

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Washington Luis Souza

Da medicina não hospitalar ao hospital médico: uma leitura das análises
de Michel Foucault sobre a história da medicina

MESTRADO EM FILOSOFIA

SÃO PAULO

2008

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Washington Luis Souza

Da medicina não hospitalar ao hospital médico: uma leitura das análises
de Michel Foucault sobre a história da medicina

MESTRADO EM FILOSOFIA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Filosofia, sob a orientação da Prof^a. Doutora Salma Tannus Muchail.

SÃO PAULO

2008

Banca Examinadora

Com carinho e
agradecimento pela
compreensão, apoio e
incentivo dedico este
trabalho a Conceição,
Werneck e Wellington.

Agradecimentos

À minha orientadora Salma Tannus Muchail, pelo acompanhamento seguro e atenção dedicada a esse trabalho.

Ao professor Márcio Alves da Fonseca, pelas discussões e importantes contribuições para o desenvolvimento dessa dissertação.

Ao professor Carlos Arthur R. Nascimento, pelo exemplo profissional e por ensinar-me Tomás de Aquino.

À Francine Sanches Chacon, pela leitura detida e sugestões.

A Carlos Eduardo Domingues Pinto, por ser um raro humanista.

A Elias José Balbino e Jorge de Oliveira, pela amizade e sinceridade.

Ao CNPq pelo suporte financeiro.

Resumo

Este estudo tem por objetivo, a partir da leitura da obra de Michel Foucault, apresentar a transição da medicina clássica (séculos XVII e XVIII) à medicina moderna (séculos XIX e XX), como momento de ruptura, em oposição à tese da evolução teleológica proposta pela historiografia médica tradicional. No plano institucional, serão abordadas as dicotomias entre as práticas médicas e as instituições hospitalares clássicas, situando o nascimento do hospital médico terapêutico como um fato próprio da modernidade.

Esta dissertação procura explicitar que a medicina clássica classificatória das espécies patológicas, era um saber fundamentado na história natural e chegou ao seu limite no final da Idade Clássica, quando saberes originários da biologia, a exemplo da anatomia e da fisiologia, foram aplicados ao estudo das patologias criando a medicina empírica moderna. A medicina moderna se constituiu como um saber de outra ordem, com sujeito, objeto, conceitos e métodos absolutamente distintos. Contudo, essa mutação não se deu em virtude do aperfeiçoamento dos conhecimentos e das práticas, mas por meio de estudos desenvolvidos fora do campo médico, alheios à intencionalidade da razão médica. Não se justificaria, portanto, pensar a história da medicina em termos de continuidade evolutiva, cabendo descrevê-la, ao contrário, como uma história descontínua e não progressiva.

Palavras-chave: 1. Foucault, Michel. 2. Medicina-história. 3. Medicina-filosofia.

Abstract

This study aims to present, having Michael Foucault's work as basis, to present the transition from classic medicine (centuries XVII and XVIII) to modern medicine (centuries XIX and XX), as a turning point, opposed to the teleologic evolution thesis proposed by the traditional medical historiography. On institutional basis, we will approach the dichotomy between medical practices and the classic hospital institutions, placing the creation of therapeutic hospital as a fact of modern age.

This dissertation tries to show that classic medicine which classifies pathological species was a knowledge based in natural history and reached its top at the end of Classic Age, when the knowledge from biology, such as anatomy and physiology, were applied to the study of pathologies creating the modern empirical medicine. Modern medicine was constituted as a different knowledge with subject, object, concepts and methods completely distinct. However this change hasn't happened due to the improvement of knowledge and practice, but because of studies that were developed outside the medical field, apart from the medical reason. Therefore it is not justifiable to think about the history of medicine in terms of evolutionary continuity, being best described, on the contrary, as a discontinuous and not progressive history.

Key-words: 1. Foucault, Michel, 2. Medicine-history 3. Medicine-philosophy.

SUMÁRIO

Introdução.....	1
 Capítulo 1. A medicina e o hospital no Período Clássico (séculos XVII e XVIII).	
 Primeiras considerações.....	12
1.1. A medicina classificatória.....	13
1.2. O hospital no classicismo.....	19
Últimas considerações.....	22
 Capítulo 2. As epidemias, a medicina social e o Antigo Regime.	
 Primeiras considerações.....	23
2.1. As epidemias e o nascimento da medicina social.....	24
2.2. A medicina social e a medicina classificatória.....	26
2.2.1. A medicina social na Alemanha.....	27
2.2.2. A medicina social na França.....	30
2.3. As epidemias e a consciência política da doença.....	33
Últimas considerações.....	35

Capítulo 3. A Revolução Francesa, os hospitais e o nascimento da clínica moderna.

Primeiras considerações.....	36
3.1. O fim dos hospitais.....	37
3.2. O fim dos estabelecimentos de ensino da medicina.....	40
3.3. O nascimento do hospital e da clínica modernos.....	42
Últimas considerações.	50

Capítulo 4. O nascimento da clínica.

Primeiras considerações.....	51
4.1. A protoclínica do século XVIII.....	52
4.2. A clínica do final do século XVIII.....	54
4.3. A anátomo-clínica do século XIX.....	60
4.4. As contribuições da fisiologia de François Broussais.....	64
Últimas considerações.....	68

Conclusão.	69
------------------------	-----------

Bibliografia.....	75
--------------------------	-----------

1. Introdução.

Este trabalho é uma abordagem das análises de Michel Foucault sobre a história do nascimento da medicina moderna ocidental. A partir da leitura de seu texto *Naissance de la Clinique*¹, apresentaremos a descontinuidade por ele apontada na transição entre a medicina clássica (séculos XVII e XVIII) e a medicina moderna (séculos XIX e XX), em contraponto ao continuísmo proposto pela historiografia médica tradicional. Tomando a referida obra como texto principal para a exposição da nossa temática, pretendemos também, através do cotejo com outros trabalhos² que versam sobre a história da medicina e do hospital durante os períodos recortados, levantar alguns questionamentos que decorrem do desenvolvimento da proposição principal.

Foucault mostra que as práticas médicas não eram hospitalares durante o classicismo, tampouco o hospital clássico era um ambiente terapêutico. Portanto, algumas indagações se colocam. Se o hospital não era o lugar da prática da medicina, qual era esse lugar no período clássico? Se o hospital não era o lugar para se curar doenças, o que era então? Se a medicina não era uma prática hospitalar, e o hospital não era o lugar do médico, quando e por que aconteceram uma hospitalização da medicina e uma medicalização dos hospitais? Este estudo procurará, também, responder a tais indagações.

¹ FOUCAULT, Michel. *Naissance de la Clinique*. Paris, Quadrup/PUF, 1972. Tradução brasileira: _____, *O Nascimento da Clínica*. Tradução Roberto Machado. 5ª edição, Rio de Janeiro. Forense Universitária, 2003.

² FOUCAULT, Michel. “L’incorporation de l’hôpital dans la technologie moderne”, in *Dits et écrits* v. II, p. 508-521. _____ “La politique de la santé au XVIII siècle”, in *Dits et écrits* v. II p. 13 - 27. _____ “La naissance de la médecine sociale”, in *Dits et écrits* v. II, p. 207 - 228. FOUCAULT, Michel. *Dits et écrits* vol. II. Édition établie sous la direction de Daniel Defert et François Ewald, avec la collaboration de Jacques Lagrange. Paris, Gallimard, 1994. Traduções brasileiras: _____ “O nascimento do hospital”, in *Microfísica do poder*, p. 99-111. _____ “A política de saúde do século XVIII”, in *Microfísica do poder*, p. 193 – 207. _____ “O nascimento da medicina social”, in *Microfísica do poder*, p. 79 – 98. FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Org., introd. e tradução de Roberto Machado. 14ª edição, Rio de Janeiro. Edições Graal, 1999.

Embora a noção de autor para Foucault seja complexa e alvo de uma série de críticas, principalmente do binômio autor/obra³, e a natureza de seus estudos também se livre de classificações apressadas⁴, cumpre fazer algumas considerações sobre o pensador e seus trabalhos.

Michel Foucault viveu entre 1926 e 1984, e sua intensa produção intelectual vai da década de 1960, mais precisamente de 1961, data da publicação do seu primeiro grande estudo⁵, a 1984, ano da publicação de seus últimos livros⁶.

No que diz respeito ao percurso de seu pensamento, é possível dividi-lo em três momentos⁷. Primeiro, o arqueológico, período em que Foucault se preocupa em elucidar as questões referentes às razões do nascimento e do desaparecimento de determinadas formas de saber. As obras desse período são: *História da loucura na Idade Clássica*, (1961), *O nascimento da clínica*, (1963), *As palavras e as coisas*, (1966), *Arqueologia do saber*, (1969). Segundo, o genealógico, momento cuja preocupação é estabelecer as devidas relações entre os saberes constituídos e as práticas de poder. São desse período: *Vigiar e punir*, (1975), e o primeiro volume da *História da sexualidade*, que se intitula *A vontade de saber*, (1976). No último momento, o autor desenvolve questões referentes à ética, escrevendo os dois últimos volumes da *História da sexualidade*: o volume II, intitulado *O uso dos prazeres* e o III, *O cuidado de si*, ambos de 1984.

³ Foucault procura fugir daquilo que chama de “monarquia do autor”, ou autoridade do autor sobre sua obra. Segundo ele, o que foi escrito deve ser utilizado como bem entender aquele que do texto se aproximar. O que importa é a exterioridade dos escritos e não o escritor. Essas considerações podem ser encontradas, por exemplo, no prefácio da segunda edição do livro: FOUCAULT, Michel. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris, Gallimard, 1972. Na tradução brasileira: _____, *História da loucura na Idade clássica*. Tradução José Teixeira Coelho. 2ª edição, São Paulo, Perspectiva, 1989. Ver também o verbete “Autor”. In: REVEL, Judith. *Le vocabulaire de Foucault*. Paris, Ellipses, 2002, p. 11. Na tradução brasileira: _____, *Foucault: conceitos essenciais*. Tradução de Maria do Rosário Gregolin, Nilton Milanez e Carlos Piovesani. Ed. ClaraLuz, São Carlos. 2005. p. 24. Também, MUCHAIL, Salma Tannus. “Michel Foucault e o dilaceramento do autor”, in *Foucault, simplesmente*, São Paulo, Edições Loyola, 2004, p.123-131.

⁴ FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*, p. 156

⁵ Ano da publicação da sua tese de doutoramento intitulada *Histoire de la folie à l'âge classique*.

⁶ FOUCAULT, Michel. *Histoire de la sexualité – vol. II.; Usage des plaisirs*. Paris, Gallimard, 1984. _____, *Histoire de la sexualité – vol. III.; Le souci de soi*. Paris, Gallimard, 1984. Traduções brasileiras: _____. *História da sexualidade – vol. II, Uso dos prazeres*. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro, Graal, 1985. _____, *História da sexualidade – vol. III, O cuidado de si*. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro, Graal, 1985.

⁷ Ver, por exemplo, as análises desenvolvidas pela professora Salma Tannus Muchail no texto “A trajetória de Michel Foucault”, in *Foucault, simplesmente*, São Paulo, Edições Loyola, 2004, p.9- 20.

Como afirma Salma Tannus Muchail, “Foucault faz filosofia fazendo pesquisa histórica”⁸. Talvez seja uma das razões da originalidade dos seus estudos o fato de dar à história um uso muito peculiar, empregando-a como instrumento para fazer filosofia, como propõe Gilles Deleuze⁹. Como o presente estudo versa sobre as análises que Foucault faz a respeito da história da medicina, com a intenção de facilitar a sua leitura, buscaremos entender, primeiramente, alguns dos aspectos do modo singular como Foucault trabalha a história.

No prefácio de *Naissance de la clinique*¹⁰ e na introdução de *L’Archéologie du Savoir*¹¹, Foucault procede a uma análise daquilo que chama de “história tradicional”. Realiza então uma crítica ao modo como a história tradicional analisa os documentos históricos através da técnica do comentário. Em *Naissance de la clinique*, descreve:

“Nesta atividade de comentário, que procura transformar um discurso condensado, antigo e como que silencioso em si mesmo, em um outro mais loquaz, ao mesmo tempo mais arcaico e mais contemporâneo, oculta-se uma estranha atitude a respeito da linguagem: comentar é, por definição, admitir um excesso de significado sobre o significante, um resto necessariamente não formulado do pensamento que a linguagem deixou na sombra, resíduo que é a própria essência, impelida para fora de seu segredo; mas comentar também supõe que este não falado dorme na palavra e que, por uma superabundância própria do significante, pode-se, interrogando-o, fazer falar um conteúdo que não estava explicitamente significado”¹².

⁸ MUCHAIL, Salma Tannus. *Foucault, simplesmente*, p.37.

⁹ Cf. DELEUZE, Gilles. *FOUCAULT*. Tradução Cláudia Sant’anna Martins, São Paulo, Brasiliense, 1988, p. 77.

¹⁰ FOUCAULT, Michel. *Naissance de la Clinique*. Préface, p. V-XV / *O Nascimento da Clínica*. Prefácio, p.VII-XVIII.

¹¹ FOUCAULT, Michel. *L’Archéologie du savoir*. Paris, Gallimard, 1969, p. 9-28. Tradução brasileira: FOUCAULT, Michel. *Arqueologia do Saber*. Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1972, p. 9-27.

¹² *Ibid.*, *Naissance de la Clinique*. Préface, p. XII / *O Nascimento da Clínica*. Prefácio, p. XV.

Utilizando-se da técnica do comentário para estudar seu material, o historiador atribui um significado a um passado que, aparentemente, manteve-se à espera do desvelamento e, sob sua tutela, assume uma determinada forma tradicionalmente marcada pela linearidade e pela continuidade. Assim, a história é elaborada como possuidora de um sentido, sempre em direção a um determinado norte decifrável pela ação do historiador. O historiador tradicional é aquele que:

“... na dispersão dos fatos e documentos, quer encontrar ‘vestígios’ que permitam traçar uma linha contínua, uma direção única, que expliquem, de modo uniforme e homogêneo, as multiplicidades e as transformações. Trata-se sempre, nesses casos, de histórias ‘evolutivas’ ou ‘progressivas’, que não pensam as ‘diferenças’ mas ‘as continuidades ininterruptas’ de uma teleologia segura”¹³.

Já no prefácio de *L’Archéologie du Savoir*, mapeando os procedimentos da história tradicional, explica:

“Digamos, para resumir, que a história, em sua forma tradicional, empreendia ‘memorizar’ os *monumentos* do passado, transformá-los em *documentos* e fazer falar estes traços que, por si mesmos, raramente são verbais, ou dizem em silêncio coisa diversa do que dizem; em nossos dias, a história é o que transforma *documentos* em *monumentos*, e o que, onde se decifravam traços deixados pelos homens, onde se tentava reconhecer em profundidade o que tinha sido, desdobra, uma massa de elementos que se trata de isolar, de agrupar, de tornar pertinentes, de estabelecer relações, de constituir conjuntos”¹⁴.

¹³ MUCHAIL, Salma Tannus., “A filosofia como crítica da cultura. Filosofia e/ou história?”, in *Foucault, simplesmente*, p. 27.

¹⁴ FOUCAULT, Michel. *L’Archéologie du savoir*. Paris, Gallimard, 1969, p. 12. Tradução brasileira: FOUCAULT, Michel. *Arqueologia do Saber*. Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1972, p. 14.

Foucault escreve a história de modo diverso. Se as descontinuidades, os acidentes, os erros, os acasos e circunstâncias históricas deveriam ser excluídos dos procedimentos da historiografia tradicional ou uniformizados, agrupados em conjuntos no afã de criar o sentido, para ele, são esses elementos que devem ser levados em consideração e fundamentar a análise histórica¹⁵. Nessa perspectiva, o trabalho do historiador é buscar “o ponto de inflexão de uma curva, a inversão de um movimento regulador, os limites de uma oscilação, o limiar de um funcionamento”¹⁶; ou ainda, é “demarcar os acidentes, os ínfimos desvios [...] as falhas na apreciação, os maus cálculos”;¹⁷ é rever o valor dos documentos, relê-los, reavaliando tudo aquilo que a história tradicional tentava apagar ou reduzir, a fim de estabelecer uma ilusória continuidade. Assim, um dos traços marcantes do método historiográfico foucaultiano é a mudança do estatuto teórico da noção de descontinuidade. Em seus estudos sobre a constituição histórica dos saberes – no caso aqui abordado, do saber médico –, percebe-se que importam as noções de descontinuidade e de ruptura e não as de evolução, de progresso e de teleologia.

Outra noção importante presente na historiografia foucaultiana, além da de descontinuidade, é a de acontecimento.

Selecionamos para análise, dois aspectos¹⁸ segundo os quais Foucault entende a noção de acontecimento. Primeiramente, Foucault entende o acontecimento de maneira diversa das historiografias que se limitam a compreender os fatos históricos apenas por uma abordagem descritiva. Para Foucault, a compreensão do *fato* histórico implica em uma reconstituição de toda uma composição de elementos que formam um ambiente, tenta identificar o conjunto das relações sociais, econômicas, políticas, institucionais, que se constituem como o seu pano de fundo. Neste viés, o termo “acontecimento” se caracteriza por extensão dos

¹⁵ Cf. FOUCAULT, Michel. “Reponse au Cercle d'épistemologie”, *Cahiers pour l'analyse*, 9, Paris, 1968, p. 10.

¹⁶ FOUCAULT, Michel., *L'Arquéologie du savoir*. p. 14. / *Arqueologia do Saber*, p. 16.

¹⁷ FOUCAULT, Michel., “Nietzsche, a genealogia e a história”, in *Microfísica do poder*, p. 21.

¹⁸ Cf. Para um maior aprofundamento da noção de acontecimento ver: FOUCAULT, Michel. *L'ordre du discours*. Paris. Gallimard. 1971. FRANCHE, Dominique. PROKHORIS, Sabine. ROUSSEL, Yves. Centre Michel Foucault (org.). “Foucault et l'actualité”. In *Au risque de Foucault*. Paris. Éditions du Centre Pompidou. 1997. p. 203-212. FOUCAULT, Michel. *Nietzsche, Freud e Marx – Theatrum Philosophicum*. Tradução portuguesa de Jorge Lima Barreto. Porto. Ed. Anagrama. 1980. p. 54-62.

limites do *fato*, por uma ampliação do foco de sua percepção, compreendendo-o a partir de uma ampla trama que o envolve. Judith Revel explica que:

“Por acontecimento, Foucault entende, antes de tudo de maneira negativa, um *fato* para o qual algumas análises históricas se contentam em fornecer a descrição. O método arqueológico foucaultiano busca, ao contrário, reconstituir atrás do *fato* toda uma rede de discursos, de poderes, de estratégias e de práticas”¹⁹.

Um segundo elemento que caracteriza a noção de acontecimento em Foucault, diz respeito à sua relação com as noções de presente e de atualidade²⁰.

Para Foucault, o acontecimento se caracteriza por deflagrar no momento do seu aparecimento uma singularidade única, aguda e não necessária. Essa peculiaridade do acontecimento faz com que, não só crie, no momento de sua irrupção, comportamentos, instituições, discursos e práticas, mas também que ultrapasse os limites históricos e se faça presente hoje. Presente, não porque explique de certo modo o hoje - o que daria margem para interpretação da atualidade do acontecimento como uma meta-história de significações ideais -, mas porque o modo como o presente se configura reativa o acontecimento passado, dando-lhe atualidade, ou seja, seu sentido, as questões que estavam presentes no passado são, ainda, aquelas que inquietam o pensamento hoje. Foucault, explica:

“Todos esses acontecimentos, parece-me que os repetimos. Nós os repetimos em nossa atualidade e eu tento compreender qual é o acontecimento que presidiu nosso nascimento e qual é o acontecimento que continua, ainda, a nos atravessar”²¹.

¹⁹ REVEL, Judith. *Le vocabulaire de Foucault*. p.30 / *Foucault: conceitos essenciais*. p. 13.

²⁰ REVEL, Judith. *Le vocabulaire de Foucault*. p.5 / *Foucault: conceitos essenciais*. p. 20.

²¹ FOUCAULT, Michel. “Sexualité et pouvoir”. In *Dits et Écrits*, Paris, Gallimard, Vol. 3., texte n.233. Tradução brasileira: FOUCAULT, Michel. “Sexualidade e poder”. In *Ética, sexualidade, política*. Coleção “Ditos & Escritos”, vol. V. Organização e seleção de textos de Manoel Barros da Motta. Tradução de Elisa Monteiro e Inês Autran Dourado Barbosa. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2004. p. 56.

Assim, a noção de acontecimento relacionada às noções de presente e de atualidade realiza um duplo movimento do pensamento que por um lado, critica o presente, desatualizando-o, através da explicitação, no modo como o presente se configura, de sua alteridade, ou seja, o presente pode não apresentar nada de novo ao pensamento e, por outro, se apropria do acontecimento passado, dando-lhe ânimo e vigor hoje, em outras palavras atualidade, pela percepção de que ainda é objeto de problematização²². Sobre a relação entre essas três noções Judith Revel acrescenta:

“Atualidade’ e ‘presente’ são, inicialmente, sinônimos. No entanto, uma diferença vai se acentuar cada vez mais entre o que, de um lado, nos precede mas continua, apesar de tudo, a nos atravessar e o que de outro lado, sobrevém, ao contrário, como uma ruptura da grade epistêmica a que pertencemos e da periodização que ela engendra. Essa irrupção do ‘novo’, que tanto Foucault quanto Deleuze chamam igualmente de ‘acontecimento’, torna-se, assim, o que caracteriza a atualidade. O presente, definido por sua continuidade histórica, não é, ao contrário, interrompido por nenhum acontecimento: ele pode somente oscilar e se romper dando lugar à instalação de um novo presente”²³.

É levando em consideração esses aspectos da noção de acontecimento que os *acontecimentos* são tratados nesse trabalho. Assim, os fenômenos epidêmicos do século XVIII, a Revolução Francesa, o nascimento da clínica moderna são entendidos a partir da análise de uma rede de elementos (econômicos, sociais, políticos, institucionais) que compõem o solo histórico do seu singular aparecimento; assim como suas repercussões e desdobramentos, ou seja, as questões, as práticas, as instituições e discursos, que foram resultantes de sua irrupção, são considerados não apenas porque fazem parte de nosso presente, mas por sua atualidade, pois, ainda se situam entre nós como questão.

²² Cf. REVEL, Judith. *Le vocabulaire de Foucault* . p.49 / *Foucault: conceitos essenciais*. p. 70.

²³ REVEL, Judith. *Le vocabulaire de Foucault* . p.6 / *Foucault: conceitos essenciais*. p. 21.

* * *

Embora seja considerado um dos melhores trabalhos de Michel Foucault, *Naissance de la Clinique* é pouco lido. Dentre as razões para esse fato, explica Christiane Sinding:

“sans doute l’ouvrage dérouté-t-il le non-spécialiste par la technicité de l’objet – la constitution de la méthode anatomoclinique. Mais la construction et le mode d’écriture de l’ouvrage n’en facilitent pas non plus l’accès. Retours en arrière, progression parfois tortueuse vers des issues qui souvent ne mènent pas là où l’on croyait aller: on est confronté à une pensée pourtant claire, mais extraordinairement minutieuse, ne laissent rien dans l’ombre et dépitant sans indulgence, parfois de façon répétitive, les illusions de l’histoire classique de la médecine.”²⁴

Naissance de la Clinique é uma crítica à historiografia médica tradicional que lê a história do nascimento da medicina moderna ocidental como uma progressão contínua. Segundo a versão tradicional, uma razão médica introspectiva teria conduzido a medicina a superar os erros de seu passado em direção à aquisição de um saber mais apurado e possuidor de maior cientificidade. Tratar-se-ia de uma “história retrospectiva”²⁵, cujo marco é o aparecimento, no final do século XVIII, da clínica médica, considerada como momento e lugar da superação das imagens, da atitude teórica e filosófica que até então teriam caracterizado a medicina. Guiadas pela razão médica, as práticas desenvolvidas no interior da clínica transformaram a medicina num discurso racional e objetivo, isto é, em ciência empírica.

²⁴ SINDING, Christiane., “La méthode de la clinique”, in *Lire L’oeuvre*, Sous la direction de Luce Giard, éditions Jérôme Millon, 1992, p. 59-60.

²⁵ Por “história retrospectiva”, entendemos aqui aquela que identifica as verdades presentes como fruto de uma superação dos erros teóricos e técnicas equivocadas do passado.

Ora, abordando os mesmos elementos da história factual, Foucault “reescreve a história da medicina em outros termos, segundo outros postulados”²⁶ que acabam por opor-se à tese progressista. Segundo Foucault, existe uma ruptura entre a medicina clássica e a moderna por se tratar de saberes distintos, seja quanto aos sujeitos e objetos de conhecimento, seja quanto aos conceitos, métodos ou práticas institucionais. A medicina clássica está alicerçada sobre a história natural e a botânica, modelos puramente descritivos e classificatórios que construíram um conhecimento fundamentado apenas na observação do que há de visível na natureza, sem a intenção de penetrar nas coisas, simplificando-as àquilo que delas se dava à superficialidade do olhar. Assim como os gêneros e espécies vegetais, conhecia-se as doenças apenas por aquilo que delas se podia ver, ou seja, pelos sintomas, situando-as num quadro nosográfico, absolutamente distante de qualquer foco orgânico da doença. Já a medicina moderna se funda na biologia e nos estudos da anatomia patológica e da fisiologia que, penetrando na interioridade dos corpos dos seres naturais, objetiva compreender a sua organização interna, a sua constituição, sua disposição e o funcionamento dos seus órgãos²⁷. A medicina do século XIX define e situa o fenômeno patológico na interioridade do corpo e em nenhum outro lugar fora dele. Saberes distintos, a medicina clássica e a moderna são passíveis de compreensão apenas se entendidas na especificidade de seus momentos históricos. Não havendo entre elas relação nos conceitos e nas práticas, nada justificaria a proposição de que a medicina moderna alcançou um “grau de cientificidade” maior do que a medicina clássica por uma evolução ou progressão linear.

Explica ainda como a criação de um saber médico empírico foi possível apenas pela incorporação de conceitos e práticas não médicas à medicina, saberes extra-médicos que romperam, definitivamente, com o Classicismo. Questiona desse modo a tese segundo a qual a medicina moderna teria evoluído pela ação de uma racionalidade introspectiva e intencional que levaria o saber médico a abandonar os erros anteriores burilando seus conceitos e suas práticas.

²⁶ ALVES DA FONSECA, Márcio, *Foucault e o direito*. Editora Max Limonad, São Paulo, 2002, p. 50.

²⁷ Cf. Ver o capítulo “Classificar”. In: FOUCAULT, Michel. *Les mots et les choses. Une archéologie des sciences humaines*. Paris. Gallimard, 1966, p. 137-176. Tradução brasileira: _____ *As Palavras e as Coisas: uma arqueologia das ciências humanas*. Tradução Salma Tannus Muchail, 8ª edição, São Paulo, Ed. Martins Fontes, 1999. p. 171- 225. Ver também o capítulo “Uma arqueologia do olhar”. In: MACHADO, Roberto. *Foucault, a ciência e o saber*. 3ª edição. Rio de Janeiro, Zahar, 2006. p. 87-109.

Foucault mostra, assim, como a história médica tradicional não levou em consideração a eventualidade e a imprevisibilidade singular dos acontecimentos, os desvios e as rupturas por eles causados, no anseio de criar uma história que explique as multiplicidades e as transformações através de uma linearidade uniforme e homogênea²⁸.

* * *

Este estudo se organiza em quatro capítulos:

No primeiro capítulo, faremos uma leitura dos conhecimentos e das práticas médicas durante os séculos XVII e XVIII, através de quatro “especializações” nas quais Foucault descreve, respectivamente: o modo como o saber médico clássico vê a doença; o tratamento da doença; como a medicina estabelece o lugar da doença no espaço social; as condições do desaparecimento da medicina clássica. Apresentaremos ainda o hospital durante o Classicismo, analisando-o como uma instituição de caráter jurídico, estranha à formação e às práticas médicas clássicas.

No segundo capítulo, entenderemos os fenômenos epidêmicos no século XVII e XVIII como condição para a criação da medicina social. A medicina social se constituiu em um conjunto de medidas de alcance social, tomadas pelo Estado que, dentre outras razões, pretendiam controlar os surtos epidêmicos no período clássico. A medicina social já apresenta, durante o Classicismo, elementos de distanciamento com relação à medicina clássica, seja porque seus procedimentos são outros, seja porque seu caráter absolutamente institucional vincula, definitivamente, a questão da saúde geral da população à política dos governos, em oposição ao “*liberalismo científico*”²⁹ clássico. Para compreender a peculiaridade das práticas e os vínculos criados com a política pela medicina social, usaremos exemplos de sua constituição na Alemanha e na França.

²⁸ Cf. FOUCAULT, Michel. *L'Archéologie du savoir*. p. 14-20. / *Arqueologia do Saber*, p. 14-19.

²⁹ FOUCAULT, Michel. *Naissance de la Clinique*. p. 52 / *O Nascimento da Clínica*. p. 58.

No capítulo três, entenderemos de que modo a ação da Revolução Francesa colocou fim aos estabelecimentos de ensino da medicina e aos hospitais no final do século XVIII, criando uma lacuna institucional que possibilitou a organização, no interior dos hospitais, da clínica médica como o lugar de ensino e de prática da medicina. Tentaremos, ainda, responder como aconteceu a reestruturação dos hospitais clássicos em instituições terapêuticas, no final do século XVIII, demonstrando que essa mutação não tem origens médicas. Ademais, como foi possível ao médico liberal clássico se transformar na figura fundamental da instituição hospitalar? Ou, de que maneira aconteceu uma hospitalização da medicina e do médico?³⁰

No capítulo quatro, entenderemos os diferentes momentos de organização da clínica médica no interior do hospital como um lugar que, se, a princípio, era caracterizado apenas por formar médicos e transmitir conhecimentos já existentes, tornar-se-á o lugar do rompimento com os conhecimentos médicos tradicionais e da criação do saber médico moderno. Considerando as proposições foucaultianas, mostraremos que essa transformação não se deu de modo linear e contínuo, mas por desvios e rupturas independentes da intenção da racionalidade médica, uma vez que ocorreram pela incorporação de saberes não médicos à medicina.

Na conclusão geral, sintetizaremos os elementos da argumentação foucaultiana que se opõem à tese da historiografia tradicional. A consideração desses elementos explicitará como entre a medicina clássica e a moderna aconteceu um rompimento de tal ordem que não se justifica contar a história da medicina em termos de uma linearidade evolutiva, mas sim como uma história descontínua.

³⁰ Cumpre notar que as referidas questões que tentaremos responder no capítulo três desse trabalho, não são aprofundadas por Foucault em *Naissance de la clinique*, mas em uma conferência realizada em 1974, intitulada *L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne*, quando para responder como o hospital se tornou uma instituição terapêutica, analisa o aparecimento do hospital na modernidade. Ver, FOUCAULT, Michel. "L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne", in *Dits et écrits* v. II, p. 508-521. Tradução brasileira: _____ "O nascimento da medicina social", in *Microfísica do poder*, p. 79 – 98.

Capítulo 1. A medicina e o hospital no período clássico (séculos XVII e XVIII).

Primeiras considerações

O momento da história da medicina em que o espaço de “configuração da doença” esteve mais independente do seu “espaço de localização” foi o período clássico³¹. Não se estabelece vínculo entre o modo como a doença se manifesta no doente e o local de origem da doença no organismo doente. A definição da doença se constrói a partir daquilo que o olhar superficial do médico pode dela ver, ou seja, a partir dos sintomas, sendo a doença independente, exterior e estranha ao local de fixação da enfermidade no organismo. A medicina que vê a doença desse modo peculiar é a medicina clássica classificatória. A coincidência entre o espaço de “configuração e localização” da doença é um fato historicamente situado no século XIX, quando a anatomia patológica dá à medicina moderna o estatuto de ciência empírica³².

Neste capítulo faremos uma descrição do pensamento e das práticas médicas, do sujeito e do objeto da medicina e das relações entre eles durante o Classicismo. Elencaremos, inicialmente, as quatro “especializações” apresentadas no primeiro capítulo de *Naissance de la Clinique* intitulado “Espaces et classes”. Ali, Foucault expõe o modo como o conhecimento médico clássico vê a doença; os procedimentos médicos na relação médico/doente; as ações que estabelecem um lugar específico da doença na sociedade; e, por fim, as condições do desaparecimento da medicina classificatória. Trataremos, ainda, do hospital clássico como um ambiente que não foi concebido para curar doenças e é alheio à formação e à atividade médicas.

³¹ FOUCAULT, Michel. *Naissance de la clinique*. p.2 / *O Nascimento da Clínica*. p. 2.

³² Cf. *Ibid.*, p. 1-2 / *Ibid.*, p. 1-2.

1.1. A medicina classificatória

No capítulo intitulado “Espaces et Classes” de *Naissance de la clinique*, Foucault começa a descrição da medicina classificatória clássica considerando a maneira como ela realiza a configuração da doença. Esta configuração é então descrita em um esquema de quatro modos de “especialização” da doença que, seguindo a terminologia de Foucault, podem ser nomeadas de especialização primária, secundária, terciária e especialização institucional. Faremos a seguir, uma síntese de cada uma destas configurações.

1) Na “especialização primária” a doença se dá de quatro formas:

a) Pela oposição entre o conhecimento filosófico e o histórico. Entende-se o conhecimento filosófico como a concepção de que uma verdade sobre algo passa pela preocupação com suas causas, pela busca e pela descoberta de uma possível origem que é desconhecida no momento da percepção. O conhecimento histórico é aquele que encontra uma verdade reunindo toda informação possível no momento em que algo se dá ao olhar, no instante do seu aparecimento. O olhar superficial do médico percebe a doença fundamentalmente no espaço de ocorrência dos seus sinais, dos sintomas. O conhecimento médico da doença se dá, portanto, numa perspectiva histórica.

b) O espaço de configuração das doenças define essências por analogias. O olhar superficial do médico percebe, na aparência dos sintomas, analogias que definem parentescos e até identidades entre as doenças. A existência de um sintoma comum entre várias doenças estabelece entre elas um grau de familiaridade no qual se pode encontrar uma semelhança essencial. Por exemplo, doenças diversas como a apoplexia, a síncope e a paralisia³³, por possuírem sintomas em comum, pertencem à mesma família, não existindo entre elas diferenças fundamentais.

³³ “Apoplexia” – afecção cerebral que se manifesta imprevistamente acompanhada de privação de sentidos e do movimento, determinada por lesão vascular cerebral aguda; “síncope” – perda transitória de consciência devida à má perfusão sanguínea cerebral; “paralisia” – perda da função motora em determinada parte do corpo. In: *The American Illustrated Medical Dictionary*. Ed. Saunders Company. Nineteenth Edition. Philadelphia. 1941. p. 131, 1424, 1053.

c) As doenças se configuram segundo uma ordem natural. Suas essências são produzidas e organizadas aos moldes da botânica. Assim como uma planta possui um determinado ordenamento natural responsável por se constituir sempre do mesmo modo – regularidade que possibilita classificação em gêneros e espécies –, também as doenças possuem um ordenamento interno que estabelece os modos de seu aparecimento, tornando possível à medicina realizar, em um quadro, uma hierarquia taxonômica que estabeleça classes, ordens, gêneros e espécies de doenças.

d) As doenças são naturais e ideais. Naturais porque seguem um ordenamento regular essencial de aparição semelhantemente ao que ocorre na vida, onde “reinem as mesmas estruturas, as mesmas formas de repartição, a mesma ordenação”³⁴. Ideais porque possuem uma ordem ontológica anterior à sua aparição na experiência prática, quando se mostram sempre alteradas. A doença é anterior ao doente, e este perturba a configuração essencial da doença impedindo o verdadeiro conhecimento do “fato patológico”. Porém, a doença apenas acontece no corpo do doente, que esconde todo potencial de manifestação da verdadeira natureza da doença. Assim, os procedimentos médicos devem ser cautelosos e esperar que “os sintomas aumentem e ganhem amplitude”³⁵, apresentando a doença em sua plenitude. O olhar médico se dirige ao doente para perceber o que se dá a ver da doença, em seguida se afasta deixando que o mal se realize “em seus fenômenos, em sua natureza”³⁶, para, só então, defini-la, classificá-la e, se possível, tratá-la.

2) A “especialização secundária” responde à seguinte questão: como era possível para a medicina classificatória definir uma doença independentemente do fato de atingir um órgão específico no corpo do doente? Que ligação existe entre a “doença ideal” e o “corpo real” que possibilita sua percepção? A “doença clássica” era possuidora de uma essência ideal e tinha como referencial um quadro nosográfico; aparecia, entretanto, no corpo do doente, que transportava a doença e

³⁴ Ibid., *Naissance de la clinique*. p. 6 / Ibid., *O Nascimento da Clínica*.p. 6.

³⁵ Ibid., p. 7 / Ibid., p. 8.

³⁶ Ibid.,p. 8 / Ibid., p. 8

possibilitava sua manifestação, mas que, por suas variedades, apresentava-se como elemento negativo à percepção da doença, transformando sua configuração ideal. Como se podia, então, definir a doença? O saber classificatório pensa o aparecimento, a definição e a possibilidade do tratamento da doença independentemente da sua localização e do seu tempo de permanência no organismo do doente.

A doença clássica não possui um local definido no organismo, deslocando-se pelo espaço do corpo, migrando de um órgão a outro sem que haja alteração de sua essência. Não existe uma localização prévia que defina no organismo a responsabilidade por este ou aquele sintoma, nem tampouco a localização da doença constitui condição necessária à sua definição. O saber médico classificatório afirma que:

“uma mesma afecção espasmódica pode se mudar do baixo ventre onde provocaria dispepsias, ingurgitamentos viscerais e interrupções do fluxo menstrual ou hemorroidal, para o peito, com sufocamento, palpitações, sensação de bolo na garganta, acessos de tosse e, finalmente, ganhar a cabeça, provocando convulsões epiléticas, síncope ou sono comatoso”³⁷.

Assim, devido à impossibilidade de situar a doença na interioridade do corpo, sua localização no organismo doente não pode ser critério para sua definição.

Também a permanência da doença no organismo, seu tempo de duração, assim como sua localização, não representam um papel fundamental na percepção da doença. A duração da doença é uma constante ideal, anterior a sua própria manifestação, já prevista em seu ordenamento natural nosológico. O maior ou menor tempo de permanência da patologia no corpo não constitui um determinante para o seu conhecimento. Teoricamente, uma maior duração da doença no organismo proporcionaria ao médico um tempo maior para conhecê-la; entretanto, a doença clássica não passa por um processo evolutivo das causas aos efeitos, os quais

³⁷ Ibid., p. 8-9 / Ibid., p. 9.

trariam dados novos possibilitando seu melhor conhecimento: “o tempo do corpo não modifica, e muito menos determina, o tempo da doença”³⁸.

O que, então, estabeleceria para a medicina classificatória o vínculo entre a doença essencial e o corpo real que possibilitasse sua percepção, que não os “pontos de fixação” ou o “tempo de duração” no organismo? Para os classificadores é a qualidade. O organismo possui pontos de contato com a doença, que suporta a doença, porém, como vimos, eles não são fundamentais ao conhecimento da essência patológica. O organismo é apenas o setor de transposição das “qualidades específicas”³⁹ da doença, que são o liame buscado pelo olhar classificador entre a doença e o doente. O olhar médico deve se dirigir para a singularidade sutil das qualidades da doença que se apresentam no organismo. Diz Foucault: “para apreender a doença é preciso olhar onde há secura, ardor, excitação, onde há umidade, ingurgitamentos, debilidade”⁴⁰; a mesma febre, tosse ou esgotamento pode esconder vários tipos de doença; é a peculiaridade da qualidade que define, por exemplo, se as especificidades das convulsões de determinado doente são de uma espécie de epilepsia ou de um tipo de hipocondria. Entretanto, as qualidades específicas das doenças estão atreladas à singularidade dos organismos; a mesma doença aparece de modo diverso em um e em outro doente. Daí o modo singular de percepção da doença pela medicina clássica classificatória. Para conhecer a doença, faz-se necessário subtrair do doente suas qualidades orgânicas singulares ou, como diz Foucault, subtrair as “variedades que os temperamentos podem apresentar”, considerados como elementos negativos para o desenvolvimento do curso natural da doença e para o conhecimento de sua essência. Assim, a percepção da doença se dá pela redução do doente ao aspecto de puro suporte da doença e, pela decifração das qualidades específicas da doença que aparecem nas variações dos organismos⁴¹.

3) A “espacialização terciária” da experiência médica clássica diz respeito à ação institucional, médica ou não, isolando, distribuindo, organizando e estabelecendo o lugar da doença no espaço social.

³⁸ Ibid., p. 11 / Ibid., p. 12.

³⁹ Cf. Ibid., p. 11 / Ibid., p. 12

⁴⁰ Ibid., p.12 / Ibid., p. 13.

⁴¹ Cf. Ibid., p.12-13 / Ibid., p.14.

A medicina classificatória pensa a existência de uma “natureza ‘selvagem’ da doença”⁴², natureza esta que, quanto mais distante da complexidade do espaço social, melhor segue seu curso natural; quanto mais distante do espaço do seu aparecimento, de sua origem, mais descaracterizada estará. Segundo os classificadores, esse espaço natural originário da doença e o local onde ela pode seguir seu ordenamento interno e melhor apresentar sua essência, é a família. O espaço privado familiar é o lugar do aparecimento das patologias e o lugar ideal para o seu conhecimento e para o seu possível tratamento. Os núcleos familiares separados da artificialidade do espaço civilizatório, a exemplo da família camponesa, são os lugares em que as doenças podem se configurar de maneira mais simples, “mais próximas do quadro nosológico fundamental”⁴³, facilitando sua percepção. Por tudo isso, uma série de críticas é feita às instituições hospitalares durante o século XVIII⁴⁴, como lugar impróprio para a ação do médico. Os hospitais são tidos pelos médicos classificadores como lugares que desordenam, misturam as espécies nosológicas puras, desnaturalizam a doença, dificultando sua leitura; o hospital é o ambiente “criador da doença, [...] comunica a doença e a multiplica infinitamente”⁴⁵; no hospital, as doenças são vistas de forma “distorcida” e “alterada”⁴⁶; o hospital é um local artificial, onde a essência da doença pode se perder, lugar impróprio à percepção e à terapêutica médicas.

De modo diverso, no ambiente familiar, a doença:

“... nunca será mais do que ela mesma: desaparecerá como apareceu; e a assistência que lhe será dada a domicílio compensará a pobreza que provoca: os cuidados assegurados espontaneamente

⁴² Ibid., p.15 / Ibid., p.16.

⁴³ Ibid., p.15 / Ibid., p.17.

⁴⁴ A instituição hospitalar, como o lugar para o internamento de doentes, é criticada não apenas pelo pensamento médico classificador, mas também pelos economistas do período. Se para os classificadores, o hospital não é o lugar ideal para os doentes, por razões já ditas, para os economistas, o internamento de doentes onerava duplamente o Estado e a sociedade que, devido à impossibilidade de o enfermo trabalhar, viam-se obrigados a cuidar dele e de sua família abandonada. O viés econômico justificava dessa maneira o estabelecimento da família como o lugar ideal para administrar os cuidados aos doentes. No que se refere ao internamento de doentes em hospitais, as teses dos médicos e economistas coincidiam durante o século XVIII. In: Ibid., p. 17-18 / Ibid., p. 19-20.

⁴⁵ Ibid., p. 17-18 / Ibid., p.19-20.

⁴⁶ Cf. Ibid., p. 16 / Ibid., p. 18.

pelos que o cercam nada custarão a ninguém; e a subvenção concedida ao doente será útil à família”⁴⁷.

Além de prover ao médico o lugar adequado ao exercício do olhar classificador, atento e ansioso pela manifestação da pura essência da doença em seu curso natural. Para a medicina clássica, a ação médico-domiciliar tem possibilidades muito maiores de sucesso no conhecimento da doença porque atua “em seu local de nascimento e desenvolvimento que deve funcionar como lugar em que ela desenvolve e realiza sua essência, em que ela chega a seu fim natural: a morte, inevitável se esta é sua lei; a cura, freqüentemente possível, se nada perturbar sua natureza”⁴⁸.

4) A quarta e última “especialização” da doença na experiência médica clássica refere-se ao processo de institucionalização da doença, no qual, segundo Foucault, a medicina classificatória terá seu fim.

Uma medicina que se organiza em torno da família trouxe conseqüências sociais. A absoluta liberdade das práticas médicas privado-domiciliares teve tamanho alcance social que não podia passar ao largo dos olhos do Estado. Inversamente ao desejo dos médicos e dos economistas, a saúde geral da população se tornará uma questão de ordem política, na segunda metade do século XVIII, e se criarão vínculos entre as práticas médicas e o Estado. Assim, o Estado passa a “exercer um controle sobre os médicos: impedir os abusos, proscrever os charlatões, evitar, pela organização de uma medicina sã e racional, que os cuidados a domicílio não fizessem do doente uma vítima e o expusessem ao contágio os que o cercassem”⁴⁹. A medicina deveria receber do Estado testemunho de validade e de proteção legal. É no espaço da institucionalização da medicina e da doença que aconteceram as condições de desestruturação do conhecimento médico classificador e a criação de uma nova medicina.

⁴⁷ Ibid., p. 18 / Ibid., p. 18.

⁴⁸ Ibid., p. 17 / Ibid., p. 18-19.

⁴⁹ Ibid., p. 19 / Ibid., p. 21.

1.2. O hospital no classicismo

Durante o período clássico, o hospital⁵⁰ não era o ambiente privilegiado para a ação médica, tampouco foi concebido para curar doenças⁵¹. As condições que farão da medicina uma prática hospitalar e do hospital um ambiente médico e terapêutico só ocorreram no final do século XVIII.

Da Idade Média, passando pelo Renascimento à Idade Clássica, os hospitais comuns, ou casas de internamento, eram instituições de assistência aos pobres prestes a morrer e de exclusão dos doentes contagiosos; lugares que tinham o objetivo de proteger a sociedade de doentes potencialmente perigosos, como os venéreos, e daqueles que oferecessem algum risco, como os loucos⁵²; lugares que assegurassem a remissão dos pecados do agonizante, sua salvação, assim como daqueles que (religiosos ou leigos) buscavam sua própria salvação pela ação caridosa. No hospital “assegurava-se, portanto, a salvação da alma do pobre no momento da morte e a salvação do pessoal hospitalar que cuidava dos pobres. Função de transição entre a vida e a morte, de salvação espiritual mais do que material, aliada à função de separação dos indivíduos perigosos para a saúde geral da população”⁵³.

Em um período em que os hospitais não tinham o objetivo de curar, os médicos não mantinham uma relação de proximidade com essas instituições, seja

⁵⁰ Em “L’incorporation de l’hôpital dans la technologie moderne”, deve-se distinguir o hospital comum ou casas de internamento do Hospital Geral, pois essas instituições são, por vezes, genericamente, tratadas pelo autor como hospital. As devidas diferenciações entre essas instituições são feitas no decorrer do texto.

⁵¹ Cf. Ibid. “L’incorporation de l’hôpital dans la technologie moderne”, in *Dits et écrits* v. II p. 510 / , “O nascimento do hospital”, in *Microfísica do poder*, p. 101

⁵² O internamento e aprisionamento do louco não era uma prática social generalizada durante a Renascença. Eles vagavam errantes pelos campos, expulsos das cidades; ou eram instalados nos dormitórios de hospitais comuns, como Hôtel-Dieu de Paris; ou presos nas detenções para loucos de Châtelet de Melun, na Torre de Loucos de Caen ou nas Narrtürmer da Alemanha, etc. Uma prática mais corriqueira era a entrega dos loucos a marinheiros e mercadores para que fossem levados de uma cidade para outra sem qualquer destino. In: Ibid. *Histoire de la folie à l’âge classique*, p. 21 - 24 / *História da loucura na Idade Clássica*, p. 9 -12. Durante o Período Clássico o louco era tratado de duas formas: na primeira, incomum, (resíduo das práticas Renascentistas - as *Petites-Maisons*, por exemplo, eram lugares reservados a loucos e doentes venéreos até o final do século XVIII) interna-se um pequeno número de loucos nos hospitais comuns. In: Ibid. op. cit. p. 119 / Ibid. op. cit. p. 87; na segunda, que se generaliza durante o período, interna-se o louco no Hospital Geral. In: Ibid. op. cit. p. 67-72 / Ibid. op. cit. p. 45-49. Ver também, MUCHAIL, Salma Tannus. “O Mesmo e o Outro: faces da história da Loucura”, in *Simplemente, Foucault*. p. 37 – 48.

⁵³ Ibid. “L’incorporation de l’hôpital dans la technologie moderne”, in *Dits et écrits* v. II. op. cit. p. 511 “O nascimento do hospital”, in *Microfísica do poder*. op. cit. p. 102.

no que diz respeito ao processo de titulação dos médicos, seja no que concerne à prática médica. O título de médico era “assegurado pela própria corporação de médicos”, após uma iniciação que “compreendia o conhecimento de textos e transmissão de receitas mais ou menos secretas ou públicas”, independentemente de qualquer observação no interior do hospital. As práticas médicas eram quase na totalidade dos casos, domiciliares e privadas, e previam: a observação das manifestações sintomáticas da doença na busca do seu momento de “crise”, ou seja, instante “em que se afrontam, no doente, a natureza sadia do indivíduo e o mal que o atacava”⁵⁴; a percepção da essência da doença e sua devida classificação nosológica; e, quando o curso natural da doença ameaçasse a vida, a aplicação dos procedimentos “terapêuticos”, que consistiam nas técnicas médicas da época, ou dos “Grandes Remédios”, como sangrias, purgações, banhos, vesicatórios⁵⁵.

No século XVII, mais precisamente em 1656, a fundação em Paris do Hospital Geral não trouxe, no que se refere à medicina e aos cuidados com os doentes, uma transformação maior. O Hospital Geral foi uma instituição que se espalhou rapidamente pela França e teve como equivalentes na Inglaterra e na Alemanha, respectivamente, as *Workhouses* e as *Zuchthäusern*, além de estruturas similares na Holanda, na Itália e na Espanha. O Hospital Geral conviveu no período clássico com os antigos hospitais comuns, como o Hôtel-Dieu, e consistiu em uma tentativa de excluir qualquer tipo social que oferecesse risco a certo modelo de sociedade que então se criava. A ação segregadora do Hospital Geral era o aspecto visível da cisão da sociedade clássica em dois grupos: o da razão e o da desrazão⁵⁶. O grupo da razão compreendia: o trabalho – não trabalhar na Idade Clássica era um desvio comportamental e um pecado passível de internamento; a religião – entendida como ordenamento na razão e no coração; a família – que excluía quaisquer relacionamentos que não fossem constituídos pelo casamento. O grupo dos desarrazoados era constituído por:

⁵⁴ Ibid., p. 512 / Ibid., p.102.

⁵⁵ Um exemplo prático da administração das técnicas curativas da época, já em meados do século XVIII, é o tratamento de uma histérica, por Pomme, fazendo-a tomar durante 10 meses banhos de 10 a 12 horas por dia. Cf. Ibid. *Naissance de la clinique*. op. cit. préface, p. V / *O Nascimento da Clínica*. op. cit. prefácio, p. VII.

⁵⁶ Cf. Ibid. *Histoire de la folie à l'âge classique*. op. cit. p. 114 / *História da loucura na Idade Clássica*. op. cit. p. 100.

“pobres, vagabundos, correccionários, desempregados, jovens que perturbam o repouso da família ou dilapidam seus bens, devassos, pródigos, enfermos, libertinos, filhos ingratos, pais dissipadores, prostitutas, homossexuais, mágicos, suicidas, portadores de doenças venéreas, blasfemadores, alquimistas, pretensas feiticeiras, e também insensatos, cabeças alienadas, espíritos transtornados... Numa palavra, homens de desrazão”⁵⁷.

Assim, o âmbito da razoabilidade era o campo de uma verdade balizada por critérios ético-comportamentais muito específicos que condicionavam a circulação dos indivíduos e segregavam os que não se adaptassem, internando-os no Hospital Geral, a fim de corrigi-los. O internamento era uma prática com significações que passavam pela política, pela economia, pela religião e pela moral ⁵⁸, sem qualquer relação essencial com a medicina. Mesmo loucos e doentes venéreos não eram percebidos como doentes, mas como possuidores de um comportamento moralmente desviado, que se avizinhavam nas faltas contra a razão e que necessitavam de correção. Embora estivessem previstas eventuais visitas médicas, as intervenções não visavam à cura dos internos, mas a sua remissão. A atividade médica no ambiente do Hospital Geral era direcionada por uma “intuição ética”, era “cúmplice da moral”, que, atuando sobre as impurezas do corpo (doenças) causadas pelo comportamento desarrazoado, deveriam “castigar a carne, pois é ela que nos liga ao pecado; e não apenas castigá-la, mas pô-la à prova e mortificá-la, não recelar deixar nela vestígios dolorosos, porque a saúde transforma muito facilmente nosso corpo em ocasião para o pecado” ⁵⁹. Os procedimentos médicos eram instrumentos de penitência que repreendiam o corpo pelos pecados cometidos, castigavam-no, debilitavam-no, criando as condições para a confissão e o arrependimento. Foucault assim descreve o tratamento médico ministrado a um doente venéreo em meados do século XVIII, no Hospital Geral:

“começa-se naturalmente, com uma sangria, logo em seguida por uma purgação; destina-se uma semana aos banhos, à razão de duas

⁵⁷ MUCHAIL, Salma Tannus. *Simplesmente, Foucault*. p. 44 – 45.

⁵⁸ Cf. *Ibid.* *Histoire de la folie à l'âge classique*. p. 64 / *História da loucura na Idade Clássica*. p. 53.

⁵⁹ *Ibid.*, p. 118 / *Ibid.*, p. 86.

horas por dia, aproximadamente; purga-se outra vez e para encerrar esta primeira fase de tratamento impõe-se uma boa e completa confissão. Podem começar então as fricções com mercúrio, toda eficácia que dispõem; prolongando-se por um mês, em cujo término duas purgações e uma sangria devem expulsar os últimos humores mórbidos. Concedem-se quinze dias de convalescença. Depois, após ter acertado as contas com Deus, o paciente é declarado curado e mandado embora”⁶⁰.

O Hospital Geral era um grande depósito heterogêneo de pessoas que não se ajustavam a uma determinada ética social e do trabalho, inventada pelo Classicismo. Não era um local criado para acolher os doentes e, se os alojava, não eram vistos como tais, recebendo a mesma “terapêutica” corretiva dos demais internos.

Últimas considerações

Foucault encerra assim o seu mapeamento da medicina classificatória clássica. As quatro especializações dizem respeito, resumidamente: primeiro, ao modo como a doença é vista pelo pensamento médico clássico (situada na superfície plana de um quadro taxionômico nosológico); segundo, ao modo como os médicos atuam sobre a doença e doentes (uma boa terapêutica da doença passa pela percepção da singularidade de suas qualidades, abstraídas das variáveis presentes nos doentes); terceiro, ao conjunto de práticas médicas e institucionais que determinam o lugar da doença e do doente na sociedade (a família é o local de origem da doença, ideal para o doente e para a prática da medicina); e por último, às condições para o desaparecimento da medicina nosológica (que desaparecerá com a institucionalização da medicina).

⁶⁰ Ibid., p.118 / Ibid., p. 86.

Capítulo 2. As epidemias, a medicina social e o Antigo Regime.

Primeiras considerações

A medicina clássica classificatória se perderá na transição do século XVIII para o XIX. Uma nova medicina se criará tanto no que diz respeito ao sujeito e ao objeto desse conhecimento quanto às suas práticas. Essa transição não se deu, entretanto, pela substituição das antigas teorias médicas superadas por novas descobertas no interior do próprio saber médico, como afirma a historiografia tradicional médica. Essa transição foi possível, dentre outros fatores, em virtude de condicionamentos históricos que desestruturarão a medicina classificatória, os quais não foram levados em consideração pela história clássica. Buscaremos reconstituir neste capítulo as condições históricas de desestruturação da medicina classificatória. Primeiro, entenderemos de que modo a medicina clássica compreendia os fenômenos epidêmicos do século XVIII, e as epidemias como um *acontecimento*, cuja irrupção, tem como resultante a criação de uma medicina de atuação social. Segundo, analisaremos a medicina social a partir do processo de sua formação na Alemanha e na França, caracterizando-a como um desvio, já no interior do Classicismo, em relação aos conhecimentos e às práticas médicas tradicionais. Por fim, compreenderemos de que modo os fenômenos epidêmicos foram responsáveis pela formação de um modelo médico institucional que vinculou, decisivamente, a medicina à política, associando o problema da saúde geral do povo aos deveres do Estado.

2.1. As epidemias e o nascimento da medicina social

No capítulo de *Naissance de la clinique* intitulado “Une conscience politique”, Michel Foucault faz uma análise de como o acontecimento do fenômeno epidêmico durante o século XVIII provocou uma ruptura com relação aos conhecimentos e procedimentos médicos clássicos. Para tanto, remete-nos às origens do pensamento classificador e à ambigüidade dos trabalhos de seu fundador, Thomas Sydeham. Estes trabalhos, ao mesmo tempo em que situavam o conhecimento da doença num quadro de espécies essenciais, estabeleciam o que chamou de “constituição”, ou uma percepção histórica e geográfica da doença. As “constituições” eram um agrupamento de fenômenos naturais ou de condições, como a “qualidade do solo, climas, estações, chuva, seca, focos pestilenciais, penúria”⁶¹, que fundamentavam um tipo de percepção da doença. A ênfase não recaí, nessa perspectiva, sobre os sintomas como suporte para uma definição da doença, mas sobre o tempo e sobre o local onde as doenças aconteceram. Assim, o processo de percepção do fenômeno patológico passa pela consideração de um “núcleo de circunstâncias”⁶² e de fatores exteriores à doença, como: a qualidade do ar, a qualidade da água, as estações do ano, a alimentação, a localização dos focos de pestilências (matadouros, ossuários, hospitais, cemitérios, minas, etc.).

As epidemias eram um tipo de constituição que se caracterizava pela homogeneidade e pela constância. No entanto, não se pode afirmar ao certo se o pensamento classificador considerava, ou mesmo se compreendia, o elemento de contágio no fenômeno epidêmico. A epidemia era definida como um tipo de patologia que atingia um grande número de pessoas ao mesmo tempo, em determinado lugar e em determinado momento, apresentando as mesmas características, sendo que os focos de possível transmissão eram pensados – com exceção de doenças notadamente transmissíveis, como a peste⁶³ – como agentes exteriores à própria doença, que facilitavam a sua proliferação. Nessa perspectiva, o que fundamenta o fenômeno epidêmico é definido por uma compreensão dos aspectos históricos e geográficos da incidência da doença. A descoberta da

⁶¹ FOUCAULT, Michel. *Naissance de la clinique*. p. 21. / *O Nascimento da Clínica*. p. 23.

⁶² *Ibid.*, p. 22 / *Ibid.*, p.24.

⁶³ Cf. *Ibid.*, p. 24 / *Ibid.*, p. 26.

essência da epidemia não possui uma fundamentação no sintoma, e sim no período e no local de sua ocorrência:

“é Marselha em 1721, é Bicetre em 1780, é a Ruão em 1769, onde ‘durante o verão’, se produziu, atingindo crianças, uma epidemia de febres biliosas catarrais, febres pútridas, complicadas com a miliar, febres ardentes durante o outono. Essa constituição degenera em biliosa pútrida no final desta estação e durante o inverno de 1769 a 1770”⁶⁴.

Assim, a varíola, a febre maligna, a desintéria, a coqueluche, a rubéola, a escarlatina – doenças epidêmicas da Europa do século XVIII – são percebidas não por serem contraídas pelo contágio; sua transmissibilidade possuía uma importância pequena e de difícil constatação pela medicina clássica. Mas, o fato de essas doenças acontecerem num dado lugar, em determinada época do ano, afetando um grande número de pessoas, apresentava elementos que possibilitariam a sua compreensão e o seu controle.

As epidemias, enquanto fenômeno regular e coletivo, exigiam a elaboração de um método de observação e de controle efetivado por numerosos indivíduos, com funções específicas, capazes de, através de um olhar múltiplo, registrar de modo pormenorizado o acontecimento patológico, assim como trocar informações para a tomada de medidas que permitissem minimizar o impacto social das doenças. A elaboração de tal método de observação e de controle poderia apenas ser agenciada pelo Estado e, de fato, teve sua tradução, durante o período clássico, na criação da medicina social.

⁶⁴ Ibid., p. 22-23 / Ibid., p. 24-25.

2.2. A medicina social e a medicina classificatória

Em uma conferência realizada na Universidade Federal do Rio de Janeiro, em outubro de 1974, intitulada “La naissance de la médecine sociale”, Foucault expõe a hipótese de que a medicina que se desenvolve ligada ao capitalismo é uma prática social⁶⁵. Ele identifica três etapas na formação de uma medicina social, na transição do século XVIII ao XIX: a primeira, que se desenvolveu na primeira metade do século XVIII, na Alemanha, chamada de “medicina de Estado”; a segunda, francesa, que apareceu na segunda metade do século XVIII, a “medicina urbana”; e, no século XIX, na Inglaterra, a “medicina da força de trabalho”. Tentaremos explicitar, através dos exemplos alemão e francês⁶⁶, que o nascimento de uma medicina social se constitui em um elemento de desvio do conhecimento e das práticas da medicina classificatória. No caso da Alemanha, sua medicina social é a medicina de Estado, extremamente estatizada e coletivizada, marcada por um conjunto de procedimentos operados para manutenção da saúde da população como uma forma de conservação da força estatal, e, por isso, distante do “*liberalismo científico*”⁶⁷ clássico. No caso francês, o processo de urbanização necessita de soluções para uma série de questões de ordem política, econômica, social e, particularmente, no que se refere à saúde, o acontecimento dos surtos epidêmicos vincula o problema da saúde pública ao Estado, o que se traduz no surgimento da medicina urbana. A medicina urbana francesa é um conhecimento e uma prática médica ligada a procedimentos higienistas de controle da sociedade e do meio ambiente, realizados pela “polícia”, que se opõe à medicina individualista privado-domiciliar classicista.

⁶⁵ Em seu texto *La naissance de la médecine sociale*, Michel Foucault desenvolve a tese segundo a qual, a partir do sistema capitalista, aconteceu uma socialização da ação médica como forma de controle do corpo, enquanto força de produção e trabalho. FOUCAULT, Michel. “La naissance de la médecine sociale”, in *Dits et écrits v. II*, p. 207-208 / “O nascimento da medicina social”, in *Microfísica do poder*, p. 79-80.

⁶⁶ Não trataremos aqui da constituição da medicina social na Inglaterra, em virtude da medicina da força de trabalho inglesa ter se estabelecido apenas em meados do século XIX, momento em que a medicina moderna já havia assumido o seu estatuto de ciência empírica.

⁶⁷ FOUCAULT, Michel. *Naissance de la clinique*. p. 52 / *O Nascimento da Clínica*. p. 58.

2.2.1. A medicina social na Alemanha

Na Alemanha surge uma medicina social antes da França e da Inglaterra, segundo Foucault, porque os alemães desenvolveram prematuramente uma ciência de Estado, ou “um conhecimento que tem por objeto o Estado; não somente os recursos naturais de uma sociedade, nem o estado de sua população, mas também o funcionamento geral de seu aparelho político”⁶⁸. As razões da precocidade alemã residem em alguns fatores. Em primeiro lugar, na formação tardia do seu Estado, que se unificará somente no século XIX, “antes existindo apenas como uma justaposição de quase-estados, pseudo-estados, de pequenas unidades muito pouco estatais”⁶⁹, que, vivendo em conflitos e desequilíbrios constantes, foram obrigados a se comparar, a se medir, estabelecendo relações de força; ao contrário dos grandes Estados que contavam com o exército ou com a polícia, os pequenos Estados da Alemanha apenas podiam se defender se fossem pensados em termos de um “funcionamento estatal da sociedade”⁷⁰. Em segundo lugar, na inércia de seu desenvolvimento econômico no século XVII, o que fez com que os burgueses assumissem junto ao Estado um papel burocrático, atuando:

“como um corpo de funcionários disponíveis para os aparelhos de Estado que os soberanos eram obrigados a organizar para modificar, em seu proveito; entre a burguesia economicamente desocupada e soberanos em luta e situação de afrontamento perpétuos se produziu uma cumplicidade e a burguesia ofereceu seus homens, sua capacidade, seus recursos, etc., à organização dos Estados”⁷¹.

A burguesia forneceu todo o aparato técnico burocrático necessário à constituição do Estado moderno na Alemanha e na Prússia antes mesmo do que em países política e economicamente mais poderosos (como a França e a Inglaterra),

⁶⁸ FOUCAULT, Michel. “La naissance de la médecine sociale”, in *Dits et écrits v. II*, p. 211 / “O nascimento da medicina social”, in *Microfísica do poder*, p. 80-81.

⁶⁹ Ibid., p. 211 / Ibid., p. 81.

⁷⁰ Ibid., p. 211 / Ibid., p. 81.

⁷¹ Ibid., p. 211 / Ibid., p. 81.

exatamente porque viram na estruturação e na organização estatal elementos de força diante de sua fraqueza política e econômica.

O sistema mercantilista, principalmente nos séculos XVII e XVIII, impunha aos países da Europa – sobretudo àqueles que praticavam uma espécie de mercantilismo menos metalista e mais industrialista, como França e Inglaterra – certas preocupações com a saúde geral da população. Essas inquietações estavam ligadas aos mecanismos econômicos pelos quais os Estados aumentavam suas riquezas e pagavam seus exércitos para estabelecer sua força frente aos demais. Dentre os modos mercantis de acumular riqueza, particularmente a França e a Inglaterra tomaram medidas protecionistas – medidas de subvenção à produção manufatureira e de incentivo ao comércio – como forma de assumir a liderança da economia européia. A preocupação com a saúde da população se inseria, nesses casos, na necessidade do aumento dos índices de natalidade e de diminuição da mortalidade como forma de elevar a população ativa dos países e de intensificar a produção e as relações comerciais. Esses Estados, entretanto, não atuaram efetivamente para a melhoria da condição de saúde geral da população ⁷².

Já na Alemanha se criou uma organização médica extremamente estatizada e norteada para a melhoria da saúde da população. Tal fenômeno se deu devido ao modo de constituição do Estado alemão, que compreendia a si mesmo, exatamente em função de sua fraqueza política e econômica, como uma totalidade indissociável do corpo social. A força estatal reside no bom estado de saúde dos indivíduos que compõem a sociedade, força esta “que a medicina deve aperfeiçoar e desenvolver” ⁷³. A medicina social alemã é o instrumento de manutenção da saúde do corpo social do país, que em primeira instância se constitui na própria força desse Estado: “não é o corpo que trabalha, o corpo do proletário que é assumido por essa administração estatal da saúde, mas o próprio corpo dos indivíduos enquanto constituem globalmente o Estado” ⁷⁴.

Fundamentalmente, as atividades da medicina de Estado (também conhecida por *Medizinichepolizei* ou “polícia médica”, criada para a manutenção da saúde dos alemães) consistiam em: 1) observação mais completa dos índices de natalidade e

⁷² Ibid., p. 211/ Ibid., p.82.

⁷³ Ibid., p. 214/ Ibid., p.84.

⁷⁴ Ibid., p. 214/ Ibid., p.84.

de mortalidade, que envolvia um mapeamento de regiões, de cidades e dos fenômenos epidêmico/endêmicos; 2) normalização do saber e da prática médica, pois, embora a formação e a graduação dos médicos estivessem nas mãos das universidades e das corporações de médicos, o controle “dos programas de ensino e da atribuição dos diplomas” estava a cargo do Estado, que normalizou a medicina e o médico; 3) organização de um departamento ligado ao Estado para controlar as atividades dos médicos:

”acumular as informações que os médicos transmitem, ver como é realizado o esquadramento médico da população, verificar que tratamentos são dispensados, como se reage ao aparecimento de uma doença epidêmica, etc., e, finalmente, emitir ordens em função dessas informações centralizadas”⁷⁵.

4) produção de uma hierarquia de médicos nomeados pelo Estado, cujas responsabilidades iam das maiores regiões, com uma população de até cinqüenta mil habitantes, às menores, com uma população em torno de dez mil.

Dito isso, podemos afirmar que a medicina social implantada na Alemanha, durante o século XVIII, constituiu-se num elemento de descontinuidade com o pensamento e com as práticas médicas classificatórias já durante o período clássico. A criação de uma medicina extremamente funcionalizada e coletivizada, que encontrou no final do século XVIII o máximo de sua estatização, estabelece um desvio considerável em relação a um pensamento e a práticas médicas pautadas pelo “liberalismo científico”, o qual previa uma absoluta autonomia da medicina em virtude de sua percepção individual da doença, marcada por intervenções médicas privado-domiciliares. Esse tipo de pensamento e de práticas médicas eram alheios a uma ação médica coletiva gerenciada pelo Estado, como a estabelecida pela medicina social alemã.

⁷⁵ Ibid., p. 214/ Ibid., p. 84.

2.2.2. A medicina social na França

A França desenvolveu, no final do século XVIII, uma medicina social que tem origem no fenômeno de urbanização. Paris⁷⁶, na primeira metade do XVIII, não tinha poder político unificado. O poder estava fragmentado em:

“um conjunto de poderes senhoriais detidos por leigos, pela Igreja, por comunidades religiosas e corporações, poderes estes com autonomia e jurisdição próprias. E, além disso, ainda existiam os representantes do poder estatal; o representante do Rei, o intendente de polícia, os representantes dos poderes parlamentares”⁷⁷.

Por razões econômicas e políticas surge, na segunda metade do século XVIII, a necessidade da unificação do poder. A unificação das relações comerciais se torna fundamental para o desenvolvimento da indústria nascente, e a existência de inúmeros poderes com as mais diferentes jurisdições depõe contra qualquer unificação econômica. A nascente indústria promove não só o desenvolvimento da cidade, mas o crescimento sensível da população urbana como fruto do êxodo rural. Camponeses pobres se amontoam pela cidade em busca de trabalho, a princípio em corporações de ofícios e, posteriormente, nas oficinas e nas fábricas. O aumento da população traz consigo o aumento das tensões, do “afrontamento entre rico e pobre, plebe e burguês, que se manifesta através de agitações e sublevações urbanas cada vez mais numerosas e freqüentes”⁷⁸. A unificação política se faz necessária como forma de solucionar a difícil situação quanto à uniformização das relações comerciais e de dominação dos conflitos oriundos do aumento da população urbana.

⁷⁶ Foucault utiliza Paris como exemplo das condições de possibilidade para o nascimento da medicina social na França.

⁷⁷ FOUCAULT, Michel. “La naissance de la médecine sociale”, in *Dits et écrits v. II*, p. 215 / “O nascimento da medicina social”, in *Microfísica do poder*, p. 85

⁷⁸ *Ibid.*, p. 216 / *Ibid.*, p. 86.

O crescimento urbano desordenado de Paris cria aquilo que Foucault denomina “medo da cidade”⁷⁹. O pânico urbano é o medo das frenéticas transformações das estruturas urbanas, das casas altas demais, das fábricas, do amontoamento de milhares de pessoas, do crescimento dos cemitérios, que invadem e apodrecem as cidades. Diz Foucault:

“o amontoamento no interior do cemitério era tal que os cadáveres se empilhavam acima do muro do claustro e caíam do lado de fora. Em torno do claustro onde tinham sido construídas casas, a pressão devido ao amontoamento de cadáveres foi tão grande que as casas desmoronaram e os esqueletos se empilharam em suas caves provocando o pânico e talvez mesmo doenças”⁸⁰.

Dentre os distúrbios mais graves causados pelo crescimento absolutamente desordenado do espaço urbano estavam os surtos epidêmicos que passaram a assolar as cidades; a sua abrangência e a sua constância tornavam o bem estar físico e a saúde geral da população um objetivo essencial do poder político. Caberia, a partir de então, também ao Estado participar da solução das dificuldades emergenciais – não relegando essa responsabilidade apenas a grupos religiosos ou a sociedades filantrópicas –, além de criar uma política de saúde geral da população. A complexidade das constituições epidêmicas e sua abrangência social exigiram o nascimento de um tipo de medicina capaz de atuar sobre o fenômeno patológico coletivo. Fazia-se necessário o desenvolvimento de um “método complexo de observação”, de um “olhar múltiplo”, que realizasse uma topografia das diferentes regiões a fim de conter os surtos do século XVIII. Essa urgência se traduziu pela adoção de um conjunto de procedimentos de higienização pública, adaptação do Classicismo de um modelo médico/político do final da Idade Média, a “quarentena”⁸¹, que aparece na segunda metade do século XVIII sob a forma de “medicina urbana”.

⁷⁹ Ibid., p. 216 / Ibid., p. 87.

⁸⁰ Ibid., p. 216-217 / Ibid., p. 87.

⁸¹ Cf. Ibid., p. 217-219 / Ibid., p. 87-89.

Dentre os principais procedimentos da nascente medicina urbana, podemos citar: analisar no espaço urbano todos os lugares potencialmente causadores de epidemias, principalmente os cemitérios e os matadouros, e transferi-los para lugares que oferecessem menos riscos à população; controlar a boa circulação da água e do ar, dos considerados grandes fatores de proliferação das patologias epidêmicas urbanas - pela organização e pela limpeza das margens e das ilhas dos rios que cortam a cidade, e pela abertura de longas avenidas que facilitem o arejamento - mapear a rede de esgoto e os lugares que oferecessem água potável, evitando o consumo de águas sujas e contaminadas⁸².

Os desdobramentos fundamentais das práticas da medicina urbana foram o estreitamento do vínculo entre a medicina e as ciências extra-médicas, principalmente a química⁸³. A medicina urbana inaugura a análise do meio ambiente e seu impacto sobre os organismos. Trata-se de uma medicina que “...não é verdadeiramente uma medicina dos homens, corpos e organismos, mas uma medicina das coisas: ar, água, decomposições, fermentos; uma medicina das condições de vida e do meio de existência”⁸⁴, trazendo consigo a noção de salubridade entendida como “... a base material e social capaz de assegurar a melhor saúde possível dos indivíduos”⁸⁵.

Assim, a medicina urbana compreende uma série de ações sanitaristas, fundamentalmente em razão dos fenômenos epidêmicos, oriundos da urbanização desordenada. O modo como tais fenômenos aconteceram durante o século XVIII tornaram visíveis as limitações da medicina classificatória para compreendê-los e tratá-los, desestruturando-a. Esses deslocamentos em relação à medicina tradicional se deram porque o pensamento classificatório, por sua própria organização, não dava conta de curar ou de conter as doenças coletivas. Ademais, fundam-se, como forma de solucionar o problema epidêmico, práticas médicas alheias à medicina das espécies, as quais acabaram por dar origem a um processo de institucionalização que marca o fim do pensamento médico classificador.

⁸² Cf. *Ibid.*, p. 220 - 222 / *Ibid.*, p. 90 – 92.

⁸³ *Ibid.*, p. 222 / *Ibid.*, p. 92.

⁸⁴ *Ibid.*, p. 222 / *Ibid.*, p. 92.

⁸⁵ *Ibid.*, p. 223 / *Ibid.*, p. 93.

2.3. As epidemias e a consciência política da doença

As epidemias inseriram definitivamente as questões sobre a saúde pública no campo da política, cuja assimilação pelo Antigo Regime se manifesta pela criação de novos aparelhos para o combate das patologias epidêmicas e pela reorganização de estruturas já existentes, encarregando tais estruturas, pela atribuição de novas competências, de informar, de controlar e de coagir a proliferação das doenças coletivas.

Dentre os antigos aparelhos estatais que se adaptam à nova realidade, assumindo novas funções, podemos citar as instituições jurídicas. Se a justiça, até meados do período clássico, possuía encargos muito específicos de “manutenção da ordem e organização do enriquecimento”⁸⁶, no século XVIII, o “imperativo da saúde” amplia sua alçada, delegando-lhe a responsabilidade de “disposição da sociedade como meio de bem estar físico, saúde perfeita e longevidade”⁸⁷. Surge, então, a “polícia médica”, instrumento jurídico da ação efetiva da medicina social.

No que tange à saúde pública⁸⁸, caberia à polícia:

“vigiar a instalação de minas e cemitérios; obter, o maior número de vezes, a incineração dos cadáveres, em vez de exumação, controlar o comércio do pão, do vinho, e da carne, regulamentar os matadouros, as tinturarias, proibir as habitações insalubres; seria necessário que depois de um estudo detalhado de todo o território se estabelecesse, para cada província, um regulamento de saúde para ser lido ‘na missa ou no sermão, todos os domingos e dias santos’ e

⁸⁶ Ibid., “La politique de la santé au XVIII siècle”, in *Dits et écrits* v. II p. 16-17 / Ibid., “A política de saúde do século XVIII”, in *Microfísica do poder*, p.197.

⁸⁷ Ibid., p. 16-17 / Ibid., p.197.

⁸⁸ As atribuições da polícia durante o Período Clássico eram mais amplas. Cabia à polícia zelar pelo: “respeito da regulamentação econômica (circulação de mercadorias, procedimentos de fabricação, obrigações profissionais entre eles e com relação à clientela); respeito das medidas de ordem (vigilância dos indivíduos perigosos, caça aos vagabundos e eventualmente aos mendigos, perseguição dos criminosos); respeito às regras gerais de higiene (cuidar da qualidade dos gêneros postos à venda, do abastecimento de água, da limpeza das ruas)”. Ibid., p. 16-17 / Ibid., p.197.

que diria respeito ao modo de se alimentar, de se vestir, de evitar doenças, de prevenir ou curar as que reinam”⁸⁹.

A ação da polícia era auxiliada por médicos, por cirurgiões e por funcionários públicos que intervinham quando quatro ou mais pessoas contraíssem a mesma doença.

Além da reorganização de antigos aparelhos estatais, o desenvolvimento de uma política de saúde pública agenciada pelo Estado cria um novo órgão, encarregando-o do estudo e do controle das epidemias, a Sociedade Real de Medicina.

A Sociedade Real de Medicina foi uma comissão fundada em Versalhes, em 1776, constituída por oito médicos (um diretor, um comissário geral e seis doutores de faculdade), além do controlador de finanças e do médico de província. A comissão possuía fundamentalmente três funções: a investigativa, que se mantinha a par de todos os surtos epidêmicos; a elaborativa, que cruzava as informações obtidas pela análise das epidemias, registrava as terapêuticas utilizadas e organizava experiências; e a de controle e prescrição, que estabelecia aos médicos visitantes os melhores tratamentos⁹⁰.

Entretanto, a Sociedade Real de Medicina, pouco a pouco, se transformou, ampliando suas competências iniciais de órgão controlador das epidemias, no ambiente de centralização do saber, de registro e de julgamento de todas as práticas médicas ligadas aos cuidados das epidemias. Extrapolando os limites do Antigo Regime, esse órgão teve suas atividades reconhecidas mesmo durante a Revolução Francesa, quando foi considerado o lugar de correspondência entre a medicina francesa e a medicina estrangeira⁹¹. Segundo Foucault, a Sociedade Real de Medicina não agrupava apenas médicos que estudavam os fenômenos epidêmicos, mas “tornou-se o órgão oficial de uma *consciência coletiva* dos fenômenos patológicos; consciência que se manifesta ao nível da experiência como ao nível do saber, tanto de forma cosmopolita quanto no espaço da nação”⁹².

⁸⁹ FOUCAULT, Michel. *Naissance de la Clinique*. p. 25 / FOUCAULT, Michel. *O Nascimento da Clínica*. p. 27 – 28.

⁹⁰ Cf. *Ibid.*, p. 26-27 / *Ibid.*, p.29.

⁹¹ Cf. *Ibid.*, p. 27 / *Ibid.*, p.30.

⁹² *Ibid.*, p.28 / *Ibid.*, p.31.

Últimas considerações

Para controlar os surtos epidêmicos, o Antigo Regime estatizou a medicina, criando e reestruturando instituições que estabeleceram uma nova percepção médica e novos procedimentos médicos no que diz respeito aos cuidados das patologias coletivas. A antiga instituição jurídica, incorporando medicina social e criando a “polícia médica”, passou a intervir no espaço social através do seu mapeamento e do seu controle, localizando todos os possíveis focos de pestilências através da instauração de uma medicina que tem por objeto a constante observação e o controle das coisas e do ambiente de vida das pessoas: o ar, a água, a alimentação, os locais de decomposição. A nova instituição, a Sociedade Real de Medicina, encarregou-se de: estudar as patologias coletivas e comparar os surtos em diferentes localidades; determinar os melhores métodos de controle; formar os profissionais responsáveis pelo cuidado das epidemias, criando um núcleo de centralização do conhecimento e das práticas médicas em relação aos fenômenos patológicos coletivos.

Assim, embora os surtos epidêmicos do século XVIII sejam considerados pela historiografia médica tradicional como um acontecimento marginal à formação do saber médico moderno⁹³, a incidência das epidemias é a condição de possibilidade: 1) da situação da problemática da saúde pública, definitivamente, na esfera das atribuições pertinentes ao Estado; 2) da institucionalização da atividade médica pela criação e pela reestruturação de aparelhos estatais que inovam a percepção e as práticas médicas, formando médicos e controlando o exercício de suas atividades; 3) da constituição de uma consciência médica centralizada sobre as doenças coletivas; 4) da atribuição de um papel político à figura do médico, vinculando as atividades médicas à questão da saúde geral da população e ao próprio destino da nação.

⁹³ Cf. ALVES DA FONSECA, Márcio. *Foucault e o direito*. Editora Max Limonad, São Paulo, 2002, p.52.

3. A Revolução Francesa, os hospitais e o nascimento da clínica moderna.

Primeiras considerações.

Este capítulo tem por objetivo mostrar a Revolução Francesa como o *acontecimento* que, no final do século XVIII, extinguiu as instituições hospitalares e as instituições de ensino da medicina, explicitando a demanda de estruturas que tivessem como preocupação a manutenção da saúde dos indivíduos e os problemas das instituições de ensino da época para formar bons profissionais na área médica. Este vácuo institucional criou as condições para a reestruturação dos hospitais como o ambiente que objetivava curar pessoas e a organização, em seu interior, da clínica médica como lugar privilegiado para o ensino da medicina e para a formação de médicos.

Foucault indica em *Naissance de la clinique* que a medicina clássica era fundamentalmente uma prática privada e domiciliar. Os hospitais comuns eram instituições consideradas verdadeiros “morredouros”, suas atividades de auxílio aos pobres moribundos não tinham a intenção de curar doentes. Por sua vez, os Hospitais Gerais eram instituições jurídicas “de controle econômico-social, muitas vezes instrumento de repressão política”⁹⁴.

Já o ensino da medicina estava relegado à própria corporação de médicos que, após a transmissão de um conjunto de textos e receitas, considerava o aspirante a médico apto para o exercício da profissão. A medicina das espécies estava organizada de tal modo que nada justificava a vinculação do seu ensino ou da sua prática a instituições hospitalares⁹⁵.

A inexistência de instituições de cunho terapêutico e a formação de profissionais da medicina foram tratadas como problemas a serem solucionados nas

⁹⁴ ALVES DA FONSECA, Márcio. *Foucault e o direito*. São Paulo, Editora Max Limonad, 2002, p. 52.

⁹⁵ Cf. FOUCAULT, Michel. “L’incorporation de l’hôpital dans la technologie moderne”, in *Dits et écrits* v. II, p. 512 / FOUCAULT, Michel. “O nascimento do hospital”, in *Microfísica do poder*, p.102.

discussões desencadeadas pela Revolução Francesa. Essas discussões tiveram como desdobramento a extinção das instituições hospitalares e das corporações de ensino da medicina, manifestando a falta de instituições médicas e de profissionais da medicina capazes de assumir o papel político que, durante o século XVIII, lhes fora atribuído pela doença social (epidêmica) e, conseqüentemente, pela medicina social, a saber, o de responsáveis pela manutenção da saúde pública ou, em última instância, o de representantes do poder constituído. Assim, embora o processo de reorganização dos hospitais não tenha uma origem médica⁹⁶, no final do século XVIII, os hospitais eram novas instituições organizadas de maneira que a preocupação terapêutica, a formação de médicos e a prática da medicina passavam necessariamente por elas.

3.1. O fim dos hospitais.

Já nos primeiros momentos da Revolução Francesa, médicos, economistas e o Comitê da mendicidade da Assembléia Nacional concordavam que os hospitais não eram o lugar próprio para a cura dos doentes ou para a prática médica. O lugar defendido por estes grupos, cada qual por sua razão, como próprio para o exercício medicina, era a família. Os médicos, porque a medicina classificatória acreditava, desde sempre, que o espaço familiar era o lugar do aparecimento das doenças e o lugar ideal para sua percepção e terapêutica⁹⁷; os economistas tentavam repassar a responsabilidade dos cuidados dos doentes às famílias para reduzir os encargos do Estado⁹⁸; os revolucionários, a seu tempo, encontravam nos Hospitais Gerais o sinônimo da opressão do Antigo Regime que tentavam superar.

⁹⁶ Veremos adiante que o processo de reestruturação dos hospitais teve uma origem econômica, marcada pela necessidade de controlar o contrabando aduaneiro.

⁹⁷ Cf. capítulo 1, item 1.2, p.19.

⁹⁸ Cf. capítulo 1, item 1.2, p.17, nota 44.

Os hospitais comuns eram instituições de assistência ao pobre e de exclusão dos portadores de doenças epidêmicas⁹⁹ e, os Hospitais Gerais eram instituições segregadoras, que excluíaam do convívio social todos os que oferecessem riscos ao modelo de sociedade que o classicismo tentava instaurar¹⁰⁰. Nestes sentidos as instituições hospitalares foram duramente questionadas e, mesmo os que defendiam a sua manutenção – em virtude da existência de doentes sem família e da necessidade de proteger a população contra as patologias epidêmicas – apenas o faziam sob a condição de uma absoluta reestruturação destas instituições. Foucault explica um dos projetos de reorganização dos hospitais, particularmente de *Bicêtre-Salpetrière*, presente nas discussões dos revolucionários:

“O que Tenon projeta é um espaço hospitalar diferenciado. É diferenciado segundo dois princípios: o da ‘formação’, que destinaria cada hospital a uma categoria de doentes ou a uma família de doenças; e o de ‘distribuição’, que define, no interior de um mesmo hospital, a ordem a seguir, ‘para nele dispor as espécies de doentes que se tiver achado oportuno receber’. Assim, a família, lugar natural da doença, é complementada por outro espaço, que deve reproduzir, como um microcosmo, a configuração específica do mundo patológico. Aí, sob o olhar do médico de hospital, as doenças serão agrupadas por ordens, gêneros e espécies, em um domínio racionalizado que restitui a distribuição originária das essências. Assim concebido, o hospital permite ‘classificar de tal maneira os doentes que cada um encontra o que convém a seu estado, sem agravar, por sua vizinhança, o mal de outro, sem difundir o contágio no hospital ou fora dele’”¹⁰¹.

O conjunto das críticas girava em torno da solução de dois problemas fundamentais que as instituições hospitalares não conseguiam solucionar: o da pobreza e o da doença. O pensamento revolucionário afirmava:

⁹⁹ Cf. FOUCAULT, Michel. “L’incorporation de l’hôpital dans la technologie moderne”, in *Dits et écrits* v. II, p. 511 / FOUCAULT, Michel. “O nascimento do hospital”, in *Microfísica do poder*, p.101.

¹⁰⁰ Cf. capítulo 1.2, p. 19-21.

¹⁰¹ FOUCAULT, Michel. *Naissance de la clinique*. p. 41/ *Ibid.*, *O Nascimento da Clínica*.p. 46.

“A pobreza é um fato econômico que a assistência deve remediar enquanto existe; a doença é um acidente individual à qual a família deve responder assegurando à vítima os cuidados necessários. O hospital é uma solução anacrônica que não responde às necessidades reais da pobreza e que estigmatiza o homem doente em sua miséria. Deve haver um estado ideal em que o ser humano não conhecerá mais o esgotamento dos trabalhos penosos, nem o hospital que conduz à morte”¹⁰².

Desse modo, a incapacidade das instituições hospitalares clássicas para solucionarem o problema social, político e econômico da pobreza e da doença, resultou na aprovação da legislação que, a médio e longo prazo, a partir de 1793, extinguiu esses estabelecimentos na França e nacionalizava os seus bens. Os doentes foram entregues às suas respectivas famílias que seriam auxiliadas pela formação de entidades de assistência pública a domicílio e as internações em “casas de saúde” apenas estavam previstas para os doentes sem domicílio ou que não pudessem receber assistência de outros¹⁰³.

A solução apresentada pelo conjunto dos médicos, economistas e revolucionários para o problema da doença, ou seja, a entrega dos doentes às suas famílias, se mostraria, em curto prazo, ineficaz. O hospital clássico chegava ao seu fim, entretanto, a questão da doença teria, ainda, outros desdobramentos. A alternativa passaria novamente pelos hospitais, mas não antes de sua total reestruturação, que já se configurava nos hospitais marítimos e militares¹⁰⁴.

¹⁰² Ibid., p. 43 / Ibid., p. 48.

¹⁰³ Cf. Ibid., p.43 / Ibid., p. 46-48.

¹⁰⁴ Cf. Item 3.3, p. 42-43.

3.2. O fim dos estabelecimentos de ensino da medicina.

Desde o início do século XVIII, através dos Decretos de Marly¹⁰⁵, surgiram tentativas de reformulação e regulamentação do ensino da medicina e das práticas médicas.

Os principais problemas enfrentados na época, com relação ao ensino da medicina, diziam respeito a uma necessidade de reorganização das faculdades, entregues então “ao mais extremo relaxamento”¹⁰⁶ e à incapacidade do Estado de controlar as corporações de médicos. Os Decretos de Marly previam que em todas as universidades os alunos de medicina apenas receberiam o título de bacharel em medicina após três anos de estudo e sucessivos exames. Criou-se a obrigatoriedade da presença dos aspirantes a médicos nos cursos de anatomia, farmácia química e demonstrações de plantas. Com relação à prática médica tratava-se de combater o charlatanismo e todos aqueles que praticavam a medicina sem título ou capacidade. O Decreto, no artigo 26, estabelecia que “ninguém poderá exercer a medicina, nem dar qualquer remédio, mesmo gratuitamente se não obteve o grau de licenciado”¹⁰⁷.

Entretanto, apesar das boas intenções, os problemas com relação ao ensino e à prática médica haviam aumentado, no final do século XVIII:

“... os charlatões continuam florescendo; o ensino canônico ministrado na Faculdade não corresponde mais às exigências da prática, nem às novas descobertas (só se ensina a teoria); [...] há excesso de Escolas de Medicina [...]; reina a concussão (procuram-se as cadeiras como cargos; os professores dão cursos pagos; os

¹⁰⁵ Os decretos de Marly, promulgados no mês de março de 1707, regulamentavam a prática da medicina e a formação de médicos franceses no século XVIII. Cf. *Ibid.*, p. 44/ *Ibid.*, p. 48.

¹⁰⁶ Cf. *Ibid.*, p. 44 / *Ibid.*, p.49.

¹⁰⁷ “Artigos: 26 e 27. O texto completo dos Decretos de Marly é citado por Gilbert, *L’Anarchie médicale*, Neuchâtel, 1772, T. II, p. 58-118.”. Cf. *Ibid.*, *Naissance de la Clinique*.p.44 / *O Nascimento da Clínica*. p.49.

estudantes comprem seus exames e fazem com que suas teses sejam escritas por professores necessitados)¹⁰⁸.

A reação revolucionária a esse quadro chega com *Termidor*. No final do século XVIII, “um estado livre que deseja manter os cidadãos livres do erro, e dos males que ele acarreta, não pode autorizar um livre exercício da medicina”¹⁰⁹. Nessa fase da Revolução as corporações de médicos são proibidas, as Sociedades de Medicina, as Universidades, as Faculdades e as Escolas de Medicina são abolidas.

A razão apresentada por Foucault para o fracasso das tentativas de reforma do ensino e da prática médica do século XVIII, era a ausência, em todo o classicismo, de uma instituição que pudesse centralizar uma série de exigências com relação à área médica. Foucault acrescenta que:

“Faltava uma estrutura indispensável durante todo esse período: a que teria podido dar unidade a uma forma de experiência já definida pela observação individual, pelo exame de casos, pela prática cotidiana das doenças, e a um tipo de ensino de que se nota claramente que deveria ser dado no hospital, mais do que na Faculdade, e no percurso total do mundo concreto da doença.”¹¹⁰

A medicina clássica, desde a sua constituição, criou aquilo que a Revolução Francesa vai definitivamente manifestar, uma lacuna institucional resultante da incompatibilidade entre, por um lado, o ensino e as práticas médico-institucionais e, por outro, o *corpus* do saber médico clássico. Não existia, portanto, no final do século XVIII, um ambiente que pudesse conciliar o ensino e a prática da medicina, definindo uma atividade médica de cunho puramente clínico, porque o pensamento médico clássico não acreditava que a institucionalização da doença fosse o caminho para curá-la. A Revolução Francesa, nesse sentido, foi o *acontecimento* que criou as condições necessárias para superação desta dicotomia extinguindo os hospitais clássicos e todas as instituições de ensino da medicina, abrindo o espaço que

¹⁰⁸ FOUCAULT, Michel. *Naissance de la clinique*. p. 44/ *Ibid.*, *O Nascimento da Clínica*.p. 49.

¹⁰⁹ *Ibid.*, p. 46 / *Ibid.*, p. 51.

¹¹⁰ *Ibid.*, p. 50-51 / *Ibid.*, p. 56.

possibilitou a associação entre o hospital reorganizado como um lugar terapêutico e a clínica médica organizada como lugar do ensino e formação prática dos médicos.

3.3. O nascimento do hospital e da clínica modernos

O hospital que tem por objetivo curar doenças é o hospital médico moderno. Foucault responde à pergunta de como foi possível a transição do hospital não médico clássico para o hospital médico moderno, admitindo a hipótese de que o hospital moderno nasceu da incorporação das técnicas de poder disciplinar ao seu espaço, assim como, da assimilação dos elementos constitutivos da medicina social ou medicina do meio. Esses dois fenômenos alheios à medicina classificatória clássica, são as condições para o nascimento do hospital médico no final do século XVIII.

Analisemos as condições para a transição do hospital clássico ao hospital moderno. Primeiramente, o processo de disciplinarização dos hospitais marítimos e militares.

Foucault mostra que as transformações sofridas pelo hospital têm sua origem não no hospital civil, mas numa organização econômica dos hospitais marítimos e militares. Tal ordenamento econômico se fez necessário para conter, no século XVII, o tráfico de mercadorias que, via hospital, fugia do controle aduaneiro. Através do hospital se fazia

“... tráfico de mercadorias, objetos preciosos, matérias raras, especiarias, etc., trazidos das colônias. O traficante fazia-se doente e era levado para o hospital no momento do desembarque, aí escondendo objetos que escapavam, assim, do controle econômico da alfândega. Os grandes hospitais marítimos de Londres, Marseille

ou La Rochelle eram lugares de um tráfico imenso, contra o que as autoridades financeiras protestavam.”¹¹¹

O descontentamento das autoridades diante deste quadro promoveu o esquadramento econômico do hospital. Através de constantes inspeções dos pertences de marinheiros, de médicos¹¹², de boticários, a alfândega se encarregava de reprimir o contrabando. Exemplos nesse sentido foram os leprosários marítimos de Marseille e La Rochelle, considerados uma espécie de “hospital perfeito”. Notadamente, tais procedimentos não possuíam qualquer intenção terapêutica, pois, “trata-se, essencialmente, de um tipo de hospitalização que não procura fazer do hospital um instrumento de cura, mas impedir que seja foco de desordem econômica”¹¹³. Essas transformações se fundam na necessidade mercantil de minimizar as perdas econômicas, por meio de uma intensificação dos regulamentos e de todo um mapeamento interno dos estabelecimentos hospitalares marítimos na busca de criminosos.

Os hospitais militares, por sua vez, promovem sua reorganização interna por outro viés, mas por uma razão não menos econômica: os soldados se tornaram mais caros para a sociedade. Se até meados do século XVII os exércitos eram constituídos por todo tipo de desocupados sem qualquer formação específica, no final do século, devido ao aprimoramento dos instrumentos de guerra, os soldados necessitam de formação. Os soldados passam a ser instruídos em uma série de procedimentos técnicos para o manejo das armas (é nesta época que surge o fuzil), onerando a sociedade com a profissionalização dos militares e aumentando consideravelmente o valor dos soldados e dos exércitos. A estrutura responsável por manter os soldados vivos e saudáveis eram os hospitais militares, que passaram por um verdadeiro reordenamento de suas funções e de seu espaço interno, objetivando manter os militares na ativa o máximo possível. Aos hospitais cabia: vigiar constantemente os soldados para que os feridos ou doentes não desertassem; curá-

¹¹¹ Ibid. “L’incorporation de l’hôpital dans la technologie moderne”, in *Dits et écrits* v. II. op. cit. p. 513 / “O nascimento do hospital”, in *Microfísica do poder*. op. cit. p. 103.

¹¹² A ação dos médicos nos hospitais marítimos ou militares não fugia à regra dos hospitais comuns civis ou das casas de internamento no século XVII (Cf. capítulo 1. Item 1.2, p. 19).

¹¹³ FOUCAULT, Michel. “L’incorporation de l’hôpital dans la technologie moderne”, in *Dits et écrits* v. II, p. 513 / FOUCAULT, Michel. “O nascimento do hospital”, in *Microfísica do poder*, p.104.

los, caso estivessem doentes; analisar caso a caso para evitar que os curados permanecessem no hospital. Segundo Foucault, a reorganização das atividades e a reestruturação dos espaços dos hospitais marítimos e militares foram possíveis pela incorporação hospitalar da disciplina, uma técnica existente de modo disperso desde a Antiguidade, mas que o século XVIII soube aperfeiçoar e administrar “como uma nova técnica de gestão dos homens” ¹¹⁴.

A disciplina trouxe consigo um conjunto de elementos capazes “de gerir os homens, controlar suas multiplicidades, utilizá-las ao máximo e majorar o efeito útil de seu trabalho e sua atividade graças a um sistema de poder suscetível de controlá-los” ¹¹⁵. Dentre as principais técnicas do poder disciplinar, Foucault destaca: o sistema de poder disciplinar situa espacialmente os indivíduos, não pela força que possuem, mas pela análise de sua capacidade para realização de uma função determinada com maior eficácia; desenvolve uma arte de controle dos movimentos do corpo, ou seja, de como realizar melhor uma ação, um gesto mais rápido e ajustado para se produzir um melhor resultado; vigia os indivíduos durante o tempo todo, através dos olhares dos superiores ou por intermédio de “sistemas de inspeção, revistas, paradas, desfiles, etc.”, submetendo-os permanentemente a uma “pirâmide de olhares”; registra continuamente a ação dos indivíduos, colhendo toda informação possível, através de diferentes grupos sociais como a família, a paróquia, a escola, o que permite mensurá-los, localizá-los, julgá-los e utilizá-los ao máximo ¹¹⁶.

A segunda condição para o nascimento do hospital moderno é relativa ao deslocamento da intervenção médica da doença para o meio ambiente¹¹⁷. Tal mudança na percepção e nas práticas médicas se deu, durante o classicismo, paralelamente ao conhecimento e às práticas médicas tradicionais e foi resultante do *acontecimento* dos surtos epidêmicos no século XVIII.

¹¹⁴ Ibid., p. 515 / Ibid., 105.

¹¹⁵ Ibid., p. 515 / Ibid., p. 105.

¹¹⁶ Cf. Ibid., p. 517 / Ibid., p.107.

¹¹⁷ O que Foucault denomina de medicina do meio equivale ao desdobramento francês da medicina social ou medicina urbana, abordada no capítulo 2 desse trabalho.

O crescimento demográfico e o processo de urbanização dos grandes centros europeus trouxeram uma série de problemas de ordem social, política, econômica e médica. No que se refere à medicina e à saúde geral da população, as péssimas condições de higiene das cidades promoviam a proliferação descontrolada de toda sorte de doenças, de que os procedimentos médicos tradicionais não conseguiam dar conta. Fez-se necessária uma ação urbana generalizada, caracterizada por um conjunto particular de procedimentos capazes de conter, principalmente, os surtos epidêmicos. Essa tentativa de controlar as epidemias ficou a cargo da polícia.

O que genericamente se denominava “polícia”, no século XVIII, não era uma única estrutura, mas um “conjunto de regulamentos e de instituições múltiplas” cujas obrigações e serviços deveriam assegurar:

“...respeito da regulamentação econômica (circulação de mercadorias, procedimentos de fabricação, obrigações dos profissionais entre eles e com relação à sua clientela); respeito das medidas de ordem (vigilância de indivíduos perigosos, perseguição de criminosos); respeito às regras gerais de higiene (cuidar da qualidade dos gêneros postos à venda, do abastecimento de água, de limpeza das ruas)¹¹⁸.

Teve início, assim, aquilo que Foucault chama de “medicalização da cidade”, através da ação da “polícia médica” ou braço da polícia responsável pela observação e aplicação de regras de higienização na cidade. As práticas de higienização da polícia médica são fruto de uma percepção muito peculiar da doença, oriunda da relação entre a prática médica e os saberes extra-médicos. Foucault mostra que:

“Foi precisamente pela análise do ar, da corrente de ar, das condições de vida e de respiração que a medicina e a química entraram em contato. Fourcroy e Lavoisier se interessaram pelo

¹¹⁸ Ibid. “La politique de la santé au XVIII siècle”, in *Dits et écrits* v. II p. 17 / “A política de saúde do século XVIII”, in *Microfísica do poder*, p. 197.

problema do organismo por intermédio do controle do ar urbano. A inserção da prática médica em um *corpus* de ciência físico-química se fez por intermédio da urbanização. A passagem para uma medicina científica não se deu através da medicina privada, individualista, através de um olhar médico mais atento ao indivíduo. A inserção da medicina no funcionamento geral do discurso e do saber científico se faz através da socialização da medicina, devido ao estabelecimento de uma medicina coletiva, social, urbana. A isso se deve a importância da medicina urbana¹¹⁹.

A relação entre a medicina e a química cria um tipo de percepção das doenças e uma série de práticas de controle que caracterizam a medicina urbana. Segundo essa percepção, o meio ambiente é causador de doenças, o que se traduz em um conjunto de práticas que atuam sobre o meio como forma minimizar os focos urbanos de doenças e de contágio. A intervenção médica, no século XVIII, se desloca, então, para aqueles que são tidos como os grandes responsáveis pelas doenças, ou seja, o ar, a água, os lugares comuns, os cemitérios, os ossuários, os matadouros e os hospitais. A medicina urbana, pela ação da polícia, prioriza a melhoria da circulação da água e do ar, estabelece e impõe uma série de normas de higiene e passa a delimitar a localização de cemitérios, matadouros e hospitais. No caso específico dos hospitais vistos como verdadeiras feridas abertas no interior das cidades ¹²⁰, as intervenções diziam respeito não apenas ao seu lugar no espaço urbano, mas também às condições de seu espaço interno ou do lugar em que eram colocados os doentes, do ar, da água, da temperatura ambiente, do regime e da alimentação. ¹²¹

Segundo Foucault, é o ajuste destes dois fenômenos no interior do hospital que possibilita a sua medicalização, no final do século XVIII. Se por um lado, como

¹¹⁹ Cf. Ibid. “La naissance de la médecine sociale” , in *Dits et écrits* v. II. p.222 / “O nascimento do hospital”, in *Microfísica do poder*, p. 92.

¹²⁰ Cf. Ibid. *Histoire de la folie à l’âge classique*, p. 445-446 / *História da loucura na Idade Clássica*, p. 353-354.

¹²¹ Cf. Ibid. “L’incorporation de l’hôpital dans la technologie moderne” , in *Dits et écrits* v. II, p. 518 / , “O nascimento do hospital”, in *Microfísica do poder*, p. 108.

resultado da introdução no espaço hospitalar dos mecanismos disciplinares, os doentes serão individualizados e distribuídos em lugares determinados para que pudessem ser constantemente observados e para que tudo o que acontecesse pudesse ser registrado, por outro, a incorporação da medicina do meio ao ambiente hospitalar transformará as condições do lugar onde os doentes são alojados, “se modificará o ar que respiram, a temperatura do meio, a água que bebem, o regime, de modo que o quadro hospitalar que o disciplina seja um instrumento de modificação com função terapêutica”¹²².

Desse modo, a instituição hospitalar do final do século XVIII apresenta uma configuração marcada por três aspectos fundamentais.

a) A localização do hospital no espaço urbano e as condições do seu espaço interno devem estar em conformidade com os critérios de higiene estabelecidos pela medicina urbana.

O lugar do hospital na cidade deve ser calculado de modo que esteja afastado de regiões que são fontes de doenças, como lugares de ar poluído, água suja ou lugares usados para decomposição de restos. Já internamente, cada doente, de acordo com sua doença, passa a ter um meio “específico”, “modificável”, com leitos individuais, onde seja possível aumentar a temperatura ou refrescar o ambiente através da circulação do ar sem que haja o risco de contágio.

O processo de sanitização que marca a mudança de sua localização na cidade e as transformações no seu interior caracteriza o hospital como uma tentativa de criar um lugar que propicie a cura.

b) As relações de poder no interior do hospital se transformam e o médico se torna o principal responsável por sua organização.

Até meados do século XVIII, o poder nas organizações hospitalares estava, na maioria das vezes, nas mãos dos religiosos. A estrutura e organização interna eram estabelecidas pela comunidade religiosa. As visitas médicas eram

¹²² Ibid., p. 518 / Ibid., p. 108.

esporádicas, irregulares e a assistência aos doentes era feita de maneira coletiva, por vezes para centenas. Entretanto, a partir do momento em que o hospital é caracterizado como um ambiente terapêutico, o médico aparece pouco a pouco como o seu elemento mais importante, assumindo o controle do ambiente hospitalar. Sua presença se torna cada vez mais intensa e as visitas mais numerosas e regulares, até que por volta de 1770 aparece a figura do médico que reside no hospital. No final do século XVIII se inventa “o personagem do médico de hospital”. Foucault ressalta que:

“Se em 1680 havia no Hôtel-Dieu de Paris uma visita por dia, no século XVIII aparecem vários regulamentos que sucessivamente precisam que deve haver uma outra visita, à noite, para os doentes mais graves; que deve haver outra visita para todos os doentes; que cada visita deve durar duas horas e finalmente, em torno de 1770, que um médico deve residir no hospital e pode ser chamado ou se locomover a qualquer hora do dia ou da noite para observar o que se passa” ¹²³.

O nascimento do poder médico dentro das relações hospitalares é facilmente identificável, pela “codificação ritual da visita”, apresentada pelos regulamentos dos hospitais, que determinavam o papel de cada pessoa diante da visita médica e, através do próprio “ritual de visita, desfile quase religioso em que o médico, na frente, vai ao leito de cada doente seguido de toda a hierarquia do hospital: assistentes, alunos, enfermeiras, etc.” ¹²⁴.

c) Registra-se e estuda-se permanentemente o que acontece no hospital.

A individualização da relação médico/doente no hospital é garantida pelo surgimento de técnicas que registram e acumulam as singularidades das experiências dos doentes em sua passagem pelo ambiente hospitalar. Dentre os principais procedimentos de registro da experiência hospitalar do doente se destacam:

¹²³ Ibid., p. 519 / Ibid., p. 109.

¹²⁴ Ibid., p. 520 / Ibid., p.110.

“Amarra-se no punho do doente uma pequena etiqueta que permitirá distingui-lo mesmo se vier a morrer. Aparece em cima do leito a ficha com o nome e a doença do paciente. Aparece, também, uma série de registros que acumulam e transmitem informações: registro geral das entradas e saídas em que se anota o nome do doente, o diagnóstico do médico que o recebeu, a sala em que se encontra e, depois, se morreu ou se saiu curado; registro de cada sala feito pela enfermeira-chefe; registro da farmácia em que se diz que receitas e para que doentes foram despachadas...”¹²⁵

Esse farto material se torna objeto de estudo pelo conjunto dos médicos que passam a comparar seus registros, suas experiências, os diversos tratamentos aplicados para identificar que terapêuticas obtiveram melhor êxito com relação a determinadas doenças. Por exemplo, o regulamento do Hôtel-Dieu de 1785, previa no mínimo uma reunião de médicos por mês com o objetivo de estudar e aprender através da troca de suas experiências. No hospital, toda a experiência dos médicos era registrada, os tratamentos eram confrontados, estabeleciam-se as melhores terapias e o conhecimento era acumulado e transmitido.

Desse modo, se na primeira metade do século XVIII a formação dos médicos e a prática da medicina passava ao largo do hospital, no final do século se configura em seu interior uma estrutura fundamental à formação dos médicos e à transmissão do saber médico¹²⁶, caracterizando, assim, uma atividade de cunho propriamente clínico.

Assim, no final do século XVIII, acontece uma hospitalização da medicina e do médico e uma medicalização dos hospitais, além da organização, em seu interior, da clínica médica, que será o lugar privilegiado para a transmissão de conhecimentos e para o exercício prático da medicina. É no interior da clínica que a medicina clássica alcançará os seus limites e se desestruturará.

¹²⁵ Ibid., p. 520 / Ibid., p.110.

¹²⁶ Cf. Ibid., p. 521 / Ibid., p. 111.

Últimas considerações.

A Revolução Francesa pôs fim aos hospitais e às instituições de ensino de medicina no final do classicismo, revelando a carência da França com relação a instituições que cuidassem da saúde do povo e formassem bons profissionais de medicina. Esta lacuna é a condição que possibilita a integração entre o hospital, em processo de reestruturação, e a clínica médica, diante da já reconhecida necessidade, no final do século XVIII, de formação prática dos médicos ¹²⁷. A clínica se torna parte constitutiva do hospital como o local de acúmulo e transmissão de conhecimento. Entretanto, a mutação não seria relativa apenas às instituições, mas na clínica acontecerá um rompimento com relação ao próprio conhecimento e às práticas médicas, como veremos no próximo capítulo.

¹²⁷ Cf. *Ibid.*, *Naissance de la Clinique*.p. 57-58 / *O Nascimento da Clínica*. p. 64-65.

4. O nascimento da clínica.

Primeiras considerações.

Ao longo de seis capítulos de *Naissance de la Clinique*, Foucault se põe a descrever como a clínica médica marcará a ruptura entre a clássica medicina classificatória e a medicina moderna.

Embora a clínica seja o marco desta divisão, Foucault não opõe diretamente as medicinas dos dois períodos, mas explicitará como na atividade clínica foi possível a incorporação de diversos elementos extra-médicos que condicionaram a criação de um novo saber e de uma nova prática médica. Desta maneira, Foucault toma o cuidado de distinguir o que genericamente a historiografia tradicional chamou de clínica médica, identificando três momentos específicos desta instituição, na transição dos séculos XVIII ao XIX, caracterizando seus respectivos sentidos e contribuições para a constituição da medicina moderna. A análise foucaultiana diferencia, então, a protoclinica do século XVIII, a clínica do final do século XVIII e a anátomo-clínica do século XIX¹²⁸. Ainda que a assimilação do pensamento de François Broussais pela medicina tenham se dado no interior da anátomo-clínica do século XIX, Foucault analisa esse processo, separadamente, notadamente em virtude de sua importância, em um capítulo intitulado *La crise des fièvres*. Apresentaremos, portanto, um quarto e último momento que trata especificamente das contribuições da fisiologia de Broussais à medicina.

¹²⁸ Cf. MACHADO, Roberto. *Foucault: a ciência e o saber*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Zahar, 2006. p. 90.

4.1. A protoclínica do século XVIII.

Nas primeiras páginas do capítulo intitulado “Vieillesse de la clinique” de *Naissance de la clinique*, Foucault realiza um breve histórico da clínica médica, cujas origens remontam a meados do século XVI, mais precisamente a 1658, quando François de La Boe, inaugura uma escola clínica no hospital de Leyde, onde publica seus estudos intitulados *Collegium Nosocomium*. O trabalho de seu sucessor Boerhaave é o ponto de partida para a criação em toda a Europa, ao longo do século XVIII, de institutos clínicos. Assim, “são os discípulos de Boerhaave que, em 1720, reformam a Universidade de Edimburgo e criam uma clínica segundo o modelo de Leyde; ela é imitada em Londres, Oxford, Cambridge e Dublin”¹²⁹. Entretanto, como já foi dito, o ambiente médico institucional não era tido pela medicina clássica como apropriado para a cura e o estudo das doenças. O reconhecimento da necessidade do ensino prático institucional se fará sentir na segunda metade do século XVIII quando, pela ação da Revolução Francesa, desaparecem os lugares de ensino da medicina possibilitando a incorporação da clínica ao hospital.

No mesmo capítulo Foucault realiza uma análise da clínica médica do século XVIII, que denomina protoclínica. Considera relativa a importância desse momento no estudo da constituição da medicina moderna, uma vez que a protoclínica conviveu com a medicina clássica durante o século XVIII e não questionou o conhecimento e as práticas nosológicas. As razões apresentadas para a protoclínica se configurar apenas como uma versão institucional da medicina clássica podem ser enunciadas como se segue.

a) A protoclínica se constituía no lugar de estudo dos doentes que melhor exemplificassem determinadas doenças. Possuía um caráter pedagógico, puramente instrutivo das verdades nosológicas que os professores desejavam ensinar aos aspirantes a médico ¹³⁰. Sobre o modo como a protoclínica se apresenta acrescenta

¹²⁹ FOUCAULT, Michel. *Naissance de la clinique*. p.56-57 / *O Nascimento da Clínica*, p. 63.

¹³⁰ Cf. *Ibid.*, p.58 / *Ibid.*, p. 65.

Pierre Billouet: “O doente é apenas o *exemplo* da doença que o professor apresenta – sem descobri-la – e que o estudante procura decifrar”¹³¹.

b) Era uma organização que apesar de estar inserida no hospital do final do século XVIII tinha com relação a ele sensíveis diferenças. Enquanto no hospital era internado todo e qualquer tipo de doentes, na clínica, em um número limitado de leitos, eram aceitos apenas determinados tipos de doenças. Os enfermos escolhidos para a clínica eram aqueles portadores de determinadas doenças ideais, exemplares ao ensino de determinadas verdades nosológicas. Os enfermos eram apenas o veículo das doenças essenciais que se tentava evidenciar, apenas “o acidente de sua doença, o objeto transitório de que ela se apropriou”¹³².

c) A protoclinica não descobriu novas verdades sobre as doenças, não buscava algo desconhecido nas doenças estudadas, mas estudava as doenças como forma de apresentar uma verdade já conhecida. Os olhares dos professores e dos estudantes buscavam a resposta para uma pergunta já dada anteriormente, interrogando o doente “sobre sua profissão e suas doenças anteriores; a maneira como a atual começou e os remédios tomados. Farão a investigação de suas funções vitais (respiração, pulso, temperatura), de suas funções naturais (sede, apetite, excreções) e de suas funções animais (sentidos, faculdades, sono, dor)”¹³³, recolhendo elementos que fundamentassem a analogia com uma doença já conhecida.

A protoclinica do século XVIII tem o sentido de evidenciar um conhecimento prévio por meio da escolha de exemplos específicos na variedade dos casos hospitalares. Possuía um caráter puramente pedagógico¹³⁴ e não trouxe maiores inovações além do fato de vincular no mesmo espaço institucional o ensino e a prática médica clássica. A percepção médica, por esse viés, era apenas um instrumento pelo qual se estabelecia a semelhança entre o que aparecia no corpo do doente e uma doença pré-existente. O conhecimento da doença não se

¹³¹ BILLOUET, Pierre. *Foucault*. Tradução brasileira de Beatriz Sidou. Ed. Estação Liberdade. São Paulo, 2003. p. 49.

¹³² Cf. *Ibid.*, p.59 / *Ibid.*, p. 66.

¹³³ *Ibid.*, p.50-60 / *Ibid.*, p. 67.

¹³⁴ Cf. MACHADO, Roberto. *Foucault: a ciência e o saber*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Zahar, 2006. p. 91.

fundamentava no ato de perceber, mas na duplicação do já dado por meio de demonstrações ¹³⁵.

4.2. A Clínica do final do século XVIII.

Nas análises de Foucault sobre os diferentes momentos da clínica e das suas respectivas importâncias na constituição do saber médico moderno, a clínica do final do século XVIII difere da protoclínica por trazer desvios fundamentais à criação de um novo saber.

A originalidade da clínica se dá em virtude da mutação do papel da percepção no processo epistemológico. Enquanto na protoclínica a percepção é mero instrumento de constatação e organização de verdades anteriores, na clínica a percepção funda um novo conhecimento. O olhar que pesquisa não quer mais exemplificar, mas possui a intenção de pesquisar e descobrir.

No capítulo intitulado “*Des signes et des cas*”, Foucault explica como foi possível este desvio com relação ao saber médico clássico. Segundo ele, foi a incorporação de saberes extra-médicos à medicina que proporcionou esta mutação, a saber: a analítica da linguagem de Condillac e o cálculo das probabilidades de Laplace. A análise das novas estruturas gramaticais assimiladas pela medicina da analítica da linguagem de Condillac, Foucault trata como a problemática dos signos e, as novas estruturas de probabilísticas apropriadas pela medicina do cálculo das probabilidades de Laplace como a problemática dos casos.

Entendamos como esses dois modelos se fundem ao saber e às práticas médicas na clínica do final do século XVIII, instituição marcada pela transformação do papel da percepção na aquisição do conhecimento e no exercício da medicina.

¹³⁵ FOUCAULT, Michel. *Naissance de la clinique*. p.61 / *O Nascimento da Clínica*, p. 68.

Para a medicina clássica, o ser da doença não podia ser percebido pelo olhar do médico. A doença clássica possuía uma natureza inacessível à percepção, impossível de ser reconhecida e se tornava visível apenas por meio dos signos e dos sintomas, mas de maneira imprecisa, uma vez que esses não remetiam à essência do mal. Existia, portanto, uma distinção fundamental entre a doença, os sintomas e o signo. Os sintomas eram, no classicismo, indicações, pistas pelas quais o olhar do médico podia identificar uma essência previamente estabelecida no quadro nosográfico. Eram a primeira expressão da doença, aquilo que dela era possível se conhecer, mas não a sua essência, sua natureza. O signo, por sua vez se caracterizava pelo diagnóstico e pela anamnese, ou seja, pelo conjunto dos procedimentos que inquiram o doente sobre o que aconteceu até o seu internamento; pela análise do quadro dos sintomas; pela previsão dos possíveis desdobramentos, do tempo de permanência da doença no organismo, da vida ou morte do paciente diante do reconhecimento de sua essência nosológica.¹³⁶

A clínica do final do século XVIII inaugura uma nova relação entre doença, signo e sintoma, devido a uma sensível mudança na estrutura do sintoma que o torna mais complexo, identificando-o à doença e ao signo. Foucault explica esta transformação na estrutura do sintoma de três maneiras.

a) A complexidade do sintoma identifica-o à doença e suas dessemelhanças absolutas desaparecem. A essência da doença é passível de ser conhecida na leitura do sintoma que é a sua expressão à sensibilidade, ou seja, a percepção pelo olhar médico de um conjunto de sintomas constitui através da linguagem a essência da doença.

b) A complexidade do sintoma identifica-o ao signo. A distinção absoluta entre signo e sintoma desaparece na medida em que o sintoma constitui um estado originário de ausência de saúde plena, identificando-se exatamente com aquilo a que o signo remete, ou seja, a origem e a ordem natural da doença. O sintoma se configura, assim, como um signo natural.

¹³⁶ Cf. *Ibid.*, p. 89-90 / *Ibid.*, p. 101-102.

c) A complexidade do sintoma possibilita dizer o ser da doença. Através dos sintomas não se trata mais de um reconhecimento da doença ideal no quadro nosográfico, mas do conhecimento do “ser patológico” da doença, apresentado de modo transparente pelos sintomas na coincidência entre o ato perceptivo e o ato descritivo. Diferentemente da medicina classificatória, em que a percepção médica ou o olhar médico não buscavam no sintoma a verdade da doença – previamente dada nas tabelas nosológicas – na clínica a verdade da doença é dita no exato momento em que é vista nos sintomas. Há na clínica a simultaneidade entre o ver e o dizer; a doença se torna um elemento, a partir da complexidade do estudo dos sintomas, “visível”, portanto “dizível” ou “enunciável”¹³⁷.

Segundo Foucault, estes desvios são possíveis apenas pela incorporação e aplicação à medicina da analítica da linguagem desenvolvida por Etienne Bonnot de Condillac. Em seu texto *Essai Sur L'Orgine des Connaissances Humaines*, Condillac postula as características das linguagens de ação, um tipo muito específico de linguagem comuns aos signos naturais. Exemplos desses signos seriam os instintos e os sintomas capazes de falar enquanto atuam, expressando sua verdade à consciência que o percebe. A linguagem de ação, comum ao sintoma, ao instinto e aos fenômenos naturais é a linguagem da natureza passível de compreensão pelos homens por possuir também uma estrutura lingüística. Foucault afirma que:

“No equilíbrio geral do pensamento clínico, o sintoma desempenha quase o mesmo papel da linguagem de ação: como esta, ele está inserido no movimento geral de uma natureza; e sua força de manifestação é tão primitiva, tão naturalmente dada quanto o ‘instinto’ que funda esta forma inicial de linguagem.”¹³⁸

¹³⁷ Cf. *Ibid.*, p. 95 / *Ibid.*, p. 108.

¹³⁸ “Condillac, *Essai sur l'origine des connaissances humaines (Oeuvres complètes, na VI)*, T.I., p.252.”

Segundo Roberto Machado, com a aplicação da filosofia de Condillac à medicina, as dessemelhanças absolutas entre doença, sintoma e signo, pensadas pelo classicismo, desaparecem na medida em que o espaço da percepção, constituído pelos sintomas e pelos signos são, a partir de então, também um espaço lingüístico. Configura-se uma relação antes inexistente entre a doença (que se torna significado), os sintomas e os signos (que se tornam significantes) por meio da introdução da “sintaxe inteligível do significante”¹³⁹. Desse modo, por uma relação de ordem metonímica, a doença se torna um conjunto de sintomas que são signos naturais, perceptíveis pela consciência por possuir uma estrutura lingüística. O significado da doença pode ser descrito através de uma linguagem específica e rigorosa do significante, na clínica do final do século XVIII, como resultado de um olhar médico perceptivo/discursivo¹⁴⁰. Foucault mostra que:

“... a clínica utiliza a relação, fundamental em Condillac, do ato perceptivo pelo elemento de linguagem. A descrição do clínico, como a Análise do filósofo, profere o que é dado pela relação natural entre a operação de consciência e o signo.”¹⁴¹.

Assim, se a percepção médica na protoclinica possuía um papel intermediário, transitório e instrumental, a partir da clínica do final do século XVIII, por meio da linguagem o conhecimento se dá no exato momento da coincidência entre o ato de ver e o de descrever. Nesse sentido, é na percepção que o saber se funda e o médico se torna produtor de saber. O olhar médico procura um objeto também novo, não mais o quadro classificatório da medicina das espécies, mas a doença manifesta pelos sintomas no ato de perceber. Roberto Machado acrescenta: “A partir dela (clínica), o olhar que observa é produtor de conhecimento: não tem mais a função de ilustrar a teoria ou a ela se adequar; ao mesmo tempo que observa, pesquisa”¹⁴²

¹³⁹ Cf. *Ibid.*, p. 91 / *Ibid.*, p. 103.

¹⁴⁰ Cf. MACHADO, Roberto. *Foucault: a ciência e o saber*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Zahar, 2006. p.93-95.

¹⁴¹ Michel FOUCAULT, *Naissance de la clinique*. p. 95 / *O Nascimento da Clínica*, p. 108.

¹⁴² MACHADO, Roberto. *Foucault: a ciência e o saber*. p. 92.

Além da filosofia de Condillac, a clínica do final do século XVIII, se alicerça ainda em um outro modelo: o probabilístico de Laplace. Segundo Foucault, mesmo que de modo impreciso e precário, a clínica vai tratar analiticamente, através da teoria matemática das probabilidades, o fato patológico transformando-o num acontecimento registrável, ou seja, cada caso confirmado seria separado e confrontado com um conjunto de outros, podendo constatar ou não uma série que estabeleceria “princípios mensuráveis” de determinadas patologias. Desse modo, a individualidade nas análises das enfermidades, que marcava o pensamento médico clássico, é substituída por comparações e análises de vários casos na busca de séries que possibilitassem a construção de princípios ¹⁴³. Sobre essa transformação acrescenta Christiane Sinding: “l’importation d’une pensée probabilitaire en médecine transforme en concept positif tout ce qui jusque là était resté marqué par la négativité de l’incertitude et de l’aléatoire.”¹⁴⁴

Com os estudos comparados das doenças a partir das análises das probabilidades, a clínica se desvia do estudo de caso da medicina clássica, por quatro critérios cuja descrição passamos a resumir.

a) Se, por um lado, a medicina clássica estabelecia uma hierarquia de complexidade das essências no quadro nosográfico que ia das essências mais gerais e simples às mais singulares e complexas, na clínica, a doença é sempre complexa, fruto da combinação dos elementos simples que compõem um sintoma ou do conjunto complexo de vários sintomas. Não seria “a classe das febres que [...] é princípio de inteligibilidade, mas o pequeno número de elementos indispensáveis para constituir uma febre em todos os casos concretos em que ela se apresenta” ¹⁴⁵. A simplicidade se encontra apenas na singularidade dos elementos que constitui um sintoma.

¹⁴³ Cf. Michel FOUCAULT, *Naissance de la clinique*. p. 97 / *O Nascimento da Clínica*, p. 110.

¹⁴⁴ SINDING, Christiane., “La méthode de la clinique”, in *Lire L’oeuvre*, Sous la direction de Luce Giard, éditions Jérôme Millon, 1992, p. 68.

¹⁴⁵ Michel FOUCAULT, *Naissance de la clinique*. p. 98-99 / *O Nascimento da Clínica*. p. 112.

b) O classicismo estabelecia analogia entre as doenças se fundamentando na similitude da forma dos sintomas, estabelecendo uma identidade entre doenças absolutamente distintas. A clínica analisa a combinação das funções dos sintomas como forma de estabelecer doenças análogas. Diferentes indivíduos podem ter a mesma doença se o conjunto das funções dos sintomas apresentados caracterizarem o mesmo quadro. Sobre essa transformação do “princípio da analogia” Foucault explica que:

“... a dificuldade de respiração é um fenômeno que se encontra de forma muito pouco diferente na tísica, na asma, nas doenças do coração, na pleurisia e no escorbuto: ater-se porém a esta semelhança seria ilusório e perigoso; a analogia fecunda, e que designa a identidade de um sintoma, é uma relação com outras funções ou outras perturbações: a fraqueza muscular [...], a lividez da tez [...], as manchas sobre o corpo [...] e a inchação das gengivas [...] formam uma constelação em que a coexistência dos elementos designa uma interação funcional própria do escorbuto”¹⁴⁶.

c) No classicismo as variações individuais tendem a ser desconsideradas quando identificada a essência geral da doença. Na clínica são as variações individuais incorporadas ao campo probabilístico que estabelecem certezas. A multiplicidade de fatos individuais pode estabelecer uma série, ou seja, criar um “índice de convergência” que identifica uma variação de uma doença conhecida ou uma nova modalidade de doença que passa a fazer parte do campo médico e estatístico¹⁴⁷.

d) Na clínica se estabeleceu um cálculo dos graus de certeza sobre as doenças, os diagnósticos e as terapêuticas fundamentados na “decomposição lógica e aritmética da aproximação” assimiladas da matemática. Por meio da análise do

¹⁴⁶ Cf. Ibid., p.100 / Ibid., p. 114.

¹⁴⁷ Cf. Ibid., p. 101 / Ibid., p. 115.

conjunto dos sintomas seria possível estabelecer níveis de certeza sobre a condição de saúde dos indivíduos¹⁴⁸.

4.3. A anátomo-clínica do século XIX.

As rupturas apresentadas pela clínica do final do século XVIII foram transformadas profundamente pela organização, no século XIX, da anátomo-clínica. Segundo Foucault, “a medicina dos sintomas, pouco a pouco, entrará em regressão, para se dissipar diante da medicina dos órgãos, do foco e das causas, diante de uma clínica inteiramente ordenada pela anatomia patológica”¹⁴⁹.

No capítulo “*Ouvres quelques cadavres*”, Foucault busca reconstituir o *acontecimento* que na história da medicina ocidental foi responsável pelo nascimento da medicina moderna, ou seja, “o momento em que a experiência clínica se tornou anátomo-clínica”¹⁵⁰

Segundo a historiografia tradicional, a indiferença da clínica com relação à anatomia patológica, durante o século XVIII, deu-se em virtude da necessidade de contornar lenta e prudentemente os obstáculos impostos pela religião e pela moral à dissecações de cadáveres¹⁵¹.

Foucault não questiona que a assimilação da anatomia patológica pelo conhecimento e pelas práticas médicas foi o momento em que a medicina se tornou uma ciência moderna, entretanto, mostra que a medicina não contornou, voluntariamente, os empecilhos religiosos ou morais do classicismo, mas que o

¹⁴⁸ Segundo Foucault, a grande ambigüidade da clínica reside na confusão entre o cálculo dos graus de certeza e a análise dos elementos sintomáticos devido à avaliação dos signos e não dos casos como coeficiente de probabilidade. Cf. *Ibid.*, p. 103-104 / *Ibid.*, p.117-118.

¹⁴⁹ *Ibid.*, p. 123 / *Ibid.*, p.139.

¹⁵⁰ *Ibid.*, p. 149/ *Ibid.*, p.167-168.

¹⁵¹ Cf. *Ibid.*, p. 125 / *Ibid.*, p. 141.

pensamento médico clássico e mesmo a clínica do final do século XVIII eram incompatíveis com a “investigação dos corpos”. Se a medicina clássica classificatória não pensava ou tratava as doenças a partir de qualquer fundamentação na interioridade do organismo, ou seja, “... nunca o espaço de configuração da doença foi mais livre, mais independente do seu espaço de localização do que na medicina classificatória”¹⁵², por sua vez, a clínica do final do século XVIII, era “estranha a esta investigação dos corpos mudos e atemporais; as causas ou as sedes a deixavam indiferente: história e não geografia.”¹⁵³

Os corpos eram dissecados desde o início do século XVIII, inclusive com a autorização do Antigo Regime¹⁵⁴ e não na “penumbra, nos limites do proibido, e graças à coragem dos saberes clandestinos que suportavam a maldição”¹⁵⁵, como diria a historiografia médica tradicional. Os Decretos de Marly já autorizavam, no início do século XVIII, os diretores dos hospitais a entregar cadáveres aos professores para demonstrações anatômicas e para o ensino de operações cirúrgicas. Morgani e Hunter realizavam autópsias. Existiam nas clínicas de Viena, na Pávia e no Hôtel-Dieu salas de dissecações¹⁵⁶. Portanto, para Foucault o fato da anátomo-clínica ter sido criada no século XIX diz respeito ao rompimento com toda uma estrutura perceptiva do saber clínico do século XVIII e não devido à impossibilidade do estudo dos cadáveres. O conhecimento clínico do século XVIII possuía um sujeito que buscava ainda na complexidade superficial do sintoma o seu objeto, diferentemente dos novos sujeito e objeto do conhecimento e das novas práticas médicas criadas a partir da assimilação dos estudos anátomo-patológicos de Xavier Bichat. Foucault explica que se tratava, na verdade, de duas formas diferentes e incompatíveis de saber:

“Anatomia e clínica não têm o mesmo espírito: por mais estranho que possa parecer, agora que a coerência anatomoclínica está estabelecida e

¹⁵² Ibid., p. 2 / Ibid., p.2.

¹⁵³ Ibid., p. 127 / Ibid., p.143-144.

¹⁵⁴ Cf. Ibid., p. 126 / Ibid., p. 142.

¹⁵⁵ Ibid., p. 125-126 / Ibid., p. 141-142.

¹⁵⁶ Ibid., p. 126 / Ibid., p. 142.

enraizada no tempo, foi um pensamento clínico que durante 40 anos impediu a medicina de ouvir a lição de Morgani. O conflito não é entre um saber jovem e velhas crenças, mas entre duas figuras de saber”¹⁵⁷

Antes mesmo de Bichat, Morgani já em 1760 escreveu *De Cidibus*, levantando a questão do ponto originário dos sintomas, vinculando a nosologia à anatomia, buscando organicamente o ponto de partida das manifestações sintomáticas. Entretanto, a investigação dos mortos como forma de entender a doença dos vivos não foi de utilidade para a clínica do século XVIII. Tratava-se de romper com uma forma de saber, que havia encontrado o seu limite, e assimilar uma nova configuração de conhecimento e de práticas. Embora o trabalho de Morgani fosse de fundamental importância, o deslocamento entre essas “figuras de saber” foi realizado apenas posteriormente por estudos que iam além da anatomia patológica proposta por ele. Falamos da anatomia patológica criada por Xavier Bichat.

Para a anatomia de Morgani, uma análise das doenças dependia da localização dos órgãos no corpo e a proximidade entre os tipos de doença era estabelecida por sua localização nesta ou naquela região do corpo. Deste modo “o frenesi fazia parte, como a apoplexia, das doenças da cabeça; asma, peripneumonia e hemoptise formavam espécies próximas, por estarem localizadas no peito”¹⁵⁸. A analogia entre as doenças era dada pela localização dos órgãos afetados em determinadas regiões do organismo. São as “repartições geográficas” dos órgãos no corpo que determinam a análise das doenças.

Bichat com o *Traité des membranes*, texto de 1800 e *Anatomie général* de 1801, ultrapassa as análises anatômicas de Morgani por estabelecer como princípio de localização e especificação das doenças, não os órgãos, mas os tecidos que os compõem, independente de sua região no corpo¹⁵⁹. Na anatomia patológica de Bichat o que configura o foco originário das enfermidades e caracteriza quaisquer possíveis analogias entre as doenças são os tecidos que constituem os diferentes órgãos nas mais diferentes áreas do corpo.

¹⁵⁷ Ibid., p. 127 / Ibid., p.144.

¹⁵⁸ Ibid., p. 128 / Ibid., p. 144.

¹⁵⁹ Cf. Ibid., p. 128-130 / Ibid., p. 144/146.

Roberto Machado, ao falar sobre as diferenças entre as anatomias de Morgani e de Bichat, afirma:

“enquanto o princípio básico da anatomia de Morgani é a diversificação das doenças segundo os órgãos atingidos, o princípio básico da anatomia de Bichat é o isomorfismo dos tecidos. Isto é, enquanto o primeiro especificava as doenças por uma repartição local que privilegiava a vizinhança orgânica, o segundo era definir o espaço corporal, não a partir do órgão, considerado como elemento anatômico, mas pelo tecido ou pelas individualidades tissulares que são as membranas”¹⁶⁰.

Acrescentemos com Pierre Billouet:

“Bichat rompe com o princípio de identidade mórbida do órgão em benefício do conceito de tecido – não se falará mais em doenças da cabeça, do peito, etc. O tecido é o verdadeiro elemento para a análise médica, análoga à análise química de Lavoisier. É preciso, então, cruzar a temporalidade dos sintomas e a espacialidade dos tecidos a dar um estatuto à morte”¹⁶¹

É esse o *acontecimento* que marca o fim da medicina classificatória e o nascimento da ciência médica moderna: a criação da anatomoclínica pela incorporação dos estudos da anatomia patológica de Xavier Bichat ao saber e às práticas médicas.

A compreensão da essência da doença se tornou possível pela realização de um percurso que verticalmente se dirigiu da superficialidade nominalista dos sintomas à profundidade do corpo morto, às camadas dos tecidos dos órgãos, aos focos irritantes do organismo e, de volta à superfície, à consciência do médico. Paradoxalmente, a partir de Bichat, na anátomo-clínica a morte recebe o estatuto de instrumento fundamental ao estudo da vida e a condição que possibilita conhecer a vida. O olhar clínico penetra na morte para criar um saber empírico sobre a vida: a

¹⁶⁰ Cf. MACHADO, Roberto. *Foucault: a ciência e o saber*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Zahar, 2006. p. 96.

¹⁶¹ BILLOUET, Pierre. *Foucault*. Tradução brasileira de Beatriz Sidou. Ed. Estação Liberdade. São Paulo, 2003. p. 49.

medicina positiva, primeira ciência sobre o indivíduo, estabelecendo, assim, o seu novo campo perceptivo, criando um novo objeto, a saber, o homem. Foucault afirma:

“É, sem dúvida, decisivo para nossa cultura que o primeiro discurso científico enunciado por ela sobre o indivíduo tenha tido que passar por este momento da morte. É que o homem ocidental só pôde se constituir a seus próprios olhos como objeto de ciência, só se colocou no interior de sua linguagem, e só se deu, nela e por ela, uma existência discursiva por referência a sua própria destruição”¹⁶²

Roberto Machado sintetiza:

“... o que ensina o *Nascimento da clínica* é que a vida do homem se manifesta primeiramente a partir do homem morto, do cadáver, da localização da morte no corpo do homem. Daí a idéia de maior alcance filosófico desse livro por demais conciso: a medicina, ao tornar-se empírica, é um dos primeiros saberes a relacionar o homem com sua finitude originária, com o limite que ele traz em si próprio, assinalando assim a disposição antropológica dos saberes modernos”¹⁶³

4.4. As contribuições da fisiologia de Broussais.

Por fim, Foucault descreve ainda um último momento dessa história descontinua da medicina que transfere a doença do ambiente essencial nosográfico para o espaço objetivo do corpo, analisando o trabalho realizado por Broussais.

¹⁶² FOUCAULT, Michel. *Naissance de la clinique*. p.200-201 / *O Nascimento da Clínica*, p. 227.

¹⁶³ MACHADO, Roberto. *Foucault, a filosofia e a literatura*. 2ª edição. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Ed., 2001. p. 57

A anatomia patológica de Bichat não rompeu definitivamente os vínculos com a nosologia porque deixava em aberto duas questões fundamentais:

a) entre a descoberta de “sede” da doença e os sintomas existiria um espaço não preenchido, desconhecido, aparentemente inacessível, que daria lugar a especulações de ordem nosológica sobre uma possível essência da doença?

b) todas as doenças possuem uma “sede” orgânica, porém, parece existir um pequeno número que não possui um foco localizável no organismo, a exemplo das febres; isto não daria margem a um estudo de caráter classificatório de doenças orgânicas e não orgânicas?

Embora com Bichat se acreditasse que a anatomia patológica havia colocado um ponto final na nosografia, em virtude das dificuldades de se encontrar os focos causadores de um pequeno número de doenças, o pensamento classificador persevera. A taxionomia clássica, no início do século XIX, insistia em definir as doenças por uma espécie anteriormente dada ¹⁶⁴. A antinomia residia exatamente no fato de que quanto mais a anatomia patológica tentava encontrar o lugar da doença na interioridade do corpo, mais reforçava a idéia de doença essencial, devido aos problemas para dar suporte orgânico a certas doenças da época, como por exemplo a cólera.

Foi Broussais em 1816, com sua obra *Examen de la doctrine généralement admise*, que fez com que a anatomia patológica rompesse com o pensamento classificador e que a percepção das lesões orgânicas desse fim, definitivamente, à idéia de essência das doenças.

Foucault atribui esse último desvio à crise causada pela problemática do estudo das febres, no início do século XIX. Para tanto, realiza uma análise do conceito de febre no século XVIII, na busca da compreensão deste movimento de ruptura ¹⁶⁵.

Por febres, no século XVIII, entendia-se “uma reação finalizada do organismo que se defendia contra um ataque ou substância patogênica; a febre manifestada

¹⁶⁴ Cf. Michel FOUCAULT, *Naissance de la clinique*. p.178-179 / *O Nascimento da Clínica*, p. 201.

¹⁶⁵ Cf. *Ibid.*, p. 182 / *Ibid.*, p. 204.

durante a doença vai em direção oposta e tenta remontar a corrente; ela é o signo não da doença, mas da resistência à doença” [...] “a febre é um movimento de excreção, com intenção purificadora”¹⁶⁶. O desencadeamento das fases da febre tinha uma finalidade muito específica de excretar as substâncias causadoras da enfermidade¹⁶⁷; não se podia, porém, estabelecer as razões do seu desencadeamento, o lugar do corpo em que se originava ou o local do organismo que a situava. Tal análise dava margem a especulações de tipo essencialista que acreditavam em febres essenciais inacessíveis, por não possuírem suporte orgânico.

A análise que Broussais faz das febres é outra. A partir de seus estudos sobre a fisiologia das febres, estas passam a estar vinculadas, funcionalmente, às inflamações, ou seja, o aumento do estímulo de determinada agressão ou irritação do organismo dispara um conjunto de reações que caracterizam o estado febril e que tem no sangue ou no sistema circulatório o seu lugar de ação orgânica. A febre é, então, segundo os estudos de Broussais, um conjunto de reações do sistema circulatório causado por outro fenômeno irritante ou inflamação¹⁶⁸ que se caracteriza por ser uma reação protetora dos tecidos e sempre localizável, mas nem sempre visível. Foucault afirma que:

“... em tal esquema, o problema da existência de febres essenciais, sem lesões determináveis não podia ser colocado: qualquer que fosse sua forma, seu ponto de partida ou sua superfície de manifestação, a febre possuiria sempre o mesmo tipo de suporte orgânico”¹⁶⁹.

Sobre o problema da localização e visualização das inflamações no organismo Christiane Sinding argumenta:

“Alors que, chez Bichat, la localisation est la conséquence du principe de visibilité, chez Broussais la maladie est locale per nature et secondairement visible. L’inflammation, processus de structure généralisée, a um point

¹⁶⁶ Ibid., p. 182 / Ibid., p. 204/205.

¹⁶⁷ Cf. Ibid., p. 182 / Ibid., p. 205.

¹⁶⁸ Cf. Ibid., p. 183 / Ibid., p. 206

¹⁶⁹ Ibid., p. 183 / Ibid., p. 206.

d'attaque toujours localisé. Mais ce point d'attaque peut n'être pas visible, surtout dans les débuts de la maladie ou parce que la mort en a effacé la trace. La nature physiologique du phénomène morbide explique donc que celui-ci ne soit pas nécessairement visible.”¹⁷⁰

Assim, as duas ordens de questão que a anatomia de Bichat não conseguia solucionar, para se desvincular do movimento classificador, estavam resolvidas pela incorporação à anatomia patológica de uma análise fisiológica das febres. Primeiramente, porque entre a sede da doença e seu sintoma existe todo um processo de irritação orgânica caracterizado por alterações do aparato circulatório (febre), não necessariamente visível, mas localizável. Segundo, porque não existem doenças que não sejam orgânicas. A análise da fisiologia das febres desautoriza qualquer classificação das doenças em espécies orgânicas e não orgânicas, na medida em que são localizáveis, pois, possuem pontos de fixação objetivos no interior do corpo.

A anatomia patológica de Bichat, incorporada à fisiologia de Brossais, rompe, decisivamente, com qualquer intenção classificatória de situar a doença fora do corpo. As doenças essenciais que estavam presentes no fundamento do pensamento classificador deixam de existir com o desaparecimento das febres essenciais, que insistiam em desafiar as análises da anátomo-patologia.

A experiência clínica moderna se funda, por fim, pela integração da anatomia patológica e das análises fisiológicas à medicina. A fisiologia mostra o aspecto fundamentalmente objetivo da doença inserindo-a em uma

“... trama orgânica em que as estruturas são espaciais, as determinações causais, os fenômenos anatômicos e fisiológicos. A doença nada mais é do que o movimento complexo dos tecidos em reação a uma causa irritante: aí está toda a essência do patológico, pois não mais existem doenças essenciais nem essências das doenças”¹⁷¹.

¹⁷⁰ SINDING, Christiane., “La méthode de la clinique”, in *Lire L'oeuvre*, Sous la direction de Luce Giard, éditions Jérôme Millon, 1992, p. 68.

¹⁷¹ Ibid., p. 194 / Ibid., p.218.

Este é o fim da medicina clássica classificatória das espécies nosológicas e o início da medicina empírica moderna.

Últimas considerações.

Se por um lado historiografia foucaultiana e a historiografia tradicional concordam que foi com a clínica médica que a medicina se tornou um discurso científico, por outro, a argumentação apresentada por Foucault mostra que os estudos que ligavam a anatomia ao estudo das doenças já existiam, mesmo durante o período clássico, e não foram levados em consideração pela medicina das espécies por se tratarem de formas de saber e de práticas distintas e incompatíveis. Contudo, tal mutação não se deu por meio da intenção médica, mas em virtude de estudos extra-médicos como os da anatomia patológica e os estudos de fisiológicos empregados na compreensão das enfermidades; saberes oriundos da biologia que incorporados à medicina deram origem a um novo saber e a uma nova prática médica. Essa mistura originou um novo olhar médico que, aliado à linguagem, busca seu objeto na interioridade orgânica situando a doença no espaço objetivo do corpo, sobrepondo o lugar de sua *configuração e localização*, fundando a medicina empírica moderna.

5. Conclusão.

Ao final do percurso histórico que vai do século XVII ao início do século XIX, Foucault formula uma história do nascimento da medicina moderna. Sua história se distancia da historiografia médica tradicional por se configurar como uma história descontínua. A distância entre essas histórias se estabelece como resultante de uma leitura crítica, herança notadamente nietzschiana¹⁷², que Foucault faz da história concebida como provida de uma origem, de uma continuidade linear e de um *telos*. A partir de sua leitura crítica faz uma abordagem histórica que se utiliza de elementos costumeiramente desconsiderados pela historiografia oficial. Esses elementos são as figuras do despropósito e da imprevisibilidade presentes na história, que caracteriza uma das noções fundamentais do trabalho de Foucault: a noção de *acontecimento*¹⁷³. O *acontecimento* se caracteriza por ser uma irrupção singular e não necessária na história, cuja peculiaridade dá origem a instituições, discursos e práticas. Neste sentido, por ser marcado pela eventualidade e casualidade o *acontecimento* não apenas se contrapõe à linearidade e à intencionalidade de uma teleologia histórica, mas se desdobra e repercute como objeto do pensamento ainda hoje.

Segundo a historiografia tradicional a medicina alcançou seu estatuto de ciência empírica por meio de uma observação constante e exaustiva do leito dos doentes que resultou em um burilamento intencional dos conceitos e das práticas médicas. Rejeitando os antigos erros conseqüentes de seu passado teórico, filosófico e taxionômico, a racionalidade médica teria elaborado verdades superiores, conseguidas e mais rigorosamente definidas, pela utilização de um instrumental moderno. História positiva, factual e linear que explica a trajetória da medicina como

¹⁷² Sobre a relação entre os textos de Nietzsche e a construção da noção de acontecimento. FOUCAULT, Michel. Frédéric Gros (Org.). "O pensamento vertical: uma ética da problematização". In *Foucault a coragem da verdade*. Tradução brasileira de Marcos Marcionilo. São Paulo. Parábola editorial, 2004. p. 68.

¹⁷³ Cumpre notar que todo *acontecimento* se constitui como um desvio, acidente, circunstância histórica, acaso ou erro, entretanto, dentre esses, nem todos configuram um *acontecimento*.

um itinerário possuidor de um sentido último que perpassa a história, independentemente de quaisquer outras relações existentes com o momento histórico em que o saber médico se insere, da confluência com outros saberes, da economia, da política e das transformações sócio-culturais. Foucault, já no prefácio, deixa claro o objetivo de *Naissance de la Clinique*: refutar a tese tradicional sobre o nascimento da medicina moderna. Para tanto, realiza uma arqueologia das condições que possibilitaram o nascimento da medicina empírica no Ocidente, buscando em diferentes dimensões (discursos, instituições, práticas), elementos que fundamentassem sua leitura da história. Dentre os diversos elementos encontrados em *Naissance de la Clinique*, três fatos são de fundamental importância pela abrangência de suas repercussões, configurando-se como *acontecimentos*: os surtos epidêmicos do século XVIII, A Revolução Francesa e o nascimento da anatomoclínica.

A partir deles Foucault conta uma história da medicina¹⁷⁴ segundo a qual foi necessária toda uma complexa rede de acasos, contingências, desvios e rupturas para que a medicina empírica nascesse. Para tanto, foi determinante que os surtos epidêmicos, durante o século XVIII, promovessem o desdobramento do saber e das práticas médicas clássicas pela criação da “medicina social”, vertente institucional da medicina clássica caracterizada por ser uma medicina que tinha como objeto as condições do meio ambiente. As epidemias promoveram, definitivamente, a formação de uma consciência política em torno do fenômeno patológico que se manifesta pela constituição de um tipo de medicina preocupada com a saúde geral da população. Os fenômenos epidêmicos transformaram o *corpus* do saber médico e as práticas médicas, vinculando a medicina e o médico, decisivamente, ao poder político instituído.

Por sua vez, a Revolução Francesa é o *acontecimento* que põe fim a todas as sociedades, corporações e instituições de ensino da medicina, manifestando a falta de instituições dedicadas ao tratamento dos doentes, e criando uma demanda de instituições de ensino da medicina. A lacuna institucional criada pela Revolução Francesa estabelece as condições que possibilitam a integração da clínica à

¹⁷⁴ A análise de *Naissance de la clinique* por meio da noção de acontecimento é apenas uma aproximação do texto. *Naissance de la clinique* abre espaço para outras abordagens. Sobre as diferentes possíveis leituras desse texto ver: SINDING, Christiane., “La méthode de la clinique”, in *Lire L’oeuvre*, Sous la direction de Luce Giard, éditions Jérôme Millon, 1992, p. 59-61.

instituição hospitalar reorganizada segundo os critérios da disciplina e da medicina do meio. Nos diferentes momentos da clínica o saber e as práticas médicas clássicas se desestruturaram pela incorporação de uma série de saberes extra-médicos à medicina, a saber: lingüística, matemática, anatomia patológica e fisiologia. O conhecimento e as práticas anátomo-clínicas romperam, decisivamente, com os objetos, os conceitos e os métodos da medicina clássica pela articulação entre um novo olhar, uma nova linguagem e a morte. Um novo olhar que rompe a superficialidade sintomática para perscrutar o interior do corpo. Uma nova linguagem que, associada ao olhar, deixa o espaço das essências nosográficas dando ao conhecimento médico empiricidade e positividade. A morte, lugar privilegiado que torna legível as formas patológicas da vida. A doença encontra visibilidade na morte, na objetividade do corpo morto, desprendendo-se definitivamente da metafísica: “percebida com relação à morte, a doença se torna exaustivamente legível, aberta sem resíduos à dissecação soberana da linguagem e do olhar. Foi quando a morte se integrou epistemologicamente à experiência médica que a doença pôde se desprender da contranatureza e *tomar corpo no corpo vivo* dos indivíduos”¹⁷⁵. Segundo Foucault é por meio dessa trama de diversos elementos que foi possível o nascimento da medicina moderna, primeira ciência empírica de nossa cultura que tem por “sujeito e objeto do seu próprio conhecimento”¹⁷⁶ o homem.

Na perspectiva foucaultiana, concluída a arqueologia do nascimento da medicina moderna ocidental, as intenções da historiografia tradicional de contá-la a partir de uma linearidade progressiva não se justificam. Seja porque a contingência das condições de sua possibilidade caracteriza a casualidade de sua transformação, inviabilizando o argumento de um aprimoramento conceitual fundamentado na intencionalidade da racionalidade médica, seja porque não existe relação de linearidade ou continuidade entre o saber médico clássico e o moderno, pois se trata de saberes distintos com conceitos, métodos e práticas diversas. Desse modo, a história da medicina moderna ocidental é marcada por descontinuidades e não por uma evolução teleológica.

¹⁷⁵ FOUCAULT, Michel. *Naissance de la clinique*. p.201 / *O Nascimento da Clínica*, p. 227.

¹⁷⁶ *Ibid.*, p. 201 / *Ibid.*, p. 227.

* * *

Acerca dos desdobramentos na atualidade dos trabalhos de Foucault sobre o tema da medicina, façamos algumas breves considerações.

Comentadores¹⁷⁷ do pensamento de Michel Foucault ao analisar a atualidade de seus trabalhos ressaltam a importância de se considerar as questões em torno da medicina, exatamente porque em virtude da "medicalização cada vez mais abrangente de todas as questões e de todos os problemas que fazem parte de nosso presente"¹⁷⁸ o poder da medicina se coloca como objeto do pensamento.

A medicina moderna não só elegeu o seu objeto como também instituiu a sua divisão em normal e patológico, ou seja, uma medicalização dos indivíduos trouxe como conseqüência uma patologização dos comportamentos. Medicalizar não significa apenas determinar os melhores procedimentos terapêuticos que se aplicam a certa doença, mas configura-se como uma gestão moral sobre os indivíduos por meio do estabelecimento de padrões de vida equilibrada. São os mecanismos da norma que possibilitam, portanto, a diferenciação entre o *homem saudável* e o *homem doente*. O *homem saudável e normal* é aquele que por definição obedece aos processos reguladores que mantêm a saúde, *Homem modelo* que conserva o funcionamento das forças produtivas do capital e sustenta a ordem de uma nação¹⁷⁹. Dessa maneira a medicina, ao longo do século XIX e XX, alcançou uma enorme capacidade normativa, criando uma sociedade medicalizada, temerosa da doença e da morte, da privação da saúde e do trabalho, que associa a medicina a todos os aspectos da vida.

Atualmente, as divisões do objeto da medicina adquiriram novas configurações por uma total redefinição da relação entre o normal e o patológico. A

¹⁷⁷ Sobre a atualidade do pensamento de Foucault em torno das questões que envolvem a medicina ver: Artières, P. et Da Silva, E. (direction). *Michel Foucault et la médecine: lectures et usages*. Paris: Kimé, 2001. Sous la direction de Luce Giard. *Michel Foucault: Lire L'oeuvre*. Éditions Jérôme Millon, 1992. Dominique Franche, Sabine Prokhoris, Yves Roussel, Centre Michel Foucault (orgs.). *Au risque de Foucault*. Éditions du Centre Pompidou, Paris, 1997. Daniel Omar Perez (org.). *Filósofos e terapeutas: em torno da questão da cura*. Ed. Escuta. São Paulo. 2007.

¹⁷⁸ ALVES DA FONSECA, Márcio. "História da clínica e medicina da alma em Michel Foucault". In: Daniel Omar Perez (org.). *Filósofos e terapeutas: em torno da questão da cura*. Ed. Escuta. São Paulo. 2007. p.159.

¹⁷⁹ Cf. Ibid. "La naissance de la médecine sociale", in *Dits et écrits* v. II. p.223-228 / "O nascimento do hospital", in *Microfísica do poder*, p. 93-98.

biologização da medicina que se desenrola, desde o final do século XIX, introduziu aquilo que uns denominam “science du devenir de l’individu”¹⁸⁰, marcando, notadamente, o nascimento da medicina genética. Um dos objetivos fundamentais da medicina genética é a tentativa de identificar quais dentre nós, mesmo antes do nascimento, temos predisposições para o desenvolvimento de determinadas doenças, atuando sobre escolhas de nossas vidas, a fim de impedir que essas doenças cheguem a se manifestar. François Ewald, em seu texto “Foucault et l’actualité”, logo após afirmar que “... on médicalise tout...”, explica que o nascimento da medicina genética nos coloca alguns problemas. Um primeiro problema diz respeito exatamente à separação entre o normal e o patológico, ou seja, acerca do estado de predisposição para desenvolver uma determinada doença: é um estado de doença ou não? Um segundo problema tem relação com a própria natureza da atividade médica. A medicina genética se caracteriza por ser uma atividade pouco terapêutica, pois, configura-se como exercício de prevenção, atuando sobre os indivíduos antes mesmo da manifestação da doença. Como resultante desse traço da medicina genética, se antes considerava-se que éramos acometidos por doenças, conhecidas agora as nossas predisposições e o fato de que nosso estilo de vida pode manifestá-las, quando adoecemos seremos tratados como os causadores de nosso próprio mal? A partir da possibilidade de se determinar que tipo de vida os indivíduos devem ter para não provocar a doença latente, quais serão os limites do poder médico?¹⁸¹ Essa nova medicina parece redefinir a relação entre o médico e o paciente, uma vez que surge “... o problema de se saber que tipo de resistência o doente pode opor a esse saber médico para existir como ‘sujeito’ e não apenas como ‘objeto’ da intervenção médica”¹⁸².

A extensão dessas questões e suas respostas se colocam de maneira muito imprecisa diante de nós. Sua consideração tem por objetivo mostrar a atualidade e a abrangência das análises foucaultianas relativas à medicina bem como das diferentes abordagens que podem ser realizadas a partir da leitura de *Naissance de*

¹⁸⁰ SINDING, Christiane., “La méthode de la clinique”, in *Lire L’oeuvre*, Sous la direction de Luce Giard, éditions Jérôme Millon, 1992, p. 82.

¹⁸¹ EWALD, François. Foucault et l’actualité. In: *Au risque de Foucault*. Paris.Éditions du Centre Pompidou, 1997. p. 203-212. Ver também:

¹⁸² ALVES DA FONSECA, Márcio. “História da clínica e medicina da alma em Michel Foucault”. In: Daniel Omar Perez (org.). *Filósofos e terapeutas: em torno da questão da cura*. Ed. Escuta. São Paulo. 2007. p.160.

la Clinique. Interessante convite à pesquisa, tais aprofundamentos, porém, vão muito além dos objetivos deste trabalho.

Bibliografia

De Foucault

- *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard medical.* 5. ed. Paris: PUF,1997. *O Nascimento da Clínica.* Tradução de Roberto Machado. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987.
- *Histoire de la folie à l'âge classique.* Paris: Gallimard, 1972. *História da loucura na idade clássica.* Tradução Brasileira de José Teixeira Coelho Neto. 2.ed. S. Paulo: Perspectiva, 1987.
- *Maladie mentale et psychologie.* Paris : PUF. 1962. *Doença mental e psicologia.* Tradução brasileira de Lílian Rose Shalders. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1984.
- *Les mots et les choses. Une archéologie des sciences humaines.* Paris. Gallimard, 1998. *As Palavras e as coisas. Uma Arqueologia das ciências humanas.* Tradução brasileira de Salma Tannus Muchail. S. Paulo, Martins Fontes, 1981.
- *L'Archéologie du savoir.* Paris Gallimard, 1969. *A Arqueologia do Saber .* Tradução brasileira de Luís Felipe Baeta Neves. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1972).
- *Surveiller et punir. Naissance de la prison.* Paris, Gallimard, 1975. *Vigiar e punir.* Tradução brasileira de Raquel Ramallete, Petrópolis, Vozes, 1977.
- *Histoire de la sexualité- vol.I: La volonté de savoir.* Paris, Gallimard, 1975. *História da sexualidade,vol.I: A vontade de saber .*Tradução brasileira de

Maria Tereza da Costa Albuquerque e José Augusto Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro, Graal, 1977.

- *Histoire de la sexualité- vol.II: L'Usage des plaisirs*. Paris, Gallimard, 1984. *História da sexualidade – II: O Uso dos prazeres*. Tradução brasileira de Maria Tereza da Costa Albuquerque. Revisão técnica de José Augusto Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro, Graal, 1984.
- *Histoire de la sexualité- vol.III: Le souci de soi*. Paris, Gallimard, 1984. *História da sexualidade – III: O Cuidado de si*. Tradução brasileira de Maria Tereza da Costa Albuquerque. Revisão técnica de José Augusto Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro, Graal, 1985.
- *Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise*. Coleção “Ditos e escritos”, vol. I. Organização e seleção de textos de Manoel Barros da Motta. Tradução de Vera Lúcia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1999.
- *Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento*. Coleção “Ditos e escritos”, vol. II. Organização e seleção de textos de Manoel Barros da Motta. Tradução de Elisa Monteiro. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2000.
- *Estética: literatura e pintura, música e cinema*. Coleção “Ditos e escritos”, vol. III. Organização e seleção de textos de Manoel Barros da Motta. Tradução de Inês Autran Dourado Barbosa. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2001.
- *Estratégia, poder-saber*. Coleção “Ditos e escritos”, vol. IV. Organização e seleção de textos de Manoel Barros da Motta. Tradução de Vera Lúcia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2003.

- *Ética, sexualidade, política*. Coleção “Ditos e escritos”, vol. V. Organização e seleção de textos de Manoel Barros da Motta. Tradução de Elisa Monteiro e Inês Autran Dourado Barbosa. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2004.
- “La naissance de la médecine sociale”. In *Dits et écrits*. Paris: Gallimard, 1994. v. 3, p. 207-228. O nascimento da medicina social. In *Microfísica do Poder*. Tradução brasileira de Roberto Machado. Rio de Janeiro, Graal, 1979. p. 79-98.
- “L’incorporation de l’hôpital dans la technologie moderne”. In *Dits et écrits*. Paris: Gallimard, 1994. v.3, p. 508-521. O nascimento do hospital. In *Microfísica do Poder*. Tradução brasileira de Roberto Machado. Rio de Janeiro, Graal, 1979. p. 99-111.
- “La politique de la santé au XVIII siècle”. In *Dits et écrits*. Paris: Gallimard, 1994. v.3, p. 15-27. A política da saúde no século XVIII. In *Microfísica do poder*. Tradução brasileira de Roberto Machado. Rio de Janeiro, Graal, 1979. p. 193-207.
- “Crise de la medicine ou crise de l’antimédecine?”. In *Dits et écrits*. Paris: Gallimard, 1994. v.3, p. 40-58.
- “Asiles. Sexualité. Prisons”. In *Dits et écrits*. Paris: Gallimard, 1994. v.2, p. 771-782.
- “La fonction politique de l’intellectuel”. In *Dits et écrits*. Paris: Gallimard, 1994. v.3, p. 109-114.
- “L’asile illimité”. In *Dits et écrits*. Paris: Gallimard, 1994. v.3, p. 271-275.
- “Les mailles du pouvoir”. In *Dits et écrits*. Paris: Gallimard, 1994. v. 4, p. 182-201.

- “Une mort inacceptable”. In *Dits et écrits*. Paris: Gallimard, 1994. v. 3, p. 7-9.
- “Pouvoir et corps”. In *Dits et écrits*. Paris: Gallimard, 1994. v. 2, p. 754-760.
- “Le pouvoir, une bête magnifique”. In *Dits et écrits*. Paris: Gallimard, 1994. v. 3, p. 368-382.
- “La prison vue par un philosophe français”. In *Dits et écrits*. Paris: Gallimard, 1994. v. 2, p. 725-731.
- “Le sujet et le pouvoir”. In *Dits et écrits*. Paris: Gallimard, 1994. v. 4, p. 222-243.
- “Sur l’archéologie des sciences”. In *Dits et écrits*. Paris: Gallimard, 1994. v. 1, p. 696-731.
- “La technologie politique des individus”. In *Dits et écrits*. Paris: Gallimard, 1994. v. 4, p. 813-828.
- “La vie des hommes infâmes”. In *Dits et écrits*. Paris: Gallimard, 1994. v. 3, p. 237-253.
- *Herculine Barbin dite Alexine B.* (présenté par Michel Foucault). Paris, Gallimard, 1982. *Herculine Barbin: diário de um hermafrodita*. Tradução brasileira de Irley Franco. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.
- *Les anormaux*. Cours au Collège de France: 1974-1975. Paris: Gallimard; Le Seuil, 1999. *Os anormais*. Tradução brasileira de Eduardo Brandão. São Paulo, Martins Fontes, 2001.
- *L’Herméneutique du sujet – Cours au Collège de France, 1981 – 1982*. Paris, Gallimard/Seuil, 2001. *Hermenêutica do sujeito – Curso no Collège de France*,

1981-1982. Tradução brasileira de Marcio Alves da Fonseca e Salma Tannus Muchail. São Paulo, Martins Fontes, 2004.

- *Microfísica do poder*. Organização, introdução e tradução de Roberto Machado. 7. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- *A verdade e as formas jurídicas*. Tradução de Roberto Cabral de Melo e Eduardo Jardins Morais. 3. ed. Rio de Janeiro: NAU, 1996.
- *L'Ordre du discours. Leçon inaugurale au Collège de France prononcée le 2 décembre 1970*. Paris, Gallimard, 1971. *A ordem do discurso. Aula inaugural no Collège de France pronunciada em 2 de dezembro de 1970*. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo, Loyola, 1996.
- *O Dossier. Últimas entrevistas*. Introdução e organização de Carlos Henrique de Escobar. Tradução de Ana Maria de A. Lima e M. da Gloria R. da Silva. Rio de Janeiro, Taurus, 1984.
- *Résumés des cours au Collège de France, 1970-1982*. Paris, Julliard, 1989. *Resumo dos cursos do Collège de France, 1970-1982*. Tradução brasileira de Andréa Daher. Consultoria de Roberto Machado. Rio de Janeiro, Zahar, 1997.

Sobre Foucault

- Araújo, I. L. *Foucault e a crítica do sujeito*. Curitiba, Ed. Da UFPR, 2000.
- Auzias, J.M. "O não-estruturalismo de Michel Foucault". In *Chaves do estruturalismo*. Tradução de N.O. Caixeiro. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1972, p. 88-100.
- Baugrillard, J. *Oublier Foucault*. Paris: Galilée, 1977.

- Billouet, P. *Foucault*. Paris: Les Belles Lettres, 1999.
- Birman, J. *Entre Cuidado e Saber de Si – Sobre Foucault e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2000.
- Chaves, E. *Foucault e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1988.
- Coelho de Souza, S. *A Ética de Michel Foucault – a verdade, o sujeito, a experiência*. Belém: Ed. Cejup, 2000.
- Dekens, O. *L'Épaisseur Humaine – Foucault et l'Archéologie de l'Homme Moderne*. Paris: Ed. Kimé, 2000.
- Deleuze, G. *Foucault*. Tradução de Claudia Sant'ana Martins. S. Paulo: Brasiliense, 1988.
- Dosse, F. *História do estruturalismo – II. O canto do Cisne, de 1967 a nossos dias*. Tradução de A. Cabral. Ed. Ensaio, Univ. Est. De Campinas, 1994.
- _____ *História do estruturalismo – I. O Campo do Signo, 1945/1966*. Tradução de A. Cabral. Ed. Ensaio, Univ. Est. de Campinas, 1993.
- Eribon, D. *Michel Foucault*. Tradução de Hildegard Feist. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.
- Évrard, F. *Michel Foucault et l'histoire du sujet en Occident*. Paris: Bertrand-Lacoste, 1995.
- Ewald, F. *Foucault: a norma e o direito*. Tradução de A. Fernando Cascais. Lisboa: Vega, 1993.

- _____ . *Au risque de Foucault*. Éditions du Centre Pompidou, Paris, 1997.
- Ferraz, M. Cristina Franco (Org). *Três tempos sobre a História da Loucura*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2001.
- Fonseca, M.A. *Michel Foucault e a constituição do sujeito*. S. Paulo: Educ, 1995.
- Fonseca, M.A. *Foucault e o direito*. S. Paulo: Max Limonad, 2002.
- Ganguilhem, G. *O normal e o patológico*. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho e Luis Otavio F. Barreto Leite. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1990.
- Giannotti, J.A. "História sem razão (sobre Michel Foucault)". In *Filosofia Miúda e demais Aventuras*. S. Paulo, Brasiliense, 1985, p. 184-207.
- Gros, Frédéric. *Foucault et la folie*. Paris: PUF, 1997.
- _____ . *Michel Foucault*. 2. ed. Paris: PUF, 1998.
- _____ . *A coragem da verdade*. Tradução de Marcos Marcunilo. Prefácio de Salma Tannus Mauchail. São Paulo: Parábola Editorial, 2004.
- Lebrun, G. "O microscópio de Michel Foucault". In *Passeios ao léu. Ensaio*. S. Paulo: Brasiliense, 1983, p . 77-84.
- Lenain, T. *L'image – Deleuze, Foucault, Lyotard*. Paris: Vrin, 1997.
- Lepargneur, H. "Foucault, franco-atirador". In *Introdução aos estruturalismos*. São Paulo: Herder, EDUSP, 1972, p. 75-88.

- Artières, P. et Da Silva, E. (direction). *Michel Foucault et la médecine: lectures et usages*. Paris: Kimé, 2001.
- _____ *Lire l'oeuvre*. Édition établie sous la direction de Giard, L., Paris: Jérôme Millon, 1992.
- Muchail, Salma Tannus. *Foucault, simplesmente*. São Paulo: ed. Loyola, 2004.
- Macey, D. *Michel Foucault*. Paris: Gallimard, 1994.
- Machado, R. *Danação da forma: Medicina Social e Constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- _____. *Foucault: a filosofia e a literatura*. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.
- _____. *Foucault: a ciência e o saber*. Rio de Janeiro: Zahar, 2006
- Merquior, J.G. *Michel Foucault ou o niilismo de cátedra*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- Ortega, F. *Amizade e estética da existência em Foucault*. Pref. De Jurandir Freire Costa. Rio de Janeiro: Graal, 1999.
- Omar Perez, Daniel (org.). *Filósofos e terapeutas: em torno da questão da cura*. Ed. Escuta. São Paulo. 2007.
- Paolo Adorno, F. *Le Style du philosophe: Foucault et le dire-vrai*. Paris: Kimé, 1996.
- Pelbart, P.P. *Da clausura do fora ao fora da clausura. Loucura e desrazão*. S. Paulo: Brasiliense, 1989.

- Portocarrero V. e Castelo Branco G. (orgs). *Retratos de Foucault*. Rio de Janeiro: Nau, 2000.
- Rajchman, J. *Foucault: a Liberdade da Filosofia*. Tradução de A. Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1987.
- Ribeiro, R.J. (org). *Recordar Foucault*. São Paulo, Brasiliense, 1985.
- Rouanet, S.P. (Org), *O homem e o discurso. A Arqueologia de Michel Foucault*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro (Comunicação n.3), 1971 (incluindo uma “Entrevista com Michel Foucault”, p. 17-42).
- Roudinesco, E. *Penser la folie. Essais sur Michel Foucault*. Paris: Galilée, 1992.
- Silva, Tomaz T. *O Sujeito da Educação – Estudos foucaultianos*. Petrópolis: Vozes, 3. Ed., 1999.
- Ternes, J. *Michel Foucault e a idade do homem*. Goiânia, UFG E UCG, 1988.
- Tronca, I.A. (org). *Foucault vivo*. Campinas, Pontes Editores, 1987.
- Veyne, P. *Como se escreve a história e Foucault revoluciona a história*. 4. ed. Tradução de Alba Baltar e Maria Auxiliadora Kneipp. Brasília: Ed. UnB, 1998.

Outros textos

- *The American Illustrated Medical Dictionary*. Ed. Saunders Company. Nineteenth Edition. Philadelphia. 1941.

- Bloch M. *Apologie pour l'histoire, ou métier d'historien*. Paris: Armand Colin, 1997.
- Lacaz C.S. *Vultos da medicina brasileira*. São Paulo: Editora Helicon Ltda, 1963.
- Le Clerc D. *Histoire de la médecine, ou l'on voit l'origine et le progrès de cet art*. Genève, 1696.
- Salles P. *História da medicina no Brasil*. Belo Horizonte: Editora G. Holman Ltda., 1971.
- Santos Filho L. *História Geral da medicina brasileira*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1991.
- Sigerist H. *A history of medicine*. Oxford: Oxford University Press, 1979.