médica conseguiu do governo estadual, por meio do decreto 313 de 24 de agosto de 1932, a doação de um terreno à Rua Barão do Triunfo, na capital. Porém, como a corporação médica considerou que este primeiro terreno estava “Situado em local que não se prestava bem ao fim a que fora destinado” (CASTRO, 1945, p. 378), o então presidente da SMCPB, Lourival Moura, “Após entendimento com o interventor Gratuliano de Brito” (CASTRO, 1945, p. 378), conseguiu trocar o terreno doado pelo governo por outro localizado à Rua das Trincheiras. Iniciada a construção em abril de 1933, após solenidade presidida pelo interventor Gratuliano de Brito (NÓBREGA, 1979, p. 117), em 30 de novembro do mesmo ano foi inaugurado o “palacête” que serviria como sede da SMCPB (CASTRO, 1945, p. 379).

A participação das autoridades políticas nas atividades da SMCPB foi constante nos primeiros anos da associação, sobretudo nas sessões extraordinárias. Em setembro de 1927, quando o médico Leoncio Pinto, professor da Faculdade de Medicina da Bahia, esteve na Parahyba do Norte realizando uma conferência em sessão da SMCPB, além de “quase todos os clínicos” da capital e de “inúmeras personalidades de destaque, que compunham um auditório interessado e culto”, o então presidente da Paraíba, João Suassuna, não apenas se fez presente como presidiu a sessão¹⁶⁰. Em 1929, foi a vez de Silvino Olavo, chefe de gabinete e representante do presidente João Pessoa, presidir a sessão especial em que foram apresentadas as conferências dos professores da Faculdade de Medicina da Bahia Eduardo de Araújo e Octávio Torres¹⁶¹. Autoridades públicas também marcavam presença nas sessões realizadas em comemoração ao aniversário da SMCPB¹⁶². A representação dos poderes políticos nas

¹⁵⁹ As primeiras reuniões da entidade aconteciam em uma das salas do Instituto de Proteção e Assistência à Infância, no antigo Hospital da Santa Casa de Misericórdia da Paraíba, localizado na Rua Visconde de Pelotas. Ainda em 1924, os médicos paraibanos passaram a se reunir no salão nobre da Academia de Comércio Eptácio Pessoa, local onde havia sido realizada sua sessão inaugural. A SMCPB continuou realizando suas atividades na Academia de Comércio Eptácio Pessoa até novembro de 1933, quando foi inaugurada a sede própria da associação (CASTRO, 1945, p. 376 – 379; MENDONÇA, 2004, p. 46 – 50).

¹⁶⁰ *A União*, “A recepção do dr. Leoncio Pinto na Sociedade de Medicina e Cirurgia da Parahyba – A conferência do ilustre professor de anatomia pathologica”. 20 de set. 1927.

¹⁶¹ *A União*, “Sociedade de Medicina e Cirurgia da Parahyba – A sessão especial para recepção dos professores Eduardo de Araújo e Octavio Torres”. 27 de out. 1929.

¹⁶² *A União*, “Um século de medicina na Parahyba – Conferência do dr. Lourival Moura na sessão do setimo aniversario da ‘Sociedade de Medicina e Cirurgia’ desta capital”. 14, 15 e 16 de maio. 1931.

atividades da associação sinaliza reconhecimento oficial à instituição. Este, por sua vez, ajuda a construir a credibilidade da associação perante a sociedade em geral.

Em algumas sessões os problemas da saúde paraibana eram alvo do saber médico reunido na SMCPB. Nessas oportunidades, os médicos associados criticavam de forma veemente os pontos de precariedade dos serviços públicos da área. Contudo, não constam críticas diretas às instâncias governamentais. No máximo, o mais comum eram moções apelando para que os poderes políticos atendessem as orientações da agremiação visando solucionar problemas específicos da saúde local. No entanto, é inegável que em alguns casos, criticava-se a “inércia” das autoridades políticas nas sessões da SMCPB. Porém, a crítica da associação não era normalmente dirigida de forma explícita a algum governante em particular, mas sim a uma abstrata noção de “poderes públicos”.

Além disso, a crítica à “inércia dos poderes públicos” era frequentemente matizada pelo ataque a outro “protagonista” do estado supostamente enfermo da sociedade paraibana: a abstrata “população paraibana”, construída pelas representações médicas como um “corpo social doente”, um sujeito coletivo ignorante e resistente aos benefícios que a saúde e a higiene poderiam proporcionar. É o que sugere, por exemplo, o médico Tito de Mendonça no seu discurso de posse como membro da SMCPB, em 05 de outubro de 1924. Comentando as razões do atraso técnico da Paraíba em matéria de cirurgia, argumenta que, àquela época, o que ele define como “charlatanismo” campeava por estas terras, sendo por isso que a população paraibana “teimava” em recorrer ao médico somente “em última instância”:

Sei que o problema é difícil de resolver, não só devido ao charlatanismo que aqui impera, como também ao meio que ainda não bem compreende o que é o medico. Todos nós sabemos que o doente só nos chega às mãos depois de ter percorrido a escola dos charlatães, desde o ignorante que convence da excellencia dos chás caseiros, da enxundia de galinha, do sêbo de carneiro e das benzeduras contra o *mão olhado*, até o instruído que tudo receita. [...]
São estes os motivos porque a nossa melhor instituição de caridade, a Santa Casa, é tão má vista pelo povo da Parahyba.
O doente quando lá entra se nos apresenta em um estado quasi irremediável.
Urge, portanto, educar o nosso povo, mostrando-lhe o bom caminho a seguir a reprimir legalmente o charlatanismo¹⁶³.

Tito de Mendonça, recém-empossado como membro da SMCPB deseja o apoio da corporação médica para lançar uma cruzada contra o que ele representa como “charlatanismo”: “Será este um dos pontos que hei de me bater nesta sociedade, para que seja

¹⁶³ *O Jornal*, “Sociedade de Medicina e Cirurgia – A sua sessão de 5 do mês p. passado – A posse do dr. Tito de Mendonça, seu discurso de agradecimento e o de recepção do nosso illustre collaborador dr. José Maciel”. 06 de nov. 1924. Disponível em: <http://hemerotecadigital.bn.br/>. Acesso em 25 ago. 2014.

exigido dos poderes competentes uma repressão a tão inqualificáveis abusos, que fazem periclitare a vida do doente e o bom nome da medicina brasileira”¹⁶⁴.

O médico “caçador de charlatães” pintava com as cores do “charlatanismo” toda e qualquer prática terapêutica ou preventiva que não tivesse sido prescrita por um clínico diplomado, baseado no saber da medicina científica. Qualquer prática de cura alternativa a este modelo era pejorativamente representada como “charlatanismo”. O discurso “científico” de Tito de Mendonça extrapola a definição do senso comum para “charlatão”: um embusteiro, que lucra com a doença dos outros vendendo curas milagrosas. Para este médico, “charlatães” são todos os que não possuem um diploma de uma Faculdade de Medicina e, sem estarem disciplinados pela formação médica, insistem em receitar e prescrever. Nesse sentido, levando as representações de Tito ao limite, poderíamos considerar que, para este médico, mesmo uma mãe que tenta curar seu filho sem prescrição do cientista-médico, por ausência ou até inexistência deste, estaria praticando “charlatanices”. Talvez seja exagero. Nosso; não dele.

Para além da importante discussão sobre a luta médica pelo controle do mercado da saúde, o qual não poderia prescindir da desautorização ou da medicalização dos seus virtuais “concorrentes”, o que nos importa, pelo menos no momento, é destacar uma representação relativamente corrente no campo médico paraibano do começo do século XX, que Tito de Mendonça faz circular com seu discurso na sessão em que se tornou membro da SMCPB. A ideia de que, junto com a inércia de algumas autoridades políticas, existia um grande obstáculo ao melhoramento do estado de saúde da população local: os próprios “paraibanos”, categoria de difícil precisão, mas frequentemente associada à noção de “pobreza”, representados pelo saber médico como pessoas cheias de hábitos anti-higiênicos e nada saudáveis, tão ignorantes das regras da boa saúde que chegavam a resistir aos benefícios que a medicina científica poderia lhes proporcionar. Por isso, como sugeriu Tito de Mendonça, esses tais “paraibanos” preferiam recorrer aos “charlatães” que prescreviam sem ser médicos, indo buscar o socorro da medicina somente “em um estado quase irremediável”¹⁶⁵.

Por mais que a SMCPB não recebesse apoio financeiro oficial como ocorrera com a Academia Imperial de Medicina, alguns aspectos da sua atuação e trajetória sinalizam

¹⁶⁴ Idem, 1924.

¹⁶⁵ Também é possível considerar que discursos como este de Tito de Mendonça visavam, entre outros fins, eximir o saber médico de eventuais responsabilidades nos casos em que a “ciência das doenças” não conseguia produzir a cura almejada. Desse forma, ao representar como algo constante a procura dos enfermos pelos médicos da Santa Casa somente “em um estado quase irremediável”, o esculápio elegia dois “culpados” por eventuais insucessos do saber médico: os personagens que o discurso médico representava como “charlatães”, e o próprio enfermo, que insistia em recorrer primeiro a esses últimos em detrimento dos médicos diplomados. Vê-se aqui, novamente, o quanto a construção da identidade médica dialogava com a luta dos esculápios contra outros terapeutas, visando um maior controle sobre o universo da saúde.

vínculos com os poderes políticos que não devem ser negligenciados. Por outro lado, esta pesquisa não identificou uma ingerência direta dos poderes públicos na associação paraibana, como também acontecera com a AIM no século XIX. Mesmo assim, em seus primeiros anos, a SMCPB adotou uma postura conciliadora com as autoridades políticas. Mesmo que por diversas vezes apresentasse a “inércia dos poderes públicos” como um importante problema da saúde paraibana, como o fez, por exemplo, Flávio Maroja quando criticou as autoridades de Princesa pela ocorrência de um surto de peste bubônica naquela localidade “sem maior grita” e sem “grandes exigencias officiaes da parte de seus dirigentes”¹⁶⁶.

Em certo sentido, esta postura conciliadora pode ser interpretada como uma estratégia de afirmação. Procurando estabelecer uma postura pública crítica em relação aos problemas da saúde paraibana, mas sem “bater de frente” com os poderes públicos, a SMCPB se colocava à disposição das autoridades locais para discutir as questões relacionadas ao universo da saúde sem romper os laços com as instâncias de poder. Ora, a ruptura com os poderes políticos poderia dificultar a consolidação da nascente agremiação médica paraibana. Por outro lado, a inércia em relação aos problemas da saúde local poderia construir a imagem de uma associação indiferente aos problemas locais e, portanto, pouco útil à sociedade, dificultando sua legitimação ante a opinião pública.

Assim, a associação adotou uma estratégia conciliadora, que lhe permitia criticar a precariedade da saúde paraibana, mostrando-se engajada nos problemas sociais, sem romper completamente com o poder político local. Para isso, matizava suas críticas dividindo as responsabilidades das autoridades com a “ignorância sanitária” dos “paraibanos”, dirigindo-as a um generalizante conceito de “poderes públicos” ou mesmo reconhecendo que as autoridades sanitárias faziam o possível para melhorar a qualidade da saúde paraibana, apesar das dificuldades financeiras do estado que impossibilitavam maiores investimentos na área¹⁶⁷.

Os vínculos com o poder político e o reconhecimento oficial não devem ser negligenciados como importantes fatores para a legitimação social de agremiações científicas e mesmo dos diversos campos da ciência. Como lembra Agra:

A ciência não estaria, portanto, dissociada do poder. Ela estaria completamente banhada por ele. A vinculação entre ciência e política ou ciência e religião foi tão forte que, ao longo da história, invenções científicas precisaram passar pelo crivo do Estado ou da Igreja para poderem se afirmar ou mesmo ser publicizadas, e muitas delas ficaram guardadas nas gavetas dos cientistas por enunciarem “descobertas” ou “invenções” que contrariavam a ordem vigente estatal ou religiosa, sendo, por um meio ou outro, vetadas (AGRA, 2008b, p. 53 – 54).

¹⁶⁶ A *União*, “A peste na Parahyba – Trabalho lido na sessão de hontem da Sociedade de Medicina e Cirurgia da Parahyba, pelo dr. Flávio Maroja”. 30 de out. 1926.

¹⁶⁷ Idem, 1926.

A análise desses diálogos entre associação médica e poderes políticos é interessante, pois acreditamos que um dos principais vetores do fortalecimento do poder médico na Paraíba do começo do século XX é sua presença em diversas instâncias da administração e dos serviços públicos. Ou, de forma mais detalhada:

[...] presença a título de conselheiro, junto aos representantes do poder; organização de sociedades médicas oficialmente encarregadas de um certo número de responsabilidades administrativas e qualificadas para tomar ou sugerir mediadas autoritárias; papel desempenhado por muitos médicos como programadores de uma sociedade bem administrada (FOUCAULT, 1979, p.202).

Acreditamos que esta inserção na administração pública foi importante não apenas para a consolidação da SMCPB nos seus primeiros anos de funcionamento. Ela também concorreu para valorizar a profissão médica na Paraíba. Se a ampliação da participação do Estado como gestor e produtor de serviços de saúde implica aumento de seu poder na normatização da vida social, tais atividades “cada vez mais específicas, rotineiras e especializadas, demandavam a presença de um conjunto de profissionais e burocratas, representantes do Poder Público na execução de atividades que interferiam no direito de propriedade e na liberdade individual” (HOCHMAN, 2006, p. 207). Normalmente, na direção destes serviços estavam os médicos, normatizando a vida íntima e social dos cidadãos com seu discurso científico, agora autorizado pelo “Estado-higienista” (AGRA, 2006, p. 56).

Assim, o reconhecimento oficial da SMCPB, e a presença de vários dos seus associados nos serviços de saúde pública, concorreu para legitimar a agremiação médica e valorizar sua ciência perante a população. Além disso, o reconhecimento das autoridades políticas, sinalizado pela solicitação de pareceres da SMCPB sobre questões controversas do universo da saúde, contribuiu para construir a imagem da associação como uma “assembléa de competentes”¹⁶⁸ e de seus membros como integrantes da elite médica local.

Fundada “pelo esforço de alguns membros da classe medica patricia para estímulo e defesa de seus interesses”¹⁶⁹, como afirmou o médico Renato de Azevêdo em uma das primeiras sessões da entidade, a SMCPB se inscreve no movimento histórico de formação de associações científicas no Brasil e na América Latina a partir do final do século XIX. Tais associações possuíam fortes vínculos com os nascentes Estados Nacionais latino-americanos. A maioria delas buscava se afirmar como espaço de discussão, formação e produção científica, cuja função social seria elaborar conhecimentos sobre as potencialidades nacionais, visando seu melhor aproveitamento para o engrandecimento da Nação.

¹⁶⁸ Conforme sugerido pelo médico José Londres, citado anteriormente. *A União*, “Sociedade de Medicina”. 20 de mar. 1924.

¹⁶⁹ *A União*, “Sociedade de Medicina e Cirurgia da Parahyba”. 02 de set. 1924.

A partir do final do século XIX, as agremiações científicas, que congregavam intelectuais de diversas áreas, começam a ceder espaço às associações organizadas por diferentes categorias profissionais, como a dos médicos. No caso brasileiro, as Sociedades Médicas tiveram um papel importante nesse cenário, visto que, desde pelo menos as últimas décadas do século XIX, a medicina se converte em um dos principais espaços de produção do conhecimento científico no Brasil. Criada em 1924, a SMCPB buscou se constituir como um espaço de representação profissional e um fórum de discussões científicas. Construída, pela fala de seus membros e pelas páginas da imprensa local, como entidade “competente” e corporação dos “homens cultos” da medicina paraibana, a associação ainda foi favorecida pelo reconhecimento oficial para consolidar sua atuação e, assim, valorizar a ciência que seus membros professavam e defendiam. Nessa busca por legitimidade social para sua corporação, os médicos da SMCPB ainda lançariam mão de outra estratégia: a representação da entidade como uma instituição profissional de caráter científico e de “utilidade pública”¹⁷⁰.

2.2 A ciência a serviço do “bem-estar coletivo”: a SMCPB como instituição de “utilidade pública”

Aquele dia 05 de outubro de 1924 trazia mais uma manhã de domingo ensolarada na capital da Paraíba. No salão nobre da Academia de Comércio Epiácio Pessoa, a Sociedade de Medicina e Cirurgia da Parahyba preparava-se para receber três novos integrantes: os médicos Octavio Oliveira, Tito Lopes de Mendonça e Manuel Florentino¹⁷¹. Aprovada a ata da sessão anterior, “após ligeira rectificação proposta pelo dr. Renato de Azevêdo”, passou-se ao expediente daquela reunião. O presidente Velloso Borges “designou uma comissão composta dos drs. Newton Lacerda, Silvino Nóbrega e José Maciel, para introduzir no recinto aquelles socios eleitos, o que foi feito sob salva de palmas”¹⁷². Em seu discurso de recepção ao novo consócio Tito de Mendonça, o médico José Maciel aproveitou para ressaltar a importância da associação para o fortalecimento da medicina na Paraíba:

Nós médicos, devemos levantar nesta terra, pregando neste recinto as boas idéas, os verdadeiros alicerces do grande edificio da sciencia que professamos. É por meio da nossa sociedade, falando, escrevendo e propalando que conseguiremos firmar o nosso valor como medicos, qualquer que seja a

¹⁷⁰ A ideia de que os médicos paraibanos congregados na SMCPB buscaram legitimar o seu saber representando seu próprio discurso como “científico” e sua entidade profissional como de “utilidade pública”, nos foi sugerida pela leitura do trabalho de Vanessa Lana (2006), sobre a Sociedade de Medicina e Cirurgia de Juiz de Fora, Minas Gerais.

¹⁷¹ *A União*, “Sociedade de Medicina e Cirurgia”. 17 de out. 1924.

¹⁷² *Idem*, 1924.

especialidade a que nos tenhamos dedicado. Finalizando, **eu saúdo a nossa corporação científica**¹⁷³.

O discurso de José Maciel dialoga com outras falas de membros da SMCPB em um aspecto que muito nos interessa aqui. Para ele, seria por meio da associação médica, “falando, escrevendo e propalando”, que os clínicos paraibanos conseguiriam firmar o seu valor. Mas não se tratava de falar “qualquer coisa”. Era indispensável pregar “as boas idéas”. Assim, seria possível aos médicos firmar na Paraíba os “alicerces do grande edifício” da medicina. Porém, Maciel lembra que a medicina, pelo menos aquela que ele e seus colegas de profissão e associação professavam, era “sciencia”. Por isso, a atuação de uma “corporação científica” que discutisse as “boas idéas” da ciência médica, era representada por Maciel como o caminho para que ele e seus colegas conseguissem firmar o seu valor.

Discursos como o de Maciel, realizados nas sessões da SMCPB e depois publicados na imprensa periódica paraibana, faziam circular entre o público leitor¹⁷⁴ a imagem de uma Instituição profissional de caráter eminentemente científico. A intenção de defender os interesses e o “engrandecimento” da corporação médica não era disfarçada pelos membros da associação. O próprio José Maciel, no mesmo discurso citado acima, afirma que todos os sócios fariam “o possível para o engrandecimento de nossa classe”, pois assim estariam cooperando para “o engrandecimento de nossa sociedade”¹⁷⁵. “Engrandecer” a medicina, firmar o valor do médico e da sua associação perante a sociedade paraibana, são objetivos inseparáveis na representação construída por Maciel.

Antes de Maciel, e antes da própria fundação da SMCPB, o médico Adhemar Londres, na reunião de 16 de março de 1924 na qual a elite médica paraibana decidira criar uma associação profissional, não titubeou ao afirmar que, reunidos em uma Instituição, os médicos da Paraíba poderiam trabalhar melhor “pelo interesse da classe e concorrer para a melhoria da medicina, em nosso meio” (CASTRO, 1945, p. 374). O médico Renato de Azevêdo também parecia partilhar a mesma opinião de seus colegas quando sugeriu que a SMCPB havia sido idealizada para “estimulo e defesa” dos interesses da classe médica paraibana¹⁷⁶.

¹⁷³ *O Jornal*, “Sociedade de Medicina e Cirurgia – A sua sessão de 5 do mês p. passado – A posse do dr. Tito de Mendonça, seu discurso de agradecimento e o de recepção do nosso illustre collaborador dr. José Maciel”. 06 de nov. 1924, grifos nossos. Disponível em: <http://hemerotecadigital.bn.br/>. Acesso em 25 ago. 2014.

¹⁷⁴ Algo difícilimo de precisar, porém bastante reduzido nos anos 1920, devido a altos índices de analfabetismo, tiragens reduzidas ou obstáculos financeiros que dificultavam a alguns paraibanos a aquisição dos jornais.

¹⁷⁵ *O Jornal*, “Sociedade de Medicina e Cirurgia – A sua sessão de 5 do mês p. passado – A posse do dr. Tito de Mendonça, seu discurso de agradecimento e o de recepção do nosso illustre collaborador dr. José Maciel”. 06 de nov. 1924. Disponível em: <http://hemerotecadigital.bn.br/>. Acesso em 25 ago. 2014.

¹⁷⁶ *A União*, “Sociedade de Medicina e Cirurgia da Parahyba”. 02 de set. 1924.

Estas representações sinalizam que os médicos da SMCPB não duvidavam que a recém-fundada associação iria contribuir para a valorização da medicina, ao congregar o campo médico na defesa dos seus interesses profissionais. Esse caráter “profissional” da entidade se expressou, por exemplo, quando foram discutidos em suas sessões temas como “Regulamentação profissional [da medicina] na Parahyba” e “Honorarios medicos”¹⁷⁷. Manifestou-se ainda quando Tito de Mendonça, em seu já citado discurso de posse na SMCPB, definiu como “charlatanismo” e “exercício ilegal da medicina” toda prática terapêutica não assentada sob as bases da medicina científica, conclamando seus colegas de profissão e associação a exigir “dos poderes competentes uma repressão a tão inqualificáveis abusos, que fazem periclitarem a vida do doente e o bom nome da medicina brasileira”¹⁷⁸.

Os médicos da SMCPB entendiam-na como uma instituição profissional, que concorreria para firmar os “alicerces” da ciência que professavam e o seu “valor como medicos”, conforme sugeriu José Maciel. Porém, a valorização da medicina operada pela SMCPB não foi realizada apenas pela defesa de interesses profissionais. Em certo sentido, mais do que isso, a associação buscou valorizar a medicina representando o seu saber como “científico” e útil para a sociedade paraibana.

Em um momento histórico de “endeusamento” da ciência enquanto condutora dos destinos humanos, como discutimos no primeiro capítulo deste trabalho, acreditamos que associar o próprio discurso à prática científica constitui uma estratégia importante de legitimação social do saber.

Esse caráter científico do que era feito, discutido e decidido na SMCPB é ressaltado pelos próprios membros da associação por meio de representações da entidade que buscavam produzir legitimidade social para esta ideia. Escrevendo sobre a SMCPB nos anos 1940, Oscar Oliveira Castro (1945, p. 377 – 378), membro da entidade desde seus primeiros anos, sugere que a mesma “foi se transformando, aos poucos, na pioneira do progresso das coisas médicas no Estado, alavanca de estudo de nossos assuntos científicos. Ela estimulava as letras e passava a ser o centro coordenador de todos os esforços da classe”. Ainda de acordo com Castro (1945, p. 377), nas sessões da entidade, multiplicavam-se “os trabalhos escritos, de natureza científica”.

¹⁷⁷ *A União*, “Sociedade de Medicina e Cirurgia da Parahyba. 14 de nov. de 1926. Infelizmente não conseguimos encontrar a ata desta reunião. Nos consta apenas a notícia de *A União* informando que os temas destacados seriam discutidos na sessão seguinte da associação médica.

¹⁷⁸ *O Jornal*, “Sociedade de Medicina e Cirurgia – A sua sessão de 5 do mês p. passado – A posse do dr. Tito de Mendonça, seu discurso de agradecimento e o de recepção do nosso illustre colaborador dr. José Maciel”. 06 de nov. 1924. Disponível em: <http://hemerotecadigital.bn.br/>. Acesso em 25 ago. 2014.

No discurso com que recebeu Tito de Mendonça na SMCPB, José Maciel enfatizou o caráter científico da associação, ressaltando que o novo sócio passava a fazer parte “da nossa sociedade científica”, elogiando-o enquanto “um desses moços ilustrados que fazem da sciencia que professam um sacerdocio sublime”, e como um elemento que enriqueceria o “patrimonio scientifico” da entidade “por seus dotes intellectuaes e por sua nobresa de caracter”¹⁷⁹. Em seu discurso de agradecimento, Tito de Mendonça reforçou a imagem da SMCPB como fórum de discussões científicas, ressaltando o papel da instituição como espaço de formação e de fortalecimento da medicina na Paraíba, ao afirmar que “A classe medica da Parahyba, ressentia-se de uma agremiação onde podesse fazer communicações dos casos mais interessantes da clinica, discutil-os nos seus pontos duvidosos e dest’arte concorrer para a illustração propria e evolução da medicina em nossa terra”¹⁸⁰.

A imprensa também representava a SMCPB como um espaço de produção científica. São comuns as referências da mídia local ao “inestimável beneficio de systematicas pesquisas e observações scientificas”¹⁸¹ que a entidade médica traria à sociedade paraibana. Em novembro de 1924, noticiando a última sessão ordinária da associação, o jornal *A União* veiculou um relatório que informava ao público leitor o “movimento scientifico e social” da SMCPB¹⁸². Constam no relatório as comunicações feitas pelos integrantes da agremiação naquele seu primeiro ano de atividades. Os trabalhos apresentados relacionavam-se mais com a saúde pública e a atividade clínica do que propriamente com questões profissionais da medicina. Nesse sentido, destacam-se discussões sobre a “Assistencia a alienados na Parahyba”, estudos sobre a “Prophylaxia da Febre Amarella”, análises dos resultados obtidos pela “Vaccinação e revaccinação Jenneriana” no combate à varíola, e pareceres sobre as “necessidades e vantagens” da criação de escolas ao ar livre “como medida prophylatica contra a tuberculose infantil”¹⁸³. Sobressaem também os debates sobre casos clínicos “curiosos” e de “diagnose controvertida”. Além destes, a notícia enaltece os “Brilhantes discursos de posse de novos sócios, quasi todos versando sobre assumptos scientificos”.

Mas a imprensa local não ajudaria a construir o embasamento científico da SMCPB perante o público leitor apenas representando a associação como “sociedade científica”, e seus membros como “moços ilustrados”. Principalmente em 1924, primeiro ano da entidade,

¹⁷⁹ *O Jornal*, “Sociedade de Medicina e Cirurgia – A sua sessão de 5 do mês p. passado – A posse do dr. Tito de Mendonça, seu discurso de agradecimento e o de recepção do nosso illustre collaborador dr. José Maciel”. 06 de nov. 1924. Disponível em: <http://hemerotecadigital.bn.br/>. Acesso em 25 ago. 2014.

¹⁸⁰ *Idem*, 1924.

¹⁸¹ *A União*, “Sociedade de Medicina da Parahyba”. 25 de abr. 1924.

¹⁸² *A União*, “Sociedade de Medicina e Cirurgia”. 15 de nov. 1924.

¹⁸³ *A União*, “Sociedade de Medicina e Cirurgia”. 09 de jul. 1924.

o jornal *A União* publicou longos trechos das atas de suas sessões. Nesses casos, destaca-se a divulgação de debates entre os associados sobre casos clínicos considerados “curiosos”, “dignos de estudo”.

É interessante notar que nestas publicações, o jornal não se furta em transcrever o discurso técnico e especializado do médico, inclusive com detalhamento de exames clínicos e laboratoriais¹⁸⁴, discussões sobre etiologia, sintomatologia, terapêutica e profilaxia de doenças, junto com longas citações de autores estrangeiros¹⁸⁵, ou apreciações sobre novos medicamentos¹⁸⁶. Quando a representação deste conhecimento médico é dada à leitura do público pelas páginas da imprensa, destaca-se o desejo dos associados de vincularem a medicina aos “rigores” da ciência.

Ao discutir, por exemplo, a utilização de um novo remédio no combate à tuberculose, preconizado “pelo dr. Cunha Mello” em uma “comunicação feita à Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro”, mas ainda pouco testado e, por isso, não dispo de resultados positivos “comprovados”, o médico Oscar de Castro sentencia seu emprego como mais uma “charlatanice das muitas que se atravessam em meio às pesquisas orientadas por um critério rigorosamente científico, em prol da saúde do povo”¹⁸⁷. Por seu turno, Seixas Maia, outro membro da associação envolvido no debate, acreditava que “em medicina toda precipitação é nociva”. Assim, argumentava não ser científico “condemnar aprioristicamente” o novo medicamento “sem um período aconselhável de experimentação”¹⁸⁸. Encontramos em ambas as posições, apesar das conclusões contrárias, uma ênfase semelhante: as discussões da SMCPB fundamentavam-se nos rigores e nos avanços da ciência, como deveria ser o estudo das questões relacionadas à saúde e a atuação clínica do médico-cientista.

Os membros da SMCPB também buscaram mostrar à sociedade paraibana que a sua associação estava atualizada com os “progressos científicos” da medicina nacional. A imprensa local auxiliou nesta tarefa ao fazer circular entre o público leitor notícias que difundiam esta representação da entidade. Nesse sentido, conferências realizadas por médicos de renome nacional a convite da SMCPB, com destaque para professores das Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, eram amplamente divulgadas pela imprensa, sobretudo no jornal *A União*, por meio de notas que convidavam a sociedade em geral para participar destes “grandes eventos” organizados pela associação médica paraibana.

¹⁸⁴ Cf. *A União*, “Sociedade de Medicina e Cirurgia”. 09 de jul. de 1924.

¹⁸⁵ Cf. *A União*, “Sociedade de Medicina e Cirurgia da Parahyba”. 02 de set. de 1924.

¹⁸⁶ Cf. *A União*, “Na Sociedade de Medicina e Cirurgia – O ‘hemo-sôro-chlorêto’ no tratamento da tuberculose pulmonar”. 11 de ago. de 1928.

¹⁸⁷ Idem, 1928.

¹⁸⁸ Idem, 1928.

Foi o que ocorreu, por exemplo, quando a SMCPB recebeu o médico mineiro Belisário Penna, apresentado ao público por Flávio Maroja como “um precursor e um propagandista servido de invulgar mentalidade científica” dos ideais de higiene e saneamento no Brasil¹⁸⁹. Ou quando a associação médica convidou a sociedade paraibana, por meio da imprensa, para participar da conferência do médico Leoncio Pinto, professor da Faculdade de Medicina da Bahia, que apresentou um trabalho sobre um tema de “anatomia pathologica”, cujo título oferece uma ideia do nível de especialização da comunicação: “Da lymphogranulomatose maligna e benigna”. Segundo a notícia, o professor Leoncio Pinto “demorou largamente” na sua apresentação. Mesmo assim, ainda de acordo com *A União*, conseguiu “manter intenso o interesse do auditório, mesmo dos ouvintes não iniciados na tecnologia medica, pela clareza de sua palavra, ilustrada com o relato de observações e pesquisas de inconfundível merito e originalidade científica”¹⁹⁰.

Para além do possível exagero das notícias sobre a presença e atenção da audiência, outro aspecto nos chama a atenção. Trata-se da representação da SMCPB como entidade que embasava sua atuação nos “rigores” e “progressos” médicos da época, marcando “de forma visível e perpetuada a existência [social] do grupo” (CHARTIER, 2002, p. 23) como uma associação “científica” e, por isso, “competente”. Atuando assim, ela concorria para a produção de conhecimentos científicos na Paraíba, especialmente os da área médica.

Tais publicações, mesmo que esta não fosse a intenção dos editores de *A União*¹⁹¹, construía discursivamente a SMCPB como uma entidade atualizada com as discussões e metodologias médicas mais avançadas da época. Trata-se aqui da fabricação de uma representação social da corporação médica paraibana, na qual os médicos-cientistas são “visualizados” pelo público leitor como a imagem de uma “assembléa competente” formada por “homens cultos” que estudam, discutem e produzem ciência no interior de sua associação.

Essa vontade de visibilidade pública marcou os primeiros anos da SMCPB. Para compreendê-la, é importante lembrar que, especialmente no começo de suas atividades, as associações profissionais normalmente carecem do reconhecimento social. Assim, pode-se compreender melhor o contentamento do presidente da SMCPB, Velloso Borges, ao notar “a

¹⁸⁹ *A União*, “Dr. Belizario Penna – Falando a um redactor desta folha, o illustre hygienista nos transmite suas impressões da Parahyba – Sua recepção na Sociedade de Medicina e Cirurgia – A palestra de hoje no cinema Rio Branco”. 03 de abr. 1927.

¹⁹⁰ *A União*, “A recepção do dr. Leoncio Pinto na Sociedade de Medicina e Cirurgia da Parahyba – A conferência do illustre professor de anatomia pathologica”. 20 de set. 1927.

¹⁹¹ Aqui aparecem novamente os diálogos entre a SMCPB e as autoridades políticas estaduais, pois não podemos esquecer que *A União* era um jornal oficial, que desde sua fundação em 1893, na gestão do presidente Álvaro Machado (que, aliás, foi o seu fundador) possuía uma linha editorial normalmente filiada às diretrizes do governo estadual.

presença de alguns alumnos do Lyceu Parahybano que se dignaram de comparecer à sessão” da entidade¹⁹². Esse desejo de visibilidade também ajuda a explicar os convites publicados nos jornais locais para que a “sociedade paraibana” prestigiasse as conferências (organizadas pela SMCPB) de médicos-cientistas de “renome nacional”¹⁹³. Além disso, a associação buscava se mostrar atuante à sociedade paraibana publicando nos jornais trechos das atas de suas reuniões. Nesses casos, destaca-se a divulgação de trabalhos apresentados nas sessões da entidade e considerados pelos médicos associados como “úteis” à coletividade.

É provável que esta atitude funcionasse como instrumento de legitimação da medicina por meio da divulgação do conhecimento produzido pelos médicos paraibanos. A circulação desse saber por meio da imprensa possibilitaria, sem dúvida, diversas leituras, apropriações, invenções, produções de significados, entre as quais provavelmente estaria a importância e a utilidade social de um saber médico insistentemente veiculado pelos jornais do estado. Neste ponto, nos parece esclarecedora a interpretação da já citada Vanessa Lana (2006) em estudo sobre a Sociedade de Medicina e Cirurgia de Juiz de Fora. Para a autora, publicar as discussões científicas e os trabalhos médicos desenvolvidos no interior da associação, a maioria de teor especializado, constituía, porém, uma importante estratégia de legitimação social da entidade e da própria medicina. Nesse sentido, a publicação das atividades da SMCPB acabava concorrendo para consolidar seu reconhecimento social, pois “na medida em que uma maior parcela da população tomasse conhecimento das atividades produzidas na instituição a divulgação das discussões e do trabalho destes profissionais ganhariam maior visibilidade e importância para a sociedade como um todo” (LANA, 2006, p. 52 – 53).

Por meio de tais estratégias, a SMCPB esforçava-se para construir uma representação de entidade fundamentada na ciência. Aqui seria oportuno lembrar que a aproximação com a ciência, destacando-se a constituição de um arsenal metodológico “científico”, “neutro”, “objetivo”, foi um elemento importante para tornar a ação da medicina ocidental “poderosa” (BASTOS, 2006, p. 71). Mas, embora os membros da SMCPB talvez não o reconhecessem, a ação da medicina não é apenas técnica-científica: ela também é social. Dizer isso não significa sugerir que os esculápios paraibanos não percebiam que a sua prática participava de alguma forma da produção do mundo social. Aliás, o discurso de que as atividades da associação possuíam o “dever social”, em benefício da coletividade, de instruir a população e orientar os

¹⁹² *A União*, “Sociedade de Medicina e Cirurgia”. 09 de jul. 1924.

¹⁹³ *A União*, “Dr. Belizario Penna – Falando a um redactor desta folha, o illustre hygienista nos transmite suas impressões da Parahyba – Sua recepção na Sociedade de Medicina e Cirurgia – A palestra de hoje no cinema Rio Branco”. 03 de abr. 1927; *A União*, “Na Sociedade de Medicina e Cirurgia da Parahyba – Uma conferência do dr. Leoncio Pinto”. 18 de set. 1927.

gestores públicos “para a defesa sanitária”¹⁹⁴ dos paraibanos, sinaliza a percepção que os médicos locais então possuíam sobre suas possibilidades de intervir na produção e reprodução da vida social. Ocorre que, mesmo reconhecendo tais possibilidades de intervenção na sociedade, os médicos “o fazem sem reconhecer esse caráter social no exercício de suas ações. Assim, no âmbito de sua ação técnica, esses profissionais se encontram alienados de sua condição de agentes do próprio social” (MOTA; SCHRAIBER, 2014, p.1089).

Dialogando com Cecília Donnangelo, Mota e Schraiber (2014) consideram que esta alienação do social é resultado da busca pela neutralidade científica almejada pela medicina. Para estes autores, a suposta “objetividade” do saber médico é reforçada devido a medicina “científica” não ter nascido com a emergência da sociedade capitalista. Assim, o discurso da medicina constrói a representação de que a prática do médico se caracteriza pela continuidade de um objetivo a-histórico: o compromisso altruísta com a cura. Na visão destes autores,

por não ter sido criada com o capitalismo – embora nele tenha adquirido sentidos e procedimentos completamente outros, por referência a diferentes modos de produção e estruturação do social – e por sua qualidade de ação de ciência, produz-se para a prática médica uma espécie de continuidade histórica e, por isso mesmo, não apenas uma neutralidade por referência ao social, mas uma constância histórica de suas finalidades como prática (MOTA; SCHRAIBER, 2014, p.1089).

“Sempre” altruístas, “sempre” agindo em defesa do bem-estar coletivo, os médicos paraibanos dos anos 1920 reforçam a legitimidade do seu saber atribuindo-lhe a “neutralidade” e a “objetividade” de um conhecimento científico, cada vez mais técnico e especializado¹⁹⁵. Porém, como lembra Donnangelo (2011, apud MOTA; SCHRAIBER, 2014, p. 1089 – 1090), a medicina, embora aspire à neutralidade, responde a exigências sociais, sendo este o melhor ângulo para se apreender o seu caráter histórico.

Além disso, a medicina ocidental, incluindo-se aí a dos médicos paraibanos dos anos 1920, tem sustentado a objetividade do seu saber alegando um emprego “absolutamente”

¹⁹⁴ *A União*, “A peste na Parahyba – Trabalho lido na sessão de hontem da Sociedade de Medicina e Cirurgia da Parahyba, pelo dr. Flavio Marója”. 30 de out. 1926.

¹⁹⁵ Na conferência que apresentou em 1931, durante as comemorações pelo sétimo aniversário da SMCPB, o médico Lourival Moura afirmou que a medicina paraibana havia alcançado a “época florescente das especializações”. Para reforçar seu argumento, listava alguns especialistas da associação: “Avilla Lins, Lauro Wanderley, Nelson Carreira e Osorio Abath – na cirurgia; João Medeiros, Oscar de Castro e Seixas Maia – na pediatria; Cassiano Nobrega e Josa Magalhães – na oto-rhino-laringologia; Manuel Florentino e Carlos Pires Ferreira – na dermatologia; Seixas Maia – na ophthalmologia; Jayme Lima, Lauro Wanderley, Nelson Carreira – obstetria; Carlos Pires e Newton Lacerda – na psiquiatria; Edrise Villar, Lauro Wanderley e Avilla Lins – gynecologia; Newton Lacerda e outros – na cardiologia e phtisiologia; Osorio Abath e Manuel Florentino – nas vias urinarias; Adhemar Londres – na radiologia. Apesar de algumas particularidades, como médicos especializados em mais de uma área, acreditamos que o discurso de Lourival Moura sinaliza para a crescente especialização da medicina paraibana já no começo dos anos 1930, característica forte da cientificização da prática médica. Cf. *A União*, “Um século de medicina na Parahyba – Conferência do dr. Lourival Moura na sessão do setimo anniversario da ‘Sociedade de Medicina e Cirurgia’ desta capital’. 14, 15 e 16 de maio. 1931.

neutro dos recursos técnicos disponíveis em cada época para curar os corpos doentes. Contudo, embora constitua uma importante estratégia discursiva de legitimação social, esta representação acaba reforçando a ideia de que a medicina configura um saber a-histórico, imune às demandas da sociedade em que atua. Abstraindo a historicidade do seu diálogo com a ciência e da sua apropriação da tecnologia, a medicina consegue se apresentar publicamente como um saber objetivo, o mais competente para lidar com o universo da saúde e da doença. Porém, ao não se perceber com uma prática social, corre o risco de se converter em uma “técnica” cuja finalidade é aplicar ciência para curar “a qualquer custo”, perdendo de vista, porém, que “o próprio uso das tecnologias é maior ou menor, e muda, ora mais, ora menos, em determinadas direções, a depender dos objetivos sociais que esse uso de tecnologias pretenda atingir, na reparação dos adoecimentos” (MOTA; SCHRAIBER, 2014, p.1090).

Porém, como argumentamos no primeiro capítulo deste trabalho, no momento histórico em que a medicina assume um espaço cada vez mais importante nas instâncias de poder, como ocorreu na Paraíba dos anos 1920, a abstração das demandas sociais que conformam a prática médica corre o risco de legitimar, com o seu “rigor científico”, projetos políticos de gestão dos corpos e dos espaços indiferentes à alteridade. Mesmo com tais ressalvas acerca dos problemas implicados na cientificização da medicina, normalmente “silenciados” pela “neutralidade” da prática médica, não podemos negligenciar que a construção discursiva da SMCPB como associação “científica”, e de seus sócios como “homens de ciência”, acabou concorrendo para a valorização da entidade, da atuação profissional de seus membros e da própria medicina.

Construída pelas representações de seus sócios e da imprensa local como congregação de “homens cultos”, que se mostra atenta aos avanços da tecnologia médica e fundamenta sua atuação pública nos “rigores” da ciência, a SMCPB acabou concorrendo para angariar credibilidade profissional para seus associados e legitimação social para a ciência que eles defendiam e professavam. Representado como científico e competente, o seu saber adquiria legitimidade entre o público leitor. Desse modo, em parceria com órgãos da imprensa local e em diálogo com os poderes políticos, a associação “científica” dos médicos paraibanos construía relações de poder que iriam autorizar o seu saber como instrumento de produção de uma Paraíba “medicalizada”. Como se as suas orientações “científicas” fossem o bisturi que iria extirpar da sociedade paraibana – um “corpo enfermo” aos olhos de seus clínicos – as causas do seu “atraso” em matéria de economia e “civilização”, em nome de uma ambígua noção de “bem-estar coletivo”.

Para Sandra Caponi (2000, p. 13), um dos motivos históricos para que a coerção médica fosse tolerada é que ela buscou se apresentar sob a forma “da utilidade e do bem-estar do maior número”. Desse modo, a ciência médica se apresenta como um saber útil à sociedade. Nessa perspectiva, sua utilidade reside na competência que possui para curar os indivíduos em benefício do todo social. Aqui, o compromisso com a cura do outro, finalidade a-histórica e altruísta da medicina, é deslocada para o “corpo social”. Isso ocorre no momento histórico em que a “administração” de uma “população” cada vez mais densa torna-se um problema político e converte-se em mais uma atribuição do Estado. Na administração de tal “corpo social”, a saúde e o bem-estar físico da população se apresentam como importantes demandas que exigem respostas dos poderes políticos. À manutenção da ordem e à promoção do enriquecimento, atribuições “tradicionais” do Estado, se junta “uma nova função: a disposição da sociedade como meio de bem-estar físico, saúde perfeita e longevidade” (FOUCAULT, 1979, p. 197).

Esta experiência histórica, situada por Foucault (1979) no final do século XVIII para os países da Europa Ocidental, embora de difícil precisão cronológica, parece dar seus primeiros passos na Paraíba a partir da segunda metade do século XIX, sendo o surgimento das primeiras leis de saúde pública naquela época o principal indício desta nova preocupação política com o bem-estar físico do “corpo social”. Mais do que demarcar sua origem histórica, importa destacar que na Paraíba dos anos 1920 a saúde da “população” já estava “naturalizada” como atribuição das autoridades políticas. Isso significa que, por essa época, já se encontrava firmada entre as elites econômicas e políticas do estado a ideia de que “Os traços biológicos de uma população se tornam elementos pertinentes para uma gestão econômica e é necessário organizar em volta deles um dispositivo que assegure não apenas sua sujeição, mas o aumento constante de sua utilidade” (FOUCAULT, 1979, p. 198).

Nesse sentido, acreditamos que os membros da SMCPB buscaram angariar legitimidade para sua entidade e profissão representando o seu saber como útil ao “bem-estar coletivo”, pois cientificamente competente para administrar os “traços biológicos” de uma população cada vez mais densa e complexa. Medicalizando hábitos e orientando políticas a partir do conhecimento científico, a medicina seria útil à sociedade paraibana ao tornar “saudável” e “útil” o seu “corpo social”.

Curar a “população paraibana”, resguardando-a das endemias e epidemias, tornando-a “saudável” e “útil”, era um objetivo da SMCPB que a legitimaria como instituição de “utilidade pública”. Uma das formas de cumprir esse “dever social” era medicalizando os hábitos dos “paraibanos”. Na década de 1920, os médicos paraibanos pareciam concordar que

a educação sanitária era um meio capaz de concretizar tais objetivos. E lá foram os esculápios da associação educar os “paraibanos” com o saber da higiene e da medicina sanitária.

Em 1926, por exemplo, Flávio Maroja apresentou para seus colegas de SMCPB um trabalho sobre “A peste na Parahyba”¹⁹⁶. Seu objetivo não era discutir com os colegas de associação os aspectos médicos da doença. Maroja parecia ter em mente um público mais vasto e menos especializado. Para ele:

Não se faz preciso no presente trabalho falar da pathologia, fórmulas clínicas, symptomatologia, diagnostico, anatomia patologica, tratamento, etc., bastando que **se torne largamente conhecida a sua prophylaxia, para a defesa sanitaria de quantos se vêem ameaçados** de seus insidiosos ataques¹⁹⁷.

Os médicos da associação encontravam-se entre os que, por “ignorância sanitária”, estavam “ameaçados” pelos “insidiosos ataques” da peste bubônica? Acreditamos que não. As palavras introdutórias de Maroja¹⁹⁸ sinalizam outro interlocutor privilegiado: o público leitor da imprensa local, que teve acesso ao trabalho por intermédio das páginas dos jornais paraibanos. A SMCPB, por meio da imprensa, tentava afirmar sua “utilidade pública”, ao cumprir sua “função social” fazendo circular entre o público leitor um saber médico que lhe permitisse a “defesa sanitaria” contra a peste.

Uma das preocupações de Maroja era o comportamento relapso dos “paraibanos” nos cuidados com a saúde. Na sua visão, a Paraíba estava sempre exposta ao ataque das doenças, pois os “paraibanos” teimavam em adotar comportamentos saudáveis e higiênicos apenas após a irrupção do mal. Desse modo, lamentava que seus concidadãos só se lembrassem

[...] que existe uma prophylaxia essencial para as molestias transmissiveis, para as moléstias infecto-contagiosas, quando estas se derramam no seio das populações, se propagam às vezes violentamente, aumentando o nosso obituario e offerecendo margem para argumento valioso em nosso desfavor, senão em nosso descredito em materia de hygiene e saúde publica¹⁹⁹.

Diante da ocorrência de uma “doença suspeita”, “precedida d’uma sensível mortandade de ratos” e apresentando “todos os caracteres da peste de fórmula bubonica” no município de Sapé, a cerca de 50 quilômetros da capital, em setembro daquele ano, este relapso sanitário dos “paraibanos” tornava-se ainda mais preocupante. Diante disso, a peste tornava-se um problema que “deve interessar a todo o territorio parahybano”. Daí a

¹⁹⁶ *A União*, “A peste na Parahyba – Trabalho lido na sessão de hontem da Sociedade de Medicina e Cirurgia da Parahyba, pelo dr. Flavio Marója”. 30 de out. 1926.

¹⁹⁷ *Idem*, 1926, grifos nossos.

¹⁹⁸ Neste caso, não devemos perder de vista que Flávio Maroja foi um dos principais defensores da educação sanitária da população paraibana durante as primeiras décadas do século XX. Dessa forma, sua atuação como médico-higienista e educador sanitário, nos permite pensar os objetivos educativos deste seu texto como tendo sido construídos na tessitura das relações entre o indivíduo e a sua corporação profissional.

¹⁹⁹ *Idem*, 1926.

preocupação de Maroja em oferecer aos “paraibanos” a educação sanitária necessária para se proteger contra a doença, por intermédio de mais um trabalho que buscava “vulgarizá-la mesmo no seio dos povos incultos, instruindo-os sobre a prophylaxia da peste”²⁰⁰.

Por meio de discursos como esse os membros da SMCPB construíam para si uma representação social de “defensores da saúde pública”, que, enquanto “homens de ciência”, seriam “competentes” para prescrever aos “paraibanos” as atitudes necessárias para preservar a própria saúde em benefício do bem-estar coletivo. Nesse sentido, a associação médica não se limitava a ser uma agremiação científica e profissional, que estudava a ciência médica e defendia os interesses da sua corporação. Ela se colocava em uma posição de neutralidade científica para intervir na sociedade sempre que os problemas da saúde local demandassem as orientações do saber médico para que o bem-estar do “corpo social” fosse preservado. Medicalizar os “paraibanos”, normalizando suas posturas e educando-os em matéria de saúde e higiene, para que eles fossem capazes de defender sanitariamente a si mesmos e a Paraíba, era a sua “função social”.

Em momentos como este, quando os descuidos sanitários dos “paraibanos” contribuíam para o “fantasma” das epidemias, a utilidade pública da SMCPB era ainda mais ressaltada por seus membros, que representavam sua associação como uma espécie de “protetora abnegada e altruísta” da saúde na Paraíba. Seus trabalhos de divulgação do conhecimento médico e educação sanitária dos “paraibanos” poderiam salvaguardar a saúde do “corpo social”, ao convencer todos, mesmo “no seio dos povos incultos”, sobre a importância de cuidar da saúde íntima e social. Isto porque a medicalização da Paraíba também seria operada pelo convencimento, pela educação sanitária. Por isso se fazia necessário divulgar os conhecimentos médicos sobre as diversas doenças que infelicitavam os “paraibanos” para além do círculo restrito da SMCPB, pois a “simples leitura” de trabalhos como o de Maroja, “bem oportuno no momento de apreensões como o que atravessamos, deve instigar-nos à prática das severas medidas contra o mal”²⁰¹.

Ampliar o “auditório” dos “úteis” saberes médicos constitui uma estratégia de legitimação, um instrumento de construção da “ordem médica” na Paraíba. Como esclarece José Gondra (2003), apropriados no interior do campo médico, preceitos médico-higiênicos como os que Maroja buscava empregar na educação sanitária dos “paraibanos”, “não deveriam ficar circunscritos a esse espaço. [...] Desse modo, na imprensa, na literatura, nas belas-artes e nos tratados/dicionários médicos é possível atestar a ampliação do auditório a ser

²⁰⁰ Idem, 1926.

²⁰¹ Idem, 1926.

constituído pelo discurso higienista” (GONDRA, 2003, p. 34). Aconselhar a sociedade, ampliando a audiência do saber médico, contribuiria para “medicalizar” os sentidos do público leitor, convencendo-o de que a Paraíba estava enferma e precisava ser curada.

A divulgação dos preceitos médicos para um círculo social mais vasto torna-o mais presente na vida dos “paraibanos”. Esta maior visibilidade pública da medicina chama a atenção da sociedade para as questões da saúde. Assim, vai sendo fabricada entre o público leitor uma sensibilidade cada vez mais familiarizada com os preceitos médicos e que duvida cada vez menos da utilidade pública da medicina. Talvez para convencer seus virtuais leitores sobre esta utilidade, mostrando que os “paraibanos” necessitavam dos preceitos médicos, Flávio Maroja conclui o seu texto com as seguintes palavras: “Com a publicação do presente trabalho nenhum fim tenho em vista além do de orientar e advertir a nossa gente, sempre apanhada de surpresa nas incursões epidêmicas que lhes estão a perturbar a vida e desorganizar o trabalho”²⁰². Desse modo, as prescrições médicas dirigidas ao “corpo social” concorreriam para o “bem-estar” coletivo ao instruir os “paraibanos” sobre o modo mais adequado de cuidar da saúde, evitando, assim, que sua vida fosse “perturbada” e seu trabalho fosse “desorganizado” pelas doenças.

O objetivo de educar sanitariamente os “paraibanos” motivou a SMCPB a produzir um boletim com “alguns conselhos sobre hygiene que todos devem lêr e praticar”. Por meio do boletim, a SMCPB esperava cumprir o que *A União* chamou de “**louvável intuito de instruir a população** desta cidade [a capital do estado] sobre os meios de evitar e combater a febre typhoide”²⁰³. O referido material possui uma linguagem relativamente acessível ao público leitor não-especializado. Ele é constituído por três partes. Na primeira, explica o que é a doença e de quais formas ela se manifesta no organismo humano. Na segunda, aponta as principais formas de contágio e infecção. Na terceira, lista conselhos higiênicos que deveriam ser tomados pela população em épocas de epidemia.

O boletim, além de ter sido publicado na íntegra por *A União*, foi produzido para circular entre os habitantes da capital paraibana, “sendo profusamente distribuído”, conforme o próprio periódico. A confecção do material, sua linguagem relativamente acessível e o objetivo declarado de que ele fosse distribuído e circulasse entre o grande público, sinalizam com maior clareza a ideia de que a divulgação do saber médico era um objetivo importante para a SMCPB. Dessa vez as prescrições da entidade visavam um público ainda maior, pois não se limitavam, como destacamos acima, ao restrito público leitor da imprensa local. Nesse

²⁰² Idem, 1926.

²⁰³ *A União*, “A febre typhoide e sua prophylaxia”. 22 de jul. 1927, grifos nossos.

sentido, acreditamos que a ampliação do “auditório” do discurso médico foi uma estratégia da associação médica para se fazer mais presente na vida dos “paraibanos”. Assim, a agremiação poderia conquistar o reconhecimento social e concorrer para o fortalecimento da medicina apresentando-se na cena pública como uma entidade atuante na área da saúde, mostrando-se “útil” ao instruir os “paraibanos” sobre como lidar com as doenças.

Em outubro de 1927, a SMCPB voltou sua atenção para “um assumpto que interessa grandemente a comunhão social”²⁰⁴. Tratava-se do alcoolismo²⁰⁵. Fernando Sérgio Dumas dos Santos mostra que ao longo do século XIX ocorreu a transformação da “antiga bebedeira no moderno alcoolismo” (NASCIMENTO; CARVALHO, 2004, p. 310). Nesse contexto, o conhecimento médico constrói o alcoolismo como uma doença que, além disso, concorreria para outras enfermidades. Desse modo, a prática do consumo abusivo de bebidas alcoólicas é representada como uma patologia que poderia causar lesões no organismo, tornar o indivíduo mais suscetível a contrair certas doenças como a tuberculose e colocar em cheque a integridade do seu sistema nervoso. O alcoolismo torna-se sinônimo de excesso, algo que impede a vida em sociedade. De acordo com Fernando Sérgio Dumas dos Santos:

As bebidas alcoólicas realçavam os elementos negativos da miséria, da indigência, da vagabundagem e de outras figuras similares. Seu principal efeito observado sobre o homem – a liberação das paixões e dos traços de personalidade recessivos, ou que raramente aparecem – não coadunavam com a vida numa coletividade de dezenas ou centenas de milhares de pessoas (NASCIMENTO; CARVALHO, 2004, p. 317).

Segundo Fernando Sérgio Dumas dos Santos, apesar da diversidade de diagnósticos, subsidiado pelas pesquisas dos alienistas sobre as enfermidades mentais e pelo conceito eugênico de “degeneração”, o saber médico buscou circunscrever o alcoólatra como um “doente da mente”. Na mesma linha, buscou-se construir sua imagem como um indivíduo “degenerado” do ponto de vista físico (órgãos prejudicados pelo álcool) e moral (hábitos que não condiziam com os padrões do que se definia como “normalidade”). Ainda para o referido autor, a partir da segunda metade do século XIX, a condenação médica sobre o consumo excessivo de bebidas alcoólicas foi acompanhada pela tentativa de medicalizar o alcoólatra, no momento histórico em que

[...] a medicina assumira um papel decisivo na formulação do arsenal de regras e posturas da sociedade burguesa, buscando preservar as forças dos corpos e das mentes para um mercado de trabalho assalariado em formação e que exigia jornadas diárias extenuantes. A racionalidade cientificista de seus paradigmas ajustava-se às

²⁰⁴ A *União*, “Triduo Anti-Alcoolico”. 18 de out. 1927.

²⁰⁵ Segundo Fernando Sérgio Dumas dos Santos, “O termo alcoolismo foi criado pelo médico sueco Magnus Huss, em 1849, tendo sido esta a primeira vez em que este conceito foi utilizado, num trabalho científico, para designar o conjunto de lesões e fenômenos produzidos pelo largo consumo de bebidas alcoólicas” (NASCIMENTO; CARVALHO, 2004, p. 308).

necessidades de construção e manutenção desta ordem e de invenção de novas tradições. Destaca-se, neste período, a imbricação entre as regras morais e higiênicas, convergindo com rigor sobre os modos e procedimentos sociais. As experiências e observações remetiam, invariavelmente para situações e ações cotidianas, trazendo uma condenação moral do hábito de usar bebidas alcoólicas (NASCIMENTO; CARVALHO, 2004, p. 310).

Em 15 de outubro de 1927, o jornal *A União* dava conta de que a Sociedade de Medicina e Cirurgia da Parahyba fora informada sobre a realização de uma semana anti-alcoolica na cidade do Rio de Janeiro, organizada pela Liga Brasileira de Higiene Mental. Esta entidade entrara em contato com a SMCPB em função de seu desejo de que “todos os Estados da federação a secundem nessa obra de alto valor social”²⁰⁶. Em certo sentido, ao instar a associação médica paraibana a organizar um evento semelhante ao que iria realizar na capital federal, a Liga Brasileira de Higiene Mental sinalizava certo “protagonismo” da SMCPB no campo médico paraibano. *A União* explicava ainda que “Na impossibilidade, porém, pela escassez do tempo, de poder realizar uma semana, resolveu a nossa Sociedade de Medicina fazer apenas um triduo”²⁰⁷, no qual os membros da entidade apresentariam trabalhos sobre o alcoolismo. A notícia se encerrava defendendo a importância do evento para a sociedade paraibana, visto que nele iria ser publicamente discutido “assumpto tão empolgante como é o do combate ao alcoolismo, que consitue um dos vultosos flagellos sociaes”²⁰⁸.

No dia 18 de outubro, *A União* divulgou a programação do evento. Os títulos dos trabalhos que seriam apresentados sinalizam importantes aspectos da compreensão médica então vigente sobre o alcoolismo. No dia 19, Sá e Benevides apresentaria o trabalho “Do alcoolismo e sua prophylaxia”, enquanto José Maciel falaria sobre o tema “O alcool é um perigo social”. No dia seguinte, Flávio Maroja apresentaria uma conferência sobre “Maleficios do alcoolismo”, e Seixas Maia falaria sobre “Herança alcoolica”. No dia 21, encerrariam o evento Octavio Soares, com sua palestra sobre “Psychismo e alcoolismo”, Oscar de Castro falando sobre “Propaganda anti-alcoolica”, e Josa Magalhães que trataria sobre “O alcoolismo no Brasil”. A nota ainda informava que a SMCPB convidava “as autoridades, a imprensa e as diversas classes” para participarem das sessões, que seriam abertas ao público, visto abordarem temas de interesse para a sociedade paraibana, especialmente para os que “desconhecem os efeitos perniciosos das bebidas alcoolicas”²⁰⁹.

²⁰⁶ *A União*, “A semana anti-alcoolica”. 15 de out. 1927.

²⁰⁷ *Idem*, 1927.

²⁰⁸ *Idem*, 1927.

²⁰⁹ *A União*, “Triduo Anti-Alcoolico”. 18 de out. 1927.

O evento ocorreu no salão nobre a Academia de Comércio Epitácio Pessoa, na época a sede da SMCPB. Sua gratuidade e o convite para a participação dos diversos grupos sociais sinalizam o desejo de publicizar as discussões médicas sobre o alcoolismo. A imprensa representou o evento como de grande utilidade e interesse público, compreensão que provavelmente também era partilhada pelas elites políticas e econômicas da Paraíba, visto que a medicalização do álcool dialogava com o objetivo de “disciplinar os hábitos das classes trabalhadoras”, sendo o abuso do álcool visto pelos grupos dominantes como um dos fatores que interferia na disciplina do trabalho, como argumenta o já citado Fernando Sérgio Dumas dos Santos (NASCIMENTO; CARVALHO, 2004, p. 311).

O evento foi noticiado por *A União*. Embora a produção e a circulação de informações por meio da mídia não impliquem a submissão do leitor aos discursos da imprensa, mas sim uma relação de negociações, aceitações e recusas (HALL, 1980 apud OLIVEIRA, 2010, p. 05), lendo as páginas deste jornal os leitores paraibanos poderiam interpretar que os médicos locais estavam preocupados com os problemas sociais gerados pelo alcoolismo e engajados na sua resolução. O jornal enalteceu a fala do médico Sá e Benevides, que, no primeiro dia do evento, abordou o “alcoolismo e suas tristes consequências, externando-se longamente sobre a prophylaxia **dessa praga social**”. Ainda na primeira noite do “Triduo anti-alcoolico”, José Maciel alertou a “numerosa assistencia”, que incluía representantes dos poderes políticos locais, de que “O alcool é um **perigo social**”²¹⁰.

No segundo dia do evento, o médico Seixas Maia explicou ao auditório, constituído segundo *A União*, de “crescido numero de pessôas representativas de nossa sociedade”, incluindo-se aí “alumnos dos estabelecimentos secundarios”, como “se opera a transmissão da tara alcoolica. Revelou as psychopathias decorrentes da embriaguez [...] as predisposições a que estão sujeitos os descendentes de alcoolatras, entre as quaes avultam as inversões moraes, as tendencias para o suicidio e para o crimes”. Para sustentar suas afirmações, Seixas Maia citou “varias auctoridades scientificas”²¹¹. Seguindo o mesmo caminho, Flávio Maroja fez questão de fundamentar cientificamente suas análises sobre os “Malefícios do alcool”, fazendo “numerosas citações, evocando as palavras de varias summidades estrangeiras e nacionaes em torno ao alcoolismo”²¹².

O terceiro e último dia do evento foi marcado pela comunicação do médico Octavio Soares sobre “Psychismo e Alcoolismo”. Soares explicou ao auditório que se fazia urgente

²¹⁰ *A União*, “Triduo Anti-Alcoolico”. 20 de out. 1927, grifos nossos.

²¹¹ *A União*, “Triduo Anti-Alcoolico”. 21 de out. 1927.

²¹² *Idem*, 1927.

combater o alcoolismo “para evitar as doenças que esse tóxico vae espalhando” entre os “paraibanos”. Citando “abalizados cientistas”, enumerou diversas “perturbações mentaes produzidas pela alcool”, falando para uma audiência atenta, sobre os “enfraquecidos hereditariamente, cuja situação é devida simplesmente aos ascendentes alcoolatras”²¹³. Reforçando os argumentos de Soares, Oscar de Castro realizou a última comunicação do evento, defendendo o aumento dos impostos sobre o consumo de bebidas alcoólicas, a propaganda antialcoólica e a educação sanitária, por meio de cartazes e desenhos “espalhados pelo paiz inteiro e os ensinamentos nas escolas” como medidas mais eficientes para combater o que ele definiu como o “peor dos falgellos”, pois, na sua visão, o alcoolismo “alem de agir sobre o indivíduo transmite os seus funestos efeitos aos descendentes”²¹⁴.

As notícias do jornal *A União* são as únicas fontes que conhecemos (até o momento) sobre o “Triduo Anti-Alcoolico”. Assim, o que sabemos sobre o evento provém da cobertura que este periódico realizou sobre o mesmo. Como as notícias veiculadas por *A União* forneciam apenas um resumo das sessões, o jornal acabava não mencionando aspectos importantes das conferências, como os nomes das “varias auctoridades scientificas” citadas pelos médicos da SMCPB para fundamentar suas posições sobre o alcoolismo. Uma exceção foi o médico mineiro Belisário Penna, cuja citação feita por Flávio Maroja, durante sua conferência sobre os “Maleficios do alcool”, recebeu maior atenção do jornal. Um dos principais divulgadores dos ideais higienistas e sanitaristas no começo do século XX, Penna também foi um crítico voraz do consumo de bebidas alcoólicas.

Segundo o médico mineiro, o alcoolismo prejudicava o funcionamento de vários órgãos, atacava o sistema nervoso, degradava o cérebro e deteriorava o sangue, cuja “pureza” era vista por ele como o principal fator de saúde e vigor do organismo (PENNA, 1921, p. 31 – 32). Além disso, acreditava que o alcoolismo era uma das principais causas de males como a tuberculose, e um dos maiores responsáveis pelas doenças mentais e pelos comportamentos criminosos. O pior de tudo, na visão de Penna, era que o alcoolismo não atacava somente o indivíduo alcoólatra: ele também afetava as futuras gerações, que herdariam a degradação física, mental e moral de seus parentes alcoólatras, colocando em risco o futuro da nação. Para combater o alcoolismo, Belisário Penna defendia, entre outras medidas, a educação higiênica e um maior controle do Estado sobre o comércio das bebidas alcoólicas, inclusive com o aumento dos impostos sobre a produção e o consumo (PENNA, 1921, p. 146 – 151).

²¹³ *A União*, “Triduo Anti-Alcoolico – O seu encerramento hontem”. 22 de out. 1927.

²¹⁴ *Idem*, 1927.

Ideias semelhantes às de Penna foram defendidas pelos médicos paraibanos durante o “Tríduo Anti-Alcoolico”. Em certo sentido, isto sinaliza que o tratamento local da questão dialogava de alguma forma com o que era discutido pelo campo médico em nível nacional em termos de normalização e normatização de comportamentos, haja vista a posição que Belisário Penna exerceu como um importante divulgador dos ideais médicos de higienização da sociedade brasileira durante a Primeira República.

Os títulos das conferências apresentadas no evento, bem como o relato de *A União* sobre elas, sinalizam aspectos importantes da compreensão que os médicos da SMCPB tinham sobre o alcoolismo. O excesso no consumo de álcool era visto como uma patologia, mas também como um “mau hábito” que poderia desencadear outras “doenças”, físicas, mentais e “morais”. Defendia-se a propaganda, desde a escola, como medida profilática contra o alcoolismo, visto como um problema social que mantinha ligações com aspectos psíquicos e hereditários, mas que poderia ser combatido por meio da educação sanitária.

Nesse sentido, o abuso no consumo de bebidas alcoólicas constituía um problema que interessava “grandemente a comunhão social”²¹⁵, sobretudo porque era danoso ao futuro das sociedades, devido à transmissão hereditária de seus prejuízos. Ao se referir aos “funestos efeitos” transmitidos à descendência pelos alcoólatras, os médicos da SMCPB sinalizavam certo diálogo com o discurso da eugenia²¹⁶.

O pensamento eugênico²¹⁷, que se desenvolveu desde a segunda metade do século XIX, teve seu auge no período entre as duas guerras mundiais, época em que chegou a ter o estatuto de ciência. Segundo Jerry Dávila (2006, p. 31) “A eugenia foi uma tentativa científica de ‘aperfeiçoar’ a população humana por meio do aprimoramento de traços hereditários – noção popular por toda a Europa e Américas no período entre guerras”. Se o apogeu da eugenia acontece no intervalo das guerras mundiais, as representações eugênicas buscavam sua base de sustentação intelectual num passado bem mais distante. Segundo André Mota (2003), os autores que dialogavam com este campo de saber defendiam a validade de suas

²¹⁵ *A União*, “Tríduo Anti-Alcoolico”. 18 de out. 1927.

²¹⁶ Segundo Azemar Soares Júnior (2011, p. 95), as primeiras notícias sobre eugenia na Paraíba datam dos anos 1920, embora o autor ressalte que no sudeste do Brasil tais ideias já estavam sendo discutidas desde, pelo menos, uma década antes. Lilia Moritz Schwarcz (1993, p. 215) mostra que desde 1923 artigos que defendiam projetos eugênicos podem ser encontrados na *Gazeta Médica da Bahia*. Ao lado de tais textos, instituições como a Sociedade Eugênica de São Paulo, organizada pelo médico Renato Kehl (DÁVILA, 2006, p. 54), sinalizam a circulação da eugenia no país e sua recepção pelo campo médico brasileiro.

²¹⁷ A eugenia defendia que a origem dos males humanos, sejam eles físicos ou morais, é hereditária. Segundo o discurso eugênico, o que determinaria a existência de indivíduos sadios em detrimento dos “degenerados”, seriam fatores de três ordens: a hereditariedade; o meio ambiente; e a educação. Contudo, a herança genética condicionaria os demais fatores (MOTA, 2003).

formulações afirmando que a preocupação com o melhoramento hereditário da humanidade remontaria aos tempos bíblicos e às sociedades clássicas da Grécia e Roma.

O conceito de degeneração é, portanto, central em todo o pensamento eugenista, que tem como pressuposto a formação de uma raça superior. Degenerados, nessa concepção, são todos os indivíduos que apresentam “defeitos” no aspecto físico, cognitivo e moral, estando incluídos, nesse grupo, loucos, viciados, transgressores sexuais e os negros de maneira geral. De acordo com o discurso eugenista, esses sujeitos deveriam ser até proibidos por lei de contrair casamento. Essa medida buscava evitar que novas gerações nascessem “degeneradas”, na medida em que os defensores do pensamento eugênico acreditavam que a degenerescência era hereditária (PEREIRA, 2006).

Como mostramos acima, citando Jerry Dávila, a eugenia visava o “aperfeiçoamento” dos seres humanos, por meio do aprimoramento de traços hereditários. Esse aprimoramento genético, por sua vez, seria concretizado por meio de intervenções científicas, médicas e culturais. Nessa perspectiva, o próprio Dávila considera que, nas primeiras décadas do século XX, a educação pública brasileira foi um dos principais campos para a ação social daqueles que se empenharam na construção de uma nação eugênica e higienizada, tentando por em prática nas políticas educacionais suas ideias e hipóteses sobre a regeneração eugênica do país. Constituiu-se, assim, uma espécie de “nacionalismo eugênico”²¹⁸, por meio do qual se buscava superar as deficiências da nação através de um programa eugênico posto em prática atrelado às políticas públicas de educação e saúde (DÁVILA, 2006, p. 32).

Contudo, a apropriação da eugenia para interpretar os rumos da sociedade brasileira, gerou alguns embaraços. O problema é que o pensamento eugênico dialogava com uma perspectiva extremamente racista. Desse modo, classificando os indivíduos segundo a cor de sua pele, o discurso dos eugenistas afirmava a superioridade da “raça” branca e a degeneração “natural” das pessoas não-brancas (DÁVILA, 2006, p. 26). Esta interpretação acabava se tornando um problema no Brasil, onde “o processo de formação de uma identidade nacional esteve fortemente associado ao debate sobre a diversidade étnica, ou, se quisermos ser fiéis aos termos utilizados no final do século XIX e início do século XX, aos temas da raça e da mestiçagem” (LIMA, 1999, p. 27). Assim, no discurso da eugenia, a mestiçagem, algo característico da formação social brasileira, era representada como uma barreira à prosperidade do país. Disso surgia uma importante questão: como superar os obstáculos

²¹⁸ Segundo Jerry Dávila (2006, p. 54), “A eugenia brasileira era defendida por uma confederação de médicos, cientistas e cientistas sociais unidos por seu desejo nacionalista de ver o Brasil sair da beira da degeneração provocada pela mistura de raças e culturas, e pela pobreza e costumes primitivos e insalubres”.

colocados pela mestiçagem, sem prescindir de uma população mestiça em sua maioria. A “solução” encontrada pelos eugenistas brasileiros foi realizar um descolamento estratégico, assim analisado por Jerry Dávila:

[...] por volta da segunda década do século XX, as elites começaram a tentar escapar da armadilha determinista que prendia o Brasil ao atraso perpétuo por causa de sua vasta população não-branca. Em substituição, abraçaram a noção de que a degeneração era uma condição adquirida – e, portanto, remediável. A negritude conservava todas as suas conotações pejorativas, mas os indivíduos podiam escapar à categoria social da negritude por meio da melhoria de sua saúde, nível de educação e cultura, ou classe social (DÁVILA, 2006, p. 26).

Isso foi possível por causa das divergências de interpretação dentro do próprio campo da eugenia. Dialogando com Nancy Stepan, Jerry Dávila (2006, p. 52 – 53) mostra que nas primeiras duas décadas do século XX, havia uma clara oposição dentro dele. Essa oposição era polarizada pelos defensores de uma eugenia “leve” e os que advogavam uma eugenia “pesada”. Os eugenistas “leves” acreditavam na possibilidade de melhorar o material genético de uma pessoa através do cuidado com a saúde, com a reprodução, com as circunstâncias ambientais, e por meio dos valores culturais transmitidos pela educação. Já os defensores da eugenia “pesada”, discordavam da possibilidade de regenerar alguém no curso de sua própria vida. Assim, concentravam seus esforços “na eliminação de traços indesejáveis por meio do controle de reprodução” (DÁVILA, 2006, p. 53).

A apropriação da eugenia “pesada” inviabilizaria qualquer projeto de Brasil, pelos menos em curto e médico prazo. E isso parecia inaceitável para as elites brasileiras da época, desejosas de tornar o Brasil um país moderno e próspero, para disso tudo extrair o máximo proveito material e simbólico. Assim, os adeptos da eugenia no Brasil tenderam a dialogar com a perspectiva “leve” deste pensamento. Isso porque, embora discursos como o da medicina e o da eugenia aspirem a “objetividade” de um julgamento “científico” da “realidade”, eles partem de determinadas posições sociais e “produzem estratégias e práticas (sociais, escolares, políticas) que tendem a impor uma autoridade à custa de outros, por elas menosprezados, a legitimar um projeto reformador **ou a justificar, para os próprios indivíduos, as suas escolhas e condutas** (CHARTIER, 2002, p. 17, grifos nossos). Assim, a apropriação de uma definição mais “branda” da eugenia acabava conferindo à educação sanitária um significado especial, pois através dela brancos pobres e brasileiros de cor podiam ser regenerados ainda em vida, por meio da subjetivação de hábitos eugênicos e higiênicos²¹⁹.

²¹⁹ Segundo Dávila, a eugenia deu margem a projetos de modernização do Brasil centrados na ideia de “embranquecimento” da população brasileira. Porém, o autor explica que, se no final do século XIX e nos primeiros anos do XX a questão da imigração europeia colocava em pauta o embranquecimento físico da sociedade brasileira, o movimento pela saúde e higiene pública, acentuado nos anos 1920, colocaria no centro da

O “receituário eugênico” que circulou no Brasil – primeiro em grandes centros como São Paulo e Rio de Janeiro e depois em estados “periféricos” como a Paraíba – constituiu um projeto de “regeneração” social baseado em políticas higienistas e ações educacionais. Assim, o caráter mais “maleável” dos conceitos de eugenia, “degeneração” e “regeneração” que foram apropriados em terras brasileiras elevou a importância das ações de propaganda e educação sanitária no combate aos comportamentos considerados “degenerados”, tais como o alcoolismo. Desse modo, não é de espantar que o médico Oscar de Castro tenha defendido no “Tríduo Anti-Alcoolico” da SMCPB a “Propaganda anti-alcoolica” e a educação sanitária desde a escola como as medidas que “dariam melhores resultados” no combate ao alcoolismo²²⁰. Dialogando com esta perspectiva, os médicos paraibanos que representaram a SMCPB no “Tríduo Anti-Alcoolico”, defendiam que o abuso no consumo do álcool prejudicava não apenas o organismo do alcoólatra, mas inviabilizava a formação de uma sociedade moderna, próspera e “civilizada”, ao transmitir para a descendência os fatores de “degeneração”, perpetuando uma população de “inválidos”.

Ao debater o alcoolismo, a SMCPB se mostrava atualizada com as “autoridades científicas” e “sumidades estrangeiras e nacionais” que abordavam o tema em uma perspectiva médica e eugênica. Divulgando para “as diversas classes” o conhecimento médico sobre um tema considerado pela corporação médica e pelas elites locais como “um dos vultosos flagellos sociaes”, a associação conseguia visibilidade na cena pública, apresentando-se como um órgão científico útil à sociedade, que oferece o seu saber médico-científico para educar e curar em prol do “bem-estar coletivo”, desta e das futuras gerações.

As autoridades sanitárias da Paraíba pareciam estar cientes do “protagonismo” que a SMCPB exercia no universo médico local. Ou pelo menos tentaram mostrar aos “paraibanos” que suas ações à frente dos serviços de saúde estavam “autorizadas” pela associação médica. Foi isso que *A União* informou aos seus leitores ao noticiar a 6ª sessão ordinária da entidade, realizada em 5 de outubro de 1924. Naquela reunião, o presidente da SMCPB, Velloso Borges, prestou conta aos associados de uma visita feita aos serviços mantidos na capital pela Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural²²¹. A visita tinha o objetivo de “avaliar, de perto,

discussão as políticas de educação e saúde pública que possibilitariam “embranquecer o comportamento e as condições sociais” da população brasileira (DÁVILA, 2006, p. 55).

²²⁰ *A União*, “Tríduo Anti-Alcoolico – O seu encerramento hontem”. 22 de out. 1927.

²²¹ A Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural foi estabelecida na Paraíba por intermédio de um convênio entre o governo federal e o governo estadual, pactuado em 13 de dezembro de 1920, embora só tenha iniciado seus trabalhos efetivamente em 1921. Até 1923, ela foi dirigida pelo médico carioca Acácio Pires. A partir deste ano passou a ser coordenada por Cavalcante de Albuquerque (OLIVEIRA, 1968). Interessante notar que nesta mesma sessão o médico Silvino Nóbrega apresentou um relatório detalhado sobre a Comissão de Saneamento e

o alcance e valor dos trabalhos que vêm sendo executados, entre nós, por aquelle departamento”²²². O convite para a visita partira do próprio chefe do serviço, Manuel Joaquim Cavalcante de Albuquerque. Segundo o presidente Velloso Borges, a comissão nomeada pela SMCPB para avaliar os referidos serviços tinha tido a melhor das impressões, “dada a apparencia de ordem e methodo encontrados em todos os serviços visitados”²²³.

Nesse caso, dois aspectos nos chamaram a atenção. Como dissemos acima, o convite para a fiscalização dos serviços da Profilaxia Rural sinaliza o reconhecimento oficial da SMCPB. Além disso, a divulgação de uma notícia como essa sugeria aos leitores do jornal duas ideias importantes e complementares: as autoridades sanitárias reconhecem a SMCPB enquanto uma associação que atua em prol da sociedade paraibana, neste caso fiscalizando a “ordem” e o “methodo” dos serviços de saúde pública; os gestores da saúde paraibana apropriavam-se do aval “despolitizado” da associação médica para comprovar a qualidade dos serviços de saúde pública, justificando sua “ordem” e seu “methodo”.

Ler “não significa apenas submissão” ao texto. A leitura é uma “prática criativa”. Porém, o discurso jornalístico constrói seus “protocolos de leitura” visando inscrever o seu público em uma textualidade que enaltece, ao mesmo tempo, a administração da saúde pública e a corporação médica na Paraíba, mesmo que o texto, por sua vez, inscreva-se “de múltiplas formas em diferentes leitores” (CHARTIER, 1993, p. 214 e 215).

Além de noticiar as ações da SMCPB, a imprensa também concorreu para construir a imagem da entidade como “útil” e “científica” ao reclamar sua intervenção nos problemas da saúde pública paraibana. Relatando a ocorrência de casos de “febre typhica” na capital, *O Jornal* “conclamava” a ação “competente” da associação médica para solucionar o problema:

Temos, agora, uma Sociedade de Medicina, **de cuja utilidade não restam duvidas**, attenta a elevação dos seus fins e a circumspecção e **competencia dos illustres membros**.

Não seria de desacerto que **o novel centro de cultura especifica** se reunisse a proposito do assumpto, investigando as causas do morbo, as consequencias, as providencias que devem ser adoptadas para ser elle evitado, o tratamento mais adequado, já no caso de manifestações, etc.

Seria esse o primeiro **serviço de utilidade collectiva** que a novel instituição faria a seu credito na sociedade parahybana²²⁴.

Representações como essa, construídas pelos discursos jornalísticos e políticos, mas também pelas falas dos próprios médicos paraibanos, divulgavam a importância do saber

Profilaxia Rural, enaltecendo as realizações do agora ex-chefe Acácio Pires à frente do serviço, o qual foi publicado na íntegra pela *Revista Era Nova* (setembro de 1924, ano IV, número 68).

²²² *A União*, “Sociedade de Medicina e Cirurgia”. 17 de out. 1924.

²²³ *Idem*, 1924.

²²⁴ *O Jornal*, “A febre typhica na Parahyba”. 06 de jul. 1924, grifos nossos.

médico para o “bem-estar coletivo”. Instruindo os “paraibanos” sobre como cuidar do próprio corpo e, assim, evitar o adoecimento; organizando eventos para informar o grande público com os conhecimentos médicos sobre as doenças consideradas pela medicina e pelos poderes políticos como “problemas sociais”; fiscalizando os serviços da saúde pública; estudando as doenças que infelicitavam os “paraibanos” e orientando-os sobre como preveni-las: a SMCPB se construía “científica” e “atuante” nas páginas da imprensa local. Agindo assim, mesmo que este talvez não fosse o objetivo inicial de seus membros, acabava legitimando sua atuação ao relacioná-la com o saber “competente” e com a “missão altruísta” de curar em benefício da coletividade. “Científico” e “útil” à sociedade, o campo médico paraibano, agora congregado em sua associação profissional, angariava mais credibilidade para o seu discurso, conquistando, assim, maior legitimidade para normalizar posturas, normatizar hábitos e orientar políticas públicas.

2.3 Um parecer *útil e competente*: a SMCPB e a construção do Hospital de Isolamento

Quanto aos azedumes do azêdo collega dr. Manuel Florentino tenho a dizer apenas que sempre mantivemos as mais cordiaes relações de amizade até o dia (nos primeiros mezes do corrente anno) em que não pude acceder aos seus desejos, de ceder-lhe por emprestimo, um microtomo do laboratorio do Serviço de Saneamento Rural, gesto este que levou o illustre collega a evitar com grande surpresa minha encontrar-me commigo e a negar-me os seus cumprimentos, atirando-me agora acres accusações²²⁵.

As palavras acima estamparam as páginas de *A União* em 4 de agosto de 1929. Tratava-se de uma carta endereçada aos editores do periódico pelo então chefe do Serviço de Profilaxia e Saneamento Rural, Walfredo Guedes Pereira. Mas o que teria levado Guedes Pereira a chamar o também médico Manuel Florentino de “azêdo”? O que teria motivado a denúncia do chefe da Profilaxia Rural de que Florentino lhe atacava unicamente por não ter sido atendido em seus desejos de usar, em benefício particular, materiais públicos sob responsabilidade da comissão chefiada por Guedes Pereira? E mais: do que Florentino acusava o diretor da repartição federal?

As palavras de Guedes Pereira colocavam em questão o “espírito” científico e “altruísta” do campo médico local. Elas fazem parte de uma polêmica que engajou diversos personagens importantes do campo médico paraibano, cujos lances foram acompanhados

²²⁵ *A União*, “O futuro Hospital de Isolamento”. 04 de ago. 1929.

quase que diariamente pelo público leitor de *A União*, entre os meses de julho e agosto de 1929. Tratava-se da discussão sobre o local mais adequado para se construir um Hospital de Isolamento na capital da Paraíba. Embora tenha arrefecida a partir do final de agosto, a celeuma se estendeu até outubro daquele ano, quando a SMCPB, armada com a “neutralidade” da ciência, “resolveu” a questão “em prol do bem coletivo” emitindo um parecer “técnico” sobre a questão. Construir uma narrativa possível sobre este episódio pode ajudar a iluminar traços da atuação da SMCPB na sociedade paraibana dos anos 1920.

A intenção de construir um Hospital de Isolamento para doenças contagiosas na capital da Paraíba não surgira naqueles anos 1920²²⁶. É possível encontrá-la no discurso das autoridades políticas, pelo menos, desde 1912, quando o médico João Lopes Machado ainda era o presidente da Paraíba²²⁷. Nos anos seguintes, os transtornos causados aos “paraibanos” pelas epidemias de doenças contagiosas, especialmente a varíola, concorreram para que o assunto adquirisse um destaque cada vez maior na agenda das autoridades políticas. A memória chocante do atendimento improvisado aos variolosos contribuía para aumentar o número de defensores da ideia de dotar a capital de um Hospital de Isolamento. A dificuldade dos poderes públicos em lidar com as epidemias de varíola foi representada nas páginas da imprensa local, em cores de “horror”, pelo médico Renato de Azevedo:

Para o isolamento dos variolosos o governo Suassuna [durante a epidemia da doença em 1926] mandou, então, construir, longe do perímetro urbano, um barracão todo de palha, cuja capacidade era insuficiente para abrigar todos os infelizes doentes. Tive ocasião de ir lá vê-lo em companhia do meu illustre collega e amigo dr. Newton Lacerda e ainda hoje conservo na retina mental, com todo o horror que me inspirou no momento, a lembrança desse quadro confrangedor: homens e mulheres, deformados pela terrível molestia – uns em plena agonia e outros esperançados ainda de cura – mal abrigados das intemperies, aguardavam a morte ou a sobrevivência, sendo que muitos delles estavam deitados no chão porque os leitos eram poucos²²⁸.

²²⁶ É importante lembrar que ainda na segunda metade do século XIX existiram na Paraíba alguns hospitais temporários, e extremamente precários, montados durante surtos epidêmicos para isolamento e tratamento de pessoas com doenças contagiosas. Oscar Oliveira Castro (1945, p. 354 – 355) destaca, entre outros, dois hospitais deste tipo que foram criados em caráter emergencial para atender às vítimas das epidemias de varíola. Segundo o autor, em 1891 foi estabelecido um precário “rancho” com esta finalidade na capital, mais precisamente na Cruz do Peixe. Ainda de acordo com Castro, em 1924 outro espaço deste tipo foi estabelecido na Ilha do Bispo, também na capital. A respeito destes hospitais improvisados, que chama de “ranchos”, o relato de Castro (1945, p. 354) não é nada lisonjeiro: “Envolvidos em folhas de bananeira, queimados em febre e carentes de rudimentar conforto médico e de cuidados higiênicos, os variolosos aguentavam as fúrias das ‘bexigas’, expostos ao seu próprio destino”. Acreditamos que nos anos 1920, quando a saúde e a higiene passam a ser sinônimos de “progresso” e “civilização”, esta imagem chocante ajudaria a construir certo respaldo político e social para o debate sobre a edificação de um novo e profícuo Hospital de Isolamento na capital da Paraíba.

²²⁷ PARAHYBA DO NORTE (Estado). **Mensagem** apresentada á Assembléa Legislativa por ocasião da instalação da 1º sessão da 6ª legislatura, em 1º de março de 1912, pelo Dr. João Lopes Machado, presidente do Estado. Parahyba: Imprensa Oficial, 1912, p. 27. Disponível em <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u545/000027.html>. Acesso em 30 ago. 2014.

²²⁸ *A União*, “O futuro Hospital de Isolamento”. 26 de out. 1929.

O horror, a agonia de corpos enfermos esperando a morte ou aguardando a sobrevida no chão por falta de leitos era divulgada para os leitores da imprensa local, muitos dos quais provavelmente desconheciam tais (precariedades de) condições, contribuindo para que este público consumidor de jornais fosse convencido da importância de um Hospital de Isolamento para abrigar “homens e mulheres” patricios “deformados” pelas epidemias. É provável também que a aderência do tema na imprensa, sinalizada pelo espaço que ele ocupou naquele ano de 1929, envolvesse a percepção de que o custo econômico para a construção de um Hospital deste tipo seria menor do que os prejuízos sociais e simbólicos decorrentes do ataque epidêmico de doenças como a varíola que, assolando uma Paraíba despreparada do ponto de vista médico-sanitário, deixavam um rastro de morte e sofrimento, mas também de desorganização econômica e de perturbação da “ordem social”. Nessa perspectiva, é provável que parecesse muito mais “lucrativo”, às elites e autoridades locais, construir um Hospital de Isolamento, onde os corpos enfermos e contagiantes, especialmente da “pobreza” – que na visão médica não tinha condições materiais de cuidar de si mesma na precariedade de seus lares – poderiam ser mais bem segregados do convívio social para, assim, serem devidamente medicalizados em prol do “bem estar coletivo”.

É provável que tais considerações estivessem na pauta do campo médico e das elites locais quando Walfredo Guedes Pereira, chefe da Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural, levou a demanda ao então presidente da Paraíba, João Pessoa. No primeiro semestre de 1929, o presidente informou ao poder legislativo que já estava tomando providências para construir “um hospital de isolamento para molestias infecciosas, para cujo fim já estão sendo promovidas as necessárias desapropriações no terreno destinado a essa obra”²²⁹.

O lugar escolhido para receber o futuro Hospital de Isolamento da capital localizava-se no bairro de Jaguaribe²³⁰. E foi aí que começou o “burburinho” no campo médico paraibano e a troca de farpas entre Walfredo Guedes Pereira e Manuel Florentino. Em 28 de junho de

²²⁹ PARAHYBA DO NORTE (Estado). **Mensagem** apresentada á Assembléa Legislativa na abertura da 2ª reunião da 10ª legislatura, em 5 de agosto de 1929, pelo Dr. João Pessoa Cavalcanti de Albuquerque, presidente do Estado. Paraíba: Imprensa Oficial, 1912, p. 66. Disponível em <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u563/000067.html>. Acesso em 30 ago. 2014.

²³⁰ De acordo com Juliana Barros de Oliveira (2012, p. 43), “Apesar da atual proximidade com o Centro [da capital] [...] por muitos anos, a área conhecida como Jaguaribe foi tida como distante da parte central da cidade, visto que ainda não existiam os principais corredores de ligação” entre o bairro e a parte central da capital. A autora ainda esclarece que a ocupação inicial do bairro, iniciada ainda no século XVI, ocorreu em duas frentes. Alguns dos seus primeiros habitantes eram migrantes pobres, que vinham do interior fugindo da seca, e se instalavam na região atraídos pela doação de terras foreiras disponibilizadas pela Santa Casa da Paraíba. Outros eram ricos proprietários que se estabeleceram em áreas próximas do chamado “Centro Antigo” da cidade dispunham, à época, de condições de salubridade superiores às áreas destinadas às moradias dos foreiros pobres. Segundo Oliveira (2012, p. 43 – 44), até as primeiras décadas do século XX, além desta ocupação diversificada, o bairro guardava certas feições notadamente rurais.

1929, *A União* estampou em suas páginas uma carta de Florentino sobre o tema. Apesar de ressaltar seu contentamento com a decisão do governo de construir o Hospital de Isolamento, o médico se mostrava preocupado porque “Infelizmente, com a noticia alviçareira, chega-nos também um projecto que não póde ser acceito. É o da localização de tal hospital no bairro de Jaguaribe, em zona de população densa”²³¹.

Esse será o centro do debate que engajará na imprensa alguns importantes personagens do campo médico paraibano: o futuro Hospital de Isolamento deveria ser construído em uma área de densa população? As enfermidades contagiosas que lá seriam isoladas representavam perigo em potencial para a sua vizinhança? Ou os avanços da ciência, associados à uma administração “competente”, fariam do Hospital um eficiente melhoramento da saúde pública, independente da sua localização? Sobre tais questões, a posição de Florentino é claramente expressa na carta já referida. Para este médico, Hospitais de Isolamento “não devem ficar situados em zonas cujo acesso seja penoso e muito menos em bairros de moradia”. Assim, aconselhava que a edificação de um Hospital deste tipo precisava levar em conta duas condições: “facil acesso ao ancoradouro e afastamento da zona urbana”²³².

Na linha das representações sociais que construíram a imagem do médico como alguém altruísta e abnegado, despido de interesses particulares em benefício do “bem coletivo”, Manuel Florentino ressaltava aos leitores de *A União* que o objetivo de sua carta era tão somente “lembrar a necessidade das especializações nos serviços publicos e combater uma ideia que, particularmente, toda a classe medica condemna”²³³. Não podemos ter certeza se “toda a classe medica” condenava mesmo a localização escolhida para o futuro Hospital de Isolamento, como fazia questão de protocolar Manuel Florentino. No entanto, um dos aspectos que a leitura da sua carta permite por em pauta com relativa segurança é a defesa da “supremacia” da ciência sobre a política.

Para Florentino, cabia ao saber médico, e somente a ele, a orientação “científica” das políticas públicas de saúde. Desse modo, sugere aos leitores que conduzir a construção do futuro Hospital a partir de outros critérios (políticos, econômicos) que não fossem as prescrições da ciência médica, só traria prejuízos aos “paraibanos”, pois legaria à sociedade mais um serviço público desorganizado, ineficiente. Nessa perspectiva, lamentava que fosse costume entre os “paraibanos” “entregar o estudo de questões technicas a quem não possui tirocinio para tal e o resultado disto é não haver aqui senão raros serviços devidamente

²³¹ *A União*, “O futuro Hospital de Isolamento – Uma carta do dr. M. Florentino”. 28 de jul. 1929.

²³² Idem, 1929.

²³³ Idem, 1929.

organizados”²³⁴. Indo além, Florentino dava a entender que o saber médico que ele reclamava para conduzir a construção do Hospital não era o “generalista”, mas sim o conhecimento “especializado”. Por isso, conclamava o presidente João Pessoa a entregar “o estudo deste assumpto a quem tenha conhecimento da especialidade”²³⁵.

É provável que no dia seguinte à publicação desta carta, Walfredo Guedes Pereira tenha encaminhado sua resposta aos editores de *A União*. No dia 30 de julho de 1929, uma carta sua – defendendo-se do que ele considerou como “críticas veladas” do médico Manuel Florentino – estampava a primeira página do jornal oficial. Na visão de Guedes Pereira, Florentino o tinha tomado como “inconsciente ou irreponsavel”, por assumir, na condição de chefe da Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural na Paraíba, uma “obra de vulto, de responsabilidade e significação social”, como era a construção do futuro Hospital, sem se preocupar com os “prós e contras da sua localização relativamente à população e de sua adequada construção, por não ser um especialista na materia”²³⁶.

No entanto, parecia convergir com Manuel Florentino quando o assunto era a importância do conhecimento especializado na condução das políticas públicas. Ou pelo menos desejava construir uma imagem pública de “autoridade sanitária” que fundamentava suas ações nos “rigores” do saber técnico-científico. Para atestar seu compromisso “em materia de especialização profissional”, destaca o estímulo que deu, enquanto chefe da Profilaxia Rural na Paraíba, para que os funcionários do serviço tivessem formação especializada em cursos de saúde pública realizados no Rio de Janeiro. Com isso, enaltecia “a vantagem da especialização”, ressaltando ainda a necessidade de se fundamentar as políticas públicas na “segurança possível desta”²³⁷. No entanto, Guedes Pereira reconheceu que outros locais também tinham sido sondados para receber as obras do futuro Hospital, mas que “nenhum está nas condições econômicas” determinadas pelo governo estadual para a referida obra. Nesse sentido, sinalizava a difícil conciliação entre os interesses econômicos e os “rigores” da ciência médica na condução da saúde pública, cujos serviços precisavam se adequar às relações de poder da política paraibana, mas “sem absolutamente prejuízo da parte

²³⁴ Idem, 1929.

²³⁵ Idem, 1929. Neste ponto da sua carta, Florentino chegou a indicar ao presidente João Pessoa um médico, funcionário da “Hygiene estadual”, que na sua visão estava habilitado para a tarefa por possuir “o curso de saúde publica”, além de ter comprovado sua competência “no estudo, organização e direcção dos serviços anti-rabico e vaccinogenico do Estado”. Manuel Florentino não cita nomes, mas é provável que estivesse se referindo ao médico Octavio de Oliveira, na época diretor dos Institutos Vacinogênico e Antirrábico, mencionados por Florentino.

²³⁶ *A União*, “O futuro Hospital de Isolamento – Uma carta do dr. Guedes Pereira – Escreve-nos o dr. Newton Lacerda”. 30 de jul. 1929.

²³⁷ Idem, 1929.

hygienica”²³⁸. Difícil conciliação, que colocava em cena as fissuras do embasamento “científico” das ações de Estado.

Em certo sentido, a discussão sobre a melhor localização para o futuro Hospital de Isolamento dialogava com considerações sobre as diferentes teorias médicas acerca da transmissão das doenças. Uma das principais preocupações suscitadas pelo projeto era a possibilidade de que o Hospital se convertesse em um foco de contágio para as populações de sua vizinhança. Por isso, médicos como Manuel Florentino condenavam sua edificação muito próxima às áreas populosas da capital. Por seu turno, Guedes Pereira coloca em cena outra compreensão sobre o tema da transmissão das enfermidades, ao alegar que o terreno onde provavelmente seria construído o futuro Hospital não trazia “nenhum inconveniente para os vizinhos e nem tão pouco para a nossa capital”, visto que as “infecções não se dão, como é sabido, pelo ar e sim pela comunicação directa com os doentes: dejectos destes, enfermeiros e portadores de germens, e, indirectamente, por intermedio de insectos”²³⁹. Assim, condenava o “terror passadista e archaico, que o vento vehicula molestias à distancia”²⁴⁰, segundo ele o principal argumento de seu opositor.

Segundo Agra (2006, p. 73), até a consolidação da medicina científica no século XX, as teorias médicas sobre a transmissão das doenças dialogaram bastante com “A doutrina dos miasmas”. De acordo com Vanessa Lana (2006, p. 81), esta teoria defendia que a transmissão das doenças ocorria pela ação dos chamados “miasmas”, “eflúvios resultantes de matéria orgânica em decomposição, fruto de condições ambientais específicas”. Nesse sentido, relacionava-se a ocorrência de doenças com condições ambientais favoráveis à produção e disseminação dos temidos “miasmas”.

Desde o século XIX duas posições distintas conformaram os debates médicos sobre os mecanismos de transmissão das doenças: a teoria “contagionista” e a teoria “infeccionista” (LIMA, 1999, p. 94). A teoria “contagionista” defendia que as doenças eram transmitidas de uma pessoa doente para outra saudável mediante o contato físico direto entre elas, ou de forma indireta, por meio do contato com elementos como a água, o ar e objetos contaminados pelo doente (CHALHOUB, 1996, p. 64; LANA, 2006, p. 81). Já a tese “infeccionista” afirmava que a transmissão das doenças era causada pela invasão do corpo por microorganismos que se reproduziam provocando o adoecimento. Nesta explicação a ideia de contágio direto perde força, pois se afirmava a necessidade de um agente que transportasse os

²³⁸ Idem, 1929.

²³⁹ Idem, 1929.

²⁴⁰ Idem, 1929.

“germes” de uma pessoa doente para um indivíduo são (LIMA, 1999, p. 94; HOCHMAN, 2006, p. 53; LANA, 2006, p. 81).

Ainda segundo Nísia Trindade Lima (1999, p. 94), a teoria infeccionista enfatizava que as doenças transmissíveis só poderiam infectar uma pessoa saudável “no local de emanção dos miasmas”, o que, por exemplo, contrariava hipóteses sobre a transmissão de enfermidades, a longas distâncias, pela ação do vento. Apesar disso, ambas as hipóteses, tanto a do contágio quanto a da infecção, pareciam convergir para a ideia de que o contato com o doente era um importante fator de transmissão das enfermidades: ideia central na tese contagionista, também era alertado pelos infeccionistas, os quais acreditavam que um indivíduo doente poderia propagar sua enfermidade ao “contaminar” o ambiente que partilhava com outras pessoas (CHALHOUB, 1996, p. 64).

Como se vê, a polêmica entre contagionistas e infeccionistas era bastante complexa. Complicando ainda mais o cenário, Sidney Chalhoub (1996, p. 64 – 65) lembra que no século XIX, “Os paradigmas médicos do contágio e da infecção se combinavam com frequência, de maneiras imprevistas e originais”, quando os esculápios discutiam as causas e as formas de transmissão das doenças. Além disso, como destaca Gilberto Hochman (2006, p. 53 – 54), os conceitos fornecidos pelas teorias contagionista e infeccionista foram apropriados “de maneira bastante livre e indiferenciada pela grande maioria das pessoas leigas”, implicando, contudo, importante desdobramento social: a consolidação progressiva da ideia segundo a qual “existem doenças que se pegam”, demandando ações políticas de proteção à saúde coletiva.

Por seu turno, Nísia Trindade Lima (1999, p. 95) considera que uma característica comum às duas concepções era a indeterminação da doença: “O ar, a água, as habitações, a sujeira, a pobreza, tudo poderia causá-la. A fluidez do diagnóstico era acompanhada pela imprecisão terapêutica”. Para a autora, esta imprecisão diagnóstica e terapêutica teve implicações sociais e políticas importantes, pois permitiu que os médicos e higienistas “atuassem como tradutores dos mais diversos interesses” (LIMA, 1999, p. 95).

Ao defender a localização do futuro Hospital no bairro de Jaguaribe, Guedes Pereira argumentou que a população da localidade não tinha o que temer. Para ele, claro estava que a transmissão das doenças ocorria pelo contato com o doente ou com objetos e elementos contaminados por ele. Por isso, censurava o “terror passadista e arcaico” de que a ação do vento poderia levar as doenças isoladas no futuro Hospital para os lares das famílias paraibanas residentes nas cercanias do estabelecimento. Ao afirmar que a disseminação das doenças não acontece pelo ar, mas sim pela comunicação com o enfermo, coloca em cena

uma posição intermediária entre contágio e infecção, pois recusava a ideia da veiculação dos miasmas pelo vento (presente na tese infeccionista), mas não abria mão de apresentar o contato como fator importante na transmissão das doenças (característica marcante da teoria contagionista). Desse modo, sinaliza que a apropriação destes conceitos pelos médicos paraibanos da época não seguia a rigidez dos modelos científicos, embora estes profissionais normalmente buscassem legitimar o seu discurso sugerindo que ele estava embasado nas mais “modernas” discussões da “ciência” médica.

Finalizando sua resposta ao médico Manuel Florentino e aos leitores de *A União*, Guedes Pereira tranquilizava-os com o “bálsamo” da ciência médica e o lenitivo da “moderna higiene”: assegurava que o futuro Hospital seria construído com “a technica precisa de hygienista e com a technica pratica de quem tem alguma noção de hygiene e procura exercel-a bem e conscientemente”²⁴¹. No entanto, reconhecia que ainda não podia ser dada “a última palavra na escolha do local” onde seria construído o futuro Hospital. Assim, conclamava os médicos paraibanos a emitirem “sua franca e leal opinião”, porém “dentro do criterio pré-estabelecido de economia e perfeição dos nossos actuaes conhecimentos”²⁴². Novamente, o chefe da Profilaxia Rural na Paraíba lembrava aos seus colegas interessados na polêmica que, além da ciência, as considerações acerca do futuro Hospital de Isolamento precisavam estar atentadas aos critérios econômicos da política local²⁴³.

Atendendo ao convite de Guedes Pereira para que o campo médico paraibano emitisse o seu parecer sobre a polêmica, o clínico João Medeiros escreveu ao jornal *A União*. Em sua carta, publicada em 02 de agosto de 1929, reconhecia que a localização do futuro Hospital de Isolamento era assunto que atingia “incontestavelmente, a todo parahybano”, convocando a engajar-se na polêmica “todo o corpo clinico da capital, senão do Estado”²⁴⁴. Porém, reafirmou a necessidade de se discutir a questão a partir de uma perspectiva “científica”, como, aliás, o fizeram (cada um a seu modo) Manuel Florentino e Guedes Pereira antes dele. Para João Medeiros era preciso conduzir o problema com “verdadeira orientação scientifica”. De acordo com este médico, nas questões de saúde coletiva, como a que estava sendo

²⁴¹ Idem, 1929.

²⁴² Idem, 1929.

²⁴³ A discussão sobre a localização do futuro Hospital de Isolamento, também suscitou enorme controvérsia sobre a construção e a administração do Hospital Colônia Juliano Moreira, situado na capital. Como o nosso interesse maior era na questão do Hospital de Isolamento optamos por não discutir mais esta polêmica pública entre os médicos paraibanos. Contudo, destacamos tal informação para que os interessados na história da loucura na Paraíba ou na história do Hospital Colônia Juliano Moreira venham a desenvolver pesquisas mais aprofundadas sobre o tema. Estes poderão encontrar um rico material a respeito destas problemáticas nos artigos do jornal *A União* que citamos sob a referência “O futuro Hospital de Isolamento”, publicados entre os meses de julho e agosto de 1929, bem como em outras edições deste periódico publicadas naquele mesmo ano.

²⁴⁴ *A União*, “O futuro Hospital de Isolamento”. 02 de ago. 1929.

discutida, não havia espaço para “melindres pessoas”. Isto porque a saúde demandava “orientação científica” e, na visão de Medeiros, “a sciencia é impessoal”²⁴⁵.

Assim, para além de interesses pessoais, João Medeiros defendia que a construção do novo Hospital precisava ser conformada pelos “rigores” da ciência e pela intervenção do saber médico unicamente em prol da saúde coletiva. Desse modo, ele se inscrevia em uma polêmica pública que poderia dar visibilidade a traços nem tão científicos da medicina paraibana, reafirmando aos seus colegas e ao público leitor a construção da representação social do médico como um “homem culto” e “abnegado”: aquele que “neutraliza” suas paixões e interesses pessoais para atuar com “verdadeira orientação científica”²⁴⁶ em benefício da coletividade.

Além disso, defendendo a importância social de um Hospital de Isolamento, João Medeiros inscreve a “pobreza” no debate médico sobre o assunto. No seu discurso, o novo estabelecimento guarda vínculos íntimos com a “medicalização” da “pobreza”: nele seria tratado o “pobre contagioso”, cuja enfermidade coloca em risco o bem-estar social. Não que as classes abastadas estivessem imunes às “doenças que se pegam” (HOCHMAN, 2006, p. 54). Mas, segundo João Medeiros, no caso dos ricos, o isolamento das enfermidades contagiosas “faz-se até em domicilio, contanto que a isso presida o **imprescindível cuidado tecnico e a necessaria orientação científica**”²⁴⁷. Mas, permitir o isolamento domiciliar “a toda casta de pessoas, em toda especie de domicillios”, estaria de acordo com uma “verdadeira orientação científica”? Segundo João Medeiros, “Bem parece que não”, e por isso, na sua visão, “uma das necessidades de hospitais de isolamento”²⁴⁸: a medicalização da “pobreza” poder-se-ia acrescentar.

Associando pobreza e doença, Medeiros afirmava ser uma temeridade localizar um Hospital de Isolamento em uma área “pobre” e densamente povoada. Assim, questionava a validade de se construir o futuro Hospital no bairro de Jaguaribe, próximo à Policlínica Infantil do Instituto de Proteção e Assistência à Infância, onde as crianças atendidas, na maioria pobres e, na sua visão, “doentinhos” e “quasi sempre pelo menos pre-tuberculosos”²⁴⁹ seriam sobremaneira suscetíveis ao contágio. Na mesma linha, questionando se o futuro Hospital de Isolamento serviria ao tratamento dos tuberculosos, criticava a localização “sem justos temores”, do que chamou de “um deposito de tuberculosos” “próximo à Maternidade, à

²⁴⁵ Idem, 1929.

²⁴⁶ Idem, 1929.

²⁴⁷ Idem, 1929, grifos nossos.

²⁴⁸ Idem, 1929.

²⁴⁹ Idem, 1929.

Escola de Aprendizes Marinheiros, ao Orphanato, num *bairro pobre*, aonde a ausencia de quaesquer recursos de defesa franqueia o campo à infecção e quase impossibilita um combate efficás à acção terrivelmente damninha da peste branca”²⁵⁰.

De modo geral, Medeiros apóia o ponto de vista do médico Manuel Florentino, para quem não seria adequado, “sempre” do ponto de vista “científico”, a edificação de um Hospital de Isolamento próximo a áreas de população densa, em função do risco de contágio. Assim, posicionavam-se contra a perspectiva do diretor da Profilaxia Rural, Guedes Pereira, para quem o futuro Hospital não representaria “nenhum inconveniente para os vizinhos”, pois este risco de contágio não existia, ou pelo menos não era tão grande ao ponto de inviabilizar a construção do futuro Hospital no bairro de Jaguaribe. Este pensamento de Guedes Pereira, porém, era inaceitável para Manuel Florentino. Em nova carta publicada por *A União* em 03 de agosto de 1929, pedia ao diretor da Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural que abandonasse a “torre de marfim em que se acastelou e seja um pouco mais democrata, vindo a publico expor sêos planos, suas ideias”²⁵¹. Reafirmando sua posição, defendia que os Hospitais de Isolamento precisavam ficar “*afastado o mais possível do centro urbano*”²⁵². Até admitia sua construção em áreas populosas, mas como última instância, e somente quando os “rigores” da técnica e da ciência presidissem a administração do estabelecimento, o que considerava difícil ocorrer em se tratando da saúde pública paraibana. Nesse sentido, afirmava não haver perigo na construção de um Hospital de Isolamento

[...] em zonas de população relativamente densa, quando há fôrças imperiosas, quando tudo é feito com muito rigor, o que demanda bom dinheiro, quando o pessoal (enfermeiros, etc.) é bem treinado (e pessoal assim custa caro) e quando não há razões para temer-se, por medidas de economia, a supressão até do necessario, como acontece em nossos estabelecimentos de assistencia medica²⁵³.

Para Florentino, nas cidades onde os terrenos “são escassos e caros”, até se compreendia a construção de um Hospital de Isolamento no “menos oneroso e mesmo mal situado”²⁵⁴. Na sua visão, porém, isso não se observava na capital paraibana. Por isso não havia motivo, no seu entendimento, para se construir o futuro hospital em uma área populosa, contrariando as orientações da (sua) ciência em função de interesses políticos ou de critérios econômicos, pois “A questão de gastos não pode ser encarada sinão dentro de certo limite, pois que ou se faz coisa direita ou é melhor não se fazer nada”²⁵⁵, sentenciava Florentino.

²⁵⁰ Idem, 1929, grifos do autor.

²⁵¹ *A União*, “O futuro Hospital de Isolamento”. 03 de ago. 1929.

²⁵² Idem, 1929, grifos do autor.

²⁵³ Idem, 1929.

²⁵⁴ Idem, 1929.

²⁵⁵ Idem, 1929.

No dia seguinte à publicação desta segunda carta de Manuel Florentino, o jornal *A União* continuou dando visibilidade à polêmica divulgando a resposta de Guedes Pereira aos seus contendores. Respondendo às colocações do médico João Medeiros, esclarece que o futuro estabelecimento não se destinava ao tratamento da lepra nem da tuberculose, pois eram muito mais “vastas e dispendiosas as soluções reaes, uteis, efficientes e praticas dos problemas” relacionados a estas duas doenças²⁵⁶. Desse modo, o novo Hospital prestaria assistência “científica e realmente util para os doentes de molestias infecto-contagiosas agudas – como variola, peste, typho, febre amarella”²⁵⁷, não representando perigo às populações e Instituições vizinhas, pois seria isolado dela por “grandes distancias”, por “muros elevados” e pela “mais perfeita possivel administração interna”²⁵⁸. Porém, mesmo defendendo este ponto de vista, Guedes Pereira não deixa de concordar, em certo sentido, com a posição dos médicos Manuel Florentino e João Medeiros, ao afirmar que “Não há dúvida que é muito mais aceitavel, por uma simples questão de precaução, termos os hospitaes deste genero o mais afastado possivel das zonas populosas”²⁵⁹.

Cada um dos três médicos que protagonizaram a polêmica narrada acima se apropriou do discurso da ciência e da técnica para fundamentar o “rigor” de seu respectivo ponto de vista. Aí é que estava o problema: embora almejando a “impessoalidade” de um diagnóstico embasado unicamente na “ciência”, as falas médicas colocadas em cena neste episódio, mesmo contra a vontade dos seus “autores”, “traduzem as suas posições e interesses [não apenas os de ordem “científica”] objectivamente confrontados” (CHARTIER, 2002, p. 19). Ora, quando a “ciência” médica autorizava interpretações diferentes sobre o mesmo problema, quem poderia, com “rigor” e “neutralidade”, arbitrar a questão? Enquanto diretor da Profilaxia Rural na Paraíba, fala autorizada no campo da saúde pública, Guedes Pereira protocola aos leitores de *A União* o “legítimo” juiz:

Pouco habituado a polemicas e convicto de que ellas só produzem resultados infructiferos, **solicitei do presidente da Sociedade de Medicina dessa capital uma reunião de todos os seus membros, onde possa ser ventilada amplamente a discussão do caso, podendo assim o mesmo ter uma solução condigna e satisfactoria**²⁶⁰.

A resolução de Guedes Pereira de submeter o assunto à “assembléa competente” dos “homens cultos” da ciência paraibana foi “louvada” por integrantes da elite médica local.

²⁵⁶ *A União*, “O futuro Hospital de Isolamento”. 04 de ago. 1929.

²⁵⁷ Idem, 1929.

²⁵⁸ Idem, 1929.

²⁵⁹ Idem, 1929.

²⁶⁰ Idem, 1929, grifos nossos.

Afirmando-se em “regalado jubilo” com as discussões médicas na imprensa, suscitadas pela localização do Hospital de Isolamento, Renato de Azevedo, médico paraibano e membro da SMCPB então residente em São Paulo, comemorava nas páginas de *A União* que

Felizmente, porém, em boa hora, o dr. Guedes Pereira, num gesto nobre e digno, levou a questão para o seio da Sociedade de Medicina e Cirurgia para que o assumpto, recebendo a critica e soffrendo reparos, **seja afinal resolvido por essa douta aggremação technica**. Deu, assim, com sua deliberação, o actual e distincto gestor dos serviços sanitarios da Parahyba, uma prova de elevação de vistas e um raro exemplo de patriotismo, não desejando, como muitos, resolver, por si só, no silencio do gabinete, um problema de alta relevancia como o em apreço²⁶¹.

A decisão de Guedes Pereira de solicitar o parecer da SMCPB para que o assunto fosse solucionado de forma “condigna e satisfactoria” por aquela “douta aggremação technica”, mas também discursos como este do médico Renato de Azevedo, contribuíram para construir a imagem pública da associação médica como uma entidade útil à sociedade paraibana, pois competente para conduzir a saúde local e arbitrar “cientificamente” eventuais discordâncias individuais no interior do campo médico. Neste caso em particular, isenta de “melindres pessoaes”, a SMCPB estava apta a empregar a “impessoalidade” da ciência médica para estudar a melhor localização do futuro Hospital de Isolamento, em benefício dos “paraibanos”. Desse modo, conquistava mais prestígio e reconhecimento público enquanto instituição, mas também angariava maior legitimidade para seus membros e a ciência que defendiam e professavam.

Em sua sessão de 10 de agosto de 1929, a SMCPB elegeu uma comissão com o objetivo de “resolver”, em nome da entidade, “sobre a questão da escolha de um terreno para localização de um Hospital de Isolamento”²⁶². A comissão que realizou o estudo era composta pelos membros Seixas Maia, Oscar de Castro, Newton Lacerda, Lauro Wanderley e o relator Octavio Oliveira. As considerações deste grupo deram origem a um parecer que foi publicado na íntegra pelo jornal *A União* em sua edição de 22 de outubro de 1929, sinalizando a visibilidade pública que o tema havia alcançado. A sessão que elegeu a comissão responsável pelo parecer também definiu os objetivos que deveriam orientar os seus trabalhos. Nesse sentido, três questões deveriam nortear a elaboração do parecer: estudar a conveniência do terreno indicado para receber as obras do futuro Hospital; caso fosse comprovada sua inconveniência, indicar outro local; em qualquer dos casos, elaborar um parecer justificando a posição defendida pela comissão da SMCPB.

²⁶¹ *A União*, “O futuro hospital de isolamento”. 26 de out. 1929, grifos nossos.

²⁶² *A União*, “A localização do hospital de isolamento – O parecer da Sociedade de Medicina e Cirurgia da Parahyba”. 22 de out. 1929.

Para analisar a conveniência ou não do lugar escolhido para sediar o novo Hospital, a comissão alegou que seria necessário considerar a questão a partir de dois pontos de vista: o científico e o social. Segundo os médicos que elaboraram o parecer, do ponto de vista da ciência médica, condenar o local indicado sob o argumento de que o Hospital representaria risco de contágio para a sua vizinhança, equivaleria a dizer que qualquer tipo de isolamento seria absolutamente infrutífero no tratamento de doenças contagiosas, pois não seria capaz de evitar a disseminação das enfermidades, mesmo que o doente ficasse recluso em seu próprio domicílio, com direito aos melhores cuidados médicos e familiares. Isto porque, afirmavam os pareceristas, as doenças não se transmitiam a grandes distâncias pela ação dos ventos, mas sim pelo contato com o enfermo.

A concepção de que o ar comunicava os miasmas causadores de doenças perdera força no campo médico paraibano: “As raras vozes mais ou menos autorizadas que ainda afirmam ser a doença acarretada pela atmosphaera para fora das habitações, só o fazem, visando a variola”, enfermidade cujo contágio era considerado “o mais volátil entre os de quaesquer outras doenças do homem”²⁶³. Porém, argumentava-se que “A documentação dos factos”, a “moderna higiene”, o “moderno sanitarismo”, os “modernos conhecimentos” – e toda a maquinaria discursiva de que os médicos lançavam mão para afirmar “cientificamente” que “sempre” estavam certos – não deixavam, mais uma vez, nenhuma dúvida: o perigo de ser contaminado apenas pela ação do vento era praticamente nulo, podendo-se “com segurança viver perto da porta de um hospital para variola que seja bem protegido e dirigido convenientemente”²⁶⁴. Para fundamentar seu argumento na ciência, seguiam-se referências a um elenco de “renomados” médicos brasileiros e estrangeiros, estes com suas citações em inglês, mostrando ao público leitor que o diagnóstico da SMCPB estava em dia com o que havia de mais atualizado na ciência médica.

Assim, fundamentando o seu discurso no “depoimento irretorquível dos factos epidemiologicos” e nas conclusões da “moderna Saúde Publica”, a comissão da SMCPB defendia que, do ponto de vista científico não havia motivo para condenar como inconveniente o terreno em estudo. Além disso, a localização do futuro Hospital de Isolamento não acarretaria malefícios para as populações de sua vizinhança, e as doenças nele isoladas não correriam o risco de serem veiculados “para o exterior pelo **facto exclusivo** da situação do Nosocomio”²⁶⁵ na localidade escolhida para receber as obras do futuro Hospital.

²⁶³ Idem, 1929.

²⁶⁴ Idem, 1929.

²⁶⁵ Idem, 1929, grifos dos autores.

Mesmo assim, reconhecia que “o perigo do Hospital de Isolamento existe e de grande porte para a população em geral e maior ainda para os hospitalizados em particular”²⁶⁶. No entanto, assegurava aos leitores que este risco existiria “**seja qual for o local, onde se construir o Nosocomio**”²⁶⁷, mas apenas se a administração do futuro Hospital não fosse exercida de forma rigorosamente científica, tão somente se, dessa forma,

[...] fallecerem as medidas energicas e vigilantes, o ponderado e consciente governo do seu corpo director; a intelligencia, as aptidões e a noção do cumprimento do dever do corpo de enfermeiras; pormenores de construcção e installação requeridos pelo Hospital; verba sufficiente para acquisição de material e custeio do pessoal sem **intermittencias** de suprimento²⁶⁸.

Para os médicos da SMCPB não havia motivo para pânico ou para dúvidas: o problema não era a localização do Hospital ou sua proximidade das residências. Os riscos de contágio a partir do futuro estabelecimento decorriam menos de sua localização e mais, muito mais, de uma “administração incompetente” (OLIVEIRA, 1968, p. 115), que não pusesse em prática os “cuidados efficientemente vigilantes que bloqueiem o contágio, circumscrevendo-o o mais estreitamente possível ao leito do enfermo e a sua immediata vizinhança”²⁶⁹. Por isso, os médicos da comissão afirmavam que, desde que fosse possível garantir a administração técnica e cientificamente competente da instituição, “que se faça o Hospital de Isolamento” no local planejado. Porém, advertia que

Se falhas aquellas condições, seria imprudente levar por deante o tentamen, porque quando muito, se teriam apenas umas casas bem arranjadinhas, onde se poderiam acolher doentes infecto-contagiosos, sem se attender, entretanto, à finalidade visada – **o acautelamento da saúde collectiva**²⁷⁰.

“Resolvida” a questão do ponto de vista científico, restava, no entanto, abordá-la na sua “face social”. Neste ponto, as considerações médicas indicavam outro caminho. Segundo o discurso elaborado pelos representantes da SMCPB, se o saber científico autorizava a edificação do Hospital de Isolamento no local indicado, a “face social” da questão recomendava a busca de outras soluções.

Isto porque, em primeiro lugar, o local planejado situava-se numa área “densamente habitada por gente humilde”. Assim, para os médicos da SMCPB, o “pavor, profundamente radicado na alma popular, que a vizinhança dos Isolamentos suscita”²⁷¹, desaconselharia à construção do Hospital no local planejado. O lugar escolhido também ficava próximo a

²⁶⁶ Idem, 1929.

²⁶⁷ Idem, 1929, grifos dos autores.

²⁶⁸ Idem, 1929, grifos dos autores.

²⁶⁹ Idem, 1929.

²⁷⁰ Idem, 1929, grifos nossos.

²⁷¹ Idem, 1929.

“elegantes projectos de avenidas” que eram a “esperança” do progresso paraibano. Assim, a construção do futuro Hospital naquela localidade poderia representar “um pesado travão ao desenvolvimento da capital que, alli, teria de estacar”, pois “o medo invencível” do contágio “as traria condemnadas”²⁷². Em terceiro lugar, nas vizinhanças do futuro Hospital de Isolamento estavam situadas as principais instituições de assistência à infância no estado, cujos diretores e provedores passariam a ser importunados constantemente pela “propaganda insidiosa que iria buscar o seu argumento maximo na contiguidade temida”²⁷³.

No discurso dos médicos da SMCPB, parece que nem a ciência conseguia vencer “o medo invencível”, o “pavor profundamente radicado na alma popular” de que morar nas vizinhanças de um Hospital de Isolamento não era nada seguro. Embora considerando a importância desta alteridade, das subjetividades dos “paraibanos”, os esculápios que estudaram a questão pareciam desacreditar que esta “gente humilde”, não iniciada nos “rigores” da “verdadeira orientação científica”, tivesse condições de compreender as “verdades” da “moderna higiene” e do “moderno sanitário”.

Assim, os pareceristas imaginavam os “aborrecimentos para a Directoria do Serviço Sanitário”, provenientes do “ataque demolidor da imprensa e da grita publica”, caso as doenças contagiosas isoladas no Hospital aparecessem “no seio da população pobre ou de algum dos estabelecimentos vizinhos”²⁷⁴. Nestes casos, perguntavam-se os médicos da SMCPB: “Surtiriam effeito as explicações, embora alicerçadas nos mais solidos argumentos epidemiologicos, **se o povo, que não os comprehende**, mais facilmente se deixaria guiar, nos seus clamores, pela razão mais commoda e simples da vizinhança indesejada?”²⁷⁵.

Esta representação, segundo a qual o “povo” não consegue compreender as razões da ciência, oferecia à leitura do público, principalmente das elites e autoridades locais, mais um discurso que beneficiava o saber médico: a noção de que os “paraibanos”, por não compreenderem a “verdadeira orientação científica”, precisavam ainda mais das prescrições médicas. Porém, é bom lembrar: por meio das representações que produzem, os diferentes atores sociais não dizem “o real” – mesmo que o seu discurso se pretenda alicerçado nos “progressos” da ciência médica – mas, isso sim, elaboram imagens da experiência social a partir daquilo que gostariam que ela fosse (CHARTIER, 2002, p. 19).

Como esclarece Pesavento (2004a, p. 41), o mundo como representação apresenta diversas configurações, na medida em que ele “é construído de forma contraditória e variada,

²⁷² Idem, 1929.

²⁷³ Idem, 1929.

²⁷⁴ Idem, 1929.

²⁷⁵ Idem, 1929, grifos nossos.

pelos diferentes grupos do social”. Por isso, ainda na linha desta autora, quem exerce o poder simbólico de “dizer e fazer crer sobre o mundo” estará em melhores condições de impor sua perspectiva ao conjunto da sociedade (PESAVENTO, 2004a, p. 41 – 42). Daí a possibilidade de interpretar as representações médicas sobre a sociedade paraibana, tais como aquelas expressas no parecer da SMCPB sobre o Hospital de Isolamento, no contexto dos “mecanismos pelos quais um grupo impõe, ou tenta impor, a sua concepção do mundo social, os valores que são os seus, e o seu domínio” (CHARTIER, 2002, p. 17).

Mas voltemos ao parecer. Diante do exposto, os médicos da SMCPB acreditavam que o ideal seria um local que atendesse o lado científico e o lado social da questão. Para os esculápios, o terreno sugerido pelo Estado, embora não apresentasse qualquer restrição do ponto de vista da ciência, era inadequado considerando-se a “face social” do problema. E agora, como resolver a questão? Como decidir entre a objetividade da ciência e a subjetividade dos “paraibanos”? Para os médicos da SMCPB esta era uma “falsa questão”, pois “não havia mais duvidar”: a ciência deve prevalecer sobre o social. Desse modo, caso não existissem outros lugares que conseguissem conciliar o conhecimento científico e os problemas sociais implicados na construção de um Hospital de Isolamento, “prevaleceriam as razões de ordem científica”²⁷⁶, e estas, segundo os médicos da SMCPB, não inviabilizavam o terreno disponibilizado pelo Estado para a edificação do novo Hospital.

Porém, existiam na capital paraibana terrenos que poderiam sediar o futuro Hospital e que atendiam aos requisitos científicos, sem, no entanto, criar embaraços sociais. Nesse sentido, para os médicos da SMCPB, mais indicados do que o bairro de Jaguaribe, eram os terrenos localizados na região de “Boi Só” ou o “Sítio de D. Bernardina, à estrada velha de Tambaú”²⁷⁷. Os esculápios reconheciam as vantagens econômicas do local sugerido pelo governo estadual no bairro de Jaguaribe, “graças às maiores facilidades de construção e ao fato de **já pertencer ao Estado parte do terreno preciso** para a área do Hospital”²⁷⁸, mas lembravam que o critério econômico não poderia presidir a escolha, pois ela precisava ser condicionada pelos fatores que asseguram “a saúde da colectividade”²⁷⁹.

Mas parece que o pensamento das autoridades locais não era bem esse. As “finanças do estado” eram frequentemente invocadas para justificar a ineficiência ou mesmo a inexistência dos vários serviços e fatores que assegurariam a “saúde da colectividade” paraibana. Mais uma vez, a ciência teria que submeter o seu diagnóstico às razões da política.

²⁷⁶ Idem, 1929.

²⁷⁷ Idem, 1929.

²⁷⁸ Idem, 1929, grifos nossos.

²⁷⁹ Idem, 1929.

Desse modo, se o parecer da SMCPB, árbitro “competente” e “autorizado” da saúde na Paraíba, tinha “comprovado” que não existiam motivos científicos que desabonassem o terreno disponibilizado pelo Estado, “não havia mais duvidar”: que prevalecessem as razões de “ordem científica”. Assim, embora o mesmo parecer da SMCPB indicasse a inconveniência social do lugar escolhido pelo governo, a ciência autorizava a construção em um terreno mais conveniente aos cofres públicos. E era isso o que importava.

Desse modo, apropriando-se do discurso científico emitido pela SMCPB, o governo paraibano conseguiria justificar a construção do Hospital de Isolamento no bairro de Jaguaribe, “escondendo” os eventuais interesses econômicos por trás da “objetividade” da ciência. Neste episódio, a apropriação do discurso médico pelas autoridades políticas locais parece lembrar aquela “invenção criativa que se encontra no âmago do processo de recepção” de que nos fala Roger Chartier (1993, p. 233). Desse modo, apropriando-se do parecer médico de modo seletivo, as instâncias do poder político paraibano acabaram criando novos significados para as representações médicas, ressaltando do discurso aquilo que se afigurava mais de acordo com os seus interesses: a justificação científica da construção do Hospital no terreno mais econômico para os cofres do governo.

E lá foi o governo do presidente João Pessoa dotar a Paraíba com “um melhoramento de elevado alcance para a saúde publica”²⁸⁰, uma “notavel obra, que virá completar o aparelhamento de assistencia hospitalar de nossa terra”²⁸¹, como estampavam as páginas do jornal oficial *A União*, cumprindo sua função de enaltecer as realizações do governo estadual. O local previamente escolhido, no bairro de Jaguaribe, foi mesmo o que prevaleceu. Firmado o contrato com a empresa vencedora da concorrência pública, iniciaram-se as obras em 19 de novembro de 1929²⁸².

Mas apesar de todo o alarde da imprensa sobre o “elevado alcance” social da obra, o Hospital de Isolamento parece que não chegou a “completar o aparelhamento de assistencia hospitalar” da Paraíba. Em abril de 1930, as obras para a sua construção foram suspensas, “por motivo de dificuldades financeiras”²⁸³. Segundo o relato de *A União*, em meio ao rompimento entre o presidente João Pessoa e o governo federal de Washington Luís, motivado pelas disputas eleitorais de 1930, os cofres públicos paraibanos se viram privados dos auxílios da União. Assim, “custeando as grandes despesas com a defesa da autonomia da

²⁸⁰ *A União*, “Hospital de isolamento”. 20 de nov. 1929.

²⁸¹ *A União*, “A construção do Hospital de Isolamento”. 24 de nov. 1929.

²⁸² *A União*, “Serviços Públicos – As visitas do sr. interventor – As obras do Hospital de Isolamento – Providências do govêrno”. 30 de nov. 1930.

²⁸³ *Idem*, 1930.

Parahyba”, o governo estadual viu “esgotarem-se as suas reservas”²⁸⁴. Desse modo, o “melhoramento de elevado alcance para a saúde publica” deixou de ser prioridade para o governo estadual sem tanto alarde da imprensa local.

João Pessoa negou apoio ao candidato oficial do governo federal, Júlio Prestes. Formou-se a Aliança Liberal, com ele de vice e Getúlio Vargas de presidente. As eleições de 1930 aconteceram dentro da “normalidade” da época, e o candidato do governo venceu. João Pessoa foi assassinado. A oposição se reorganizou. O movimento de 1930 “triunfou”. Getúlio Vargas chegou ao poder e logo substituiu os presidentes estaduais por interventores indicados por ele. Na capital da Paraíba, em novembro de 1930, “Apesar de suspensos os pagamentos contractuaes”, a empresa responsável pela construção do Hospital de Isolamento reiniciou os seus trabalhos “nos limites de suas possibilidades”²⁸⁵.

Mesmo com a suspensão temporária dos trabalhos, as obras para a construção do futuro Hospital de Isolamento já estavam então bem adiantadas, permitindo aos leitores de *A União* imaginar aquele “vasto edificio”, composto de 12 pavilhões, 09 dos quais já praticamente finalizados, “cobertos, forrados mosaicados, azulejados”, com “instalações electrica e sanitaria”, e tudo o mais que uma “construcção moderna” como aquela exigia²⁸⁶. Porém, um “fato” novo poderia mudar o destino daquele estabelecimento. Para a felicidade daqueles que temiam a vizinhança de um Hospital de Isolamento com um “medo invencível”, com um “pavor [tão] profundamente radicado na alma” que chega a impedi-los de compreender os “mais solidos argumentos epidemiologicos”²⁸⁷, o interventor de Vargas na Paraíba, Anthenor Navarro, parecia ter outros planos para aquele “vasto edificio”:

É pensamento do govêrno aproveitar a capacidade hospitalar do novo edificio, que é superior à do “Oswaldo Cruz”²⁸⁸, fazendo installar alli os serviços de assistencia medica commum até agora praticados no “Oswaldo Cruz”. Este passaria então a fazer o isolamento dos contagiantes, caso o permitam as suas condições technicas²⁸⁹.

²⁸⁴ Idem, 1930.

²⁸⁵ Idem, 1930.

²⁸⁶ Idem, 1930.

²⁸⁷ *A União*, “A localização do hospital de isolamento – O parecer da Sociedade de Medicina e Cirurgia da Parahyba”. 22 de out. 1929.

²⁸⁸ Segundo Oscar Oliveira Castro (1945, p. 247 e 363 – 364), a construção do Hospital Oswaldo Cruz foi iniciada em 14 de maio de 1918. Inicialmente ele pertencia à Santa Casa de Misericórdia da Paraíba. Em 1921, porém, quando ainda não estava concluído, ele foi emprestado à Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural na Paraíba, sob a condição de ser devolvido à Santa Casa quando o serviço fosse extinto. Sua inauguração aconteceu no dia 21 de abril de 1921, durante a gestão de Acácio Pires à frente da Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural. Delosmar Mendonça (2004, p. 251 – 252) acrescenta que, após recebê-lo de volta, a Santa Casa cedeu suas instalações à Força Policial do Estado, que as utilizou como enfermaria para o tratamento dos seus soldados até março de 1943. Tempos depois, no antigo prédio do Oswaldo Cruz foi instalada a Escola de Enfermagem Santa Emília de Rodat.

²⁸⁹ *A União*, “Serviços Publicos – As visitas do sr. interventor – As obras do Hospital de Isolamento – Providencias do govêrno”. 30 de nov. 1930.

Adiando a satisfação dos que se opunham ao Hospital de Isolamento, o noticiário informava, porém, que esta intenção ficava “a depender de ulteriores deliberações”²⁹⁰. Depois de tanta polêmica, após muita tinta, muitas páginas de jornal e muita ciência gastas para sustentar os vários argumentos dos diferentes médicos que se posicionaram sobre o assunto, as discussões sobre a melhor localização do Hospital de Isolamento pareciam, agora, de menor utilidade social: se o futuro hospital fosse mesmo destinado ao atendimento médico geral, e não mais ao “isolamento dos contagiantes”, diminuía a preocupação com a transmissão das doenças tratadas nele, principal foco das discussões médicas sobre o melhor local para a sua edificação. No entanto, em 1929, quando a intenção do ainda presidente João Pessoa era dotar a capital da Paraíba de um Hospital de Isolamento, os debates sobre sua localização estiveram na ordem do dia. Talvez possamos encontrar uma prova disso na grande visibilidade que toda a discussão adquiriu por intermédio da imprensa paraibana, que quase diariamente publicava cartas, informes e notícias relacionadas com o assunto.

O jornal *A União*, que fez uma abrangente cobertura da polêmica, era um periódico oficial. Logo, mantinha relações bem próximas com o governo estadual. Nesse sentido, o jornal normalmente adotava uma linha editorial concentrada na divulgação das ações do poder estadual. Nesta divulgação, destacavam-se, entre outros, os objetivos de enaltecer as ações do governo do estado, bem como o de prestar contas ao público leitor sobre como o poder estadual estava agindo para solucionar eventuais problemas considerados como demandas de toda a sociedade paraibana. Desse modo, a ampla cobertura que *A União* realizou, inclusive com a publicação na íntegra do parecer da SMCPB, contribuiu para que o tema adquirisse maior visibilidade. Além disso, também sinaliza que o assunto, de alguma maneira, interessava à sua “audiência”. Por fim, indica que a publicação dos lances envolvendo o episódio era interessante do ponto de vista dos editores do jornal, que, por sua vez, dialogavam com os objetivos do poder político estadual. Nessa perspectiva, a ampla cobertura midiática é um forte indício de que o tema constituiu uma preocupação importante para as autoridades políticas e para as elites leitoras locais, naquele segundo semestre de 1929.

Desse modo, a questão sobre a melhor localização do Hospital de Isolamento ofereceu uma importante oportunidade para que a SMCPB consolidasse a construção de sua imagem como uma instituição útil à sociedade. Cartas de médicos como Manuel Florentino, João Medeiros e Walfredo Guedes Pereira, apesar da diversidade de suas posições sobre a questão,

²⁹⁰ Infelizmente, não conseguimos encontrar nas fontes e na bibliografia pesquisada, informações a respeito do uso que efetivamente foi dado ao edifício construído para receber o Hospital de Isolamento. Porém, é mais provável que as instalações não tenham sido utilizadas com a finalidade inicialmente planejada.

indicavam que a construção do futuro Hospital necessitava se conformar às orientações da ciência médica. Ao delegar o estudo da questão à SMCPB, Guedes Pereira se isentava de eventuais acusações de “autoritarismo” na administração da saúde pública, mas também acabava fortalecendo a imagem da associação médica, perante a opinião pública, como uma entidade competente e capaz de ser útil aos “paraibanos” sempre que a solução dos problemas sociais reclamasse a intervenção do saber científico dos seus sócios. Enfim, a maior credibilidade da instituição aumentava o reconhecimento profissional dos seus membros, mas também a legitimidade social do saber-poder médico.

2.4 O universo da saúde como campo de batalha: a SMCPB e a luta pelo fortalecimento da medicina na Paraíba

Por que a SMCPB precisaria se “legitimar”? Por que alguns médicos paraibanos ainda preocupavam-se em fortalecer sua profissão, criando uma associação para atuar conjuntamente “pelo interesse da classe” (CASTRO, 1945, p. 374) de modo a “firmar” o seu “valor como médicos”²⁹¹? Não seria “natural” entregar os assuntos de saúde pública à “assembléa competente” de “homens cultos” formados e autorizados pelas Faculdades para trabalhar como médicos? Também não seria “natural” recorrer a um médico no momento da doença, bem como abrir a porta de sua casa para os funcionários da saúde pública enviados pelos médicos que administravam este serviço?

Acreditamos que em se tratando de história, o “natural” é um tanto perigoso. Em primeiro lugar porque, como lembra Francisco Ortega (2008, p. 74) dialogando com Michel Foucault, “A naturalização constitui uma estratégia poderosa de submissão”. Em segundo lugar porque uma das mais interessantes lições ofertadas aos historiadores pela História Cultural Francesa das últimas décadas, na linha das formulações de historiadores como Roger Chartier, é que as práticas culturais e a própria sociedade pode ser problematizada como uma “construção histórica”, resultado das diversas representações que constroem o mundo social, dando-lhe sentido, produzindo ordenamentos, criando divisões (CHARTIER, 2002, p. 17). Desse modo, a preeminência da medicina no campo da saúde não deve ser encarada como uma “coisa natural”. Talvez seja mais adequado problematizá-la como uma relação de poder que foi sendo construída historicamente. Ademais, essa colonização da saúde e da doença

²⁹¹ *O Jornal*, “Sociedade de Medicina e Cirurgia – A sua sessão de 5 do mês p. passado – A posse do dr. Tito de Mendonça, seu discurso de agradecimento e o de recepção do nosso illustre collaborador dr. José Maciel”. 06 de nov. 1924. Disponível em: <http://hemerotecadigital.bn.br/>. Acesso em 25 ago. 2014.

pelo saber médico não deve ser pensada como produtora de relações tão poderosas que excluam a possibilidade de resistências e negociações, pois como nos ensina José Otávio Aguiar:

Numa interação entre sujeito e estruturas, um indivíduo sempre tem preservado seus espaços de escolha. A economia, os fatores culturais e psicológicos influenciam, porém, não determinam nossas opções. Por ocasião de cada controvérsia enfrentada ao longo da vida, as circunstâncias são precedidas por uma notável indeterminação que atravessa a ordem dos sujeitos (AGUIAR, 2008, p. 111).

Por isso é possível sugerir que a luta médica para monopolizar o universo da saúde, aparentemente intensificada ao longo do século XX, não se “completa” na Paraíba dos anos 1920 (talvez nem mesmo atualmente), no sentido de que não elimina a possibilidade de recusas, resistências, negociações.

O quadro se torna um pouco mais complexo, na medida em que os anos 1920 constituem um momento importante para o fortalecimento da medicina paraibana. O aumento dos investimentos públicos em saúde naquela década, sinalizado pela criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP)²⁹², ampliou os espaços para a atuação do médico na sociedade, concorrendo, assim, para uma maior profissionalização e institucionalização da atividade médica.

Na Paraíba, a década de 1920 foi marcada, na área de saúde pública, pelos serviços da Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural. Como dissemos anteriormente, ela foi organizada mediante convênio entre o governo da União, na época presidido pelo paraibano Epitácio Pessoa, e o governo estadual, então dirigido por Solon de Lucena, firmado em 13 de dezembro de 1920 (ALMEIDA, 1980, p. 463). Ao longo daquela década, inúmeros foram os serviços e instituições de saúde pública organizados nos quadros da referida Comissão.

Entre outros, podemos destacar os seguintes serviços de saúde pública constituídos pela Profilaxia Rural na Paraíba: a organização de um Serviço de Polícia de Focos; a criação de Postos de Profilaxia Rural em Jaguaribe e Tambaú (na capital) e em cidades como Campina Grande, Guarabira, Areia e Umbuzeiro, além de subpostos em Santa Rita, Alagoinha, Mulungu, Pirpirituba, Araçagi e em outras localidades; a estruturação do Hospital Oswaldo Cruz e o aparelhamento de uma sala de operações no Hospital Santa Isabel, ambos na capital; a organização de um laboratório de pesquisas clínicas e de um dispensário para a

²⁹² O DNSP foi regulamentado por intermédio do Decreto-lei 14.354, de 15 de setembro de 1920. Tratava-se de um órgão público federal criado com o fim de centralizar a gestão dos serviços públicos de saúde. Para André de Faria Pereira Neto (2001, p. 28), sua atuação significou uma maior presença do Estado na vida dos cidadãos. Ainda segundo Pereira Neto (2001, p. 28), por meio do DNSP, “se constituía no Brasil, pela primeira vez, uma estrutura hierarquizada e burocratizada, de dimensões nacionais, na área da higiene e medicina preventiva e assistencial”.

profilaxia de doenças venéreas, com destaque para a sífilis, na capital; postos de assistência médica instalados em Bananeiras, Alagoa Nova, Itabaiana, Pocinhos, Santa Luzia e Malta, mediante pareceria com a Inspetoria de Obras Contra as Secas, nos quais eram atendidos os operários do serviço e os habitantes da região; organização de um Instituto Vacinogênico e Antirrábico, destinado a produzir vacinas contra a varíola e a raiva; um dispensário para a profilaxia da tuberculose na capital; e serviços de profilaxia contra doenças como a lepra, a malária, a boubá e as verminoses de um modo geral²⁹³.

Além destes serviços públicos, a Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural concorreu para um deslocamento na maneira de conceber a política da saúde na Paraíba. Nos anos 1920, abandonava-se o “modelo campanhista policial”, mais centrado na vigilância e na repressão e predominante desde o final do século XIX (SÁ, L. et al., 2011, p. 143), passando-se a empregar a “Educação sanitária com a proposta de modificar o comportamento higiênico de homens e mulheres na cidade da Parahyba [do Norte] e no interior do estado” (SOARES JÚNIOR, 2011, p. 114). Nesse sentido, os folhetos, as propagandas e as palestras em fábricas e escolas, passariam a substituir a coerção das leis na higienização dos “paraibanos” (SOARES JÚNIOR, 2011, p. 107). O novo modelo, agora educativo, possibilitava ao discurso médico-higienista normalizar as posturas e adentrar na vida íntima e social dos “paraibanos” para normatizar suas maneiras de sentir, de pensar, de agir, medicalizando hábitos, costumes e espaços.

Em certo sentido, esta ampliação dos espaços para a intervenção médica na sociedade, verificada na Paraíba dos anos 1920 a partir dos maiores investimentos públicos na área da saúde, contribuiu para aumentar o reconhecimento e a importância social atribuída ao médico. Juntamente com a atuação da SMCPB, esta ampliação dos serviços e das instituições de saúde, constitui importante vetor para uma inserção ainda maior do saber-poder médico na vida íntima e social dos paraibanos. Entendemos que esta intervenção mais intensa na sociedade concorreu para construir uma credibilidade profissional que a medicina não possuía, por exemplo, na Paraíba do século XIX. Nesse sentido, acreditamos que no caso da Paraíba, a construção histórica do saber médico como “proprietário” do campo da saúde, hoje “naturalizada”, dialoga, entre outros fatores, com as articulações entre medicina e poderes políticos, especialmente a partir da atuação médica na condução da política da saúde.

²⁹³ Este breve resumo sobre as atividades da Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural na Paraíba foi construído com base nas informações encontradas em Almeida (1980), Castro (1945) e Oliveira (1968). Além destas referências bibliográficas, foram pesquisadas as seguintes fontes: *Revista Era Nova*, “Sociedade de Medicina”, ano IV, n. 68, set. 1924; *Revista Era Nova*, “As grandes realizações do Saneamento Rural na Parahyba do Norte”, ano IV, n. 63, jun. 1924; *Revista Era Nova*, “Saneamento e Prophylaxia na Parahyba”, Edição do Centenário da Independência do Brasil, 1922.

Entre outros motivos, isso ocorreu porque os serviços públicos de saúde contribuíram para ampliar a presença da medicina na sociedade, inclusive em espaços e entre clientela pouco familiarizados com a atuação dos esculápios. Como argumenta Otavio Oliveira (1968), é provável que o maior contato da população com os médicos, nos postos, dispensários, hospitais e demais serviços públicos, tenha contribuído para fortalecer a medicina no mercado da saúde. Porém, discordamos deste autor quando, a nosso ver, ele exagera um pouco afirmando que “esse convívio habitual tornou os médicos menos temidos e o seu trato mais desejável, donde, daí por diante, firmar-se uma consciência de ser mais útil procurar-se o médico que o homem dos xaropes e das tisanas” (OLIVEIRA, 1968, p. 108 – 109).

O principal motivo para julgarmos exagerada a referida interpretação de Otavio Oliveira é que, ao longo dos anos 1920, e mesmo posteriormente a esta época, alguns episódios ocorridos no Brasil e na Paraíba permitem questionar se essa “consciência” da maior utilidade de se procurar um médico efetivamente se “firmou”. Páginas atrás, nós mostramos a lamentação do médico Tito de Mendonça, em seu discurso de posse na SMCPB, com a “teimosia” de alguns paraibanos que apenas recorriam ao médico após terem “percorrido a escola dos charlatães”, desde o “ignorante que convence da excellencia dos chás caseiros” até o “instruído que tudo receita”²⁹⁴.

Mas Tito de Mendonça não era o único a se preocupar com o que chamava de “exercício ilegal da medicina na Parahyba”. Em 07 de junho de 1929, Guedes Pereira, ainda diretor da Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural, enviou um ofício à chefia de polícia na capital. O motivo:

Tendo sido intimado por esta chefia [da Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural] a não continuar a profissão medica nem de enfermeiro que criminosamente ha tempos ver exercendo nesta capital, o sr. Fiuza Lima, residente à rua da República, visto não ter elle titulo nem idoneidade que estas profissões requerem [...] venho solicitar-vos, de accôrdo com o mesmo regulamento [do Departamento Nacional de Saúde Publica], meios coercitivos à pratica de tamanho abuso²⁹⁵.

A pesquisa de Agra (2008b, p. 167) mostrou que mesmo nos anos 1930 práticas terapêuticas diferentes da medicina científica continuavam sendo comuns na cidade de Campina Grande, e não apenas entre pessoas “iletradas” e ligadas ao mundo rural. Nesse sentido, o autor analisa a “cruzada” médica encabeçada por João Arlindo Corrêa, então diretor do Hospital Pedro I, o único existente na cidade, contra os praticantes de terapêuticas

²⁹⁴ *O Jornal*, “Sociedade de Medicina e Cirurgia – A sua sessão de 5 do mês p. passado – A posse do dr. Tito de Mendonça, seu discurso de agradecimento e o de recepção do nosso illustre collaborador dr. José Maciel”. 06 de nov. 1924. Disponível em: <http://hemerotecadigital.bn.br/>. Acesso em 25 ago. 2014.

²⁹⁵ *A União*, “Exercício ilegal da medicina”. 08 de jun. 1929.

diferentes da medicina. Agra discute, por exemplo, a trajetória de personagens como José Cassimiro Barbosa, que sofreram com a “repressão médico-policial” e foram levados aos tribunais por exercerem “ilegalmente a medicina”, ou seja, por curarem sem diploma médico ou por empregarem práticas terapêuticas consideradas ilegítimas pela “ciência”. Para o autor, a “missão” de que havia se investido João Arlindo Corrêa, ao levar “às vias judiciais todos aqueles que exerciam as diversas modalidades de cura sem estarem legalmente habilitados para tal”, relacionava-se com a “institucionalização do monopólio da medicina” no campo da saúde em Campina Grande. Para tanto, parecia necessário “banir” da cidade as artes de curar não autorizadas pela “ciência médica”, as quais, apesar da perseguição “médico-policial”, “teimavam” em participar do “teatro médico” na Campina dos anos 1930 (AGRA, 2008b, p. 167 – 185).

Mas preocupações com o *status* da medicina no interior do campo da saúde não eram uma exclusividade paraibana nos anos 1920. Nesse sentido, André de Faria Pereira Neto (2001, p. 35) mostra que o Congresso Nacional dos Práticos, organizado pela elite médica brasileira no Rio de Janeiro em 1922 possuiu uma singularidade em relação aos congressos médicos anteriores: “nele os interesses profissionais tornaram-se a preocupação central dos debates”. Esclarecendo melhor a questão, o autor explica que “Pela primeira vez na história da medicina, a comissão responsável pela organização de um congresso médico assumiu esta intenção de forma pública e oficial: só os trabalhos que dissessem ‘respeito ao exercício e ao ensino da medicina’ seriam aceitos” (PEREIRA NETO, 2001, p. 35).

Segundo Pereira Neto, em detrimento de controvérsias clínicas ou científicas, o Congresso se concentrou no debate de questões relacionadas ao exercício da medicina. Os debates foram intensos. As polêmicas e discordâncias não deixaram de existir. Mas houve um consenso: “As opiniões convergiram quando se tratou de defender a corporação de virtuais inimigos e de valorizá-la retoricamente – colocando-a como a mais importante atividade desenvolvida pelo homem” (PEREIRA NETO, 2001, p. 41).

A preocupação em consolidar o predomínio médico no campo da saúde era uma demanda bem presente entre os esculápios brasileiros nos anos 1920. Assim, acreditamos que a criação, em 1924, de uma associação médica na Paraíba, representa um episódio importante na luta dos médicos para controlar o campo da saúde. Não sabemos se esta busca pelo monopólio médico dialogava com “objetivos humanitários”, com os esculápios acreditando que o seu saber era mesmo o mais adequado para lidar com o corpo doente, ou se ela estava relacionada com os interesses profissionais do campo, com os clínicos desejando assegurar para si o predomínio sobre o mercado dos serviços públicos e particulares de saúde. Além

disso, é possível que outros fatores também tenham exercido seu papel na configuração desta luta dos médicos por mais espaço para a sua ciência. Por fim, a combinação desses fatores nas trajetórias individuais daqueles que se engajaram na construção da primazia médica sobre o campo da saúde, é algo difícil de ser apreendido pela escrita da história.

Mesmo assim, a construção discursiva da SMCPB como entidade que colocava a defesa do “bem-estar coletivo” em primeiro plano, foi uma importante estratégia do campo médico para angariar mais legitimidade social, em detrimento de “virtuais inimigos” que “teimavam” em corroer as estruturas do “edifício de poder” construído pelo saber médico no “condomínio” da saúde. Assim, mostrando a “utilidade” do seu saber científico para proteger a saúde e o bem-estar dos “paraibanos”, os médicos da SMCPB, em parceria com a imprensa e os poderes políticos locais, contribuíam para aumentar a legitimidade social atribuída à sua profissão. Atuando dessa forma, agora congregados em uma associação profissional que dispunha de reconhecimento social, os esculápios paraibanos ministravam doses de institucionalização para o corpo médico local.

A divulgação do saber médico para um “auditório” mais amplo, tornando-o mais presente na vida dos cidadãos, contribuiu para aumentar o reconhecimento social da medicina e para constituir a saúde como um problema político. Nos seus primeiros anos de funcionamento, várias ações da SMCPB configuraram canais de veiculação do discurso médico entre certos setores da sociedade, principalmente o público leitor dos jornais.

As palavras e as ações da entidade, largamente noticiadas pela imprensa, buscavam construir a representação de um campo médico competente, “sempre” atuante, e engajado nas questões sociais em benefício da “coletividade”. No próximo capítulo, estudaremos uma forma de “manifestação pública” do campo médico que exerce considerável importância na institucionalização das ciências (FERREIRA; MAIO; AZEVEDO, 1997 – 1998, p. 477 e 486): trata-se da “Semana Médica”, um congresso científico organizado pela SMCPB em maio de 1927. O evento seria mais uma “prova” oferecida pelo campo médico à sociedade paraibana, “de que nos temos reunido, de que temos trabalhado, de que temos discutido”²⁹⁶, como discursou Flávio Maroja, então presidente da associação, durante a sessão inaugural do evento. Mas isto fica para o nosso próximo encontro com os médicos paraibanos...

²⁹⁶ SOCIEDADE DE MEDICINA E CIRURGIA DA PARAHYBA. **Semana Médica**. Parahyba do Norte: Imprensa Oficial, 1927.

CAPÍTULO III – “Uma comunhão de crenças, confundidos pelo mesmo ideal”²⁹⁷: a Semana Médica em cena (1927)

Terça-feira, 03 de maio de 1927. Os relógios já marcavam 20 horas na cidade de Parahyba do Norte. O salão nobre da Academia de Commercio Epitacio Pessôa estava lotado: “figuras do commercio, professores, representantes da imprensa, a quasi totalidade do corpo medico desta capital, e innumeradas senhoras e senhorinhas”²⁹⁸ ali estavam para prestigiar a sessão inaugural da Semana Médica. Mais cedo, folheando as páginas de *A União*, os leitores paraibanos puderam se informar sobre o que ocorreria naquele “certamen, em que tomarão parte eficiente os membros mais destacados da nossa classe medica”: segundo o jornal, seriam abordados no evento “alguns dos mais instantes problemas relativos à saúde publica em nossa terra e temas de inedito interesse sobre os segredos da clinica e da therapeutica”²⁹⁹.

Promovido pela Sociedade de Medicina e Cirurgia da Parahyba (SMCPB), que foi enaltecida pelo jornal *A União* por ter “elevado o espirito de associação entre os facultativos”, o evento ofereceria aos “paraibanos” mais uma oportunidade para atestar a preocupação de seus médicos com “os superiores problemas da saúde publica”³⁰⁰. Por isso mesmo, a Comissão Organizadora do encontro “resolveu não fazer convites especiaes”³⁰¹, além do dirigido ao então presidente do estado, João Suassuna (1924 – 1928). Com isso, os médicos da SMCPB buscavam ampliar ao máximo a audiência do evento, esperando “o interesse dos nossos conterraneos e da imprensa, inclusive, para maior realce dos trabalhos de suas reuniões que serão publicas”³⁰².

Convidado para presidir a sessão inaugural, o presidente João Suassuna, alegando que não poderia comparecer pessoalmente ao evento, telegrafou a Flávio Maroja “agradecendo a gentileza do convite e designando ao seu secretario dr. Democrito de Almeida, para represental-o”³⁰³. Este último foi quem abriu os trabalhos da Semana Médica naquela noite terça-feira. Ante um auditório tomado por representantes da imprensa e das diversas elites

²⁹⁷ Palavras de Oscar de Castro, então orador oficial da SMCPB, em discurso proferido na sessão inaugural da Semana Médica de 1927 (SOCIEDADE DE MEDICINA E CIRURGIA DA PARAHYBA, 1927, p. XI).

²⁹⁸ *A União*, “A Semana Medica na Parahyba – A solennidade inaugural dos trabalhos – Os discursos”. 05 de maio. 1927.

²⁹⁹ *A União*, “Semana Medica – A sua installação, hoje, às 19 ½ horas, na Academia de Commercio ‘Epitacio Pessôa’”. 03 de maio. 1927.

³⁰⁰ *A União*, “A Semana Medica na Parahyba – A solennidade inaugural dos trabalhos – Os discursos”. 05 de maio. 1927.

³⁰¹ *A União*, “Semana Medica”. 01 de maio. 1927.

³⁰² *A União*, “Semana Medica – A sua installação, hoje, às 19 ½ horas, na Academia de Commercio ‘Epitacio Pessôa’”. 03 de maio. 1927.

³⁰³ *A União*, “Semana Medica”. 01 de maio. 1927.

locais, o secretário de João Suassuna enalteceu a “feliz e proveitosa iniciativa dos medicos parahybanos”, ao reunirem-se para o “intercambio de idéas, de alvitres e sugestões, que não podiam deixar de ter benefico alcance para com os interesses da nossa collectividade”³⁰⁴. Ainda naquela noite de 03 de maio de 1927, integrantes do que o jornal *A União* qualificou como “a parte mais esclarecida e culta da nossa terra”³⁰⁵, ouviram os discursos dos médicos Flávio Maroja, presidente da SMCPB, José Maciel³⁰⁶, vice-presidente da entidade, e Oscar de Castro, orador oficial da associação.

Concluindo a cerimônia, Democrito de Almeida voltou a enaltecer a Semana Médica em nome do governo estadual. Após elogiar a “efficiencia do iniciado certamen”, o secretário de João Suassuna “se congratulou com a classe medica e com a Parahyba pela sua realização”. Na frente da Academia de Commercio Epitacio Pessôa, aguardando o público que fora prestigiar a abertura do evento, já estava a postos e animada a banda da Força Policial do Estado, para encerrar com muita música aquela noite de terça-feira³⁰⁷.

Nas noites seguintes da Semana Médica, encerrada no dia 09 de maio, os médicos da SMCPB continuaram se reunindo no salão nobre da Academia de Commercio Epitacio Pessôa, atraindo “avultada assistencia”³⁰⁸ para suas discussões sobre temas diversos relativos ao campo médico. O congresso como um todo possibilitou aos esculápios locais mais uma oportunidade de oferecer à leitura da sociedade paraibana “as provas de sua cultura e de suas aptidões, dos seus labores, de suas investigações, dos seus testemunhos, tudo vencido, embora, entre os percalços, as responsabilidades e os dissabores da profissão” (SOCIEDADE DE MEDICINA E CIRURGIA DA PARAHYBA³⁰⁹, 1927, p. IV), como defendeu Flávio Maroja, presidente da entidade no discurso inaugural do evento.

Além dos discursos proferidos na sessão de abertura, ao longo dos sete dias do evento os médicos da SMCPB apresentaram 14 trabalhos³¹⁰ e debateram problemas variados: questões sociais foram inseridas na discussão de doenças como tuberculose, febre amarela,

³⁰⁴ *A União*, “A Semana Medica na Parahyba – A solennidade inaugural dos trabalhos – Os discursos”. 05 de maio. 1927.

³⁰⁵ Idem, 1927.

³⁰⁶ José Maciel substituiu como orador na sessão inaugural a Velloso Borges, que discursaria na qualidade de presidente da Comissão Organizadora da Semana Médica. Este último, porém, por motivo de doença, só pôde comparecer aos dois últimos dias do evento. A este respeito, Cf. *A União*, “A Semana Medica na Parahyba – A solennidade inaugural dos trabalhos – Os discursos”. 05 de maio. 1927; e *A União*, “A Semana Medica – A sessão de domingo – O debate sobre a assistencia aos alienados na Parahyba – As ultimas theses apresentadas – O encerramento, hontem, dos trabalhos”. 10 de maio. 1927.

³⁰⁷ Idem, 1927.

³⁰⁸ *A União*, “A Semana Medica”. 07 de maio. 1927.

³⁰⁹ Doravante, para tornar a leitura mais fluída, esta referência será apresentada por meio das iniciais SMCPB, seguidas do ano de publicação do livro (1927) e da página onde encontra-se o trecho referido.

³¹⁰ Mais à frente apresentamos um quadro com informações mais detalhadas sobre todos os trabalhos apresentados na Semana Médica de 1927.

varíola e lepra; higiene e educação sanitária foram defendidas como fatores de saúde, progresso e “civilização”, enquanto a educação escolar foi esquadrihada pela perspectiva biomédica; a loucura também foi objeto de reflexões, destacando-se uma forte crítica ao modo como os considerados “loucos” eram (mal)tratados na Paraíba; foi discutida a eficácia de novos medicamentos; foram relatados casos clínicos, intervenções cirúrgicas e inovações técnicas.

Apesar da diversidade de temáticas, os trabalhos apresentados e as discussões realizadas durante o evento possuíram alguns eixos norteadores. Os ensinamentos da medicina social e da eugenia informaram a esmagadora maioria das propostas e dos debates. Falando a um auditório diversificado, formado não só por seus colegas de profissão, os facultativos da SMCPB reforçaram bastante a representação de que progresso e “civilização” não combinavam com doença. Por isso, apoiados em uma imagem “evolucionista” e “triumfalista” da medicina, fabricaram a representação social do médico como uma espécie de “guardião” da saúde coletiva, esta última construída pelo discurso dos esculápios como o bem maior de uma sociedade. No fim das contas, a Semana Médica de 1927 serviu, entre outras coisas, para comprovar aos “paraibanos” a competência de seus médicos.

Os discursos que abriram o evento, em 03 de maio de 1927, foram publicados integralmente pelo jornal *A União*. No dia 05 de maio, foram veiculadas as falas do presidente da entidade, Flávio Maroja, e do seu vice, José Maciel. No dia 06 de maio, *A União* publicou o discurso de Oscar de Castro. Entre os meses de setembro de 1927 e março de 1928 o mesmo jornal publicou os trabalhos apresentados no congresso. Em abril de 1928, sob os auspícios do governo estadual, ainda presidido por João Suassuna, os discursos da sessão inaugural e os trabalhos desenvolvidos no evento foram publicados em um livro³¹¹ editado pela Imprensa Oficial do Estado. Além de ter colaborado com a divulgação do evento, fazendo circular entre os seus leitores representações sociais construídas nele e sobre ele, *A União* “celebrou” a produção do livro com os trabalhos desenvolvidos naquele “congresso científico”, afirmando que

Agora essas investigações de ordem diversa, esses resultados de observações clínicas e cirúrgicas, ao lado de outros temas sugestivos de higiene social e higiene escolar, commentarios e opiniões sobre os deveres e a ethica da profissão, vêm à lume num volume de 146 páginas, que o govêrno deliberou imprimir na Imprensa Official, attendendo à solicitação da Sociedade de Medicina da Parahyba. Reunidos em livro terão os trabalhos alludidos, aliás já dados à estampa pel’A União, uma divulgação bem mais efficaz, intensificando o intercambio de idéas

³¹¹ SOCIEDADE DE MEDICINA E CIRURGIA DA PARAHYBA (SMCPB). **Semana Médica**. Parahyba do Norte: Imprensa Official, 1927.

novas, estudos e opiniões lucidas, que influenciam as directrizes da medicina dos nossos dias³¹².

Ao congregar boa parte do campo médico paraibano para discutir aspectos que os seus agentes consideravam relevantes à profissão, a Semana Médica de 1927 contribuiu para fortalecer o movimento de institucionalização da medicina local, acentuado naquele começo de século XX. Além disso, o evento, e principalmente a grande publicidade construída em torno dele, propiciaram aos médicos da SMCPB uma boa oportunidade de fortalecer, junto ao público, a representação do campo médico como um segmento atuante, engajado na solução dos problemas sociais (sobretudo dos relacionados com o universo da saúde e da doença) e “competente” para aplicar ciência em benefício da coletividade. Analisar o que foi desenvolvido no evento, permite problematizar as principais demandas, discussões, anseios e projetos de sociedade que circulavam no campo médico paraibano quando a imagem pública destes profissionais já estava consideravelmente atrelada à representação social do médico como um “competente” homem de ciência e um “abnegado” reformador da sociedade.

Tendo em vista estas possibilidades, analisamos neste capítulo os trabalhos desenvolvidos na Semana Médica organizada pela SMCPB em 1927. Em linhas gerais, nosso objetivo é problematizar de quais formas este evento dialoga com a construção da representação do médico atrelada às imagens de “homem de ciência” e “reformador social”, em pleno vapor nos anos 1920. Como nossa intenção não é oferecer ao leitor um sumário de tudo o que foi discutido no evento, optamos por eleger alguns eixos temáticos que nos ajudassem a aprofundar nossas análises sobre a construção desta representação do médico paraibano como reformador social. Partindo de tais eixos, nos moveremos entre os trabalhos apresentados no congresso sem necessariamente esgotar suas possibilidades de análise histórica e desde já conclamando outros pesquisadores a problematizar a Semana Médica de 1927 a partir de diferentes perspectivas.

Além disso, não produzimos uma narrativa “linear” do evento, iniciando pelos seus preparativos, discutindo os trabalhos na mesma sequência em que foram apresentados no congresso, e encerrando com suas eventuais “consequências” para o campo médico. É bom esclarecer desde já que alguns trabalhos desenvolvidos na Semana Médica de 1927 sequer serão citados neste capítulo. No entanto, informaremos quais trabalhos foram apresentados no evento e quais médicos são os seus respectivos autores, de modo a situar melhor o leitor e, quem sabe, suscitar outras pesquisas sobre o congresso. Dessa forma, os trabalhos

³¹² A União, “A Semana Medica na Parahyba – Reunidos em volume os Annaes do importante certamen scientifico”. 11 de abr. 1928.

apresentados no evento aparecerão neste capítulo não segundo a ordem em que foram apresentados em 1927, mas conforme o eixo temático que estivermos discutindo em cada momento da narrativa.

Este terceiro capítulo encontra-se dividido em três partes. **Em primeiro lugar**, discutiremos aspectos gerais da Semana Médica, tais como sua organização e características mais marcantes. **Em segundo lugar**, iremos problematizar o evento como um espaço de autolegitimação, organizado e apropriado pelos médicos paraibanos buscando o fortalecimento de suas relações de poder. Nessa perspectiva, discutiremos as principais estratégias colocadas em cena pelos participantes do congresso a fim de reforçar o poder e a legitimidade do campo médico local. Por fim, **em terceiro lugar**, analisaremos o diálogo dos atores da Semana Médica com um saber em circulação na Paraíba dos anos 1920. Um saber pseudocientífico com implicações perversas em termos de exclusão social; um discurso sobre “saúde” e “doença” que, em suas apropriações mais radicais, chegou a justificar políticas institucionais de esterilização compulsória e extermínio em massa dos considerados “indesejados”: a eugenia. Neste ponto, convidaremos o leitor a pensar conosco como as propostas eugênicas foram representadas e colocadas em circulação na Paraíba pelos médicos que participaram daquele congresso em 1927.

3.1 Esquadrinhando a Semana Médica de 1927

De acordo com Ferreira, Maio e Azevedo (1997 – 1998, p. 486) os primeiros congressos médicos realizados no Brasil foram promovidos pela Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro (SMCRJ) ainda no final do século XIX. Para sermos mais precisos, o 1º Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro aconteceu ainda no Império, em setembro de 1888. Segundo estes autores (1997 – 1998, p. 485), no final do século XIX o campo médico do Rio de Janeiro também ficou marcado pela gestação de uma “comunidade científica”, que se percebia e atuava como tal, que começava a partilhar padrões de atividade científica e profissional, mas que ainda “negociava” os valores que deveriam normatizar o comportamento e a atuação profissional dos seus agentes. Dessa forma, a realização de Congressos, nos quais as representações médicas circulariam intensamente, possibilitando leituras e apropriações, significava um passo importante no sentido de uma maior institucionalização para o campo médico (FERREIRA; MAIO; AZEVEDO, 1997 – 1998, p. 486).

Ainda segundo Ferreira, Maio e Azevedo (1997 – 1998, p. 477), além de contribuir para aumentar os índices de institucionalização científica do campo médico, a realização de congressos marca uma nova forma de manifestação pública da comunidade médica. Nestes encontros, os facultativos discutiam temas médicos de caráter especializado, mas também refletiam sobre questões sociais a partir de uma perspectiva biomédica. Por meio da imprensa periódica “leiga”, que noticiava a realização dos eventos, a comunidade médica teria uma notável oportunidade de construir sua identidade profissional atrelada à representação de um segmento “competente”, “atuante” e “engajado”, que estuda, pesquisa, busca se atualizar e discute coletivamente os melhores caminhos para a saúde da sociedade.

Através das sessões abertas ao público, os debates travados nos congressos médicos acabavam circulando entre um auditório mais amplo. Graças a esta publicidade, os escúlipos conseguiam oferecer suas representações à leitura de um público bem maior, possibilitando assim uma maior penetração do saber médico na sociedade. Além disso, Ferreira, Maio e Azevedo (1997 – 1998, p. 488) analisam que, a partir do final do século XIX, os congressos científicos adquirem um valor estratégico para a comunidade médica, à medida que “o periódico médico torna-se cada vez mais especializado, dificultando o acesso ao leigo. Desse modo, os congressos renovaram a capacidade da medicina de se posicionar na vida pública por intermédio de atividades de valor acadêmico”.

Em suma, os congressos médicos abriram um novo espaço de visibilidade pública para a medicina. Dessa maneira, eventos científicos como a Semana Médica de 1927 contribuía para aumentar tanto a institucionalização quanto a legitimidade social da medicina, ao oferecer aos médicos a possibilidade de ampliar o “auditório” de suas representações sociais.

Como já dissemos, a Semana Médica ocorreu entre os dias 03 e 09 de maio de 1927³¹³, com encontros que se iniciavam a partir das 20 horas. As suas sessões foram realizadas na Academia de Commercio Epitacio Pessôa, que na época era a sede provisória da SMCPB. Todas as atividades desenvolvidas no evento foram abertas ao público e receberam tratamento de destaque no jornal *A União*. As falas enunciadas na sessão inaugural do evento foram

³¹³ Inicialmente, o evento fora planejado para ocorrer em fins de setembro de 1926, como esclarece Flávio Maroja nos anais do encontro (SMCPB, 1927, p. 146). Porém, por motivos que desconhecemos, pois apesar de terem sido discutidos em sessão extraordinária da SMCPB não foram sequer mencionados em nenhuma das fontes que pesquisamos – as quais normalmente silenciam sobre eventuais “fracassos” do campo médico local – a entidade decidiu adiar o evento para o mês de maio de 1927. Aparentemente, a SMCPB já havia realizado um congresso semelhante em 1924, o qual, como dissemos, foi analisado por Soares Júnior (2011, p. 105 – 109). É provável que a SMCPB não tenha realizado outros congressos científicos com o título de “Semana Médica”. Porém, é certo que a entidade continuou organizando congressos médicos, como a “Semana Anti-Alcoólico”, realizada em 1935. Depois, a SMCPB passou a organizar Congressos Estaduais de Medicina (Cf. NÓBREGA, 1979, p. 118).

publicadas na íntegra pelo periódico oficial. Neste caso, é importante destacar o poder simbólico destas falas inaugurais. Feitas por Flávio Maroja, José Maciel e Oscar de Castro, respectivamente presidente, vice-presidente e orador oficial da SMCPB, médicos que ocupavam posições de destaque na entidade que organizara o evento e no campo médico local, estas falas seriam apropriadas pelos espectadores da sessão inaugural e pelos leitores de *A União* como representativas do pensamento médico paraibano, mesmo que este não fosse o objetivo inicial de seus autores. Porém, o mais importante, neste caso, é que a publicação dos discursos inaugurais do evento no jornal de maior circulação ampliou consideravelmente o auditório das representações sociais tecidas por Maroja, Maciel e Castro na abertura da Semana Médica.

Mas a cobertura jornalística do evento não se limitou à sessão inaugural. Dias antes, *A União* começaria a repercutir entre seus leitores os preparativos para o congresso. Convergindo com o tratamento que a imprensa paraibana costumava dar à medicina no começo do século XX, o periódico oficial foi progressivamente construindo uma representação “triumfalista” do evento, afirmando, por exemplo, que “auspícia-se **brilhante a reunião científica que a culta corporação medica** parahybana vaee realizar dentro de poucos dias”³¹⁴. Nos dias seguintes, ainda antes da abertura do evento, *A União* continuou a repercutir a Semana Médica, informando sobre as reuniões realizadas para discutir a organização do congresso³¹⁵ e divulgando a programação do encontro³¹⁶.

Nas notícias que antecederam a abertura do evento, o jornal ressaltou bastante que as sessões da Semana Médica seriam abertas ao público. Ao mesmo tempo, insistiu que a Comissão Organizadora esperava o comparecimento da “imprensa regional” e das “diversas classes sociaes”³¹⁷, com o fim de dar maior destaque aos trabalhos desenvolvidos no congresso³¹⁸. Este desejo de ampliar o auditório das representações médicas poder ser analisado como uma estratégia de legitimação social e fortalecimento profissional por meio de uma penetração sempre crescente, e cada vez mais abrangente, do saber médico na sociedade.

Além de ter dado grande destaque à preparação do congresso e à sua sessão inaugural, *A União* também repercutiu as atividades desenvolvidas na Semana Médica. Após “celebrar”

³¹⁴ *A União*, “Semana Medica”. 27 de abr. 1927, grifos nossos.

³¹⁵ *A União*, “Semana Medica”. 28 de abr. 1927.

³¹⁶ *A União*, “Semana Medica – A sua instalação, hoje, às 19 ½ horas, na Academia de Commercio ‘Epitacio Pessoa’”. 03 de maio. 1927.

³¹⁷ *A União*, “Semana Medica”. 01 de maio. 1927.

³¹⁸ *A União*, “Semana Medica – A sua instalação, hoje, às 19 ½ horas, na Academia de Commercio ‘Epitacio Pessoa’”. 03 de maio. 1927.

a “brilhante a reunião científica que a culta corporação medica parahybana”³¹⁹ estava realizando, e oferecer à leitura de seu público as representações médicas construídas através dos discursos inaugurais do encontro, *A União* noticiou todas as sessões do congresso, até o seu encerramento em 09 de maio de 1927. A cada edição, o jornal realizava um breve resumo das atividades desenvolvidas na sessão da noite anterior, destacando os trabalhos que haviam sido apresentados e as discussões que os mesmos haviam suscitado. Além disso, *A União* insistia na “proficiencia” e “clareza”³²⁰ com que os facultativos apresentavam seus trabalhos e debatiam os problemas da saúde pública e individual.

Ao longo da cobertura que realizou sobre o evento, o jornal reafirmou continuamente que as sessões da Semana Médica atraíam “uma assistencia bastante avultada”³²¹, formada pelo que o jornal fez questão de classificar como “a parte mais esclarecida e culta do nosso publico”³²². Comentando o trabalho sobre “Educação Sanitaria” apresentado no evento por Flávio Maroja – a quem o próprio jornal se referia como “nosso illustre collaborador”³²³ – *A União* o representou como um “Trabalho cheio de sugestões aproveitaveis, no tocante ao importante assumpto de hygiene social”, sem esquecer de protocolar as eventuais apropriações de seus leitores afirmando que o texto de Maroja “foi recebido com applausos por quantos assistiram a sua leitura”³²⁴.

Entre os meses de setembro de 1927 e março de 1928, *A União* publicou, na íntegra, os trabalhos apresentados durante a Semana Médica. Mesmo os textos de teor mais especializado, como relatos de casos clínicos e de intervenções cirúrgicas, foram integralmente dados à leitura pelas páginas do jornal oficial. Ademais, um detalhe chama a atenção: todos os trabalhos apresentados na Semana Médica foram publicados na primeira página do jornal, recebendo um espaço de destaque. Isto sinaliza a relevância atribuída pelo periódico à divulgação dos textos, os quais eram oferecidos à leitura na parte em que o jornal costumeiramente publicava as notícias consideradas mais importantes ou de maior interesse para o governo estadual e para o seu público leitor. Ao mesmo tempo, estampar a primeira

³¹⁹ *A União*, “Semana Medica”. 27 de abr. 1927.

³²⁰ *A União*, “A Semana Medica na Parahyba – A solennidade inaugural dos trabalhos – Os discursos”. 05 de maio. 1927.

³²¹ *A União*, “A Semana Medica – As theses lidas hontem pelos drs. Flávio Maroja, Oscar de Castro e Seixas Maia”. 08 de maio. 1927.

³²² *A União*, “A Semana Medica – As theses lidas hontem, sobre a lepra no Brasil, do dr. Jôsa Magalhães e ‘Da loucura maníaco-depressiva e seu diagnostico diferencial’, do dr. Octavio Soares”. 07 de maio. 1927.

³²³ *A União*, “Semana Medica”. 28 de abr. 1927.

³²⁴ *A União*, “A Semana Medica – As theses lidas hontem pelos drs. Flávio Maroja, Oscar de Castro e Seixas Maia”. 08 de maio. 1927.

página do periódico oficial possibilitava uma repercussão ainda maior às representações sociais construídas pelos esculápios paraibanos que participaram da Semana Médica.

A seguir, apresentamos um quadro com informações sobre os trabalhos apresentados no evento, destacando em quais edições de *A União* eles foram respectivamente veiculados.

Quadro 3: TRABALHOS APRESENTADOS NA SEMANA MÉDICA DE 1927			
Título do trabalho	Autor	Data de apresentação no evento	Datas de publicação em <i>A União</i>
Prophylaxia da tuberculose na Parahyba do Norte	Alfredo Monteiro	04 de maio de 1927 (2º dia do evento)	01 de outubro de 1927
A febre amarella é endêmica na Parahyba?	José Maciel	04 de maio de 1927 (2ª dia do evento)	28 de setembro de 1927
A vaccina contra a variola e seus salutareos efeitos	José Teixeira de Vasconcellos	05 de maio de 1927 (3º dia do evento)	09, 11 e 12 de outubro de 1927
Ligeiras considerações em face de alguns medicamentos novos	Lourival Moura	05 de maio de 1927 (3º dia do evento)	15 e 16 de março de 1928
Considerações sobre a prophylaxia da lepra no Brasil	Jósa Magalhães	06 de maio de 1927 (4º dia do evento)	18 e 19 de fevereiro de 1928
Algumas considerações sobre a loucura maníaco-depressiva	Octavio Soares	06 de maio de 1927 (4º dia do evento)	27 de março de 1928
Educação Sanitaria	Flávio Maroja	07 de maio de 1927 (5º dia do evento)	24 de setembro de 1927
Um capitulo de hygiene intellectual do trabalho escolar	Oscar de Castro	07 de maio de 1927 (5º dia do evento)	13 de março de 1928
As creanças anormaes	Seixas Maia	07 de maio de 1927 (5º dia do evento)	29 de novembro de 1927
Antigos conceitos do alienado – como se tem feito assistencia aos alienados na Parahyba	Octavio Soares	08 de maio de 1927 (6º dia do evento)	23 de março de 1928
Considerações sobre um caso de insuficiencia mitral com sôpro circular de Miguel Couto	Renato de Azevêdo	08 de maio de 1927 (6º dia do evento)	28 e 29 de fevereiro de 1928
Glossite diphterica, narrativa de curioso caso clinico	Renato de Azevêdo	09 de maio de 1927 (Último dia do evento)	Trabalho não publicado por <i>A União</i> ³²⁵

³²⁵ Curiosamente, ou não, este também foi o único trabalho apresentado na Semana Médica de 1927 que não figurou nos anais do evento, publicados em livro pela Imprensa Oficial do Estado ainda naquele ano. A respeito deste trabalho, sabemos apenas que ele foi apresentado no último dia do encontro (09 de maio de 1927) suscitando avaliações diversas e mesmo contraditórias, pois despertou tanto “elogiosos comentarios” quanto o “sceptismo” dos médicos José Maciel e Tito de Mendonça, como informou a edição de 10 de maio de 1927 do

Duas observações de uma clinica cirurgica	Tito de Mendonça	09 de maio de 1927 (Último dia do evento)	18 e 20 de março de 1928
Seringa vesical de Guyon, typo Record	Edrise Villar	09 de maio (Último dia do evento)	24 e 25 de março de 1928

Fonte: Quadro elaborado pelo autor com base em notícias sobre a Semana Médica de 1927 publicadas pelo jornal *A União* e a partir dos anais do evento (SMCPB, 1927).

Além de terem estampado a primeira página de um jornal cuja linha editorial estava atrelada às relações de poder do governo estadual, os trabalhos apresentados na Semana Médica de 1927, junto com os discursos que abriram o evento, foram publicados em livro (SMCPB, 1927). Como já dissemos, esta publicação foi patrocinada pelo governo estadual, que autorizou a Imprensa Oficial do Estado a produzi-la. Segundo consta na abertura do próprio livro, sua publicação teria sido viabilizada por uma articulação política efetivada pelo presidente da SMCPB, Flávio Maroja. Dessa forma, a Comissão Organizadora da Semana Médica sugeriu aos eventuais leitores dos anais³²⁶ do evento que para viabilizar tal publicação

houve o digno presidente da nossa Sociedade [Flávio Maroja] entender-se com o exmo. sr. presidente do Estado [João Suassuna], que, accedendo prontamente aos nossos desejos e referindo-se com a melhor sympathia ao certamen que teve logar de 3 a 9 de maio do anno corrente, déra ordens, nesse sentido, à Imprensa Official (SMCPB, 1927, p. I).

É óbvio que não devemos desconsiderar as relações de poder que Flávio Maroja³²⁷ mantinha com o governo de Suassuna se quisermos compreender o amplo espaço que a Semana Médica ocupou no jornal do governo, bem como o patrocínio estatal para a publicação dos anais do evento. É provável que o governo estadual não disponibilizasse tão facilmente os meios de comunicação oficiais, para realizar a cobertura jornalística e a edição de um livro, se o evento em questão tivesse sido organizado por adversários políticos³²⁸.

Contudo, acreditamos que o fator decisivo para viabilizar toda a publicidade em torno do congresso foram os vínculos entre o saber médico e as relações de poder então

jornal *A União*. Infelizmente, não conseguimos encontrar outras fontes que nos permitissem explicar mais adequadamente porque este foi o único trabalho da Semana Médica não publicado nem na imprensa nem nos anais do evento. A respeito deste “misterioso” trabalho do médico Renato de Azevêdo, Cf. *A União*, “A Semana Médica – A sessão de domingo – O debate sobre a assistencia aos alienados na Parahyba – As ultimas theses apresentadas – O encerramento, hontem, dos trabalhos”. 10 de maio. 1927.

³²⁶ Para os interessados em estudar a Semana Médica de 1927, uma cópia dos anais deste evento encontra-se disponível para pesquisa no arquivo do Instituto Histórico e Geográfico da Paraíba, localizado em João Pessoa.

³²⁷ Flávio Maroja fora vice-presidente da Paraíba entre 1920 e 1924, no governo de Solon de Lucena, antecessor de João Suassuna e, junto com este, integrante da oligarquia liderada por Eptácio Pessoa que então comandava a política paraibana (GURJÃO, 1999, p. 61). Além disso, estudando a atuação de Maroja como médico sanitaria, Soares Júnior (2011, p. 80), analisa que a inserção que este médico possuía nos meios de comunicação de sua época resultava das relações de poder exercidas por Maroja durante sua trajetória, principalmente graças às posições políticas e aos cargos públicos que ocupou.

³²⁸ Embora não devam descartar a possibilidade de que o governo estadual de João Suassuna tivesse alguns opositores, ou mesmo adversários políticos, entre os médicos paraibanos.

constituídas. Apenas mantendo certa “intimidade” com o poder, a SMCPB conseguiria tamanho apoio oficial para realizar a Semana Médica e para fazer circular entre o restrito público leitor as representações que seus agentes construíram durante o encontro. Ademais, não esqueçamos que “A Comissão Organizadora [da Semana Médica], resolveu não fazer convites especiais [para o comparecimento ao evento] além do dirigido à primeira autoridade do Estado”³²⁹, o presidente João Suassuna, convidado para dirigir a sessão inaugural do congresso médico. Lembremos ainda que apesar de não comparecer à abertura do evento, Suassuna designou para a tarefa de substituí-lo o seu secretário Demócrito de Almeida³³⁰, que representou o Estado paraibano presidindo a sessão inaugural da Semana Médica³³¹.

No entanto, muito mais do que a presença de um representante do governo estadual em uma posição simbólica de destaque na cerimônia de abertura do encontro, compreendemos que a ampla divulgação do evento e das atividades desenvolvidas nele através dos meios de comunicação oficiais, sinaliza os vínculos que o campo médico paraibano mantinha com o poder político instituído. Sendo assim, a medicina paraibana de começos do século XX não escaparia das íntimas e mútuas implicações entre saber e poder de que nos fala Michel Foucault (2013, p. 30). Além disso, não devemos perder de vista que naquela época estava em curso uma tentativa de medicalização da sociedade paraibana. Admitir a existência, na Paraíba, deste projeto de governo das populações por meio da medicina social, é o reconhecimento de que a partir de então

a medicina em tudo intervém e começa a não mais ter fronteiras; é a compreensão de que o perigo urbano não pode ser destruído unicamente pela promulgação de leis ou por uma ação lacunar, fragmentária, de repressão aos abusos, mas exige a criação de uma nova tecnologia de poder capaz de controlar os indivíduos e as populações tornando-os produtivos ao mesmo tempo que inofensivos; é a descoberta de que, com o objetivo de realizar uma sociedade sadia, a medicina social esteve, desde a sua constituição, ligada ao projeto de transformação do desviante – sejam quais forem as especificidades que ele apresente – em um ser normalizado (MACHADO et al., 1978, p. 156).

Nesse contexto, o saber dos esculápios medicalizou a sociedade paraibana, no sentido de que se apropriou dos mais diversos aspectos da existência humana transformando-os em objetos de sua ciência. No entanto, semelhante ao que verificou Roberto Machado et al. (1978, p. 156) para o Brasil do século XIX, este saber que medicalizou a sociedade paraibana ainda não conseguiu, até hoje, medicá-la efetivamente. Dessa forma, embora os médicos locais não tenham alcançado seus objetivos de “curar” e “higienizar” todos os “paraibanos”, é

³²⁹ *A União*, “Semana Medica”. 01 de maio. 1927.

³³⁰ *Idem*, 1927.

³³¹ *A União*, “A Semana Medica na Parahyba – A solennidade inaugural dos trabalhos – Os discursos”. 05 de maio. 1927.

possível afirmar com certa segurança que no começo do século XX a medicina paraibana foi sendo constituída enquanto uma medicina social, sobre a qual já discutimos no primeiro capítulo. O que nos interessa aqui é uma característica importante da medicina social: sua relação com o poder de Estado.

Ora, esquadrinhando a sociedade a partir de uma perspectiva biomédica, a medicina social penetra nos mais variados aspectos da experiência humana. O Estado paraibano não ficou imune à microfísica do saber-poder médico. A medicina social também circulou nos aparelhos do poder estadual, sobretudo nos órgãos da saúde pública e nos meios de comunicação oficiais. Mas, como analisa Roberto Machado et al. (1978, p. 157), o vínculo entre medicina social e poderes políticos não constitui uma relação de sobreposição do governante sobre o médico ou de apropriação da medicina por parte do Estado. O que surge é uma relação de reciprocidade, por meio da qual o saber médico viabiliza o exercício do poder político, enquanto este, por meio do aparelho de Estado, constitui as condições necessárias para a medicalização da sociedade. Dessa forma, de acordo com Roberto Machado et al. (1978, p. 157 – 158) “A medicina social, com seu novo tipo de racionalidade, é parte integrante de um novo tipo de Estado”, que se propõe a assumir um papel mais ativo no governo de sua população, atuando como gestor e produtor das condições de vida de seus cidadãos, e que necessita da racionalidade médica para viabilizar seus projeto de normalização global da sociedade.

Na Paraíba dos anos 1920, é possível perceber os vínculos e as implicações recíprocas entre um Estado cada vez mais normalizador e uma medicina cada vez mais social. É nessa perspectiva que compreendemos o amplo espaço que a Semana Médica de 1927 ocupou nos meios de comunicação estatais: como um indício dos vínculos entre campo médico e Estado, característica da constituição de uma medicina social. Divulgando o evento e ampliando o auditório das representações médicas por meio de seus veículos de imprensa oficiais, o Estado paraibano concorria para fortalecer o projeto de medicalização da sociedade, de inegável valor estratégico para o fortalecimento do saber-poder médico. Por seu turno, ao ocupar amplo espaço em mídias oficiais, a SMCPB não apenas expandia o público de sua Semana Médica: ela também oferecia à leitura dos paraibanos as “provas” de que os poderes políticos do estado autorizavam suas prescrições para a sociedade, pois de outra forma não lhe teriam franqueado os veículos de comunicação social do governo.

Por isso, interpretamos a Semana Médica de 1927 como mais uma via de medicalização da sociedade paraibana, experiência acentuada a partir do começo do século XX. Isto porque a realização do evento e a divulgação de seus trabalhos pela imprensa estatal

da Paraíba contribuíram para intensificar a penetração do saber médico na sociedade e para estreitar ainda mais os vínculos entre o campo médico e os poderes políticos locais. Nesse sentido, o apoio que o governo paraibano concedeu aos médicos para a divulgação dos trabalhos desenvolvidos no evento sinaliza as relações de reciprocidade entre um Estado que necessitava da medicina para viabilizar seus projetos de normalização da sociedade e um campo médico que precisava ocupar espaços nas instâncias de poder para efetivar suas propostas de medicalização social. Ademais, ao criar canais de inserção das representações médicas na sociedade e no aparelho de Estado, o congresso como um todo também contribuiu para fortalecer a medicina paraibana como uma medicina social e para reforçar a representação do médico como reformador da sociedade.

Além de sinalizar as relações de reciprocidade entre medicina e poderes políticos, a Semana Médica de 1927 também aponta para outra característica importante do campo médico paraibano no começo do século XX: a articulação entre prática profissional e pesquisa científica. Para compreendê-la é preciso lembrar que apenas a partir de 1952 a Paraíba passaria a dispor de uma Faculdade de Medicina, sediada na capital do estado. Antes disso, os paraibanos aspirantes a esculápio precisavam se deslocar para outras partes do país, principalmente Salvador e Rio de Janeiro, para realizar o seu curso médico. Além disso, nos anos 1920, a Paraíba não contava com centros de pesquisa biomédica do tipo de um Instituto Oswaldo Cruz³³², ou mesmo mais modestos do que ele.

De modo geral, os médicos paraibanos daquela época não dispunham de tantos espaços para o desenvolvimento de pesquisas científicas. Assim sendo, os espaços que lhes possibilitariam o desenvolvimento de atividades científicas eram os mesmos nos quais os facultativos paraibanos desempenhavam seu trabalho profissional: os hospitais, postos, laboratórios e dispensários da saúde pública, bem como suas respectivas clínicas privadas.

Mas este vínculo entre trabalho e pesquisa, que esteve presente na atuação dos médicos que estamos estudando, não deve ser interpretado como uma “idiosincrasia” de sua profissão nem como uma particularidade de sua época. Para ficarmos apenas com os exemplos do passado, segundo Ferreira, Maio e Azevedo (1997 – 1998, p. 477), esta relação

³³² O Instituto Oswaldo Cruz tem sua origem ligada ao Instituto Soroterápico Federal, criado em 25 de maio de 1900 e instalado na Fazenda de Manguinhos, Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro. A princípio, o Instituto Soroterápico destinava-se à produção de soros e vacinas contra a peste bubônica. Em 1907, ele passou a se chamar Instituto de Patologia Experimental de Manguinhos, em referência ao nome do bairro carioca onde sua sede estava localizada. Em 1908 foi rebatizado como Instituto Oswaldo Cruz. Segundo Gilberto Hochman (2006, p. 64), principalmente durante a gestão de Oswaldo Cruz (1903 – 1917), o Instituto “tornou-se um importante centro de pesquisas e de formação de profissionais especializados em saúde pública”. As informações sobre a história do Instituto Oswaldo Cruz foram obtidas em <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/historia>; e em <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/linha-do-tempo-em-texto>. Acesso em 20 jan. 2015.

de reciprocidade entre prática profissional e investigação científica foi uma das principais características da ciência brasileira no século XIX. De acordo com estes autores, naquele contexto histórico, “a atividade científica e o trabalho profissional foram práticas inseparáveis”. Uma das implicações deste vínculo foi que “O exercício profissional da medicina representou uma das poucas alternativas disponíveis para os indivíduos interessados em ciência, explicando-se assim por que as sociedades científicas mais importantes foram organizadas por médicos” (FERREIRA; MAIO; AZEVEDO, 1997 – 1998, p. 477).

Em certo sentido, algumas das representações dadas a ler na Semana Médica de 1927 sinalizam que esta relação entre trabalho e pesquisa continuava bastante presente na atuação profissional da maioria dos esculápios que participaram do evento. Esta constatação coloca em cena a importância que os hospitais foram adquirindo na formação médica. Para compreendê-la, precisamos considerar o movimento de medicalização das instituições hospitalares, cujo “nascimento” Michel Foucault (1979, p. 99) situa no final do século XVIII.

Segundo Foucault (1979, p. 101 – 102), os hospitais que funcionavam na Europa desde a Idade Média não tinham como objetivo prioritário a cura dos doentes. Eles eram muito mais instituições de caridade, de assistência aos pobres do que propriamente um espaço de cura. Sendo assim, antes do século XVIII o hospital era “um lugar onde morrer”, que exercia três funções prioritárias: prestar assistência aos pobres, sobretudo aos pobres doentes; segregar o doente para evitar o perigo do contágio; servir de espaço para a purificação e a transformação espiritual, tanto do doente quanto do pessoal que trabalhava no hospital. Além disso, Foucault (1979, p. 102) argumenta que até o século XVIII a medicina era uma prática profundamente individualista, baseada na observação sistemática e exaustiva dos sintomas individuais, o que dificultava a constituição de uma prática médica hospitalar.

Para Foucault (1979, p. 107), um dos fatores que possibilitaram a constituição de hospitais “terapêuticos” e “medicalizados”, em substituição aos hospitais caritativos precedentes, foi a introdução dos mecanismos disciplinares na organização hospitalar, ou seja, foi a “disciplinarização” do hospital. Sendo assim, o poder disciplinar, que segundo Foucault (1979, p. 105) “foi aperfeiçoado como uma nova técnica de gestão dos homens” durante o século XVIII, visando disciplinar os indivíduos para deles extrair o máximo de produtividade, também foi usado para reorganizar as instituições hospitalares com o fim de torná-las produtivas e eficientes. Por meio desta “disciplinarização”, buscava-se eliminar do hospital eventuais fatores perniciosos ao tratamento dos doentes hospitalizados. Dessa forma, buscava-se transformar o hospital em um espaço efetivamente terapêutico, uma instituição disciplinar eficaz no tratamento das doenças.

Por seu turno, a formação de uma medicina capaz de ser exercida no espaço hospitalar se deveu a transformações no saber e na prática médicas verificadas por Foucault (1979, p. 107) a partir do século XVIII. Nesse contexto, a medicina vai deixando de ser uma prática do olhar individual para se interessar pelas condições do meio que provocam as doenças. Dessa maneira, a medicina desloca-se progressivamente de uma arte do olhar para uma ciência dos espaços.

Com efeito, Foucault (1979, p. 103 – 108) argumenta que a disciplinarização do Hospital e a formação de uma medicina do espaço, constituem condições de possibilidade para o surgimento de um hospital medicalizado, onde existe uma enorme preocupação com a vigilância do doente (resultado da disciplinarização da instituição hospitalar) e com a medicalização dos espaços (característica de um saber médico cada vez mais preocupado com as condições ambientais que incidem sobre a saúde).

Estes fatores acabaram condicionando as principais características do hospital medicalizado que começa a aparecer no século XVIII. Novamente segundo Foucault (1979, p. 108 – 111), este novo “hospital médico” pode ser definido a partir de três atributos. Em primeiro lugar, a preocupação com a medicalização dos espaços. Dessa maneira, passa a existir uma enorme preocupação com a arquitetura do hospital, que começa a ser pensada como um instrumento terapêutico: ela deve ser iluminada, facilitar a circulação de ar, impedir a propagação de doenças. Em segundo lugar, ocorre uma transformação do sistema de poder no interior do hospital: o médico toma o lugar do pessoal religioso como o principal responsável pela organização hospitalar. Em terceiro lugar, entram em cena instrumentos de vigilância constante dos enfermos hospitalizados, tais como a produção de registros exaustivos sobre tais pacientes.

É por causa desta produção exaustiva de registros clínicos que o hospital se torna um espaço de produção de saber. Como argumenta Foucault (2013, p. 178) este hospital disciplinado foi o que possibilitou um importante deslocamento na formação médica, que passou a “encontrar suas referências menos na tradição dos autores decisivos que num campo de objetos perpetuamente oferecidos ao exame”. Por esse motivo, o trabalho do médico no hospital torna-se importante tanto para a sua própria formação quanto para a produção de conhecimentos médicos que poderão ser apropriados por outros colegas de profissão, justamente a partir do momento em que se constitui “um campo documental no interior do hospital que não é somente um lugar de cura, mas também de registro, acúmulo e formação de saber” (FOUCAULT, 1979, p. 110). Com efeito, a partir da medicalização do hospital,

o saber médico que, até o início do século XVIII, estava localizado nos livros, em uma espécie de jurisprudência médica encontrada nos grandes tratados clássicos da medicina, começa a ter seu lugar, não mais no livro, mas no hospital; não mais no que foi escrito e impresso, mas no que é cotidianamente registrado na tradição viva, ativa e atual que é o hospital (FOUCAULT, 1979, p. 110 – 111).

Além disso, o hospital “disciplinado” tornou-se um dos principais espaços para o exercício do poder médico, o que nos remete às relações de reciprocidade entre saber e poder. Roberto Machado (FOUCAULT, 1979, p. XXI – XXII) já nos mostrou que um espaço “de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber”. Com efeito, além de ser transformado em um local de cura, o hospital medicalizado tornou-se um ponto para o exercício do poder médico, mas principalmente um espaço de produção de saber e de formação médica.

Como vimos no segundo capítulo, por meio de suas sessões periódicas, a SMCPB construiu para a medicina local um espaço possível para discussões científicas e para a produção de conhecimentos. Através de congressos como a Semana Médica, a entidade buscava reforçar e ampliar estes canais de produção do saber médico. Por este motivo, tanto nas reuniões ordinárias da associação, quanto nos trabalhos apresentados na Semana Médica, os facultativos discutiam casos de suas “clínicas privadas” ou debatiam a saúde e a sociedade paraibana a partir de referências de sua prática profissional. Neste aspecto, o trabalho nas instituições da saúde pública, com destaque para a atuação nos hospitais, era levado para os espaços de discussão e produção científica disponíveis aos médicos paraibanos, tornando a atividade profissional um elemento importante na produção do saber e na formação dos médicos paraibanos no começo do século XX. Na abertura da Semana Médica, Flávio Maroja lembrava aos presentes no salão nobre da Academia de Comercio Epitacio Pessôa, que o congresso que estava se iniciando seria uma oportunidade para os médicos paraibanos comprovarem sua competência, seu trabalho e suas investigações. Segundo Maroja, a Semana Médica era

um trabalho todo regional, servido dos nossos próprios recursos, **dando cada um de nós as provas de sua cultura e de suas aptidões, dos seus labores, de suas investigações**, dos seus testemunhos, tudo vencido, embora, **entre os percalços, as responsabilidades e os dissabores da profissão** (SMCPB, 1927, p. IV, grifos nossos).

Com tais representações da prática médica, Maroja sinalizava ao público do congresso – o presente na abertura do evento e os leitores das publicações que divulgaram seu discurso – o vínculo entre trabalho e pesquisa que caracterizava o cotidiano dos médicos paraibanos interessados em desenvolver investigações científicas. Octavio Soares, outro médico que

participou do evento, também representou a presença desta relação de reciprocidade entre profissão e ciência na prática médica. Em seu trabalho *Antigos conceitos do alienado – como se tem feito assistência aos alienados na Paraíba*, Soares lamentou que a Paraíba ainda não possuísse um hospital psiquiátrico³³³ em condição de possibilitar aos médicos a observação e o estudo de casos clínicos. Nesse sentido, acabava sinalizando que a constituição de um conhecimento psiquiátrico demandava um espaço onde fosse possível ao médico trabalhar e investigar, produzir saber e exercer poder, pois na sua visão

a psiquiatria constitue uma especialidade clinica ingrata, em geral **pouco estudada entre nós, pelos medicos, clinicos, principalmente por não termos hospitaes dessa especialidade**, aonde detivessemos as nossas vistas na pratica, porquanto a theoria só por si não basta, ou por outra, nada vale (SMCPB, 1927, p. 107 – 108, grifos nossos).

Esta mesma representação da prática médica também aparece no outro trabalho apresentado por Octavio Soares na Semana Médica de 1927. Em *Algumas considerações sobre a loucura maníaco-depressiva*, Soares justificou as “muitas falhas” de seu “modesto trabalho” (SMCPB, 1927, p. 119), lastimando que

nos faltassem os recursos hospitalares aonde podessemos aumentar o nosso cabedal científico no estudo pratico, na clinica dos alienados, apresentando observações pessoaes pelas quaes condensassemos a sciencia de um modo mais accessivel, habilitando-nos, de accôrdo com o marchar do progresso, um pouco mais para o exercicio áspero desta especialidade tão ingrata (SMCPB, 1927, p. 120, grifos nossos).

Mas não foi apenas por meio das discussões sobre “psiquiatria” que esta relação de reciprocidade entre trabalho e pesquisa foi representada na Semana Médica. Em *Ligeiras considerações em face de alguns medicamentos novos*, Lourival Moura apresenta para o público do evento e para os seus colegas de profissão suas impressões acerca de diversos remédios que haviam chegado ao mercado de saúde paraibano ao longo dos últimos anos. Durante todo o seu texto, Moura protocolou aos seus ouvintes e eventuais leitores que as avaliações que realizara baseavam-se no uso dos referidos medicamentos em seus próprios pacientes.

³³³ Naquele momento, o que existia na Paraíba em termos de instituições destinadas ao cuidado dos considerados loucos, resumia-se ao “Asilo da Cruz do Peixe”, mantido pela Santa Casa de Misericórdia da Paraíba e descrito por Oscar Oliveira de Castro (1945, p. 366) como “um tecto e não [um] hospital, um verdadeiro deposito humano” onde os “insanos” da Paraíba passaram a ser “recolhidos” a partir de 1889. Em 1928, no governo de João Suassuna, foi inaugurado o Hospital-Colônia Juliano Moreira, cuja construção, arquitetura, organização e administração seriam objetos de acaloradas discussões médicas na imprensa paraibana, como é possível perceber, por exemplo, em diversas edições do jornal *A União* no ano de 1929. Entendemos que é nesse contexto que se insere a reclamação de Octavio Soares sobre a inexistência de hospitais psiquiátricos que permitissem a produção de observações e estudos médicos.

Ao analisar, por exemplo, o *Résol*, medicamento utilizado nos casos de gripe, afirmou que ele era “de efeito surpreendente”, mas criticou a forma como as bulas do remédio que recomendavam a aplicação de uma ampola do medicamento a cada dois dias. Para Moura, “Na grande maioria dos casos, esta dose é impotente para combater o acesso febril”; por isso, acreditava que “as formas resistentes ao medicamento em apreço, são uma questão de dose” (SMCPB, 1927, p. 132 – 133). Dessa forma, Moura relatou ao público da Semana Médica que costumava aplicar em seus pacientes duas ampolas do remédio duas vezes por dia, combinadas ainda com outros compostos contra a gripe. Apoiado então nas observações que realizara durante suas atividades clínicas, Moura argumentava que tal forma de aplicação do medicamento em questão era “perfeitamente tolerável”, visto que “ainda não encontramos nenhum sinal de intoxicação pelo exame de urina” (SMCPB, 1927, p. 133). Mesmo assim, deixou claro aos seus colegas ao público do congresso que “ainda não abandonámos o nosso empreendimento ao fogo das primeiras tentativas; **iremos praticando novas observações, à proporção que os doentes se nos apresentarem**, e podemos trazer ao conhecimento da Sociedade [SMCPB] as nossas conclusões” (SMCPB, 1927, p. 134, grifos nossos).

Ademais, não podemos deixar de registrar que alguns dos trabalhos apresentados na Semana Médica de 1927 eram em si longos relatos de casos clínicos e intervenções cirúrgicas vivenciados por seus autores no âmbito de suas respectivas atividades profissionais. Podemos incluir nesta categoria o trabalho de Renato de Azevêdo *Considerações sobre um caso de insuficiência mitral com sôpro circular de Miguel Couto*, e a apresentação de seu colega Tito de Mendonça, intitulada *Dois observações de uma clinica cirurgica*. Tratam-se de trabalhos de alto nível de especialização, que lançam mão de uma linguagem técnica de difícil acesso ao público “leigo” em matéria de medicina. Mesmo assim, estes trabalhos não deixaram de ser publicados integralmente pelo jornal oficial *A União*, o que apenas reforça o entendimento sobre os fortes vínculos de reciprocidade entre o campo médico e o Estado paraibano.

Contudo, o que mais nos interessa nestes trabalhos, pelo menos neste ponto de nossa narrativa, é que eles acabavam trazendo para a Semana Médica as vivências profissionais de seus autores. Estas experiências médicas, compartilhadas em um “certamen científico” – como José Maciel definiu o congresso no seu discurso inaugural (SMCPB, 1927, p. IX) – seriam lidas por outros médicos que, apropriando-se de tais representações, poderiam construir novos conteúdos e significados para a sua prática profissional. Com efeito, a Semana Médica não apenas sinaliza a relação de reciprocidade entre trabalho e pesquisa que esteve presente na atuação dos esculápios paraibanos do começo do século XX: o evento como um todo funcionou como um espaço de produção, circulação e divulgação de saberes médicos, no

qual as representações de experiências profissionais exerceram um importante papel em termos de formação médica.

Além de funcionar como espaço de formação para os esculápios, a Semana Médica de 1927 também exerceria um papel importante no fortalecimento da corporação médica paraibana, pois “Outro não foi o escôpo da Sociedade de Medicina e Cirurgia da Parahyba, que o de estimular a classe medica, promovendo **este certamen científico, cuja eficiencia pratica será o engrandecimento da mesma**”, como explicou José Maciel na abertura do evento (SMCPB, 1927, p. IX, grifos nossos). Com este objetivo, os médicos que organizaram e participaram do congresso colocaram em cena diversas estratégias não-discursivas e discursivas que visavam fortalecer a medicina paraibana. Dessa forma, analisaremos a seguir as mais importantes e recorrentes estratégias de autolegitimação efetivadas pelos esculápios por meio da Semana Médica visando o fortalecimento de suas relações de poder.

3.2 Curar a Paraíba, penetrar na sociedade: um saber médico (ainda) em busca de força

Começemos discutindo algumas estratégias não-discursivas. Neste caso, não há como negar que a própria realização de um congresso científico como a Semana Médica constituía uma estratégia não-discursiva³³⁴ importante pensando no fortalecimento da corporação médica paraibana. Isto se torna mais evidente quando lembramos que os preparativos do evento, bem como o desenrolar de suas atividades, receberam ampla cobertura jornalística por parte da imprensa oficial do Estado da Paraíba.

As fontes pesquisadas não deixam claro, mas é possível supor que tal espaço nos meios de comunicação social do governo paraibano não foi simplesmente uma “grata surpresa”, por assim dizer, para os organizadores do congresso. É provável que a ampla cobertura jornalística do evento tenha resultado de uma decisão deliberada de sua Comissão Organizadora, que para obtê-la precisou, antes de tudo, entender-se com os editores de *A União* e com as relações de força que então comandavam o governo estadual. Por isso, acreditamos que divulgar o máximo possível a realização do congresso era um objetivo deliberado dos organizadores do evento, mesmo se tal publicidade ficasse restrita aos leitores de *A União* e ao público que comparecesse às sessões da Semana Médica.

³³⁴ Neste caso, também é importante considerar que a Semana Médica constituiu um espaço de produção, circulação e divulgação de representações sociais que acabavam funcionando como estratégias discursivas que, entre outros objetivos, buscavam fortalecer o campo médico paraibano.

Este indício torna plausível a sugestão de que, para os organizadores do evento, a Semana Médica constituía uma oportunidade de oferecer à leitura dos “paraibanos” a representação de um campo médico competente e atuante, que buscava se atualizar com os avanços do conhecimento médico, que trabalhava, estudava e pesquisava incessantemente, e que debatia coletivamente as melhores soluções para os problemas da saúde local. Reforçando esta representação de um campo médico competente e atuante, Flávio Maroja protocolou (CHARTIER, 1993, p. 215) aos ouvintes e leitores do discurso que proferiu na abertura do evento que “De certo, a Semana Medica, que hoje inauguramos, é uma **prova eloquente** de que nos temos **reunido**, de que temos **trabalhado**, de que temos **discutido**, de que vamos confiantemente **deliberando**” (SMCPB, 1927, p. VII, grifos nossos).

Outra estratégia não-discursiva de autolegitimação que percebemos no evento foi a tentativa de utilizar o congresso para difundir o máximo possível o saber e as prescrições médicas. É nessa perspectiva que entendemos, por exemplo, a considerável divulgação que receberam os trabalhos desenvolvidos no encontro, realizada tanto por meio da imprensa periódica, no jornal *A União*, quanto através da edição de um livro com os anais do congresso. Mesmo supondo as restrições do público leitor paraibano, em termos de analfabetismo³³⁵ e de acesso às referidas publicações, não devemos negligenciar o objetivo de difundir o conhecimento médico produzido a partir do evento, principalmente quando as fontes nos sugerem que esta foi uma intenção deliberada dos organizadores do encontro. Na abertura do livro contendo os trabalhos desenvolvidos na Semana Médica, por meio de uma breve nota intitulada “Aos nossos leitores”, a Comissão Organizadora do evento protocolou às leituras daquela publicação seu objetivo de divulgar o saber médico:

Apenas encerrada a Semana Medica, com um brilho que excedeu a nossa propria expectativa, cogitou-se de enfeixar, em um volume, todas as theses apresentadas e discutidas no recinto.

Por esse meio, tornar-se-iam conhecidos esses trabalhos, na sua quasi totalidade **offerecendo leitura proveitosa, mesmo aos leigos em assumptos medicos-sociaes.** (SMCPB, 1927, p. I, grifos nossos).

Ainda segundo os organizadores do evento, “**não deveriam ficar em simples leitura, para o conhecimento de poucos**, as theses apresentadas à nossa Semana Medica” (SMCPB, 1927, p. I, grifos nossos). Dessa forma, usando a primeira página da publicação, a elite médica paraibana protocolava, a este novo público da Semana Médica, um recado bem direto:

³³⁵ Baseando-se nos dados do Recenseamento de 1920, Vivian Galdino de Andrade (2014, p. 30) indica que, em 1920, a cada 1000 paraibanos de 7 a 14 anos, apenas 51 sabiam ler e escrever. Considerando a população com 15 anos ou mais, a cada 1000 pessoas que viviam na Paraíba naquele contexto histórico, somente 198 sabiam ler e escrever.

o saber médico produzido naquele congresso, era muito útil e valioso para ficar restrito apenas às pessoas que assistiram às sessões do evento. Dessa forma, organizar a publicação de um livro foi a solução encontrada para difundir aquele conhecimento. Ademais, é lícito supor que, para os organizadores da Semana Médica, o valor e a utilidade do saber produzido durante o evento estavam justificados pelo próprio apoio concedido pelo governo paraibano àquela publicação, na medida em que o presidente João Suassuna, “accedendo prontamente” ao projeto e “referindo-se com a melhor *sympathia*” ao congresso, ordenara a Imprensa do Estado que produzisse o aludido livro (SMCPB, 1927, p. I).

Ainda na nota de abertura dos anais da Semana Médica, sua Comissão Organizadora defendeu outro benefício da referida publicação: reunidas em livro, as ideias apresentadas no congresso poderiam “ser melhor apreciadas ao saber e exigência dos competentes, – mesmo que esses, nem sempre justos e benevolos, deixem cair sobre nós todo o rigor de sua crítica, seja por desacordo de suas idéas, seja pelo resultado de suas cuidadosas observações” (SMCPB, 1927, p. II). Quem são estes “competentes” é o que a nota não esclarece: outros esculápios, estudiosos de outros campos, interessados em temas médicos? Não é possível afirmar com precisão. O que podemos dizer, com segurança, é que no discurso da Comissão Organizadora, valeria a pena o “risco” de tais críticas, na medida em que a publicação dos trabalhos da Semana Médica era uma forma de difundir o saber médico e comprovar a competência da corporação aos “paraibanos”: “A nós restará o grande consolo de haver dado um **eloquente attestado de nosso esforço e, quiçá, da nossa cultura** no meio parahybano” (SMCPB, 1927, p. II, grifos nossos).

Não devemos esquecer também que as reuniões da Semana Médica foram abertas ao público, e que a Comissão Organizadora externou reiteradamente, por meio de *A União*, seu desejo de que “a imprensa regional, as diversas classes sociaes, todos, enfim, quantos se interessarem por esse concilio”³³⁶, comparecessem às sessões do evento. Abrindo as atividades do congresso ao público, e encarecendo a presença dos “paraibanos” e da imprensa no mesmo, os organizadores da Semana Médica visavam o “maior realce dos trabalhos de suas reuniões”³³⁷.

Vimos com Roberto Machado et al. (1978, p. 155 – 156) que a penetração da medicina na sociedade com o desejo de em tudo intervir e o objetivo médico de dificultar ou impedir a ocorrência das doenças por meio de uma atuação ao mesmo tempo normalizadora e

³³⁶ *A União*, “Semana Medica”. 01 de maio. 1927.

³³⁷ *A União*, “Semana Medica – A sua installação, hoje, às 19 ½ horas, na Academia de Commercio ‘Epitacio Pessôa’”. 03 de maio. 1927.

preventiva, são características fortes da medicina social. No discurso que proferiu na abertura da Semana Médica, Oscar de Castro representou a medicina social, como estágio “evoluído” da ciência médica: “Quem observar a historia da medicina brasileira ha de notar-lhe a bella e maravilhosa evolução. [...]. Nós já estamos no inicio de uma phase em que **nos voltamos para as cousas economicas, sociaes e mentaes, nas suas relações com a saúde**” (SMCPB, 1927, p. XIII, grifos nossos). Ainda segundo Oscar de Castro, os médicos paraibanos não deveriam ignorar tal “evolução” do saber médico; nesse sentido, defendeu as “possibilidades extraordinarias” da medicina preventiva, de caráter social:

Nós, médicos parahybanos, que vemos tão claramente como se ampliam os **tão magestosos horizontes da medicina preventiva, deixando-nos vêr deslumbramentos de possibilidades extraordinarias; não podíamos deixar de penetrar neste estonteamento de luz**, levando, com o nosso esforço, o nosso concurso pela saúde da raça. (SMCPB, 1927, p. XIII, grifos nossos).

O objetivo de trabalhar “pela saúde da raça”, expresso no discurso de Oscar de Castro, será discutido ainda neste capítulo, quando, mais a frente, falarmos sobre as representações da eugenia na Semana Médica de 1927. Por ora, estamos interessados em outro aspecto da citação acima. Ela é um forte indício de que, ao menos no interior do campo médico, a medicina social já possuía seguidores na Paraíba do começo do século XX, como, aliás, tentamos mostrar ao longo desta pesquisa. A este respeito, lembremos que uma das implicações mais importantes da medicina social foi ter ampliado a penetração do saber médico na sociedade. A partir do momento em que sua atuação se volta para as questões sociais, o médico “deve dificultar ou impedir o aparecimento da doença [mediante ações preventivas], lutando, ao nível de suas causas, **contra tudo o que na sociedade pode interferir no bem-estar físico e moral**” (MACHADO et al., 1978, p. 155, grifos nossos).

Por esse motivo, compreendemos que a atuação da medicina social depende bastante da ampliação do “auditório” das prescrições médicas, sobretudo por que esta vertente da medicina, baseando-se em ações preventivas, possuía um caráter inegavelmente educativo e normalizador. Com efeito, ampliar a divulgação do saber médico, um dos principais objetivos dos organizadores da Semana Médica, fazendo suas representações circularem cada vez mais na sociedade, constitui uma característica marcante da medicina social.

Mas, além disso, este desejo de ampliar o “auditório” a ser constituído pelas prescrições médicas, pode ser lido como uma estratégia de autolegitimação formulada pela “ordem médica” (GONDRA, 2003, p. 34). Isto porque, penetrar o máximo possível na sociedade concederia ao saber médico a possibilidade de educar os sentidos (PESAVENTO,

2004a, p. 57) dos “paraibanos”, medicalizando suas sensibilidades, de modo a torná-los mais receptivos e, quem sabe, menos resistentes à intervenção do poder médico em suas vidas.

Desse modo, mesmo que o saber-poder médico não tenha conseguido, até hoje, “medicar” e “higienizar” efetivamente os paraibanos, é lícito supor que ele participou, e como protagonista, da medicalização dos sentidos de parte da sociedade paraibana, principalmente, embora não exclusivamente, das elites de poder, de riqueza, e de conhecimentos. É nessa perspectiva que compreendemos o objetivo de ampliar a “audiência” das representações médicas, por meio da realização de um congresso científico, como uma estratégia de autolegitimação do saber médico. Penetrando cada vez mais na sociedade, as representações dos esculápios ajudariam a medicalizar os sentidos dos “paraibanos”. Esta ação educativa contribuiria na difusão de representações médicas acerca dos benefícios sociais da saúde e da higiene e sobre a “necessidade” de “medicar” a sociedade paraibana. Dessa maneira, a maior penetração social do saber médico participaria da construção de uma sensibilidade política disposta a aceder a projetos de medicalização social, abrindo espaços para o fortalecimento das relações de poder do campo médico local.

Passemos agora a discutir as estratégias discursivas mais recorrentes colocadas em cena pelos esculápios que participaram da Semana Médica visando o fortalecimento da medicina paraibana. Uma primeira estratégia discursiva consistiu em conclamar a união dos médicos paraibanos com a finalidade de promover o “engrandecimento” da ciência que professavam. Após esclarecer que a abertura da Semana Médica naquele 03 de maio se justificava como uma forma de celebrar a inauguração da própria SMCPB, ocorrida na mesma data do ano de 1924, Flávio Maroja não hesitou em defender a unidade dos médicos paraibanos em prol de sua profissão. Na qualidade de presidente da SMCPB e integrante da elite médica local, Maroja dirigiu aos seus colegas de ofício uma “convocação” explícita: “Unamo-nos em torno de nossa sciencia”, afirmou no discurso com que abriu o evento (SMCPB, 1927, p. VII).

Em outro momento de sua fala inaugural, Maroja encareceu a importância das contribuições de cada um dos médicos paraibanos para o fortalecimento da medicina local: “Não esmoreçamos no convívio sagrado da sciencia que professamos. [...]. Procuremos contribuir para o seu rico patrimonio na valia e possibilidade de cada um, dignificando e honrando a nossa classe” (SMCPB, 1927, p. VIII). Com efeito, o presidente da entidade que organizara a Semana Médica sinalizava que o “engrandecimento” da medicina paraibana também dependia da unidade dos facultativos locais em termos de atuação profissional e produção de saber.

Segundo Maroja, a Semana Médica representava um ensaio, uma experiência, que prepararia “em sólo fecundo a sementeira para novos surtos e futuras conquistas” (SMCPB, 1927, p. IV). Nessa perspectiva, defendeu que com a realização de um congresso como aquele a corporação médica local visava contribuir para tornar realidade na Paraíba o “supremo bem que é a Saúde, – ardente anhelos de todos os povos” (SMCPB, 1927, p. IV). Para Maroja, os problemas locais não deveriam desanimar o campo médico na busca por este ideal, pois na visão do presidente da SMCPB, a “vitória” dos esculápios, nesta “batalha”, já estava assegurada. Desse modo, clamava ao público que o ouvia e ao que lia seu discurso: “Não nos deixemos vencer pelas deficiências do meio, nem desanimar pelos tropeços que, vez por outra, embaraçam a marcha do ideal que nos empolga e que vae caminho seguro da victoria” (SMCPB, 1927, p. VIII).

Em certo sentido, o discurso de Maroja representa o “engrandecimento” da medicina como condição de possibilidade para que os benefícios da saúde pudessem se tornar uma “realidade” para os “paraibanos”. Este fortalecimento da ciência médica dependeria, entre outros fatores, da unidade dos esculápios. Esta “união corporativa” por sua vez, ao concorrer para o desenvolvimento da medicina paraibana, teria como consequência, mesmo que indireta, o “supremo bem que é a Saúde”. No entanto, diziam os facultativos de então, este “ardente anhelos de todos os povos”, seja no plano individual seja no plano coletivo, só poderia ser alcançado mediante prescrição médica. Assim, na representação construída por Maroja, a união corporativa do campo médico era apresentada como condição para a melhoria da saúde paraibana. Dessa maneira, mesmo que esta não fosse a intenção primordial do seu discurso, o presidente da SMCPB conseguia, ao mesmo tempo, conclamar a unidade dos seus colegas e convencer o público “leigo” da Semana Médica de que esta união corporativa também traria benefícios para a sociedade em geral.

Uma segunda estratégia discursiva de autolegitimação colocada em cena na Semana Médica, consistiu em criticar as autoridades políticas por sua incompetência ou indiferença em relação à saúde, e “denunciar” a “ignorância” sanitária e as condições insalubres em que viviam os “paraibanos”, sobretudo os mais pobres. A partir de tais críticas, os esculápios davam a ler uma representação da medicina como campo de saber “útil” e “necessário” à sociedade paraibana. Ao mesmo tempo, estas “denúncias” ajudavam a construir a representação social do médico como profissional “competente” e “indispensável” para o sucesso das políticas de saúde, o qual teria a “missão patriótica” de “medicar” a sociedade.

Em *Considerações sobre a prophylaxia da lepra no Brasil*, trabalho que apresentou no 4º dia da Semana Médica (06 de maio de 1927), Jósa Magalhães não mediu esforços para

convencer o público sobre a incompetência das autoridades brasileiras no combate à uma doença terrível, que “existe desde épocas immemoriaes”, afligia “quase todos os paizes do mundo” e, possivelmente o mais problemático na visão de Magalhães, “atinge as pessoas de todas as edades e não faz distincção de côr, sexo, raça, nem de condições sociaes” (SMCPB, 1927, p. 53). Afirmando que “Os dados officiaes de que podemos dispôr não condizem com a exacta expressão da verdade”³³⁸, e não obstante o desacordo das estatísticas produzidas sobre o assunto³³⁹, Magalhães defendeu com veemência que não era pequeno o número de “leprosos” no Brasil, mas que, apesar disso, a doença era um “problema de palpitante gravidade que, dos nossos govêrnos, continua a merecer criminosa indiferença” (SMCPB, 1927, p. 58 – 59). Nesse sentido, considerava que

A nossa legislação sanitaria, no que entende com o combate à lepra, organizada por Carlos Chagas e Eduardo Rabello, é mais ou menos completa, faltando-lhes apenas a sua execução, mas, para isto, nos têm fallecido os recursos de ordem material. Doloroso é confessar que a verba orçamentaria para a mantença da Inspectoria de Lepra [vinculada ao DNSP] é de uma exiguidade superlativamente ridicula (SMCPB, 1927, p. 59).

Na perspectiva de Magalhães, o que faltava para o combate da lepra no Brasil não era conhecimento médico: na sua visão, a legislação sanitária sobre o tema, elaborada por médicos de renome nacional como Carlos Chagas e Eduardo Rabello, era “mais ou menos completa”. Para ele, a profilaxia da lepra no Brasil falhava por falta de recursos, que eram escassos por falta de vontade política e em função da “criminosa indiferença” com que as autoridades tratavam este “problema de palpitante gravidade”. Por isso, Magalhães construiu para os poderes políticos da República, a representação de um governo que tratava a saúde dos seus cidadãos com descaso, tentando convencer seu “auditório” de que “Os numerarios da Republica sobejam para tudo, excepto para se cuidar da saúde dos nossos compatriotas e amparar o futuro da raça” (SMCPB, 1927, p. 59). De acordo com Magalhães, diante da

³³⁸ Neste caso, Jósia Magalhães cita uma estatística organizada por Belmiro Valverde em 1923 com base no número de “leprosos” matriculados na Inspectoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, ligada ao Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que seria de 7026 doentes. Segundo Magalhães, tratava-se de uma estatística oficial que, apesar de suas falhas, poderia servir de base para os estudos sobre a lepra no Brasil, sobretudo porque o seu autor, reconhecendo que um grande número de doentes não estava incluído nas estatísticas do DNSP, adicionou à ela um número provável de “leprosos” não registrados. Os dados organizados por Valverde sugeriam que, naqueles anos 1920, o Brasil possuía de 14 a 15 mil pessoas com esta doença (SMCPB, 1927, p. 58 – 59).

³³⁹ Aqui, Magalhães cita estimativas feitas por alguns médicos de renome nacional naquela época. Nesse sentido, menciona que Adolpho Lutz estimava em 20 mil o número de brasileiros “leprosos”, enquanto Aguiar Pupo elevava este número para 25800, e Belisário Penna defendia que no Brasil existiam pelo menos 33800 pessoas afligidas pela doença. Interessante notar que Jósia Magalhães considerava exagerados os números apresentados por Belisário Penna, chegando a afirmar que não sabia “onde elle encontra dados para semelhante affirmativa”, levando-nos a crer que o médico paraibano acreditava serem plausíveis as estimativas de Lutz e Pupo (SMCPB, 1927, p. 59).

incompetência e da inércia das autoridades constituídas, a lepra se alastrava pelo país, colocando em risco não apenas a saúde dos indivíduos, mas o próprio futuro da nação:

Agimos com muito descaso, sómente com palavras, enquanto que os actos e as acções vão ficando sempre e sempre relegados para o amanhã, cuja aurora nunca se desenha.

Enquanto se fala e se discute e se projecta, a lepra, de mais a mais, se vae radicando por todos os recantos do paiz (SMCPB, 1927, p. 59).

Com tais representações da relação entre poder político e doença no Brasil, Magalhães oferecia à leitura de seu público um discurso crítico acerca da atuação do Estado como gestor e produtor dos serviços de saúde, especialmente no combate à lepra, que, para o médico paraibano, “já não é uma simples ameaça, mas, uma apavorante, uma fulminante realidade” (SMCPB, 1927, p. 60). Desse modo, Magalhães também tentava tocar os sentidos de seus ouvintes e leitores, sensibilizá-los sobre o perigo social representado pela lepra, “problema esse de muita gravidade, que, dos nossos homens publicos, está a exigir a sua melhor atenção” (SMCPB, 1927, p. 60). Para que não restasse dúvida sobre a seriedade da questão, o médico paraibano condenou a indiferença política em relação à lepra, representado ao seu público uma conexão íntima entre saúde e “civilização”:

Facto criminoso e revoltante seria o da attitude de indiferença tributada a uma entidade morbida que ameaçasse destruir a vida da collectividade. **É com a solução dos problemas da saúde publica que se póde auferir da superioridade de um povo.**

A lepra, como a bouba, entre nós, é um escarneo atirado aos nossos brios de povo civilizado. Sem desperdicio de tempo, deitemos, pois, diques aos seus maleficios, façamos a prophylaxia da lepra, consciente, intelligentemente (SMCPB, 1927, p. 60, grifos nossos).

Com tais representações, mesmo que esta não fosse sua intenção primordial, Magalhães oferecia às apropriações de seu público a imagem de um Estado incompetente, cuja indiferença em relação às principais doenças que afligiam à sociedade brasileira colocava em xeque as possibilidades da nação ingressar no *hall* dos povos “saudáveis” e “civilizados”. Por trás desta representação de descaso político, ficava implícita a imagem de uma sociedade “enferma”, que inspirava cuidados médicos. Por esse motivo, não restaria outra escolha às elites que constituíam o público da Semana Médica a não ser autorizar o tratamento médico do corpo social “doente”, legitimando a medicalização dos “paraibanos”.

Articulada à esta postura crítica em relação às autoridades políticas, a Semana Médica produziu algumas imagens negativas da sociedade paraibana, principalmente das populações rurais e mais pobres. Nesse sentido, por exemplo, no discurso que pronunciou na abertura do evento, Oscar de Castro representou o homem do campo paraibano como alguém que

necessitava de cuidados médicos urgentes, pois estaria “degenerado” por doenças como a malária, enfermidade que “empobrecendo o sangue, esclerosando baços e fígados, é justamente a maior responsável da **degeneração do nosso camponio – preguiçoso, infeliz, apathico e triste**” (SMCPB, 1927, p. XVI, grifos nossos).

Nesta mesma perspectiva, tratando na Semana Médica sobre *Educação Sanitaria*, Flávio Maroja recolocou em cena representações bastante sombrias acerca da “ignorância sanitária” e dos hábitos higiênicos dos “paraibanos”. Tais imagens acompanhavam os discursos do então presidente da SMCPB desde os primeiros anos do século XX. Escrevendo em 1905, Maroja assim diagnosticou a higiene pública na capital paraibana:

Quem conhece certas praticas usuas de grande parte da nossa população, inconsciente talvez dos perigos a que se expõe conservando por longas horas no interior das casas materias fermentescíveis como o lixo, e tendo no fundo dos quintaes uma cousa asquerosa e nauseabunda, – contra as regras da mais rudimentar hygiene, a que dão o nome de *latrina*; quem sabe que mesmo nas ruas principaes desta cidade has casas que nem essa cousa repugnante possuem, fazendo-os o despejo de materias fecaes ou no canto dos muros, ou, como acontecia até ha pouco tempo, nos espessos mattagaes que ainda *embellezam* os fundos, apezar de murados, de quasi toda a extensão da rua *General Ozorio*, numero impar; quem meditar bem nas consequencias desastrosas de todo esse desleixo, convirá que uma das preocupações do actual governo da Parahyba deve ser mesmo a organização do serviço sanitario de accordo com os progressos da hygiene moderna (MAROJA, 1911, p. 435, grifos do autor).

Pouco mais de 20 anos depois, não obstante as novas instituições de saúde pública que foram criadas na Paraíba, apesar do aumento dos investimentos estatais na área, e a despeito da pregação médico-higienista na imprensa, nas escolas, nos teatros e nas fábricas, o estado do “enfermo”, segundo o diagnóstico de Maroja, não apresentava melhoras consideráveis. Por isso, no trabalho que apresentou na Semana Médica, que, aliás, foi o primeiro texto do evento a ser publicado integralmente por *A União*³⁴⁰, o então presidente da SMCPB representou com traços nada lisonjeiros a higiene e a educação sanitária dos “paraibanos”, os quais, segundo Maroja:

Desconhecem por completo o perigo da agua polluida que bebem, dos alimentos deteriorados que ingerem e do sólo contaminado em que pisam.

Desconhecem inteiramente o perigo do beijo³⁴¹, o perigo da convivencia com os portadores de molestias infecto-contagiosas, **e só com muito esforço chegam a se convencer** de que, por exemplo, a tuberculose é doença das mais communs, doença universal, e que tudo quanto é eliminado pelo tísico e tudo quanto está ao seu contacto, ao seu uso quotidiano, constitue fontes seguras de contagio (SMCPB, 1927, p. 09, grifos nossos).

³⁴⁰ *A União*, “Educação Sanitaria – A these do dr. Flávio Maroja na Sociedade de Medicina e Cirurgia da Parahyba”. 24 de set. 1927.

³⁴¹ A este respeito, é interessante destacar que a edição de 14 de julho de 1916 de *A União* publicou um trabalho de Flávio Maroja intitulado “O beijo sob o ponto de vista higiênico”, no qual o autor argumentava que o beijo constituía “um dos grandes perigos sociaes”, principalmente por representar um agente de contágio de doenças transmissíveis. Este interessante texto de Flávio Maroja foi discutido por Soares Júnior (2011, p. 85 – 95).

Como prova desse desconhecimento dos “paraibanos”, dessa dificuldade de compreender os perigos da falta de higiene e dos cuidados sanitários para a saúde, Maroja não oferece aos leitores relatos concretos, apenas a sua reputação e experiência profissional como médico que desde o início do século estudava a higiene pública paraibana. Mas, na visão de Maroja, a competência médica bastava, pois **“Ninguém mais apto e capaz do que nós profissionaes, para conhecermos do gráo de atrazo, da profunda e lamentavel ignorancia que se nota, sobretudo nas baixas classes, em materia de hygiene publica, domestica e individual”** (SMCPB, 1927, p. 08 – 09, grifos nossos). Nessa perspectiva, o então presidente da SMCPB chegou mesmo a questionar se tal “ignorância” em matéria de saúde e higiene era “privilégio” dos mais pobres: “E não é sem poderosos motivos que assim nos expressamos, escudados em longos mezes de observação que vimos fazendo junto às classes média e baixa sociaes. E somente nestas?” (SMCPB, 1927, p. 09). Porém, na sua análise, a educação sanitária, guiada pela “competência” dos profissionais de medicina, venceria as dúvidas, a ignorância e a descrença dos “paraibanos”:

Si lhes dissermos dos maleficios dos insectos sugadores de sangue e transmissores de germens pathogenicos, fica-lhes, talvez, no espirito, um resquicio de **duvidas, que, afinal, se dissiparão, com os exemplos apresentados e discutidos e com os certos golpes da logica, desferidos sobre a sua ignorancia e vibrados sobre a sua descrença** (SMCPB, 1927, p. 09, grifos nossos).

Sem colocar em questão a competência dos médicos paraibanos do começo do século XX (que fique bem claro que isto está muito longe de ser um dos objetivos desta pesquisa), uma análise comparativa entre estes dois textos de Flávio Maroja permite arriscar algumas interpretações. Distantes pouco mais de 20 anos no tempo, eles oferecem à leitura representações bem parecidas sobre a higiene e a educação sanitária dos “paraibanos”. Em ambos, especialmente a parcela mais pobre da sociedade, é apresentada como possuindo hábitos nada higiênicos, com enorme dificuldade de compreender as prescrições médicas e muitas vezes resistente a incorporar comportamentos considerados saudáveis e higiênicos. Sendo assim, mesmo considerando as dificuldades materiais e as resistências sociais como obstáculos inegáveis ao projeto de higienização social que foi tentado na Paraíba do início do século XX, será que não podemos questionar esta imagem de “ciência infalível” com a qual Maroja representou a educação sanitária no trabalho que apresentou à Semana Médica de 1927? A confiar na própria representação construída pelo médico paraibano, a “ignorância” sanitária dos seus conterrâneos já não deveria ter sido dissipada, ou pelo menos diminuída de alguma forma ao longo daqueles 20 anos, mediante “os exemplos apresentados e discutidos e com os certos golpes da logica” desferidos pela educação sanitária?

É óbvio que estamos levando em consideração as dificuldades materiais e os “obstáculos” culturais (em termos de recusas e resistências sociais) para se colocar em prática projetos de educação dos hábitos e dos sentidos, tais como as políticas de higienização social e educação sanitária que se buscou implementar na Paraíba desde o começo do século XX. Porém, o que nos interessa neste ponto é que, mesmo sinalizando indícios destes limites em seus discursos, médicos como Oscar de Castro e Flávio Maroja não hesitavam em representar com feições “triumfalistas” as técnicas de poder destinadas a “medicar” e “higienizar” a sociedade paraibana, tais como a educação sanitária. Desse modo, ao lado da imagem de uma população “enferma” e ignorante em matéria de higiene, aparecia a representação do médico como um profissional “útil”, “indispensável” à sociedade, “apto” e “capaz” para conhecer da “lamentável ignorância que se nota, sobretudo nas baixas classes, em matéria de hygiene publica”, e “competente” para dissipar “com os exemplos apresentados e discutidos” os resquícios de dúvida e descrença dos “paraibanos” sobre os benefícios da higiene e dos cuidados sanitários para a saúde (SMCPB, 1927, p. 08 – 09).

Dessa forma, acreditamos que uma análise provável para as representações de Maroja não deve negligenciar a possibilidade de que este tipo de discurso visava, entre outros objetivos, a autolegitimação do saber médico como uma técnica de poder “autorizada” a normalizar a sociedade. Assim sendo, reafirmar, insistentemente, a “ignorância” sanitária dos “paraibanos” ao lado de uma representação “triumfalista” das prescrições médicas sobre higiene e cuidados sanitários possibilitava ao discurso médico oferecer às apropriações de seu “auditório” uma imagem pessimista sobre o futuro da sociedade paraibana: representada como um “corpo enfermo”, ela inspiraria cuidados médicos.

Não temos aqui o objetivo de discutir se esta representação corresponderia, ou não, à “realidade”. Nosso desejo é pensar o seu funcionamento na construção de relações de poder, na legitimação da potência de uns e da submissão de outros (CHARTIER, 2009, p. 51). Dialogando com esta perspectiva, é possível analisar como representações deste tipo ajudavam a construir a legitimidade do saber-poder médico enquanto reformador social: segundo o discurso médico, se a sociedade paraibana estava “enferma” e “ignorava” os hábitos higiênicos e as precauções sanitárias necessárias à sua saúde, nada mais “justo” do que os poderes constituídos legitimarem, e os diversos grupos sociais aceitarem, a intervenção médica na normalização da sociedade.

Tais representações ajudariam a corporação médica a “sensibilizar” o público do evento – constituído por integrantes das elites locais de poder, riqueza e conhecimento – sobre a necessidade das normalizações médicas para reformar a sociedade paraibana pensando no

seu “progresso” e “civilização”. Assim, ao condenar a “ignorância” dos “paraibanos” e defender a força transformadora da educação sanitária, Oscar de Castor, Maroja e seus colegas constituíam mais uma via para o fortalecimento do saber médico: representando a Paraíba como um “imenso hospital”, repleto de pacientes que foram silenciados e cujos corpos foram apropriados como objetos de ciência pela medicina (BASTOS, 2006, p. 90 – 105), os esculápios defendiam a “submissão” dos “paraibanos” às normalizações médicas e, em certo sentido, reafirmavam que o futuro do estado dependia desta medicalização de seus habitantes. E quanto mais o discurso médico conseguisse educar nesta perspectiva as sensibilidades das elites locais de poder, maior seria a legitimidade da sua potência, como maior seria o seu respaldo, material e simbólico, para penetrar na sociedade paraibana.

Atrelada a estas críticas dirigidas à “criminosa indiferença” das autoridades políticas em matéria de saúde, e à “ignorância” dos “paraibanos” em se tratando de higiene e cuidados sanitários, encontramos a representação do médico como um “missionário patriota do progresso”. Nesse caso, a tarefa de medicalizar a sociedade era representada pelos discursos médicos não como uma escolha ou privilégio da corporação, mas como um “dever”, uma “missão patriótica” do campo médico. Desse modo, discursando na abertura da Semana Médica, Oscar de Castro fez questão de esclarecer ao seu público que os esculápios paraibanos estavam reunidos naquele evento “para actuar sobre o **sentimento** e a **imaginação** do seu povo” (SMCPB, 1927, p. XI, grifos nossos), devido aos seus “**sentimentos de patriotismo**, batalhando pelo soerguimento do nosso homem” (SMCPB, 1927, p. XIII, grifos nossos). Nesta perspectiva, Oscar de Castro considerava que:

O doente, sendo infeliz, **requer socorro para os seus males**, da mesma fôrma que requer cuidados para a comunidade, **por se tornar pernicioso aos seus**. **O auxilio do medico**, evitando o contagio, **deixa de ser um dom caritativo, para se tornar** o exercicio de **um dever de amôr e patriotismo** (SMCPB, 1927, p. XIII, grifos nossos).

Na visão do orador oficial da SMCPB, o “infeliz” doente “requer socorro para os seus males”, principalmente, por colocar em risco o “bem-estar” coletivo. Nestas circunstâncias, segundo o discurso médico, a intervenção da medicina não era uma questão de escolha ou um “dom caritativo” do esculápio: era um dever patriótico da corporação médica. Nesse sentido, para Oscar de Castro, “**Aos medicos, cabe a tarefa gloriosa de ir ao encontro do homem doente**, ao casebre do oprimido, ainda mesmo com esforço extraordinário fazer despertar as energias contidas na infibratura de aço do nosso nordestino” (SMCPB, 1927, p. XIV, grifos nossos). Na mesma perspectiva, Oscar de Castro oferece às leituras de seu público a representação dos médicos paraibanos como “agentes do progresso”, que “libertariam” os

“paraibanos” por meio da higiene: “Collegas: – Sei que vós sois, nas questões que interessam a vida do povo, **os grandes batalhadores do seu progresso**. [...] Sejam os pioneiros dos **costumes purificadores da hygiene**, para que levemos aos nossos homens **a força que os libertará**” (SMCPB, 1927, p. XVII, grifos nossos).

Dessa maneira, ao criticar as autoridades políticas, ao “denunciar” os hábitos que consideravam anti-higiênicos dos “paraibanos” e ao representar o exercício da medicina social como uma “missão patriótica” em benefício da coletividade, esculápios como Jósia Magalhães, Flávio Maroja e Oscar de Castro ajudavam a construir uma representação social do médico como um profissional “útil” e “necessário” aos projetos de “progresso” e “civilização” das elites locais, pois além de serem os mais “aptos” e “capazes” para conhecer e solucionar os problemas da saúde paraibana (SMCPB, 1927, p. 08 – 09), possuíam o “dever patriótico” de fazê-lo (SMCPB, 1927, p. XIII). Oferecida às apropriações do público da Semana Médica, mesmo que esta não fosse a intenção primordial de seus “autores”, esta representação social ajudaria a fortalecer as relações de poder implicadas no saber médico, incrementando a legitimidade de suas normalizações e de sua penetração crescente nas mais variadas instâncias da sociedade paraibana.

A terceira estratégia discursiva de autolegitimação que percebemos na Semana Médica consistia em reforçar as associações entre, por um lado, *saúde-progresso-civilização* e, por outro, *doença-pobreza-atraso*. É possível considerar que os conceitos de “progresso” e “civilização” que circulavam na sociedade paraibana da época estavam fortemente relacionados a ideais tais como urbanização, avanço tecnológico, industrialização, crescimento econômico, ciência, modernização, modernidade³⁴². A partir de pesquisas como as realizadas por Soares Júnior (2011) e Agra (2008b), é possível afirmar que no começo do século XX estes ideais de “progresso” e “civilização” eram fortemente desejados pelas elites

³⁴² De acordo com Gervácio Aranha (2001, p. 249 – 255), não podemos considerar que regiões como a Paraíba do começo do século XX vivenciaram uma “modernidade” semelhante à de cidades como Londres e Paris, onde a experiência moderna era caracterizada, entre outros aspectos, pelo ritmo frenético da vida nas grandes metrópoles. Isto porque as próprias limitações físicas e materiais das cidades brasileiras impossibilitavam a intensidade da vida social verificada naquelas metrópoles, ademais habitadas por um contingente populacional muito superior ao de qualquer cidade do Brasil na época. Assim, Aranha (2001, p. 254 – 255) argumenta ser mais prudente pensar a “modernidade” das maiores cidades brasileiras de então, tais como Rio de Janeiro, São Paulo, Salvador e Recife, “menos por cenários urbanos marcados pela agitação frenética no cotidiano das ruas com seu ‘rush’ característico, e mais por uma ou outra novidade vinda do estrangeiro, seja as que se relacionam aos transportes e comunicações, seja aquelas relacionadas aos equipamentos do ‘conforto’, não esquecendo das que remetem à vida elegante e/ou entretenimentos. Cidade que se quer ‘civilizada’ ou que estaria a ‘civilizar-se’ deveria contar ao menos com uma dessas novidades”. A partir das análises deste autor, podemos considerar que no Brasil daquela época a ideia de “vida moderna” estava associada aos melhoramentos urbanos e aos desenvolvimentos técnicos que permitiriam a entrada em cena destes “signos do moderno”. Ademais, embora a Paraíba não contasse com nenhuma Londres, ou pelo menos com uma cidade do porte do Recife – incorporada ao imaginário nortista como a mais cosmopolita cidade da região (ARANHA, 2001, p. 255) – as elites locais almejavam a “modernidade”, ou pelo menos desejavam desfrutar de tais “signos do moderno”.

de poder, riqueza e conhecimento na Paraíba. Por seu turno, Chalhoub (1996, p. 35), demonstrou que no Rio de Janeiro do final do século XIX circulavam diversos discursos que insistiam na seguinte afirmação: “um dos requisitos para que uma nação atinja a ‘grandeza’ e a ‘prosperidade’ dos ‘países mais cultos’ seria a solução dos problemas de higiene [e saúde] pública”.

Na Semana Médica de 1927 esta representação da saúde como condição de possibilidade para o tão almejado “progresso” e para a desejada “civilização”, foi tão reforçada quanto a imagem que historicamente foi construída como a sua alteridade: a doença como sinal de pobreza e de atraso, tanto material quanto simbólico. É nesse sentido que, falando ao público presente na abertura do evento, Flávio Maroja protocolou esta representação ao sugerir que “Já devem ter compreendido **todos os homens de responsabilidade, os governos bem orientados** que o **progresso material, intellectual e moral de um povo**, já hoje se avalia, não pela sua capacidade de trabalho, nem pela sua cultura mas **pelo seu estado sanitario**” (SMCPB, 1927, p. V, grifos nossos). Com tais palavras, o presidente da SMCPB não apenas vinculava “progresso” e “saúde”: Maroja também tentava convencer seu “auditório” de que “homens de responsabilidade” e “governos bem orientados” não desconsideravam este vínculo, discurso este que ajudava a construir uma representação bastante negativa sobre as autoridades políticas negligentes quanto à saúde e à higiene da população que governavam. É interessante perceber que logo em seguida à estas palavras, o médico paraibano ofereceria às apropriações de seu público um discurso que conectava doença e “atraso”:

Onde ha o impaludismo, a verminose, o alcoolismo, a peste bubonica, a febre amarela, a variola, a syphilis, a tuberculose e tantissimas outras pestes, **certo predomina a ignorancia, o analfabetismo, a imbecilidade, o atardamento physico e psychico** pela descerebração, a degenerescencia, a desintegração funcional, conforme certa vez, dissera o dr. Silio Boccanera Netto (SMCPB, 1927, p. V – VI, grifos nossos).

Nesta mesma perspectiva podemos incluir a fala de Teixeira de Vasconcellos na Semana Médica. Defendendo a vacinação obrigatória e permanente de todos os paraibanos, “em todos os logares, onde exista raça humana”, como a principal medida profilática contra a variola (SMCPB, 1927, p. 25), Vasconcellos argumentou ao seu público que, devido aos avanços da ciência médica, epidemias de variola eram uma “realidade” de povos atrasados, distantes ainda da “civilização”, pois, no seu entendimento: “Hoje, póde-se dizer que a variola é desconhecida em todos os paizes civilizados, onde a vaccina obrigatoria é de facto uma realidade” (SMCPB, 1927, p. 20). Dessa maneira, em um mesmo discurso, Vasconcellos

defendia sua tese sobre a obrigatoriedade da vacinação, operava a ligação entre saúde, riqueza e “civilização”, e representava como “incivilizada” as sociedade que ainda conviviam com a ameaça da varíola. Novamente, no discurso do médico paraibano, a presença da doença é representada como um dos signos de uma sociedade “atrasada”, enquanto a saúde pública e individual, somente alcançada através dos avanços da ciência médica, é dada à leitura do público como condição de “progresso” e de “civilização”.

Em certo sentido, foi reforçado na Semana Médica uma representação que, como vimos especialmente no primeiro capítulo, já estava em circulação na Paraíba antes da realização do evento: a ideia de que uma sociedade “próspera” e “civilizada” é caracterizada, entre outros aspectos, pelos cuidados com a saúde de sua população. Por isto, a presença de enfermidades era representada pelos médicos como inaceitável para uma sociedade que almejava o “progresso” e a “civilização”, pois além da doença inviabilizar qualquer projeto de sociedade com tais aspirações ela também era uma espécie de signo que atestava a “pobreza” e o “atraso” de um povo. Por conseguinte, situações tais como a “indiferença” ou a “incompetência” das autoridades constituídas para com os problemas de saúde, e a “ignorância” ou a resistência dos diversos grupos sociais em relação às prescrições médicas e higiênicas, seriam, tanto quanto a presença de doenças, indicativos do grau de “incivilidade” de um povo. Dialogando com esta perspectiva ao falar sobre *Antigos conceitos do alienado – como se tem feito assistencia aos alienados na Parahyba*, Octavio Soares insistiu que as sociedades “civilizadas” não negavam cuidados médicos aos indivíduos considerados “loucos”. Lamentava, porém, que este não era o caso da Paraíba de sua época, onde, ao contrário, o que existia era uma

despreocupação geral no tocante às consequencias moraes dessa falta inqualificavel, **que tão máo attestado dá, para nossos povo que se diz civilizado, porquanto não se pode conceber uma capital adiantada** que tem outros estabelecimentos philantropicos, **não procurasse fazer assistencia** àquelles que estão privados do que mais sublime existe: – a razão (SMCPB, 1927, p. 102, grifos nossos).

Não queremos discutir esta referência de Octavio Soares no que diz respeito à história da loucura, da sua medicalização ou da constituição da psiquiatria na Paraíba. O que desejamos com esta citação é chamar a atenção do leitor para outro movimento presente no discurso deste médico-autor. Como seus colegas, Soares estava convicto de que as sociedades “civilizadas” não tratavam com indiferença ou negligencia as diversas questões relacionadas com o universo da saúde. Esta, por sua vez, era representada pelo médico paraibano como signo do “progresso” e da “civilização”, e isto por dois motivos que se comunicavam

reciprocamente: os cuidados com a saúde da população eram apresentados nestes discursos tanto como uma condição básica para concretizar tais aspirações, quanto como um signo que atestaria o grau de “civilização” e “progresso” de um povo.

Acreditamos que, neste aspecto, o mais interessante é que, por meio de tais representações, o discurso médico tentava construir uma espécie de consenso sobre a “necessidade” de sua intervenção na sociedade paraibana. A este respeito, não devemos esquecer as reiteradas referências do discurso médico, feitas durante o evento, tanto à incompetência/indiferença das autoridades políticas quanto à ignorância/doença de parte considerável dos “paraibanos”. Dessa forma, o diagnóstico da sociedade paraibana como um “corpo enfermo”, que necessitava de cuidados médicos mesmo contra suas vontades, articulava-se ao debate sobre saúde e civilização como peça discursiva na maquinaria de autolegitimação da medicina.

Ora, se saúde era sinônimo e condição de possibilidade para o *progresso-civilização* tão almejados pelas elites paraibanas; se um dos fatores que inviabilizavam este projeto de sociedade era a presença das doenças e a negligência de muitos “paraibanos”, inclusive de algumas autoridades constituídas, em matéria de saúde e higiene; se este caminho para a “grandeza” e “prosperidade” de um povo só poderia ser trilhado com os subsídios da “competência” médica, não seria conveniente às elites locais, que constituíam, em grande medida, o “auditório” da Semana Médica, respaldar a medicalização social? Assim, mesmo que esta não fosse a prioridade de seus autores, tais discursos médicos fortaleceriam o apoio dado às tentativas de medicalizar a sociedade paraibana, principalmente por parte de elites ansiosas por se apropriarem dos benefícios materiais e simbólicos do “progresso” e da “civilização”, o que, sem dúvida, contribuiria para valorizar a profissão de médico.

Uma quarta e última estratégia discursiva de autolegitimação que podemos perceber no evento: representar a Semana Médica como uma “prova” da “competência” dos facultativos para atuar sobre os diversos aspectos do universo da saúde, sobretudo reforçando uma perspectiva “evolucionista” e “triunfalista” da prática médica. Para Flávio Maroja, por exemplo, o evento era “uma festa em família”, na qual os médicos paraibanos poderiam oferecer ao público “as provas de sua cultura e de suas aptidões” (SMCPB, 1927, p. IV). Lembrando, porém, “os percalços” e “os dissabores da profissão”, buscava motivar seus colegas e confortar seus leitores afirmando o triunfo “inevitável” da medicina: “Nem por isso o desânimo se apodera do intrepido e resignado viandante, que tem a encorajar-lhe a confiança na victoria, fitando novos e limpidos horizontes, **marchando sempre, avançando sempre e triunfando por fim** (SMCPB, 1927, p. IV, grifos nossos).

Esta visão “evolucionista” e “triumfal” da medicina também esteve presente em discussões que tiveram como foco o trabalho propriamente clínico dos médicos. Em suas *Considerações sobre um caso de insuficiência mitral com sôpro circular de Miguel Couto*, Renato de Azevêdo, comentando diferentes interpretações médicas sobre a doença em questão, algumas das quais eram inconciliáveis entre si, tranquilizava seu “auditório” remetendo-o para algo que ele parecia julgar como um forte traço da identidade médica – a “evolução” crescente e incessante do seu saber – afirmando não restar dúvidas de “que as explicações dadas até agora para o sôpro circular ainda não saíram do terreno das conjecturas; crêmos, porém que com **os progressos sempre crescentes da medicina não tardará muito se chegar a elucidar sua exacta patogênese**” (SMCPB, 1927, p. 77, grifos nossos).

Mas esta visão “triumfalista” do saber médico não era uma peculiaridade dos esculápios paraibanos. Dialogando com as análises de Maria Cecília Donnangelo, Mota e Schraiber (2014, p. 1089 – 1091) problematizam esta percepção “evolucionista” da medicina como um dos fatores responsáveis pela “alienação” do médico com relação à historicidade e ao enraizamento social da sua prática profissional.

Desse modo, o saber médico se autolegitima reafirmando a constância a-histórica da sua “missão” de curar. Segundo Mota e Schraiber (2014, p. 1089), nesta representação social da prática médica, o que mudaria na medicina, o que estaria inserido na história em se tratando desta profissão, seria tão somente o saber e as técnicas que ela produz. Estes, por sua vez, tal como pareciam acreditar os esculápios paraibanos que participaram da Semana Médica, “evoluiriam” de forma constante, tornando-se cada vez mais “perfeitos”, de modo a concretizar o compromisso imutável do médico com a cura dos seus “outros”.

A medicina se coloca então como uma prática técnica. Dessa maneira, ela representa-se “como manipulação de um conjunto de instrumentos técnicos e científicos para produzir uma ação transformadora sobre determinados objetos – o corpo, o meio físico”. Com efeito, o saber médico parece não desejar ser visto como aquilo que ele é: uma prática social que também responde a exigências que estão à margem da técnica, como as que remetem ao universo das relações sociais, econômicas, políticas e culturais, e que “regulam não apenas a presença da própria prática [médica], mas participam também do dimensionamento do objeto ao qual se aplica, dos meios de trabalho que ela opera, da forma e destinação de seus produtos” (DONNANGELO, 2011 apud MOTA; SCHRAIBER, 2014, p. 1089 – 1090).

Dialogando com estas análises, é possível sugerir que ao representarem a medicina como uma “prática técnica” de “progressos sempre crescentes”, como diria Renato de Azevêdo, que avançava “sempre” e “triumfava” por fim, parafraseando Flávio Maroja, os

médicos paraibanos “se abstraem da socialidade [e da historicidade] de suas práticas, postulando-as como neutras quanto aos valores que regem sua ação” (MOTA; SCHRAIBER, 2014, p. 1090). Representada como uma prática neutra e em permanente “evolução”, a medicina é oferecida à leitura do público da Semana Médica como *o saber competente*, como *a ciência patriótica e altruísta* que “sempre” estaria comprometida exclusivamente com a “cura” dos “males” físicos e sociais que afligiam os “paraibanos”. Articulada a esta representação social da medicina, estava a construção discursiva segundo a qual recusar as prescrições médicas ou resistir à penetração da medicina na sociedade eram prática que atestariam do “atraso” e da “incivilidade” de um povo. Aqui, o respaldo à medicalização social era representado ao “auditório” da Semana Médica não apenas como algo “conveniente” ao “progresso” e à “civilização” da sociedade paraibana: ela era defendida como uma “necessidade inquestionável”, devido à competência “sempre crescente” do médico para solucionar o quadro “preocupante” do “enfermo”.

Em síntese, a realização da Semana Médica proporcionou aos esculápios paraibanos a constituição de um espaço onde poderiam fortalecer sua profissão e legitimar a ciência que professavam. Não se tratava apenas de organizar um fórum para discutir os últimos avanços do conhecimento médico ou os maiores problemas da saúde local. O evento também era uma oportunidade para o médico paraibano se mostrar *competente, necessário, atuante*, expor suas demandas, defender seus projetos de sociedade, angariar apoio às suas normalizações e convencer o “auditório” sobre a sua legitimidade como “reformador social”.

Além de tudo isso, a Semana Médica de 1927 também constituiu um espaço de promoção, em terras paraibanas, daquilo a que alguns médicos durante o evento se referiram como uma “grande causa” (SMCPB, 1927, p. 33), que deveria ser “a estrella da medicina futura” (SMCPB, 1927, p. X): a eugenia.

3.3 Medicalizar é preciso, “regenerar” é (ainda mais) preciso: a eugenia na Semana Médica de 1927

E vós, caros collegas, que sois os representantes dignos da sciencia de curar, não vos descuideis um instante dos belos ensinamentos das sociedades eugenicis.

[...]

Permitti, senhores collegas, que, neste momento, eu faça minhas as palavras de Clementino Fraga, em seu scintilante discurso, quando orador da turma academica de 1903, em sua collação de gráo, na Faculdade de Medicina da Bahia:

“Collegas: Tudo pela patria, tudo pela humanidade”; e eu ainda direi: **tudo pela eugenia – a sciencia da transformação do homem** (SMCPB, 1927, p. X – XI, grifos nossos).

As palavras acima, que servem de epígrafe a este item, são do médico paraibano José Maciel. Elas foram ditas perante um lotado auditório, instalado no salão nobre da Academia de Comercio Epitacio Pessôa, durante a cerimônia de abertura da Semana Médica, realizada na noite de 03 de maio de 1927. Dois dias depois, estamparam as páginas do jornal oficial *A União*³⁴³. Pouco tempo depois, puderam ser apropriadas pelo público que leu os anais daquele evento. Elas sinalizam a circulação da eugenia em terras paraibanas, um saber que, como vimos no segundo capítulo, se pretendia científico e alcançou ampla divulgação na Europa e na América no período entre as duas guerras mundiais, prometendo “aperfeiçoar” as populações humanas mediante o aprimoramento e o controle de seus traços hereditários (DÁVILA, 2006, p. 31).

Segundo Soares Júnior (2011), que pesquisou a eugenia na Paraíba durante o recorte temporal do nosso trabalho,

as primeiras notícias sobre a eugenia na Paraíba datam da década de 1920, mas nos estados do sudeste brasileiro já era uma realidade debatida uma década antes. No momento em que se dá início a uma série de mudanças nos padrões de higiene no país, a eugenia importada da Europa vê no Brasil um terreno fértil para atuação de sua ciência, ganhando aceitação de médicos e intelectuais. Na cidade da Parahyba [do Norte], particularmente, vai ser decisiva para a mudança na forma de conceber a prática higiênica, abolindo o antigo modelo de polícia sanitária e implantando outro modelo, agora, educativo (SOARES JÚNIOR, 2011, p. 95 – 96).

Ainda dialogando com as análises de Soares Júnior (2011, p. 96 – 98), podemos pensar a eugenia como um saber baseado na seguinte premissa: as “virtudes” e os “defeitos” humanos, sejam eles de ordem física, moral ou mental, são transmitidos à descendência pelos mecanismos biológicos da hereditariedade. Dessa forma, seria possível o “aperfeiçoamento” dos seres humanos por meio de um controle estrito sobre os caracteres hereditários. Assim, os defensores deste saber acreditavam ser possível o “melhoramento” do patrimônio genético de uma população por meio de medidas que promovessem a transmissão hereditária de caracteres considerados “desejáveis”, e dificultando, ou mesmo impedindo, a comunicação de uma herança genética “degenerada” às futuras gerações. Dessa forma, enquanto “ciência do melhoramento da linhagem”, tal como a definiu seu fundador no século XIX, o inglês Francis Galton, a eugenia acaba funcionando como um sistema de saber-poder que legitima a segregação dos considerados “não aptos” a partir de um discurso que se pretende científico, com o fim/pretexto/desculpa de aperfeiçoar as populações humanas.

³⁴³ *A União*, “A Semana Medica na Parahyba – A solennidade inaugural dos trabalhos – Os discursos”. 05 de maio. 1927.

O olhar classificatório e a atitude normalizadora tornam-se marcas importantes deste saber. Para assegurar a transmissão genética dos fatores “desejáveis”, seria necessário esquadrihar e classificar corpos e comportamentos, pois o discurso da eugenia não deixaria de conectar o físico com a moral, estabelecendo uma relação de reciprocidade e dependência entre a conduta dos indivíduos e a sua saúde.

Além de José Maciel, outros participantes da Semana Médica também sinalizaram a leitura de representações eugênicas nos trabalhos que apresentaram durante o evento. Este foi caso, entre outros, do médico Octavio Soares. Apresentando ao público do encontro *Algumas considerações sobre a loucura maníaco-depressiva*, Soares argumentou tal enfermidade, “como tudo que se passa na vida, é susceptível de ser herdada”; desse modo, considerava que os indivíduos afligidos por este mal, tinham “nos seus antepassados, pessoas que lhes deixaram o legado psychopathico” (SMCPB, 1927, p. 120 – 121). Para Octavio Soares, a hereditariedade era um fator decisivo para a ocorrência de enfermidades mentais. Por isso, acreditava que os descendentes de pessoas consideradas doentes mentais, “existe um estado physiologico, bem comparavel a um terreno máo, em que foi distribuida a sementeira da loucura, a qual só espera uma época propicia para a sua germinação” (SMCPB, 1927, p. 122).

Nestas representações, é possível perceber a preocupação de Octavio Soares com as discussões sobre hereditariedade, tema importante em todo o pensamento eugenista. No entanto, para este médico, a questão da “herança maldita” não se limitava à transmissão hereditária de um “terreno máo” e bastante “fértil” para a “germinação” da “loucura”. Na visão de Soares os indivíduos “degenerados” não dispunham “de elementos para procrearem descendentes robustos e sãos” (SMCPB, 1927, p. 121). Para sustentar esta posição, o médico ofereceu à leitura de seu público o seguinte exemplo: “Um individuo alcoolizado ou por outra intoxicado fecundando uma mulher sã, produz, quasi sempre, um atrasado, um epileptico” (SMCPB, 1927, p. 122). Nessa perspectiva, não hesitou em tentar convencer sua audiência de que “É a avaria organica que explica sempre a **degradação do intellecto dos sucessores consanguineos, rebentos definhados e carcomidos**” (SMCPB, 1927, p. 121, grifos nossos).

Dessa forma, mesmo sem declarar explicitamente um possível diálogo com a eugenia, Octavio Soares sinaliza certa apropriação do ideário eugênico ao recorrer, e de forma insistente, aos conceitos de “hereditariedade” e “degeneração” para expor à sua audiência *Algumas considerações sobre a loucura maníaco-depressiva*, como podemos perceber no seguinte trecho de seu trabalho:

A degeneração mental e as psycho-nevroses (epilepsia, hysteria, neurasthenia), são, quase sempre, produções de **um terreno que se preparou imediatamente nos antecedentes**, pelo alcool, pela syphilis, pelas privações de alimentos, pelos

excessos, pelas fadigas, pelas insomnias, bem como a gestação, o puerperio, a menopausa, as fadigas de estudo, o coito immoderado (SMCPB, 1927, p. 122, grifos nossos).

As representações construídas por José Maciel e Octavio Soares sinalizam, portanto, que a Semana Médica de 1927 constituiu um espaço de circulação dos saberes eugênicos na Paraíba. Contudo, a apropriação deste discurso pseudocientífico por aqui, como de resto em outras partes do Brasil, precisou negociar com certas especificidades locais. É que, como vimos no segundo capítulo, de um modo geral, a eugenia também fundamentava-se em pressupostos racistas, defendendo a superioridade dos caracteres genéticos da “raça” branca em detrimento da “degeneração natural” das pessoas de cor (DÁVILA, 2006, p. 26). Desse modo, limitar, ou até impedir, a reprodução de indivíduos negros e mestiços, estimulando a transmissão dos caracteres genéticos considerados “desejáveis” esteve na pauta de certos adeptos da eugenia, chegando mesmo a ser posto em prática, por meio de políticas institucionais, em países como os EUA e a Alemanha no período entre guerras.

Segundo Jerry Dávila (2006, p. 53), “Entre 1907 e 1945, mais de 70 mil pessoas foram esterilizadas nos Estados Unidos. Esses esterilizados eram, em geral, pobres, frequentemente negros e considerados ‘débeis mentais’”. Por seu turno, Soares Júnior (2011, p. 100) lembra que na Alemanha nazista³⁴⁴ a eugenia assumiu sua feição mais radical, concretizando-se na esterilização forçada de centenas de milhares de pessoas e no extermínio de mais de seis milhões de vidas “em nome da higiene da raça” (DIWAN, 2007, p. 64 apud SOARES JÚNIOR, 2011, p. 100).

No Brasil³⁴⁵, os defensores de políticas de controle eugênico tão radicais, encontrariam certa dificuldade para colocar em prática seus projetos de “melhoramento das linhagens”. É que em um país fortemente miscigenado, seria praticamente impossível classificar com precisão os portadores dos genes “desejáveis” ou impedir de algum modo a reprodução de grande parte dos brasileiros. Com efeito, como vimos no segundo capítulo, em terras brasileiras a vertente do pensamento eugênico que prevaleceu entre os adeptos deste saber foi aquela que defendia ser possível o “aperfeiçoamento” genético mediante a melhoria das condições de saúde e por meio de medidas educativas.

Desse modo, seria possível “aperfeiçoar” os traços físicos e o comportamento das pessoas no curso de suas próprias vidas. Isto permitiria a constituição de populações cada vez

³⁴⁴ Embora ressalte a radicalização das políticas eugênicas na Alemanha nazista, Soares Júnior (2011, p. 100 – 101) lembra que a circulação do pensamento eugênico no país remonta ao final do século XIX.

³⁴⁵ Para uma discussão sobre os diferentes modelos de eugenia que se constituíram em nações como a Inglaterra, a Alemanha nazista, os EUA e o Brasil, Cf. Soares Júnior (2011, p. 99 – 105).

mais “aprimoradas”, que transmitiriam à sua descendência características genéticas “desejáveis”, promovendo-se o “melhoramento” das linhagens futuras. Portanto, não seria necessário controlar a reprodução dos indivíduos considerados “degenerados”: bastava “educá-los” e torná-los “saudáveis”, para que pudessem transmitir à sua descendência não apenas as sementes da saúde física, mas também os comportamentos que produziram a “regeneração” moral pretendida pelos defensores da eugenia. Foi por este motivo que, no caso brasileiro, o pensamento eugênico acabou encontrando terreno fértil para seus projetos de “higienização da raça” e “regeneração nacional” nas políticas de saúde e educação pública:

Utilizando uma definição elástica de degeneração, as elites brancas brasileiras não viam a negritude e a branquitude como mutuamente exclusivas. Branco pobres podiam ser degenerados, e alguns brasileiros de cor podiam escapar à degeneração embranquecendo por meio da ascensão social. [...].

A possibilidade de apressar a modernização do Brasil aumentando o número de pessoas de cor que não se encaixavam mais na categoria social de negros levou intelectuais, cientistas, médicos, antropólogos, psicólogos e sociólogos a uma campanha contínua, organizada, para construir instituições estatais que cuidassem da saúde e da educação pública. [...] as escolas deveriam fornecer os recursos de saúde e de cultura básicas que proporcionassem às crianças, independentemente de sua cor, a categoria social de brancas (DÁVILA, 2006, p. 28).

Assim, como diria o sociólogo Fernando de Azevedo, secretário da Sociedade Eugênica de São Paulo, a primeira do Brasil e que foi organizada pelo médico Renato Kehl, esta versão da eugenia *à brasileira* “buscava a eliminação dos venenos, não das pessoas” (apud DÁVILA, 2006, p. 54). No entanto, por mais que não tenha justificado políticas de extermínio ou de esterilização compulsória, não devemos esquecer que esta versão mais “branda” da eugenia, colocada em circulação no Brasil por médicos, cientistas e cientistas sociais, informou políticas de saúde e educação pública extremamente racistas. Além disso, contribuíram para transformar a diversidade social brasileira em “problema racial”, inclusive despolitizando o debate sobre o racismo no país, ao emprestar-lhe o “prestígio” de um discurso pseudocientífico.

Por exemplo. Estudando as práticas educacionais colocadas em cena pelas reformas do sistema de ensino do Rio de Janeiro entre 1917 e 1945, Jerry Dávila (2006) mostra o quanto elas dialogaram com conceitos eugênicos. Nesse sentido, Dávila (2006, p. 79 – 84) analisa como as escolas cariocas foram transformadas em “laboratórios eugênicos” e seus alunos reduzidos a “objetos de ciência” na incessante busca dos eugenistas pela “regeneração” do Brasil. O cotidiano dos estudantes na escola, desde a sua matrícula, era marcado por baterias de testes e exames, que esquadriavam o seu corpo à procura de traços de “degeneração” física e comportamental. Um registro médico permanente para cada educando era criado e constante atualizado. Nas salas de aula, os docentes ensinavam a importância da saúde e da

higiene. Nesta “escola-hospital”, o trabalho do professor era “curar” os brasileiros, reprimindo seus hábitos e culturas considerados “não-saudáveis” do ponto de vista eugênico.

Ainda segundo Dávila (2006, p. 56), nesta experiência de “eugeniização” escolar, “Os professores ensinavam aos alunos que ser parte da raça era a chave para a cidadania e o sucesso. Na prática, isso significava o branqueamento comportamental: ou seja, descartar as práticas culturais africanas e indígenas”. Desse modo, além de possibilitar justificações “científicas” para o racismo, esta eugenia brasileira, que de “branda” não tinha nada, penetrou na formação de uma geração de educandos, inserindo no sistema de ensino práticas e conceitos racistas que o conformariam por anos, e constituiu, com “rigores” pseudocientíficos, um conceito excludente de cidadania:

No Rio, durante a era Vargas, a eugenia não estava relegada a conferências profissionais e remotos laboratórios, mas era um esforço coletivo, participativo. Professores, pais e crianças eram ensinados a trabalhar juntos para realizar o ideal do futuro “Homem Brasileiro” que deveria ficar diante do prédio do MES [Ministério da Educação e Saúde]. No sistema escolar, os eugenistas colocaram suas ideias em prática pela primeira vez, aprendendo e executando os programas para aperfeiçoar a raça. Suas pesquisas mostravam aquilo em que queriam acreditar: que alunos brancos, ricos, eram mais qualificados e isso podia ser mensurado. Nos casos em que um teste revelava o oposto, o pesquisador se esforçava para explicar por que os testes ou os pesquisados haviam-se desviado dos verdadeiros resultados [...]. Em outras palavras, crianças mais pobres ou mais negras eram deficientes porque os testes o mostravam. **Em consequência, a subclasse permanecia deficiente mesmo que os testes não o mostrassem** (DÁVILA, 2006, p. 92, grifos nossos).

Dessa forma, o projeto eugênico posto em prática no sistema de ensino do Rio de Janeiro contribuiu para reforçar o racismo impregnado na sociedade brasileira. Fez isto ao constituir um projeto de modernização do Brasil, ou de “regeneração nacional” em linguagem eugênica, atrelado ao “branqueamento” físico e comportamental da população. Mas também o fez ao tentar construir “respaldo científico” para sua leitura hierarquizante e racista sobre a diversidade social brasileira, “mesmo que os testes não o mostrassem”, como bem destacou Jerry Dávila. Assim, mesmo que não tenha conseguido legitimar políticas de extermínio e esterilização compulsória dos considerados “indesejáveis” pela eugenia, com ocorreu em outras nações, os ideais eugênicos deixaram marcas perversas na sociedade brasileira.

O diálogo dos médicos paraibanos com a eugenia também assumiu estas feições “higienistas” e “educativas”. Tais ideais eugênicos encontraram um ambiente intelectual receptivo no meio médico local, principalmente entre os esculápios que, desde o começo do século, defendiam e difundiam propostas de “medicalização”, “higienização” e “educação sanitária” dos “paraibanos”. Desse modo, em detrimento de visões deterministas sobre “inferioridade racial”, sobressaiu entre os médicos paraibanos a defesa do “aperfeiçoamento

eugênico” da sociedade mediante a melhoria das condições de saúde e higiene. Já na abertura da Semana Médica, por exemplo, sinalizando esta apropriação da eugenia por médicos paraibanos, Oscar de Castro ofereceu à leitura de seu “auditório” a seguinte representação sobre o tema da hereditariedade:

Se a continuidade das gerações se une pela persistência da hereditariedade, não só no terreno somático como no espiritual, o povo tem uma personalidade constante e firme.

Esta personalidade, em sua arca santa, sua força, seu thesouro, é muito mais que o sólo onde está assentada a patria.

Manter esta personalidade vigorosa é o ideal sublime de um povo.

Esta personalidade póde se eclipsar, **não pela inferioridade da raça, mas, pela crueza dos males**, que deixam os homens fóra da realidade da vida, descaracterizados pelas potencias inimigas (SMCPB, 1927, p. XIII – XIV, grifos nossos).

Na visão de Castro, o que colocava em risco a “personalidade” de um povo, cujo “vigor” era a razão de sua “força”, não era a “inferioridade da raça”, mas sim a “crueza dos males”, a precariedade de suas condições de existência. Neste aspecto, embora não afirme explicitamente, é provável que Oscar de Castro estivesse se referindo, principalmente, às condições de saúde e higiene das populações. Sua fala, como a de outros personagens da Semana Médica, sugere que, na Paraíba dos anos 1920, as aproximações entre medicina e eugenia foram mediadas pelas propostas de “higienização” e educação sanitária, que pretendiam aperfeiçoar o “vigor” da “personalidade paraibana” mediante a melhoria de suas condições de saúde.

Foi dialogando com essa perspectiva “higienista” da eugenia, que a Semana Médica de 1927 colocou em circulação diversas representações que insistiam na “necessidade” de uma reforma “eugênica” da Paraíba. Esta, deveria ser conduzida pelo saber médico que, mediante ações profiláticas e educativas, promoveria a higienização dos corpos, hábitos e mentes dos “paraibanos”, por vezes defendida como “urgente” e “necessária” pelos esculápios da época.

A própria Semana Médica foi representada como um espaço constituído pela SMCPB para possibilitar aos médicos locais o cumprimento de seu “dever”: o aperfeiçoamento eugênico dos “paraibanos”. Nessa perspectiva, já na abertura de sua fala sobre a *Prophylaxia da tuberculose na Parahyba do Norte*, o médico Alfredo Monteiro procurou esclarecer seu público sobre a importância da Semana Médica para a reforma “eugênica” da sociedade paraibana:

Em nossa humildade de medicos de provincia, assim pouco estimados nos grandes centros scientificos, não descuramos jamais o nosso dever, e mau grado as estreitezas do meio pouco propicio a largos vôos e grandes arremetidas, reunidos aqui na Sociedade de Medicina e Cirurgia da Parahyba, **discutimos, estudamos, batemo-nos interessadamente pela grande causa, que é a eugenia**, a saúde do

povo, e o bem estar physico e moral da humanidade (SMCPB, 1927, p. 33, grifos nossos).

Já no discurso que proferiu na abertura do evento, o presidente da SMCPB Flávio Maroja também ofereceria ao público da Semana Médica indícios de sua simpatia em relação aos ideais eugênicos: “Em tudo se vae eloquentemente demonstrando a necessidade da **regeneração somatica da raça**, como condição indeclinavel de nossa sobrevivencia politica entre Nações” (SMCPB, 1927, p. V, grifos nossos). Analisando com cuidado, é possível perceber que tais palavras – proferidas na abertura do evento, pelo presidente da entidade que organizara o mesmo, ademais um dos principais nomes da medicina, da imprensa e da política paraibana àquela época – não apenas estavam respaldadas pelo força simbólica e pelas relações de poder do seu autor: elas ofereciam à leitura do público um forte argumento em defesa dos ideais eugênicos.

Assim, para Flávio Maroja, como para a maioria dos eugenistas brasileiros que, unidos em torno de sentimentos nacionalistas, defendiam a eugenia como forma de superar o “atraso” e a “degeneração” que diagnosticavam no Brasil (DÁVILA, 2006, p. 54), a “regeneração somatica da raça” não era apenas um caminho para o “progresso” e para a “civilização” almejada pelas elites locais: era uma questão de sobrevivência nacional. Dessa forma, o presidente da SMCPB colocava sob “risco”, na sua pregação em favor da eugenia, algo que, em certo sentido, transcendia os sonhos de “grandeza” nutridos em várias partes do país: a própria soberania da nação. Sem ela, os sonhos de “progresso” e “civilização” das elites nacionais e locais poderiam se transformar no “pesadelo” da perpétua dependência econômica ou mesmo da dominação política estrangeira.

Mas, segundo Maroja, os brasileiros dispunham então de um caminho para a “regeneração” e, por conseguinte, para sua sobrevivência como nação: a eugenia, segundo o médico paraibano, a “adoravel sciencia de Galton” (SMCPB, 1927, p. VI). Para defini-la, provavelmente visando a parcela do seu público “leiga” em medicina ou mesmo seus colegas de profissão “desatualizados” em relação a esta “sciencia”, Maroja coloca em circulação um conceito formulado pelo médico paulista Renato Kehl, um dos pioneiros da eugenia no Brasil. Segundo o presidente da SMCPB, ela “tem por fim **a melhoria progressiva da especie, pelo fomento da ‘bôa geração’, pela ‘procreação hygida’**, consistindo, em summa, no aperfeiçoamento physico, psychico e mental do homem” (SMCPB, 1927, p. VI, grifos nossos). Neste ponto, é interessante considerarmos a seguinte análise de Nísia Trindade Lima (1999) sobre o pensamento eugênico de Renato Kehl:

Na década de 1920 e, principalmente, na de 1930, percebe-se a presença do que tem sido denominado eugenia negativa, centrada no controle sobre casamentos e na proposta de esterilização dos “degenerados”. No caso brasileiro, o principal porta-voz dessa posição é o médico Renato Kehl, publicista incansável das teses de casamentos indesejáveis e da necessidade do estabelecimento de cotas raciais de imigração (LIMA, 1999, p. 115).

Citar o trecho da obra de um autor não significa aderir completamente ao seu pensamento. Com Roger Chartier (1993, p. 233 – 234), vimos que as práticas de leitura e apropriação das produções culturais não são redutíveis aos desejos dos autores que produzem os discursos e as representações. Desse modo, apesar de não podermos precisar se, em algum momento de sua trajetória, Maroja partilhou das propostas eugênicas um tanto mais radicais de Kehl, pelo menos nos seus textos publicados ao longo do recorte desta pesquisa, bem como durante a Semana Médica de 1927, o então presidente da SMCPB defendeu uma leitura da eugenia fortemente ligada às ideias de higienização social e educação sanitária.

Analisando, por exemplo, o trabalho que Flávio Maroja apresentaria na Semana Médica poucos dias depois do seu discurso na abertura do evento, é possível afirmar que, para o presidente da SMCPB, o tal “fomento da ‘bôa geração’”, visando o “aperfeiçoamento physico, psychico e mental do homem”, almejado pela eugenia, encontraria na *Educação Sanitaria* o fundamento de sua execução. Na visão de Maroja, apesar das dificuldades enfrentadas pelos médicos para “incutir no espirito da nossa gente, arraigada a uns tantos habitos condemnaveis, que vêm de longe, que se originaram no berço, a idéa da ‘consciencia sanitaria’”, a educação sanitária constituía uma “nobre cruzada”, de grande importância para a “**salvação da nossa raça**, batida por tantos infortunios” (SMCPB, 1927, p. 07, grifos nossos).

De acordo com Nísia Trindade Lima (1999, p. 115 – 116), na época em que Maroja defendeu estas ideias, não existia nos meios intelectuais ou no pensamento médico brasileiro um consenso acerca das questões raciais do país. Para a autora, porém, a maior parcela dos médicos que então aderiu às campanhas em prol do saneamento e da educação sanitária adotou um discurso contrário às interpretações que, desde o século XIX, apontavam a miscigenação racial que havia caracterizado a formação social brasileira como um fator de “atraso” e de “inferioridade” do país. Na visão destes médicos, os problemas do Brasil não deveriam ser remetidos à questão racial, mas ao que diagnosticavam como as péssimas condições de saúde, higiene e educação sanitária de grande parte dos brasileiros.

Desse modo, afastando-se um pouco de visões deterministas sobre a questão racial brasileira, médicos como Flávio Maroja defendiam a possibilidade de construir uma sociedade “próspera”, “moderna”, “civilizada” e, sobretudo, “saudável”, contando com a base

étnica do Brasil, a partir dos recursos do saneamento, da higienização e da educação sanitária das populações. Nesta perspectiva, “salvar a raça” significa dar-lhe saúde, higiene e educação, pois “O país, visto por muitos como ‘condenado pela raça’, poderia ser absolvido com os recursos mobilizados no saneamento” (LIMA; HOCHMAN, 2000, p. 320). E Maroja acreditava tanto no poder “transformador” da educação e da propaganda sanitária que não hesitou em defendê-las, para público da Semana Médica, como políticas que trariam melhores resultados do que a criação de leis e regulamentos sanitários. Em defesa destas ideias, o presidente da SMCPB compartilhou com seus ouvintes e leitores as seguintes considerações do médico Antonio Luiz de Barros Barreto³⁴⁶:

Educação e propagandas sanitarias têm conseguido entre os americanos do Norte, o que a legislação e a administração não lograram conquistar. Isto é facil de comprehender porque é sabido que, em toda parte, **disposições legislativas e providencias administrativas são, quasi sempre, recebidas com desagrado e não raro com resistencia, emquanto que folhetos de propaganda, conferencias e demonstrações praticas** sobre o valor de medicos que tenham por fim o bem estar e a saúde do povo, **não soffrem objecções e são acolhidas com todo interesse e attenção** (SMCPB, 1927, p. 08, grifos nossos).

Em lugar de coibir pela lei, de tentar impor “verdades” sobre a saúde mediante a aplicação de normas legais ou medidas administrativas, “convencer” pela educação. “Sanear” as sensibilidades, estimulando novas leituras e produções de si por meio dos “folhetos de propaganda, conferencias e demonstrações praticas”. Falar bastante. Escrever mais ainda. Em suma, usar a educação e a propaganda sistemáticas para incutir nos “leigos” a noção de “consciencia sanitaria” (SMCPB, 1927, p. 07). Propostas como estas, defendidas na Semana Médica por ninguém menos que o presidente da SMCPB, um dos médicos com maior inserção na imprensa e nas relações de poder locais, circularam bastante na Paraíba dos anos 1920 e 1930. No seu cerne, encontramos o desejo de constituir uma educação dos sentidos, que, segundo Oliveira (2010, p. 08 – 09) promovesse um novo tipo de comportamento sanitário, levando os “paraibanos” a incorporar novas técnicas, higiênicas e eugênicas, de cuidado com o próprio corpo.

³⁴⁶ Maroja se referia provavelmente ao médico pernambucano Antonio Luís Cavalcanti de Albuquerque de Barros Barreto (1892 – 1954). Formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Barros Barreto trabalhou no Instituto de Manguinhos entre 1917 e 1920. Em 1921, viajou para os EUA, onde realizou o curso de Saúde Pública na *Johns Hopkins University*. Em seguida, realizou outros cursos de especialização na área em países como França e Alemanha, além de ter conhecido os serviços de Saúde Pública de várias nações da Europa Ocidental. Retornando ao Brasil, Barros Barreto chefiou, entre 1923 e 1924, a Seção de Propaganda e Educação Sanitária do Departamento Nacional de Saúde Pública. Na década de 1930, após dirigir o Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural, também do DNSP, no Paraná e na Bahia, tornou-se professor de Parasitologia da Faculdade de Medicina deste último estado. Estas informações sobre Barros Barreto foram colhidas em http://www.fameb.ufba.br/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=2132&tmpl=component&format=raw&Itemid=305. Acesso em 02 fev. 2015.

Nesse sentido, mais do que a proibição de hábitos e comportamentos considerados como anti-higiênicos ou causadores de doenças, esta educação sanitária “Almejava a produção de dispositivos pedagógicos que possibilitassem **uma nova leitura sobre si mesmo**”; pretendia-se que, partindo desta nova identidade, os sujeitos paraibanos assimilassem um novo tipo de cuidado de si, “prestando atenção ao seu corpo, cultivando um jeito de assear-se, um modo de viver, **produzindo-se e conhecendo-se como sujeito saudável**” (OLIVEIRA, 2010, p. 09, grifos nossos).

Desse modo, Maroja e os que compartilhavam de sua simpatia pela educação e propaganda sanitárias na Paraíba, acreditavam que, após incorporar a tal “consciência sanitária” os “paraibanos” acolheriam “com todo interesse e atenção” as prescrições médicas sobre os cuidados higiênicos e sanitários que garantiriam sua própria saúde e a de seus pares. Nessa perspectiva, Maroja parecia desconsiderar as singularidades históricas que separavam os EUA da Paraíba, representando os estadunidenses como modelo de “civilização” a ser seguido no Brasil. Nessa linha de raciocínio, o presidente da SMCPB defendia a educação e a propaganda sanitárias em função do êxito que elas teriam alcançado entre os “americanos do Norte”. O mais importante, todavia, é que, na leitura deste médico paraibano, muito mais do que “disposições legislativas e providencias administrativas”, o que poderia produzir a “consciência sanitária” e, principalmente, garantir a “salvação da nossa raça”, era uma educação sanitária baseada em princípios eugênicos e higiênicos, feita “através da ‘palavra falada’, da ‘palavra escripta’ e da ‘impressão visual’³⁴⁷” (SMCPB, 1927, p. 08).

Na visão de Flávio Maroja, esta *Educação Sanitaria*, de base eugênica e higiênica, deveria começar nas escolas para, a partir deste espaço, “se estender por todos os outros meios collectivos” (SMCPB, 1927, p. 09). Sobre este assunto, o presidente da SMCPB não tinha dúvidas: era preciso defender a primazia da educação sanitária da infância no espaço escolar. Nessa perspectiva, ofereceu às apropriações de seu “auditório” as ideias do médico Amarilio de Vasconcellos³⁴⁸, para quem “A escola e não a fabrica, é o logar proprio para fazer a educação hygienica”. Dessa maneira, na compreensão de Vasconcellos e também na de Maroja, no espaço escolar “é possível ensinar com proveito, **no momento oportuno**, como se evitam as molestias, que a grandeza de uma nação não se baseia apenas na sua riqueza e no progresso material, mas principalmente, na saúde e força dos seus filhos” (SMCPB, 1927, p.

³⁴⁷ Estes eram, segundo Maroja, os principais métodos empregados pelos funcionários do Serviço de Propaganda e Educação Sanitárias do DNSP, então chefiado pelo médico Henrique Autran, nas ações que desenvolviam “na Capital Federal” e “em muitos outros pontos do paiz” (SMCPB, 1927, p. 08).

³⁴⁸ Segundo Araci Alves Santos (2014), àquela época Amarilio de Vasconcellos atuava no Rio de Janeiro junto ao Serviço de Propaganda e Educação Sanitária do DNSP, destacando-se em sua atuação no órgão as conferências sanitárias que realizava em diversas escolas cariocas.

10, grifos nossos). Com tais palavras, Maroja colocava em circulação na Paraíba representações da escola e da infância que, segundo Heloísa Pimenta Rocha (2003), estavam na base das políticas sanitárias paulistas da década de 1920. De acordo com esta autora, naquele contexto caberia à escola primária:

Eliminar *atitudes viciosas* e inculcar hábitos salutaros, desde a mais tenra idade. Criar um *sistema fundamental de hábitos higiênicos*, capaz de dominar, inconscientemente, toda a existência das crianças. Modelar, enfim, a *natureza infantil* pela aquisição de hábitos que resguardassem a infância da debilidade e das moléstias (ROCHA, 2003, p. 40, grifos da autora).

Rio de Janeiro, Paraíba, São Paulo. Na perspectiva de médicos que àquela época atuavam em várias partes do país, a “regeneração” do Brasil passava pela medicalização da escola e pela higienização da infância. O sucesso desta empreitada estava garantido, na perspectiva médica, devido à suposta maleabilidade infantil. Sendo assim, as crianças seriam “educáveis”, por possuírem um cérebro “ainda plástico, virgem de defeitos” (apud ROCHA, 2003, p. 43), podendo ser mais facilmente “moldadas” pela higiene e pela eugenia do que os adultos. Para estes últimos, representados no discurso médico por seu “progressivo enrijecimento”, restava a “instrução”, que permitiria apenas reforçar determinados hábitos “desejáveis”, mas não a constituição de um “systema fundamental de habitos, dominando a existencia inteira, a toda a hora, em todas as oportunidades, sob todos os pretextos, inconscientemente, sem o menor esforço, como devem e precisam ser os habitos higienicos” (apud ROCHA, 2003, p. 44). Nas representações médicas, este nível de educação dos sentidos só poderia ser concretizado entre as crianças, que, reunidas no espaço escolar, poderiam ser melhor “higienizadas” devido à “elasticidade” de sua personalidade ainda em formação:

Encerrando a criança em um *complexo cerrado, sem ponto vulnerável*, capaz de dominar-lhe a existência inteira e de agir inconscientemente, tal sistema deveria se constituir na própria natureza da criança. A garantia da sua eficácia estribava-se na maleabilidade e plasticidade infantis (ROCHA, 2003, p. 44, grifos da autora).

O trabalho apresentado por Maroja sobre *Educação Sanitaria* na Semana Médica sinaliza com bastante clareza a circulação dos saberes médicos no Brasil daquela época. Congressos, conferências, imprensa periódica e periódicos especializados constituíram uma rede na qual as representações médicas se moviam em diversas partes do país, permitindo leituras e apropriações de um saber cada vez mais penetrante na sociedade brasileira. Partindo do que observamos na Paraíba, é possível imaginar que médicos de várias regiões do país, mediante citações, referências e comentários de trabalhos dos seus colegas Brasil afora, colocavam em circulação as representações de maior força no interior do campo médico nacional a cada momento. Ora, contribuindo para a constituição desta rede de circulação dos

saberes médicos, Flávio Maroja compartilhou com seus conterrâneos as seguintes palavras do médico Emygdio de Mattos³⁴⁹, corroborando sua própria representação sobre a educação sanitária infantil no contexto escolar:

É nas escolas que mais abundantes resultados se podem colher dos esforços pela melhor saúde. Dos adultos é difícil modificar hábitos arraigados desde a infância; mas, na escola, devido à auctoridade moral do mestre, o alumno recebe como ouro de lei, os seus ensinamentos e inclina-se a imitar-lhes os exemplos (SMCPB, 1927, p. 10).

Desse modo, a “auctoridade moral” dos professores juntava-se à maleabilidade da criança para justificar a defesa da higienização da infância por meio da medicalização da escola. Como é possível perceber a partir da fala de Mattos e Maroja, o professor possuía um papel central nesta empreitada. Mas a “autoridade” do docente não seria o principal recurso pedagógico na higienização da infância. A “missão” eugênica deste “médico-professor” não se limitava ao ensino teórico das prescrições higiênicas ou à repressão dos comportamentos “indesejados”. Ele deveria aproveitar a tendência das crianças à imitação e ensiná-las pelo exemplo. No entanto, este discurso médico sobre o protagonismo dos mestres na formação higiênica de seus educandos abriria margem para tentativas de disciplinarização dos docentes, porque, segundo Rocha (2003, p. 46), como era uma “Arma de dois gumes, a imitação, por ser avessa ao discernimento entre o vício e a virtude, exigiria do professor a necessária precaução”.

Portanto, os médicos acreditavam que o exemplo docente era muito impactante na formação sanitária de seus alunos, para o bem e para o mal. Por esse motivo, do mesmo modo que defendiam as possibilidades da higienização da infância por meio da autoridade e do exemplo representado pelo professor, temiam que a “degeneração” deste modelo a ser seguido pelas crianças, pudesse resultar na assimilação de seus hábitos “indesejáveis” pelos infantes. Por isso, os mestres também deveriam se submeter às prescrições eugênicas e higiênicas do saber médico, pois, como um

Exemplo de virtude, a figura do professor teria também sobre a criança, *impressionável e plástica*, um enorme poder de sugestão [...]. Considerando os perigos da imitação, era imprescindível estar atento à elaboração de cada detalhe dessa figura modelar que as crianças deveriam imitar, de modo que se evitasse que, presa dos pecados capitais da falta de asseio, decência ou temperança, o mau exemplo do professor viesse a macular a lama infantil com a sugestão desses graves vícios, fazendo desmoronar o *castelo da educação moral* (ROCHA, 2003, p. 48, grifos da autora).

³⁴⁹ Segundo Maroja, Emygdio de Mattos era um inspetor sanitário do DNSP, cujo trabalho citado pelo médico paraibano havia sido apresentado no *Intercambio Sanitario Latino Americano da Liga das Nações*, realizado em 1925 (SMCPB, 1927, p. 10).

Diante de toda esta discussão, Maroja concluía sua defesa da educação sanitária escolar tentando convencer seu auditório de que era “perfeitamente aceitável que os conselhos hygienicos administrados ao individuo, desde creança, ficarão gravados, **sendo de crer sejam facilmente observados e diffundidos**” (SMCPB, 1927, p. 11, grifos nossos). Assim, o presidente da SMCPB pode ser incluído entre o vasto grupo de médicos brasileiros do começo do século XX que, segundo Maria Stephanou (2006, p. 35, grifos nossos), embora defendessem a necessidade de se difundir a educação sanitária para toda a sociedade³⁵⁰, “julgavam que o ensino da higiene seria mais produtivo na escola, pois criaria hábitos, multiplicaria práticas higiênicas, **chegaria às famílias através dos estudantes**”³⁵¹. Desse modo, a educação sanitária escolar visava a formação de “pequenos higienistas”. Estes, mediante a subjetivação de noções e práticas eugênicos e higiênicos, mas principalmente pela incorporação da autovigilância sanitária, constituiriam um canal que permitiria à escola higienizada estender sua ação ao ambiente doméstico (ROCHA, 2003, p. 47 – 48). Nesse sentido, a higienização da infância por meio da educação sanitária escolar, se apresentava aos esculápios como mais um caminho para intensificar a penetração social do saber médico.

No entanto, não foi só de higiene e educação sanitária que se alimentaram os debates sobre eugenia na Semana Médica. Com menor intensidade, mas ainda assim com uma insistência que nos impede de negligenciá-las, algumas representações menos “brandas” do pensamento eugênico também foram postas em circulação em terras paraibanas por intermédio do evento. Neste caso, destaca-se a preocupação com o casamento de pessoas consideradas “degeneradas”, que, segundo o discurso da eugenia, poderiam transmitir à sua descendência caracteres “indesejáveis”. Com isso, ainda de acordo com o pensamento eugênico, estariam colocando em risco não apenas suas próprias vidas, mas também o “vigor” das futuras gerações e, por conseguinte, a “força” da nação.

³⁵⁰ No próprio trabalho que apresentou na Semana Médica, Maroja defendeu a educação sanitária dos adultos. Na sua visão, as palestras e conferências sanitárias “assumem real importância, quando proferidas, nas fábricas, nas oficinas, nos quartéis, nas sociedades particulares, em os núcleos operários, nos meios colectivos, enfim, sem a presença de crianças, onde certos assumptos, como o das doenças venereas à frente, podem ser tratados livremente, sem rodeios e sem palavras e phrases veladas” (SMCPB, 1927, p. 11).

³⁵¹ Apesar de tais expectativas do campo médico, é preciso considerar as prováveis dificuldades para que o ensino da higiene ministrado nas escolas alcançasse o ambiente familiar das crianças. Neste caso, podemos apenas imaginar os diversos obstáculos materiais e culturais, desde a falta de recursos até o autoritarismo dos pais, enfrentados pelos docentes em suas casas para reproduzir em seus lares os hábitos higiênicos que supostamente vivenciavam nas suas respectivas escolas. Ademais, é bem provável que na Paraíba ocorresse àquela época o mesmo problema verificado por Jerry Dávila (2006, p. 84) no sistema de ensino do Rio de Janeiro, onde, na prática, a rede de instituições médico-escolares não conseguia atender completamente as necessidades de todo o seu alunado, ou pelo menos não com a mesma eficiência alegada pelo governo municipal. Em tal cenário, é provável que os médicos brasileiros tenham convivido com grandes dificuldades para concretizar seu projeto de higienizar também o corpo social mais amplo a partir da educação sanitária da infância.

Foi dialogando com esta perspectiva eugênica, por exemplo, que o médico Alfredo Monteiro compartilhou com o público da *Semana Médica* as seguintes lamentações: “É triste admitir que em nosso século, alcoólicos, syphiliticos e tuberculosos **se consorciem impunemente contaminando o conjuge e gerando criaturas doentes ou fracas**” (SMCPB, 1927, p. 40 – 41, grifos nossos). Ainda segundo Monteiro, “O exame pré-nupcial resolveria optimamente a questão”. Mas, queixava-se o médico paraibano: “Infelizmente não ha lei em nosso paiz que estabeleça o exame medico dos nubentes” (SMCPB, 1927, p. 41). Por esse motivo, provavelmente sentia que estava cumprindo seu “dever patriótico” de zelar pelo “vigor eugênico” de seus conterrâneos, ao defender que:

Se os individuos são podem livremente unir-se aos doentes que o façam conscientemente **mas não têm, absolutamente, o direito de procrear filhos hereditariamente tarados**. Em Australia o problema está resolvido com a castração dos doentes, processo que não pôde absolutamente ser ensaiado entre nós (SMCPB, 1927, p. 41, grifos nossos).

Alfredo Monteiro não esclarece aos seus leitores o porquê do processo de “castração dos doentes” implementado na Austrália não poder “absolutamente ser ensaiado” no Brasil. Ademais, o médico-autor também não fornece maiores detalhes sobre tal política de esterilização que estava sendo realizada na naquela distante nação da Oceania. O certo é que este é o único momento que o tema aparece em seu texto. Embora não hesite em afirmar que os “individuos são”, apesar de poderem casar-se “livremente” com os “doentes”, não possuíam o direito de gerar “filhos hereditariamente tarados” – leia-se “degenerados” – Monteiro não chegou a defender enfática e explicitamente uma política institucional de esterilização compulsória dos “indesejados” pela eugenia. No entanto, sugere, de passagem, que “Em Australia” este “problema” havia sido “resolvido” graças a “castração dos doentes”.

A intenção desta pesquisa não é colocar o campo médico paraibano do recorte estudado sob os olhares condenatórios de um hipotético e anacrônico tribunal do júri equipado com as “armas” fornecidas pela história. Agindo assim, estaríamos reafirmando aquela perspectiva “evolucionista” do saber médico, cara a certa historiografia produzida por alguns de seus próprios agentes, que representa a medicina como uma área em perpétuo progresso: suas técnicas e conhecimentos caminhariam “sempre” no sentido da “perfectibilidade”, produzindo-se formulações cada vez mais “avançadas” e “adequadas” para que o médico cumpra sua “missão” de curar. Nesse sentido, longe de pretender “julgar” as posições assumidas pelos médicos que estamos estudando, não devemos desconsiderar que a citação anterior sugere que ideias menos “brandas”, do que a defesa de uma educação sanitária de base eugênica, também circularam na Paraíba dos anos 1920.

Outro indício da circulação destas ideias no contexto paraibano aparece na fala do esculápio Jósá Magalhães, que, na Semana Médica de 1927, apresentou suas *Considerações sobre a prophylaxia da lepra no Brasil*. Discutindo o modo mais adequado, do ponto de vista médico, de se realizar o isolamento das pessoas afligidas por esta doença, Magalhães condenou o tratamento do “leproso” dentro do seu contexto familiar, “em virtude dos laços de affectividade humana que unem entre si os componentes de uma família”. Nessas condições, segundo o esculápio, o isolamento não traria resultados positivos, nem para o tratamento do enfermo, nem para a saúde dos demais membros da família, colocada em risco pelo perigo do contágio, devido “a tolerancia que ha [entre os familiares] de burlar toda a vigilancia medica”. Por isso, defendia o isolamento do enfermo em colônias agrícolas como a medida profilática mais adequada, na perspectiva do saber médico, para o tratamento da doença (SMCPB, 1927, p. 61). A colônia agrícola idealizada por Magalhães seguia o modelo dos sanatórios de uma instituição inglesa chamada *Commission to Lepers*. Nesse sentido, o esculápio paraibano ofereceu às leituras do público da Semana Médica a seguinte representação acerca do tratamento das pessoas afligidas pela lepra:

O leprosario deve ser uma colonia agrícola, uma pequena cidade onde reponte a vida social em todas as suas manifestações. Os sanatorios da “Commission to Lepers”, instituição inglêsa que é proprietaria de 48 sanatorios, em que se cuidam de milhares de Lazaros, são pequenos grupos de edificios em que vivem os enfermos separados dos seus enfermeiros de bôa saúde. **Com este systema e com os novos methodos de tratamento os resultados têm sido animadores. A maior preocupação da “Commission” é tornar agradável esse isolamento aos leprosos.** Nelle há o teatro, o cinema, jornaes, bibliothecas, concertos, associações, jogos, etc.; **até o casamento ha, desde que haja prévia esterilização dos nubentes**” (SMCPB, 1927, p. 61 – 62, grifos nossos).

Segundo Laurinda Rosa Maciel (NASCIMENTO; CARVALHO, 2004, p. 109 – 113), a defesa científica do isolamento dos “leprosos” como uma medida profilática eficaz remonta à segunda metade do século XIX, quando ainda não se conhecia com precisão os mecanismos de transmissão da doença e nem se dispunha de medicamentos eficazes para o seu tratamento. Dessa forma, quando Jósá Magalhães ofereceu às leituras de seu público tais *Considerações sobre a prophylaxia da lepra*, o isolamento em leprosários ainda era a medida profilática mais empregada contra a doença no Brasil³⁵². De acordo com Laurinda Rosa Maciel, naquela época “O paciente era isolado socialmente para livrar do contágio os que com ele conviviam, já que

³⁵² De acordo com Laurinda Rosa Maciel (NASCIMENTO; CARVALHO, 2004, p. 110 – 111), a partir dos anos 1920 o isolamento dos “leprosos” começou a ser questionado, ainda de forma tímida, como medida profilática. No Brasil, ele continuou sendo autorizado legalmente até maio de 1962. Ainda segundo Maciel, a partir dos anos 1940 e 1950, esta medida passou a ser combatida com mais insistência, mesmo no interior do próprio campo médico, devido principalmente a dois fatores: o avanço das pesquisas na área de medicamentos para a doença; e a comprovação, mediante estudos quantitativos, da ineficácia do isolamento como medida profilática, já que, por meio dele, não se conseguia obter a diminuição do número de casos da doença.

as formas exatas de transmissão eram desconhecidas” (NASCIMENTO; CARVALHO, 2004, p. 110). Assim, ainda segundo esta autora:

Como consequência deste tratamento excludente ao longo dos séculos, foi construído um certo horror em torno da doença, o que acarretou um profundo estigma social ao mais simples contado e às suas possíveis consequências, uma vez que o doente, na maioria das vezes, apresentava lesões ulcerantes na pele e deformidades nas extremidades. Esta marca de desonra fisicamente presente nas feridas e nos membros desfigurados do “leproso” e incorporada à sua identificação, lançou a doença para o lado mais obscuro da sociedade (NASCIMENTO; CARVALHO, 2004, p. 109 – 110).

Além de sinalizar todo o estigma que marcava a experiência de adoecimento dos “leprosos”, a fala de Jósa Magalhães em defesa do isolamento destes indivíduos também toca a discussão sobre hereditariedade, tema caro ao pensamento eugênico. No entanto, logo no início de sua fala, Magalhães protocolou aos seus leitores que, no que dizia respeito à transmissão da lepra, ele excluía “de logo, a hypothese da hereditariedade”³⁵³ (SMCPB, 1927, p. 54). Assim, o médico paraibano não acreditava que a doença em questão pudesse ser transmitida à descendência por pais “leprosos”. Mas então por que ele celebrou os resultados “animadores” que a *Commission to Lepers* estaria alcançando em seus sanatórios, ao tentar “tornar agradável esse isolamento aos leprosos”, estabelecendo, entre outros “benefícios”, a possibilidade do casamento entre pessoas enfermas “desde que haja prévia esterilização dos nubentes”? (SMCPB, 1927, p. 61 – 62).

Neste caso, nos parece possível pensar que Magalhães apropriara-se das leituras eugênicas em circulação na Paraíba dos anos 1920. Se não fosse assim ele não teria, em um mesmo texto, recusado a ideia de que a lepra era transmitida hereditariamente e, em seguida, defendido, mesmo que indiretamente, a esterilização prévia de casais “leprosos”. Ora, se a doença não tinha na hereditariedade a explicação de seus mecanismos de transmissão, por que impedir que os indivíduos afligidos por ela tivessem o direito de ter filhos? Com efeito, é provável que Jósa Magalhães não estivesse preocupado com a transmissão hereditária da

³⁵³ Segundo Jósa Magalhães, descartada a hipótese da hereditariedade, duas teorias sobre a transmissão da lepra se polarizavam àquela época: “Para uns, a molestia se transmite, indirectamente, pelos mosquitos; para outros o contágio se faz directamente, de individuo a individuo” (SMCPB, 1927, p. 54). No trabalho que apresentou à *Semana Médica*, Magalhães defendeu a teoria segundo a qual a lepra era transmitida pela ação dos mosquitos. Em defesa desta hipótese, afirmou: “Para que se dê a transmissão da morphéa é de mister que o insecto sugue a um doente em estado febril [...] e que, de seguida, pique um individuo são. [...] Ora, se para a transmissão da lepra necessário fosse, tão sómente, a simples cohabitação, o contacto intimo e prologando de pessôas doentes e sãs [...] por certo que familias inteiras, em cujo seio houvesse um leproso, fatalmente seriam todas contaminadas” (SMCPB, 1927, p. 55). De acordo com Laurinda Rosa Maciel (NASCIMENTO; CARVALHO, 2004, p. 113) atualmente sabe-se que a lepra, ou hanseníase (em referência ao médico norueguês Gerhard Hansen que descobriu o bacilo causador da moléstia), é uma doença infecto-contagiosa, “transmitida de pessoa a pessoa por meio das vias áreas superiores; a maioria das pessoas destrói o bacilo e não adoce por possuir uma imunidade natural, enigma até hoje não desvendado pela ciência”.

lepra, mas sim com a hereditariedade da “degeneração”: o pressuposto preconceituoso, central em todo pensamento eugenista, segundo o qual pais “doentes” e “degenerados” dariam origem a filhos necessariamente propensos à “degeneração” física e moral.

Por isso, na visão de Magalhães, no caso dos “leprosos”, o mais “prudente” era imitar os ingleses da *Commission to Lepers*, autorizando-se casamentos apenas para os enfermos previamente esterilizados. Na visão deste médico paraibano, portanto, com a segregação dos “leprosos” a Paraíba estaria cumprindo o seu “dever moral e cívico de reunir os seus morpheticos e tratá-los convenientemente isolados” (SMCPB, 1927, p. 66), enquanto que vetando a estes indivíduos qualquer possibilidade de reprodução, as autoridades médicas e políticas do estado estariam “apenas” cumprindo seu “dever” de “aperfeiçoar” o “vigor” eugênico da sociedade paraibana.

Portanto, os esculápios paraibanos que protagonizaram a Semana Médica de 1927 não elaboraram uma leitura única das sugestões eugênicas. É certo que eles pareciam concordar quanto ao fim: o “aperfeiçoamento” eugênico dos “paraibanos”. Porém, mesmo que as propostas eugênicas de educação sanitária e higienização da infância tenham prevalecido, não devemos desconsiderar a circulação de pressupostos nem tão “brandos” do pensamento eugenista entre médicos com atuação na Paraíba àquela época. Como buscamos demonstrar, é possível percebê-los, por exemplo, na ênfase nos resultados “animadores” obtidos alhures por políticas de controle à reprodução de indivíduos considerados “doentes”, “indesejados”, ou, como diriam os eugenistas, “degenerados”. Infelizmente, os caminhos do pensamento eugênico na Paraíba Pós-Semana Médica de 1927 – que permitiriam pensar, por exemplo, relações de confronto, convergência ou de sobreposição entre as diferentes leituras produzidas pelos esculápios paraibanos a partir da pseudociência de Galton – estão além do recorte e dos objetivos do presente estudo, constituindo outras tantas “searas” de pesquisa para os interessados na história da medicina paraibana.

O que tentamos fazer neste capítulo, foi problematizar a Semana Médica de 1927 como mais um espaço de autolegitimação constituído pelo campo médico local. Recorrendo ao discurso da eugenia ou não, boa parte dos atores que protagonizou o evento tendeu a reforçar uma representação social que de tão reafirmada no começo do século XX pôde ser apropriada por médicos, autoridades, e elites locais como uma “verdade inquestionável”: o “diagnóstico” de que grande parte da sociedade paraibana estava “enferma”, constituindo um sério entrave ao desenvolvimento do estado e, por isso, necessitando de “urgentes” cuidados

médicos. Desse modo, aquela “festa em família”³⁵⁴ organizada pelos médicos paraibanos em 1927 conferiu-lhes mais uma oportunidade de reforçar a representação social do médico como um profissional *competente e necessário*. Novamente, o esculápio paraibano foi construído como um reformador social *indispensável* para o futuro do estado. Funcionando, entre outras coisas, como um espaço de autolegitimação profissional, a Semana Médica contribuiu com mais alguns “tijolos” na construção das relações de poder do saber médico na Paraíba.

³⁵⁴ Modo como o presidente da SMCPB, Flávio Maroja, se referiu à Semana Médica de 1927 no discurso que proferiu na abertura do evento (SMCPB, 1927, p. IV).

PALAVRAS FINAIS

Barba cheia e bem cuidada. Usavam uma cartola de cano negro, casaca, calça listada, e uma corrente de ouro maciço pendurada ao colete. Seus trajes eram marcados pela “solenidade” e pelo “rigor”. Sua atitude profissional o fazia “diferente dos outros mortais”: “Trajes suntuosos e terminologia estranha davam-lhes um aspecto respeitoso e sacerdotal”. Primavam pela elegância e gostavam “de se impôr como apóstolos da Ciência”. Suas mãos traziam anéis com joias “de alto preço”. Alguns fumavam charutos, outros “cigarros de palha”. Grande parte possuía “guarda-chuva de cabo de parta ou de ouro e alguns usavam bengalas de ricos castões”. No interior do estado, “as coisas eram mais simples, porque eles usavam palitô de alpaca amarelada ou preta e uns chapeusinhos leves de ‘manilha’ ou de ‘castor’”. Eis a representação de um médico paraibano no começo do século XX, construída nos anos 1940 pelo esculápio Oscar de Castro (1945, p. 201 – 204). Nesta imagem, a figura do médico é pintada com cores de “distinção”, com ares de “superioridade”.

Entre outras virtudes, na visão de Castro, os médicos paraibanos daquela época conseguiam a “proeza” de encarnar, em um só corpo, em uma só prática, sentimento e razão. Como “apóstolos da Ciência”, supostamente incorporavam duas atitudes que nem sempre se conciliam facilmente: altruísmo e neutralidade científica. Mas no “segundo decênio” do século XX, ainda conforme o relato de Castro, as coisas mudaram um pouco. Nesta época “já se confundiam os médicos com os outros mortais, usando estes, entretanto, roupas escuras de casimira ou ternos de bom linho de origem européia”.

Porém, Oscar de Castro fez questão de ressaltar que certas coisas “não mudam”: “As tradições passam. Com essa ou aquela indumentária, com êste ou aquêle meio de transporte, por maior que seja a modificação exterior, os médicos possuem **a mesma alma e o mesmo coração**” (CASTRO, 1945, p. 204, grifos nossos). Nesse sentido, ser “diferente dos outros mortais”, afirmar uma suposta “superioridade” impondo-se como “apóstolos da Ciência”, aparece como uma preocupação no discurso do médico. Tanto é que, escrevendo na década de 1940, Oscar de Castro lamentava que seus colegas tivessem deixado um pouco de lado a solenidade da indumentária, confundindo-se “com os outros mortais”.

No entanto, não devemos nos enganar: este aparente nivelamento com outras elites sociais, caso tenha ocorrido, se deu somente no plano das roupas. Mesmo com trajes menos suntuosos, os médicos da segunda década do século XX preservariam a “mesma alma”, o “mesmo coração” de seus “antepassados profissionais”. Representando sua profissão como

“alheia” às demandas sociais e relações de poder, buscavam se mostrar publicamente como estando “sempre” comprometidos com aquilo que o próprio saber médico construiu como a finalidade a-histórica de sua prática: o ideal altruísta de curar (MOTA; SCHRAIBER, 2014, p. 1089). Além disso, até mais do que seus predecessores na ciência das doenças, os médicos que atuavam na Paraíba do começo do século XX insistiram em representar sua profissão como diferente da “dos outros mortais”: como vimos ao longo das páginas anteriores, os esculápios paraibanos com inserção na imprensa e na política locais àquela época não hesitavam em defender, sempre que podiam, a *necessidade*, a *utilidade* e a *competência* de seu saber, reforçando, assim, suas relações de poder.

O objetivo prioritário desta pesquisa foi analisar como ocorreu, na Paraíba do começo do século XX, a construção da representação social do médico como “homem de ciência” e “reformador social”, ou seja, como um agente considerado “competente” e “autorizado” a intervir em variados aspectos da existência humana. Dialogando com este objetivo, problematizamos como a fabricação desta imagem relacionou-se com o movimento de institucionalização e fortalecimento da medicina na Paraíba. Fechando o círculo das nossas intenções de pesquisa, analisamos diversas representações da sociedade paraibana elaboradas por médicos que atuaram no estado entre 1911 e 1929, problematizando como estes discursos dialogaram com a construção do médico enquanto “cientista” e “reformador social”.

Ao longo da narrativa, procuramos mostrar que as primeiras décadas do século XX constituem um momento de redefinições para a medicina paraibana devido a pelo menos três fatores. Primeiro: localmente, o campo médico paraibano foi marcado pela constituição de uma medicina cada vez mais “científica” e por um movimento de institucionalização profissional. Estes deslocamentos foram materializados com a criação da primeira associação médica da Paraíba – a Sociedade de Medicina e Cirurgia da Parahyba, fundada em 1924. Segundo: naquele momento a saúde foi construída como uma importante questão social, que reclamava soluções políticas. Ao mesmo tempo, ela passou a ser representada como um dos fundamentos do “progresso”, da “modernidade” e da “civilização”, ou seja, como uma questão social que precisava ser “solucionada” para que fossem criadas as condições necessárias para o “aperfeiçoamento” de uma sociedade. Terceiro: por causa dessa compreensão a respeito da saúde, cresceram os investimentos governamentais na área, ampliando a rede de serviços públicos de saúde. Esta ampliação, por sua vez, criou novas possibilidades para a penetração do saber médico na sociedade.

Quando lançamos nosso olhar para as décadas de 1910 e 1920 observamos que em várias partes do Brasil, incluindo-se aí a Paraíba, cresceu a preocupação das elites e das

autoridades políticas com a saúde, principalmente em relação aos seus desdobramentos na organização da sociedade. Nesse recorte, a saúde das populações emergiu como uma condição de limite e de possibilidade para a “grandeza” de um povo. Nesse sentido, a “cura” do indivíduo “doente” não deveria ser pensada como uma responsabilidade familiar: tratava-se então de um problema social, que exigia intervenção política, que demandava ações de cunho coletivo para o governo dos “corpos enfermos”, pois estes poderiam afetar toda a organização social, disseminando suas “mazelas” físicas e morais, mas, principalmente, inviabilizando o “progresso” e a “civilização” de sua sociedade.

Nesse ambiente histórico, na Paraíba como em outras partes do Brasil, foram estabelecidas novas instituições de saúde – como postos de profilaxia rural e hospitais – com a finalidade de “curar” um país que, em 1916, fora representado pelo médico Miguel Pereira como “um imenso hospital” (SÁ, D., 2009, p. 335). Na base deste objetivo de “curar” a sociedade brasileira, encontrava-se um projeto de “modernização conservadora” (SANTOS; FARIA, 2003, p. 15) pautado na medicalização social. Com esta finalidade, reformas sanitárias foram realizadas. Na Paraíba, por exemplo, foi estabelecida em 1911 a *Repartição de Higiene do Estado*, cuja criação foi acompanhada por um novo regulamento sanitário. O governo federal estabeleceu convênios com os estados para viabilizar políticas de saúde pública e educação sanitária. No caso paraibano, mediante este tipo de parceria, foi organizada ainda em 1920 a Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural.

De modo geral, ampliam-se nesse contexto os serviços de saúde pública e os investimentos governamentais na área. O grau desta ampliação variou bastante de região para região. Sabemos, por exemplo, que os estados de São Paulo e Rio de Janeiro – o primeiro favorecido pelas rendas do café, o segundo por sediar a capital da República – realizaram reformas sanitárias mais amplas³⁵⁵ do que a verificada na Paraíba durante o recorte desta pesquisa. Por sinal, a Paraíba só conseguiu concretizar serviços mais efetivos de saúde pública e educação sanitária mediante o auxílio federal que estabeleceu em terras paraibanas a Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural. A título de comparação, desde 1917 “São Paulo implementava sua própria reforma sanitária”, basicamente a partir de recursos próprios, “preservando-se da intervenção sanitária da União” (HOCHMAN, 2006, p. 211).

Mesmo com esta ressalva, podemos afirmar que, durante o período que pesquisamos, os maiores investimentos governamentais na saúde possibilitaram a ampliação do número de instituições e de serviços públicos destinados a “curar” a sociedade, tais como novos

³⁵⁵ A este respeito Cf. Hochman (2006), Dávila (2006) e Santos e Faria (2003).

hospitais³⁵⁶, postos de saúde³⁵⁷ e laboratórios³⁵⁸. Além disso, não podemos esquecer que esta politização da saúde abriu diversos canais de inserção social, como escolas, fábricas, jornais e serviços públicos, à ação de tecnologias de poder consideradas *competentes* para atuar nesta área. Por isso, assegurar a “colonização” médica destes espaços representaria um incremento nas relações de poder da medicina que os esculápios paraibanos não poderiam dispensar, ainda mais quando “Todos nós sabemos que o doente só nos chega às mãos depois de ter percorrido a escola dos charlatães”, como se queixava o médico Tito de Mendonça ao ser empossado como membro da SMCPB em 1924³⁵⁹.

Ao longo desta pesquisa, problematizamos as circunstâncias históricas relacionadas com a legitimação do médico paraibano como um “reformador social”. Caminhando entre representações, leituras, apropriações, sensibilidades, identidades e relações de poder, percebemos que a constituição da medicina social, mediante a penetração mais intensa do saber médico na sociedade, contribuiu para fortalecer esta profissão na Paraíba. Em certo sentido, isto ocorreu por que os projetos políticos de medicalização da sociedade acabaram abrindo aos esculápios locais diversos espaços de inserção pública que lhes permitiram ampliar sua “clientela” e impor-se “como apóstolos da Ciência” a uma quantidade de pessoas bem maior do que lhes era possível fazer, por exemplo, no final do século XIX. Além disso, a

³⁵⁶ Segundo Oscar Oliveira Castro (1945, p. 353 – 418), durante o recorte desta pesquisa os principais hospitais inaugurados na capital da Paraíba foram os seguintes: o Hospital Santa Isabel, idealizado pela Santa Casa de Misericórdia da Paraíba e inaugurado em 08 de novembro de 1914; o Hospital Oswaldo Cruz, finalizado em 1921 e construído graças a uma parceria entre a Santa Casa e a Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural na Paraíba; o Hospital-Colônia Juliano Moreira, inaugurado em 1928, visando o tratamento dos indivíduos que eram considerados “loucos”; o Instituto de Proteção e Assistência à Infância, fundado em 1º de novembro de 1912 e a Maternidade da capital, criada em 1920 como uma seção do Instituto de Proteção à Infância. Ainda de acordo com o autor, em 1932 foi fundado o Hospital Pedro I, o primeiro de Campina Grande.

³⁵⁷ Como vimos no segundo capítulo, na Paraíba da década de 1920 foram estabelecidos Postos de Profilaxia Rural na capital (em Jaguaribe e Tambaú) e em cidades como Campina Grande, Guarabira, Areia e Umbuzeiro. Foram instalados ainda subpostos em Santa Rita, Alagoinha, Mulungu, Pirpirituba e Araçagi. Além disso, ainda nos anos 20, foram organizados postos de assistência médica em Bananeiras, Alagoa Nova, Itabaiana, Pocinhos, Santa Luzia e Malta, a partir de convênios entre a Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural na Paraíba e a Inspetoria de Obras Contra as Secas. Ainda podem ser incluídos nesta lista, um dispensário para a profilaxia de doenças venéreas e outro para o tratamento da tuberculose, ambos na capital. Tais informações encontram-se em Almeida (1980), Castro (1945) e Oliveira (1968), podendo também ser conferidas nas seguintes fontes: *Revista Era Nova*, “Sociedade de Medicina”, ano IV, n. 68, set. 1924; *Revista Era Nova*, “As grandes realizações do Saneamento Rural na Parahyba do Norte”, ano IV, n. 63, jun. 1924; *Revista Era Nova*, “Saneamento e Prophylaxia na Parahyba”, Edição do Centenário da Independência do Brasil, 1922.

³⁵⁸ Em 21 de dezembro de 1921, a Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural na Paraíba inaugurou um laboratório para pesquisas clínicas na capital do estado (Cf. *Revista Era Nova*, “Saneamento e Prophylaxia na Parahyba”, Edição do Centenário da Independência do Brasil, 1922). Além disso, também foi inaugurado na capital, em 04 de maio de 1929, um Instituto Vacinogênico e Antirrábico, visando a produção de vacinas contra a varíola e a raiva (Cf. *A União*, “Inauguraram-se hontem os Institutos Vaccinogenico e Anti-Rabico”. 05 de maio. 1929).

³⁵⁹ *O Jornal*, “Sociedade de Medicina e Cirurgia – A sua sessão de 5 do mês p. passado – A posse do dr. Tito de Mendonça, seu discurso de agradecimento e o de recepção do nosso illustre collaborador dr. José Maciel”. 06 de nov. 1924. Disponível em: <http://hemerotecadigital.bn.br/>. Acesso em 25 ago. 2014.

politização da saúde elevou a atuação do médico-reformador social a um novo patamar de legitimidade, na medida em que a “cura” da sociedade passou a ser constituída, pelas diversas elites sociais e pelo próprio Estado “médico-higienista”, como uma questão prioritária para o “progresso” e “civilização” das sociedades.

Na Paraíba do começo do século XX, os discursos médicos conseguiram alcançar o âmbito legal: regulamentos e legislações foram promulgados visando à medicalização social e a higienização dos costumes. Porém, médicos, elites e autoridades logo perceberam que esta ação de base legal não seria suficiente para “curar a Paraíba”: era necessária a constituição de políticas de educação sanitária. Disto resultou certo deslocamento da atuação médica no campo da saúde coletiva, passando-se de ações “policialescas” para a educação dos sentidos. Este novo foco favoreceu a constituição de uma medicina social fortemente marcada pelos conceitos de prevenção, higienização e educação sanitária. Tanto que, como mostramos no terceiro capítulo, boa parte dos médicos paraibanos que dialogaram com a eugenia nos anos 1920 defendiam a educação sanitária como uma política capaz de promover a higienização e o “aperfeiçoamento eugênico” da população paraibana.

Assim, num momento em que os esculápios paraibanos, buscando assegurar seu monopólio sobre os novos espaços de “cura” da sociedade, representam insistentemente o seu saber como *competente e necessário*, a politização da saúde convergiu com as estratégias de autopromoção da medicina terminando por fortalecer a profissão de médico e reforçar a legitimidade das suas normalizações. Este movimento de penetração da medicina na sociedade foi reforçado nos anos 1920 pela atuação da SMCPB, especialmente mediante a constituição de espaços públicos para a difusão social do saber médico, tal como verificamos com a Semana Médica de 1927. Desse modo, a configuração de uma medicina social na Paraíba, ao longo das primeiras décadas do século XX, participou não apenas da construção da representação do médico como reformador da sociedade. Pela inserção social que possibilitou à medicina, ela também contribuiu para reforçar o prestígio social e as relações de poder deste profissional, embora, até hoje, nem só de médicos viva o universo da saúde e da doença na Paraíba.

De um “diagnóstico” inacabado a novas possibilidades de pesquisa

As transformações na saúde pública brasileira durante as primeiras décadas do século XX têm sido bastante visitadas por toda uma produção em história da saúde, das doenças e

das práticas de cura. Tais pesquisas, boa parte das quais citadas ao longo das páginas anteriores, tematizam experiências de “medicalização” e “higienização” social, bem como as “reformas sanitárias” Brasil afora, discutindo os confrontos, as negociações e as relações de poder implicadas na construção de corpos e sensibilidades “saudáveis” e “higienizadas”. Nestes estudos, o saber médico se faz constantemente presente, se não como tema principal, como “protagonista” da narrativa, ao menos como uma das principais tecnologias de poder que participaram destas experiências históricas de normalização social mediante o governo dos corpos pelo discurso da “boa saúde”.

Nesse sentido, esperamos que as análises que construímos ao longo desta pesquisa possam contribuir com estas leituras sobre a história da saúde brasileira, ao possibilitar reflexões sobre a circulação, as apropriações e as implicações políticas e sociais destes projetos de medicalização da sociedade em uma região “periférica” do país como a Paraíba. De semelhante modo, esperamos que, ao estudar a medicina paraibana durante um período de intenso fortalecimento e de forte penetração na sociedade local, nosso esforço venha a contribuir com análises sobre as relações entre ciência e sociedade, ou, mais precisamente, acerca dos vínculos de reciprocidade entre saber e poder “Brasil afora”.

Mas a história da medicina paraibana durante o recorte desta pesquisa não se esgota nas páginas anteriores. Ademais, esta jamais foi a nossa intenção. Sendo assim, outras leituras sobre as experiências históricas que discutimos ao longo desta narrativa também são possíveis. As investidas do saber médico no intuito de “medicalizar” os espaços escolares e “higienizar” a infância paraibana podem ser melhor exploradas por novas pesquisas. Análises sobre as apropriações que os “paraibanos” produziram a partir das normalizações médico-sociais em períodos posteriores ao desta pesquisa, destacando-se os possíveis confrontos e negociações entre as prescrições dos esculápios e o que era vivido e sentido pelos “pacientes” da medicina social, podem “superar” a escassez de fontes mediante a metodologia da história oral. A própria relação entre a medicina oficial – acadêmica e científica – e outras práticas de cura, ainda pode, e merece, ser explorada com mais profundidade e detalhes.

Além disso, os caminhos da eugenia na Paraíba ainda podem render boas pesquisas, ainda mais se pensarmos que as ações criminosas do nazismo na Alemanha, onde a eugenia adquiriu sua feição mais radical e perversa, acabaram por colocar a pseudociência de Galton em suspeição após a queda do regime de Adolf Hitler no Pós-Segunda Guerra Mundial. Mas isto, meu caro leitor, ficaremos lhe devendo para futuros encontros com a história da medicina paraibana...

FONTES

ANUARIO DE CAMPINA GRANDE PARA O ANO DE 1926. Director: João Mendes. Recife: Oficina Gráfica Jornal do Commercio, 1925.

Artigos de Analyse à Mensagem apresentada à Assembléa Legislativa da Parahyba em 1º de Setembro de 1911 pelo Exmo. Sr. Dr. João Lopes Machado. Parahyba do Norte: Imprensa Official, 1912. Disponível em: <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u545/>. Acesso em 05 mar. 2014.

Carta de Acácio Pires a Belisário Penna. Paraíba, 7 de julho de 1921. Arquivo Belisário Penna, Casa de Oswaldo Cruz.

Jornal *A Imprensa*, João Pessoa – PB. Edições de 1912 a 1930. Arquivo da Arquidiocese da Paraíba.

Jornal *A União*, João Pessoa – PB. Edições de 1912 a 1930. Arquivo do Instituto Histórico e Geográfico da Paraíba; Biblioteca da Secretaria Municipal de Educação da cidade de Esperança – PB.

Jornal *Gazeta do Sertão*, Campina Grande – PB. Edições de 1923 a 1924. Arquivo da Biblioteca Átila Almeida – UEPB.

MAROJA, Flávio. A nossa hygiene. **Revista do Instituto Histórico e Geográfico da Paraíba**, João Pessoa, n. 03, p. 432-437, 1911.

MEDEIROS, Coriolando de. Subsídio para a história da hygiene pública na Parahyba. **Revista do Instituto Histórico e Geográfico da Paraíba**, João Pessoa, n. 03, p. 117-123, 1911.

O Jornal, João Pessoa – PB. Edições de 1923 e 1924. Hemeroteca Digital Brasileira.

PARAHYBA DO NORTE (Estado). **Mensagens presidenciais** apresentadas á Assembléa Legislativa entre 1891 e 1930. Parahyba: Imprensa Official. Disponível em: <http://www.crl.edu/brazil/provincial/para%C3%ADba>.

PENNA, Belisário. **O Clamor da Verdade**. Rio de Janeiro: Typ. Revista dos Tribunais, 1921.

_____. **Saneamento do Brasil**. Rio de Janeiro: Typ. Revista dos Tribunais, 1918.

Revista Era Nova, João Pessoa – PB. Edições de 1921 a 1925. Arquivo da Biblioteca Átila Almeida – UEPB.

SOCIEDADE DE MEDICINA E CIRURGIA DA PARAHYBA (SMCPB). **Semana Medica**. Parahyba do Norte: Imprensa Official, 1927.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGRA, Giscard Farias. **A urbs doente medicada: a higiene na construção de Campina Grande, 1877-1935**. Campina Grande: Gráfica Marcone, 2006.

_____. Dissecando um campo historiográfico: uma produção brasileira da história das doenças. In: Encontro Estadual de História da ANPUH-PB – História e Historiografia: entre o nacional e o regional, XIII, 2008a, Guarabira, PB. **Anais eletrônicos**. Disponível em: http://www.anpuhpb.org/anais_xiii_eeph/textos/ST%2001%20-%20Giscard%20Farias%20Agra%20TC.PDF. Acesso em 08 set. 2014.

_____. **Modernidade aos goles: a produção de uma sensibilidade moderna em Campina Grande, 1904 a 1935**. Recife: Dissertação (Mestrado) – UFPE/CFCH, 2008b.

AGUIAR, José Otávio. Entre a ilusão e o efeito de real: a biografia como teste para a metodologia. In: OLIVEIRA, Iranilson Buriti de; DANTAS, Eugênia Maria (orgs.). **Metodologia do Ensino e da Pesquisa – Caminhos da Investigação**. João Pessoa/Campina Grande: Ideia/EDUFCG, 2008, p. 103 – 111.

ALMEIDA, Alanny Paulo Ricardo de. Medicalizando e educando os corpos: representações de corporeidades nas propagandas de medicamentos da revista Era Nova (Parayba, 1921-1926). In: I Seminário Nacional de História e Contemporaneidades – as dimensões políticas da História e o futuro do passado. Crato. Anais Eletrônicos. Crato: Universidade Regional do Cariri – URCA/LABIHM, 2013.

ALMEIDA, José Américo de. O Saneamento. In: **A Paraíba e seus problemas**. 3ª ed. João Pessoa: A União Cia. Editora, 1980, p. 431 – 477.

ANDRADE, Vivian Galdino de. **Alfabetizando os filhos da rainha para a civilidade/modernidade: o Instituto Pedagógico em Campina Grande – PB (1919 – 1942)**. João Pessoa: Tese (Doutorado) – UFPB/CE, 2014.

ARANHA, Gervácio Batista. **Trem, modernidade e imaginário na Paraíba e região: tramas político-econômicas e práticas culturais (1880 – 1925)**. Campinas, SP: Tese (Doutorado) – UNICAMP/IFCH, 2001. Disponível em <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000218829>. Acesso em 27 jan. 2015.

ASSIS, Machado de. **O Alienista; Casa Velha**. 2. ed. São Paulo: Martin Claret, 2012.

BARROS, José D'Assunção. Fontes Históricas: revisitando alguns aspectos primordiais para a Pesquisa Histórica. **Mouseion – Revista do Museu e Arquivo Histórico La Salle**, n. 12, maio – ago. 2012, p. 129 – 159. Disponível em <http://www.revistas.unilasalle.edu.br/index.php/Mouseion/article/view/332>. Acesso em 03 jan. 2015.

BASTOS, Liana Albernaz de Melo. A construção do mundo médico. In: **Corpo e subjetividade na medicina**: impasses e paradoxos. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 2006, p. 69 – 117.

BOURDIEU, Pierre. **Os usos sociais da ciência**: por uma sociologia clínica do campo científico. Tradução Denice Bárbara Catani. São Paulo: Editora da UNESP, 2004.

BRITO, Higino. **José Maciel** – O Profissional da Medicina, O Homem Público e o Cidadão. João Pessoa, PB: [s. n.], 1978.

BURKE, Peter. **A Escola dos Annales**. 1929 – 1989. A revolução francesa na historiografia. Tradução Nilo Odália. São Paulo: Editora da UNESP, 1991.

CAPONI, Sandra. **Da compaixão à solidariedade**: uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

CASTRO, Oscar Oliveira. **Medicina na Paraíba**: flagrantes da sua evolução. João Pessoa-PB: A União, 1945.

CHALHOUB, Sidney. **Cidade Febril**: cortiços e epidemias na Corte imperial. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CHARTIER, Roger. **A aventura do livro**: do leitor ao navegador. Conversações com Jean Lebrun. 1ª reimpressão. Tradução Reginaldo Carmello Corrêa de Moraes. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo/Editora da UNESP, 1998.

_____. **A história cultural**: entre práticas e representações. 2. ed. Lisboa: DIFEL, 2002.

_____. **A história ou a leitura do tempo**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

_____. Textos, impressão, leituras. In: HUNT, Lynn. **A Nova História Cultural**. Tradução Jefferson Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 1993, p. 211 – 238.

CORBIN, Alain. **Saberes e odores**: o olfato e o imaginário social nos séculos XVIII e XIX. Tradução Ligia Watanabe. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

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

DÁVILA, Jerry. **Diploma de brancura**. Política social e racial no Brasil – 1917-1945. São Paulo: EDUNESP, 2006.

DINIZ, Denise Scofano. **A “ciência das doenças” e a “arte de curar”**: trajetórias da medicina hipocrática. Rio de Janeiro: Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Instituto de Medicina Social, 2006.

FERREIRA, Luiz Otávio; MAIO, Marcos Chor; AZEVEDO Nara. A Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro: a gênese de uma rede institucional alternativa. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 4, nº 3, p. 475 – 491, nov. 1997 – fev. 1998. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v4n3/v4n3a04.pdf>. Acesso em 20 maio. 2014.

FERREIRA, Luiz Otávio. Medicina impopular. Ciência médica e medicina popular nas páginas dos periódicos científicos (1830 – 1840). In: CHALHOUB, Sidney et al. (org.). **Artes e ofícios de curar no Brasil**: capítulos de história social. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2003, p. 101 – 122.

FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. Barbeiros e cirurgiões: atuação dos práticos ao longo do século XIX. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos** [online], v. 6, n. 2, p. 277 – 291, jul/out. 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59701999000300003&script=sci_arttext. Acesso em 07 fev. 2014.

FIGUEIRÔA, Silvia. Ciência e Tecnologia. In: PINSKY, Carla Bassanezi (org.). **Novos temas nas aulas de História**. São Paulo: Contexto, 2010, p. 153 – 171.

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber**. Tradução Luís Felipe Baeta Neves. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

_____. **Microfísica do poder**. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Tradução Raquel Ramallete. 41. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

FREIRE DOS SANTOS, Leonardo Querino Barboza. **Nada de chagas... Chega de cruz**: Belisário Penna e a educação sanitária na 1ª República do Brasil (1912 – 1933). Monografia (Graduação). Campina Grande: UFCG, 2012.

GOMES, Roberto. O Alienista: loucura, poder e ciência. **Tempo Social**. São Paulo, v.5, n. 1/2, p.145 – 160. 1994. Disponível em: <http://www.fflch.usp.br/sociologia/temposocial/site/images/stories/edicoes/v0512/Alienista.pdf>. Acesso em 29 jan. 2014.

GONDRA, José Gonçalves. Homo Hygienicus: educação, higiene e a reinvenção do homem. **Cad. Cedes**, Campinas, v. 23, n. 59, abril, 2003, p. 25 – 38.

GRESPLAN, Jorge. Considerações sobre o método. In: PINSKY, Carla Bassanezi (org.) **Fontes históricas**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2010, p. 291 – 300.

GURJÃO, Eliete de Queiroz. A Paraíba Republicana (1889 – 1945). In: SILVEIRA, Rosa Maria Godoy. et al. **Estrutura de Poder na Paraíba**. v. 4. João Pessoa: EDUFPA, 1999, p. 53 – 95.

HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Tradução Tomaz Tadeu da Silva e Guacira Lopes Louro. 11. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

HAROCHE, Claudine. **A condição sensível: formas e maneiras de sentir no ocidente**. Tradução Jacy Alves de Seixas e Vera Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2008.

HENTZ, Isabel Cristina. Filhos legítimos da ciência: os homens de ciência nos contos de Machado de Assis (1870 – 1884). In: Simpósio Nacional de História da ANPUH, 26, 2011, São Paulo, SP. **Anais eletrônicos**. São Paulo: ANPUH, 2011. Disponível em http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1300916313_ARQUIVO_textocompletoANPUH2011.pdf. Acesso em 29 jan. 2014.

HOCHMAN, Gilberto. **A Era do Saneamento: as bases da política de Saúde Pública no Brasil**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

KARNAL, Leandro; TATSCH, Flávia Galli. Documento e História – A memória evanescente. In: PINSKY, Carla Bassanezi; LUCA, Tânia Regina de (orgs.). **O historiador e suas fontes**. São Paulo: Contexto, 2011, p. 09 – 27.

LANA, Vanessa. **Uma associação científica no “interior das Gerais”**: a Sociedade de Medicina e Cirurgia de Juiz de Fora (SMCJF) – 1889-1908. Rio de Janeiro: Dissertação (Mestrado em História das Ciências da Saúde), Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, 2006.

LE GOFF, Jacques. Documento/Monumento. In: **História e Memória**. Tradução Bernardo Leitão. Campinas: Editora da UNICAMP, 1994, p. 535 – 553.

LIMA, Márcio José Silva. História da loucura na obra “o Alienista” de Machado de Assis: discurso, identidades e exclusão no século XIX. **Caos – Revista Eletrônica de Ciências Sociais**. João Pessoa, n. 18, p. 141 – 153, set. 2011. Disponível em: http://www.cchla.ufpb.br/caos/n18/12_MarcioJoseSLima_HISTORIA%20DA%20LOUCURA%20NA%20OBRA.pdf. Acesso em 30 jan. 2014.

LIMA, Nísia Trindade. **Um sertão chamado Brasil**. Intelectuais e representação geográfica da identidade nacional. Rio de Janeiro: Iuperj/Revan, 1999.

_____. Uma brasileira médica: o Brasil Central na expedição científica de Arthur Neiva e Belisário Penna e na viagem ao Tocantins de Julio Paternostro. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, jul. 2009, p.229-248. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v16s1/11.pdf>. Acesso em 06 jun. 2014.

_____; HOCHMAN, Gilberto. Pouca Saúde, muita Saúde, os males do Brasil são... Discurso médico-sanitário e interpretação do país. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2000, v.

5, nº 2. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7098.pdf>. Acesso em 25 maio. 2014.

LUZ, Madel Therezinha. **A arte de curar versus a ciência das doenças**: história social da homeopatia no Brasil. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2013. Disponível em <http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-classicos-da-saude-coletiva/a-arte-de-curar-versos-a-ciencia-das-doencas-pdf>. Acesso em 08 nov. 2014.

_____. Especificidade da Contribuição dos Saberes e Práticas das Ciências Sociais e Humanas para a Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 1, 2011, p. 22 – 31. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n1/04.pdf>. Acesso em 09 set. 2014.

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

MENDONÇA, Delosmar. **História dos Hospitais da Capital Paraibana**. João Pessoa: Sal da Terra Editora, 2004.

MOTA, André. **Quem é bom já nasce feito**: sanitarismo e eugenia no Brasil. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

_____; SCHRAIBER, Lilia Blima. Medicina sob as lentes da História: reflexões teórico-metodológicas. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, 2014, p. 1085 – 1094. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n4/1413-8123-csc-19-04-01085.pdf>. Acesso em 23 maio. 2014.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; CARVALHO, Diana Maul de. (et alii). **Uma história Brasileira das doenças**. Brasília: Paralelo 15, 2004.

NÓBREGA, Humberto. **As raízes das ciências da saúde na Paraíba**: medicina, farmácia, odontologia e enfermagem. João Pessoa: Editora Universitária – UFPB, 1979.

OLIVEIRA, Iranilson Buriti de. Fora da higiene não há salvação: a disciplinarização do corpo pelo discurso médico no Brasil Republicano. **Mneme – Revista de Humanidades**, Natal, RN, v. 4, n. 7, fev./mar. 2003, p. 14 – 29. Disponível em: <http://www.cerescaico.ufrn.br/mneme/pdf/mneme07/002-p.pdf>. Acesso em 15 jan. 2014.

_____. **Leituras do Sensível**: escritos femininos e sensibilidades médicas no Segundo Império. Campina Grande: EDUFPG, 2011.

_____. **Palmatória da Saúde, Estetoscópio da Educação**: leitura, circulação e recepção dos discursos médico pedagógico na Parahyba (1919-1045). Projeto de pesquisa, edital MCT/CNPq Nº 12/2010. Maio/ 2010.

_____; BRITTO, Flávio André Alves. A cidade gradeada pelo medo: peste e doença em Campina Grande no início do século XX. **Fênix – Revista de História e Estudos Culturais**. v. 9, n. 3, ano IX, set./dez. 2012, p. 02 – 11. Disponível em:

http://www.revistafenix.pro.br/PDF30/DOSSIE_ARTIGO_3_IRANILSON_BURITI_DE_OLIVEIRA_E_FLAVIO_ANDRE_ALVES_BRITTO_FENIX_SET_OUT_NOV_DEZ_2012.pdf. Acesso em 21 mar. 2014.

OLIVEIRA, Juliana Barros de. O espaço de Jaguaribe no trânsito das memórias: mudanças e permanências. In: **O Bairro de Jaguaribe na memória dos seus moradores idosos**. João Pessoa: Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCHLA, 2012, p. 30 – 88. Disponível em http://www.cchla.ufpb.br/ppgh/2012_mest_juliana_oliveira.pdf. Acesso em 30 ago. 2014.

OLIVEIRA, Otavio. Coisas e Loisas na História da Medicina Paraibana. **Revista do Instituto Histórico e Geográfico da Paraíba**, João Pessoa, n. 16, p. 97 – 117, 1968.

ORTEGA, Francisco. O corpo transparente: para uma história cultural da visualização médica do corpo. In: **O corpo incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2008, p. 69 – 184.

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

PEREIRA, Júnia Sales. **História da Pediatria no Brasil de final do século XIX a meados do século XX**. Tese (Doutorado) – UFMG/Programa de Pós-Graduação em História, 2006. Disponível em http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/VCSA-6X6KSN/1/tese_doutorado_junia.pdf> Acesso em 01 julho. 2011.

PESAVENTO, Sandra Jatahy. **História & História Cultural**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2004a.

PESAVENTO, Sandra Jatahy. Sensibilidades no tempo, tempo das sensibilidades. **Revista Nouveaux Mondes/Mundos Nuevos**, Paris, 2004b. Disponível em <http://nuevomundo.revues.org/229>. Acesso em 13 dez. 2014.

PIMENTA, Tânia Salgado. Barbeiros-sangradores e curandeiros no Brasil (1808-28). **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, vol. 2, p. 349 – 372, jul./out. 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701998000200005&lang=pt. Acesso em 27 maio. 2014.

_____. Terapeutas populares e instituições médicas na primeira metade do século XIX. In: CHALHOUN, Sidney et al. (org.). **Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2003, p. 307 – 330.

_____. Transformações no exercício das artes de curar no Rio de Janeiro durante a primeira metade do Oitocentos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v.11, suppl.1, p. 67 – 92, 2004. ISSN 0104-5970. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v11s1/03.pdf>. Acesso em 27 maio. 2014.

RAGO, Margareth. **Do Cabaré ao Lar: a Utopia da Cidade Disciplinar**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

REVEL, Jacques; PETER, Jean-Pierre. O Corpo – o homem doente e sua história. In: LE GOFF, Jacques; NORA, Pierre. **História: novos objetos**. Tradução Terezinha Marinheiro. 4 ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1995, p. 141 – 159.

ROCHA, Heloísa Helena Pimenta. Educação escolar e higienização da infância. **Cad. Cedes**, Campinas, v. 23, n. 59, abril, 2003, p. 39 – 56.

SÁ, Dominichi Miranda de. A voz do Brasil: Miguel Pereira e o discurso sobre o “imenso hospital”. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v.16, supl.1, jul. 2009, p.333-348. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v16s1/16.pdf>. Acesso em 31 maio. 2014.

SÁ, Lenilde Duarte de. et al. Práticas terapêuticas e praticantes de cura na cidade da Parahyba – 1889 a 1920. **História da Enfermagem – Revista Eletrônica**, Brasília, v. 2, n. 2, ago./dez. 2011. Disponível em <http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/vol2num2artigo10.pdf>. Acesso em 11 maio. 2014.

SANT’ANNA. Denise Bernuzzi. **Corpo de passagem: ensaios sobre a subjetividade contemporânea**. 3. ed. São Paulo: Estação Liberdade, 2001.

SANTOS, Araci Alves. Conferências de educação sanitária em escolas e fábricas nos anos 20. In: Encontro Regional de História da ANPUH-Rio de Janeiro – Saberes e práticas científicas, XVI, 2014, Rio de Janeiro. **Anais eletrônicos**. Disponível em http://www.encontro2014.rj.anpuh.org/resources/anais/28/1400254291_ARQUIVO_Aracialves.pdf. Acesso em 04 fev. 2015.

SANTOS, Luiz Antonio de Castro; FARIA, Lina Rodrigues de. **A reforma sanitária no Brasil: ecos da Primeira República**. Bragança Paulista: EDUSF, 2003.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. **O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil – 1870-1930**. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SILVA, Tomaz Tadeu da (org.). **Identidade e diferença: a perspectiva dos Estudos Culturais**. 4. ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2005.

SOARES JÚNIOR, Azemar dos Santos. **Corpos hígidos: o limpo e o sujo na Paraíba (1912-1924)**. João Pessoa: Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCHLA, 2011.

_____. Para ser forte, garboso e atilado: cultura física na Paraíba do início do século XX. **Revista Hominum**, v. 03, 15. ed., julho, 2014, p. 73 – 88.

SOARES, Márcio de Sousa. Médicos e mezinheiros na Corte Imperial: uma herança colonial. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v.8, n.2, p 407 – 438, 2001.

STEPHANOU, Maria. Discursos Médicos, Educação e Ciência: escola e escolares sob exame. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 4, n. 1, mar. 2006, p. 33 – 64. Disponível em <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r125.pdf>. Acesso em 10 set. 2014.

VEIGA-NETO, Alfredo; LOPES, Maura Corcini. Inclusão como dominação do outro pelo mesmo. In: Colóquio Internacional Michel Foucault, VII, 2011, São Paulo. **Anais**. São Paulo: PUC, 2011. Disponível em <http://www.fe.unicamp.br/TEMPORARIOS/veiga-neto-lobes-inclusao-como-dominacao.pdf>. Acesso em 11 dez. 2014.

_____. Inclusão e governamentalidade. **Educação & Sociedade**, v. 28, n. 100, set./dez. 2007, p. 947 – 963. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/es/v28n100/a1528100.pdf>. Acesso em 10 dez. 2014.

VIDAL FILHO, Francisco de Assis. Apesar da Ciência, ninguém morre na véspera. **Revista do Instituto Histórico e Geográfico da Paraíba**, João Pessoa, v. 15, p. 81 – 86, 1964.

VIDAL, Laurent. Alain Corbin o prazer do historiador (entrevista concedida a Laurent Vidal). **Revista Brasileira de História** [online]. 2005, v. 25, n. 49, p. 11 – 31. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbh/v25n49/a02v2549.pdf>. Acesso em 20 dez. 2014.

WITTER, Nikelen Acosta. **Males e epidemias**: sofredores, governantes e curadores no sul do Brasil (Rio Grande do Sul, século XIX). Niterói, RJ: Tese (Doutorado) – Universidade Federal Fluminense, Departamento de História, 2007.