

HIGIENE MATRIMONIAL, SEXUALIDADE E MODOS DE SUBJETIVAÇÃO NO BRASIL DO SÉCULO XIX (1847-1870)*

Cristiane Oliveira**

Resumo: O presente artigo analisa a difusão da lógica higienista dos casamentos pelo pensamento médico novecentista e suas ressonâncias na transição da família patriarcal para a família nuclear no Brasil. Trata-se de um estudo histórico, de inspiração foucaultiana, que teve como corpus documental teses, livros e periódicos médicos brasileiros do século XIX (1847-1870). Através de um conjunto detalhado de prescrições higiênicas, o casamento foi enaltecido como elemento essencial ao progresso da pátria, à custa da condenação virulenta tanto à renúncia à vida sexual presente no celibato eclesiástico, como às vivências sexuais que ocorriam na periferia da instituição matrimonial e codificadas como excessivas, como a libertinagem e a ninfomania. Desta maneira, foram perfilados os traços de um ideal normativo capaz de modelar maridos e esposas à tarefa de fazer do casamento a base de sustentação para um projeto de higienização e, posteriormente, de eugeniação da sociedade.

Palavras-chave: Sexualidade; higiene matrimonial; subjetividade.

Abstract: This paper examines the diffusion of the hygienist logic of weddings by nineteenth-century medical thought and its resonances in the transition from patriarchal family to the nuclear family in Brazil. This is a historical study, inspired by Foucault, whose corpus were theses, books and Brazilian medical journals of the 19th century (1847-1870). Through a comprehensive set of hygienic requirements, marriage was lauded as essential to the progress of the nation, at the expense of the virulent condemnation both of renunciation of sexual life in ecclesiastical celibacy, and sexual experiences that occurred in the vicinity of the marriage institution, considered excessive, such as licentiousness and nymphomania. Thus, we profiled the traits of a regulatory ideal capable of modeling husbands and wives to the task of making marriage the basis of a project of cleaning and thereafter eugenization of society.

Keywords: Sexuality; matrimonial hygiene; subjectivity.

1. Introdução

A partir da segunda metade do século XIX, as instituições de formação médica no país são parte de um movimento mais amplo de constituição de uma elite intelectual que pudesse construir um projeto de nação para o Brasil. Nessa perspectiva, museus de ciência natural, escolas de medicina e de direito deveriam criar uma *intelligentsia* robusta capaz de gerar os subsídios discursivos que fizessem coadunar os interesses do liberalismo com a necessidade de justificar a profunda estratificação social, centralizados no

* Trabalho financiado pela CAPES e pelo CNPq, através de concessão de bolsa de doutorado e de doutorado sandwich no exterior (SWE), respectivamente. Registro ainda meu reconhecimento ao professor Joel Birman, orientador da tese de doutorado que originou o presente artigo.

** Psicóloga. Professora Adjunta do Instituto de Psicologia da UFBA. Doutora em Saúde Coletiva (IMS-UERJ) com estágio doutoral na Université Paris VII.

debate sobre a condição miscigenada da população brasileira (SKIDMORE, 1989; SCHWARCZ, 1993).

Apesar das reivindicações de maior reconhecimento que a corporação médica dirigia ao Estado, a institucionalização do saber médico no Brasil não se deu apenas por antagonismo aos interesses estatais. Houve também um progressivo alinhamento de seus interesses, o que pode ser localizado na necessidade de normalização do espaço citadino e da população, empreendida pela difusão da medicina social (MACHADO, LOUREIRO, LUZ & MURICY, 1978; COSTA, 1999). No entanto, para que esse projeto pudesse ser levado a cabo, seria necessária uma maior intromissão estatal na regulação dos indivíduos, bem como uma reestruturação dos próprios mecanismos de controle da ordem social.

É nesse cenário que a medicina vai desempenhar uma importante mediação na regulação individual e social por parte do Estado, o que aconteceu por sua paulatina ingerência na família. O presente trabalho analisa a difusão da lógica higienista dos casamentos pelo pensamento médico novecentista e suas ressonâncias na transição da família patriarcal para a família nuclear no Brasil. Para tanto, identifica alguns aspectos da institucionalização da medicina no Brasil, que se deu nas primeiras décadas do século XIX, a fim de situar as condições de possibilidade que demarcaram tensões e solidariedades que organizaram sua relação com o Estado e com a família patriarcal. Em seguida, analisa as prescrições médicas voltadas ao casamento, explicitando as táticas discursivas de uma verdadeira campanha em defesa de sua superioridade higiênica. Finalmente, mapeia as figuras sexuais que, seja pelo excesso, seja pela contenção, representavam uma ameaça aos remanejamentos das figuras de esposa e marido na nova configuração medicalizada de família que começava a se esboçar no Brasil.

O percurso de investigação envolveu pesquisa documental na Biblioteca Nacional, na Academia Nacional de Medicina e na Biblioteca de Manguinhos – FIOCRUZ (Rio de Janeiro) e na Faculdade de Medicina da Bahia (Salvador). Trata-se de um estudo genealógico, de inspiração foucaultiana, que, para o escopo do presente artigo, baseou-se em teses e periódicos médicos publicados no Brasil entre 1847-1870.

2. A institucionalização da medicina no Brasil

A história da constituição do saber médico no Brasil remonta à segunda metade do século XVIII, quando uma transição política importante aí se fez notar, explicitando um conjunto heterogêneo de transformações sociais que começaram a delinear certas prioridades históricas. No plano econômico, o declínio da monocultura açucareira e a expansão da exploração do ouro reconfiguraram a geopolítica brasileira, fazendo com que o centro de produção de riquezas migrasse do Nordeste para o Sudeste brasileiro. Neste particular, o Rio de Janeiro era uma cidade que foi merecendo cada vez mais atenção do poder colonial, já que servia de ponto de escoamento do ouro e começava a aglutinar de maneira cada vez mais caótica uma população crescente. Disso decorria que a normalização¹ do espaço social, através da regulação de seus perigos e da distribuição ordenada dos indivíduos, tornava-se um imperativo. A sede do governo foi então deslocada de Salvador para o Rio de Janeiro em 1761, estabelecendo, no plano político, uma nova relação entre colônia e metrópole. É nesse cenário que veremos surgir, na nova capital do Império, o caso exemplar de intervenção paulatinamente articulada entre Estado e medicina para higienizar o espaço social, constituindo uma expectativa de institucionalização do saber médico no país (MACHADO et al., 1978).

Já havia uma demanda da população por médicos no Brasil Colônia, mas o binômio médico-doença era preterido por formas alternativas de cura, de modo que nesse período a medicina não se impunha como a forma privilegiada de abordar a saúde. A escassez de médicos tinha como motivos principais o desinteresse desses profissionais em se instalar no Brasil e a proibição do ensino superior nas colônias. Até a chegada da família real, em 1808, a atuação médica era controlada por Portugal. Inicialmente, através dos cirurgiões-mores (cargo criado em 1260), reproduzindo o modelo institucional da monarquia portuguesa, que fazia do médico um prolongamento do poder soberano, cujo papel era eminentemente fiscalizador. Ao longo dos séculos XVI e XVII, esse mecanismo sofreu algumas alterações, basicamente orientadas por uma especificação das diferentes práticas sob a responsabilidade da medicina (MACHADO et al., 1978).

É nesse sentido que cirurgião-mor, físico-mor (categoria que nasce no século XVI) e boticário deveriam ter funções diferentes, de modo a tornar

impossível a superposição de responsabilidades, passível de punição jurídica. A análise do exame realizado junto à Fisicatura ilustra o itinerário pelo qual um praticante da medicina deve percorrer para obter legitimidade jurídica de sua prática: são-lhe exigidos prova documental e testemunho de sua prática por dois anos, além de realização de exame médico junto aos doentes para receber licença para exercer a medicina. Esse modelo foi transplantado para o Brasil, de modo a garantir que, através da medicina, a metrópole pudesse ter controle sobre a colônia, razão pela qual não se permitia até então formação superior no país (MACHADO et al., 1978).

O regimento da Fisicatura, no entanto, não parecia ter sido devidamente cumprido na colônia, já que boticários prescreviam medicamentos livremente, os cirurgiões continuavam a exercer a medicina e muitos práticos exerciam a medicina sem licença. Após algumas tentativas não exitosas de intensificação da fiscalização, foi criada, em 1782, a I Junta do Proto-Medicato, que centralizava os poderes do físico e cirurgião-mores de fiscalização do exercício da profissão, concedendo licenças e diplomas, substituindo, sem mudanças substanciais, a Fisicatura. Efetivamente, toda a regulação do exercício da medicina se restringia à fiscalização da profissão e, com ela, da vida política e econômica da colônia (MACHADO et al., 1978).

O reconhecimento da necessidade de formação médica no Brasil pelo poder real, em 1808, deixa entrever a necessidade de uma nova forma de regular politicamente a vida no país. Quando D. João VI, referendando-se na proposta feita pelo cirurgião-mor José Correia Picanço, decide pela fundação de instituições de ensino médico no Brasil, a formação de médicos, através da criação de duas escolas médico-cirúrgicas (Bahia e Rio de Janeiro) passou, em 1808, a ser nacionalizada. No caso da Bahia, o curso contava, à época de sua fundação, com o ensino de cirurgia, anatomia e obstetrícia, por professores formados em Portugal e que exerciam a medicina no hospital militar (PEREIRA, 1908). Sob a alegação de demonstrar preocupação com a saúde de seu povo, estava o interesse em modificar a arquitetura política da cidade, ordenar a circulação de pessoas e bens e constituir uma população saudável, solucionando os problemas sanitários que se acumulavam nas cidades brasileiras (e que se agravaram com a chegada da corte portuguesa), a fim de

governar e expandir o potencial econômico da colônia num espaço citadino normalizado (MACHADO et al., 1978).

Mas o esforço de institucionalização ainda se estenderia pelas primeiras quatro décadas de formação médica brasileira, em detrimento da qualificação de seu projeto científico (SCHWARCZ, 1993). As escolas cirúrgicas fundadas em 1808 ofereciam um ensino muito precário, o que mantinha o exercício da profissão muito limitado e pouco confiável. Essa constatação desencadeou o processo de construção da primeira reforma do ensino médico, levada a cabo com a conversão das primeiras escolas cirúrgicas em academias médico-cirúrgicas, em 1813 e 1816, respectivamente, no Rio de Janeiro e em Salvador, implicando revisão curricular com aumento do número das cadeiras obrigatórias, ampliação da duração dos cursos de quatro para cinco anos e realocação dos espaços de formação prática. Em Salvador, por exemplo, essas aulas migraram do Hospital Militar da Bahia para o hospital da Santa Casa de Misericórdia, com o propósito de possibilitar o atendimento a uma heterogeneidade maior de casos (PEREIRA, 1908).

A reforma empreendida nos primeiros anos de institucionalização da formação médica brasileira configurava, portanto, um conjunto de táticas que afirmava o interesse português de que ela pudesse efetivamente atender às demandas político-sanitárias que se impunham, ainda que seu controle sobre esse processo continuasse a existir. Os cargos de cirurgião e físico-mores foram reabilitados em 1808 e o Proto-Medicato extinto no ano seguinte, mantendo a centralização da fiscalização e da concessão de títulos para o exercício profissional, o que ocasionava resistência da categoria médica (silenciada na memória produzida por Pacífico Pereira, de 1908, e substituída por uma apologia às ações joaninas), que desejava ficar livre da ingerência portuguesa. Através de alguns projetos de lei que visavam à conquista de autonomia, preconizava-se, por exemplo, a transformação das escolas médico-cirúrgicas em escolas de medicina, o que propiciaria a oferta de formação em farmácia, cirurgia e medicina (MACHADO et al., 1978).

A Fisicatura foi extinta, em 1828, falência decretada por sua inoperância quanto à possibilidade de constituir efetivamente uma medicina social no país, demanda clara àquela altura. A progressiva consolidação do saber médico brasileiro vai se dar no rastro dessa contingência e os médicos começam a

participar das instâncias que deliberavam acerca das medidas que assumiam política e programaticamente a missão de modificar o quadro sanitário nacional. Merecem destaque as ações de colaboração médica ao governo relativas à saúde pública, veiculadas a partir de decreto imperial que legitimou, em 1830, a parceria das Câmaras Municipais com a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (fundada um ano antes), instituição importantíssima para o fortalecimento institucional da medicina no país (MACHADO et al., 1978).

A atuação da SMRJ foi, inclusive, decisiva na reforma do ensino médico de 1832. Coube a ela a elaboração do projeto que remodelaria a política de formação profissional no âmbito da intervenção em saúde, conferindo-lhe uma nacionalização de seu controle. Converteu-se, com isso, o estatuto das instituições formadoras de escolas médico-cirúrgicas para faculdades de medicina, tendo sido criadas naquele ano as Faculdades de Medicina da Bahia e a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. O curso médico passou a ter seis anos de duração, cujo ensino passaria a contar com 14 cadeiras subdivididas em *sciencias acessorias*, *sciencias medicas* e *sciencias chirurgicas*, conferindo-lhes maior autonomia política, administrativa e acadêmica, mas pouco exequíveis no cotidiano das faculdades (PEREIRA, 1908).

A inscrição do saber médico na formação discursiva do progresso nacional implicou mudanças em diferentes registros. Em primeiro lugar, como fizeram notar Machado et al. (1978), houve uma transformação do saber médico, a partir da primeira metade do século XIX, que passava a se ocupar não apenas da saúde individual, mas sobretudo da saúde das populações. Além disso, houve uma sofisticação nas táticas de inserção em nichos políticos de interesse da corporação médica: mudando o objeto, a medicina assumiu-se como colaboradora do Estado e da família, desestabilizando seus poderes e oferecendo-se como mediadora dos conflitos. Desta forma, inflacionava-se paulatinamente o prestígio social e político do médico no Brasil. Mas isso não se fez senão por um conjunto complexo de correlações de força e por mecanismos intrincados de exercício de poder, que se exerciam entremeados por tensões internas e externas.

Na segunda metade do século XIX, a corporação médica endereçava inúmeras queixas ao Estado, que iam desde a intromissão considerada indevida do Estado nos assuntos da corporação – como foi o caso das

matrículas realizadas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e na Bahia –, passando por sua negligência no aporte de recursos para a formação médica e para a divulgação da medicina nacional nos centros de *intelligentsia* médica internacional. Entre os anos de 1860-1870, vários artigos na *Gazeta Médica* deram visibilidade às tensões entre o saber da corporação médica e a máquina estatal. Em 1866, numa campanha da GMB no ano que antecedeu ao Congresso Médico Internacional de Paris, insistia-se na necessidade de representação brasileira que, apesar da existência de faculdades e agremiações médicas, ainda não havia conquistado espaço na medicina internacional. Reivindicava-se que o Estado pudesse se responsabilizar mais pela formação e especialização dos médicos brasileiros. Era uma medicina que clamava por reconhecimento social e político e por expansão de seu domínio de ação (O CONGRESSO médico internacional de Paris [1866]). Em outro artigo, de 1868, também da GMB, sob o pretexto de condenar o ritual da leitura das memórias históricas anuais na abertura dos anos letivos, que culminava com sugestões de aprimoramento da formação e da regulação da profissão médica, de pouco alcance no interior da própria corporação e na resolutividade do governo imperial, faz-se uma enérgica condenação à intervenção estatal nas políticas de funcionamento das faculdades de medicina, marcada, por exemplo, pelo favoritismo que impunha no ingresso ao ensino médico (sem atendimento às prerrogativas legais), ameaçando o controle médico sobre a formação profissional (A PROPÓSITO das memórias históricas das faculdades de medicina do Império em 1866 [1868]).

Nesse breve quadro, sobressai-se a luta pela preservação de identidade profissional que se queria construir e fortalecer num país onde até o século XVIII o médico não desfrutava de legitimidade social, sendo preterido em relação aos curandeiros (COSTA, 1999). No entanto, a atitude queixosa dos médicos frente ao Estado descortinava o que começava a se configurar como direito de classe, investido de interesses pela defesa da sociedade, organizados institucionalmente pelas faculdades de medicina, mas impulsionados pela criação da SMRJ, algumas décadas antes, quando os médicos vão pouco a pouco se imiscuir nas decisões relativas à constituição de uma medicina social no país.

Por outro lado, no interior da profissão, ainda frágil na sua organização política, uma série de manobras desejava produzir o espírito de corporação.² Construíram-se nesse período agremiações – como a Sociedade de Ciências Médicas (1866) – com as quais se pretendia fortalecer os laços de solidariedade pessoal e profissional, através da difusão de códigos de ética e da criação de sociedades de beneficência mútua. Afirmava-se que a medicina deveria ser marcada pela solidariedade³ (médicos, por exemplo, não deveriam cobrar honorários quando seus pacientes fossem seus colegas e/ou familiares destes). Estabelecia ainda as questões relativas à regulação financeira da profissão, tanto na relação entre médico e sua clientela, quanto da relação entre os médicos. Em suma, a relação da medicina com os indivíduos, com a sociedade e com os pares começava a fazer parte da agenda política dos médicos, a fim de impulsionar sua capacidade de intervenção política na sociedade.

Externamente, desenvolveu-se uma verdadeira cruzada contra o charlatanismo, de modo a produzir a conquista do prestígio profissional da medicina que se constituía dentro da lógica científica novecentista: percorrendo a especificidade da doença para garantir-lhes os meios adequados de combate avantajava-se, por conseguinte, o reconhecimento social ainda tímido acerca do saber médico. O *medical act*, dispositivo jurídico instituído a partir de 1858 na Inglaterra, destinado a regular a educação médica, bem como o exercício da profissão, havia acrescido também a publicação compulsória e ampla dos “facultativos diplomados”, o que visava à exposição dos que praticavam a medicina sem o aval da corporação (LIBERDADE PROFISSIONAL, 1866).

Ainda como tática dessa campanha anticharlatanismo, a GMB publicou, em 1867, o Código de Ética Médica aprovado pela Associação Médica Americana, que convocava os médicos para o compromisso com o fortalecimento da categoria, preconizando o respeito à autoridade e à tradição médica, bem como ao corporativismo. Além disso, o documento explicitava os riscos das práticas codificadas como charlatãs – sobretudo a prescrição de fármacos secretos e a ausência de habilitação formal para o exercício da medicina – para a saúde da população (NECESSIDADE DE criação de uma associação médica em nossa província: sua utilidade e seus fins [1867]).

A partir da segunda metade do século XIX, as instituições de formação médica no país são parte de um movimento mais amplo de constituição de uma elite intelectual que pudesse construir esse projeto de nação. As instituições que vão se constituir no Brasil do século XIX – os museus de ciência natural, as escolas de medicina e de direito – deveriam criar uma *intelligentsia* robusta e comprometida com os interesses sociais. Mais ainda, deveriam criar os subsídios discursivos que fizessem coadunar os interesses do liberalismo com a necessidade de justificar a profunda estratificação social, centralizados no debate sobre a condição miscigenada da população brasileira (SCHWARCZ, 1993).

3. Estado, medicina e família patriarcal

Apesar das reivindicações de maior reconhecimento que a corporação médica dirigia ao Estado, a institucionalização do saber médico no Brasil não se deu apenas por uma relação de antagonismo em face aos interesses estatais. Houve também um progressivo alinhamento de seus interesses, o que, conforme já assinalamos, pode ser localizado na necessidade de normalização do espaço citadino e da população, empreendida pela difusão da medicina social (MACHADO et al., 1978). No entanto, para que esse projeto pudesse ser levado a cabo, seria necessária uma maior intromissão estatal na regulação dos indivíduos, bem como uma reestruturação dos próprios mecanismos de controle da ordem social.

Esta empreitada não seria fácil, já que a política colonial lhe havia criado alguns obstáculos. As cidades foram negligenciadas pelo poder de Portugal até o século XVIII, a quem interessava fundamentalmente a transferência de riquezas da colônia para seu território, o que fomentou uma crescente insatisfação diante do caos social e da usurpação econômica da metrópole, ampliando a ocorrência de tensões econômicas e políticas. A vinda da família real acabou por transformar a paisagem urbana, sobretudo a do Rio de Janeiro, já que o aumento expressivo do contingente populacional acabou intensificando os já graves problemas sociais e higiênicos ali existentes (MACHADO et al., 1978).

Tornou-se urgente a criação de outros mecanismos que pudessem apaziguar os ânimos políticos, para que um processo de medicalização do

espaço público pudesse ser alcançado. É nesse cenário que a medicina vai desempenhar uma importante mediação na regulação individual e social por parte do Estado, o que aconteceu por sua paulatina ingerência na família. A fim de destacar alguns elementos importantes dessa transformação, serviremo-nos diretamente da discussão que Costa (1999) promoveu acerca do importante papel que a medicina desempenhou na mediação entre os interesses do Estado e a pulverização política da lógica familiar patriarcal, na qual reverbera muito da análise empreendida por Gilberto Freyre, em 1933, acerca da formação social brasileira.

No processo de reordenamento social das políticas empreendidas pelo Estado brasileiro, a família patriarcal representava um foco importante de resistência, o que era de se esperar. Durante os três séculos de colonização, apesar de submetida aos interesses da metrópole, a família latifundiária acabou por configurar a ordem social e econômica de acordo com suas conveniências. Essa primazia política da instituição familiar latifundiária sobre o meio pode ser entendida a partir da política portuguesa de colonização do país, que deixou a cargo da iniciativa individual dos colonos a tarefa de povoamento. Desta forma, essa tarefa os converteu em proprietários, não apenas de seus lotes, mas do espaço social. Na lógica da família colonial patriarcal, o privado era soberano, o que se explicitava inclusive na ocupação do espaço público: era a casa que definia a rua. Além disso, o patriarca latifundiário exercia forte controle político sobre o meio social, construído a partir do fortalecimento de sua rede de apoio, que consistia não só nos membros consanguíneos, mas também de afilhados, compadres e agregados que se voltavam para defender a família de seu protetor através da defesa do latifúndio.

A manutenção da hegemonia política do latifundiário dependia, então, da coesão de sua família. Ainda de acordo com os argumentos de Costa (1999), encontramos a especificação de alguns mecanismos que serviam a essa finalidade. O primeiro deles era o que o autor denominou de “autorreferência” e se manifestava na tendência em orientar a conduta dos membros da família exclusivamente em função dos interesses desta, o que representaria uma dificuldade para o Estado, na medida em que o sentimento familiar estava acima de todos os outros. O segundo mecanismo era a centralidade da figura do pai no governo da família, de quem os demais membros eram inteiramente

dependentes, o que representaria outra dificuldade no caminho do poder estatal na assunção dessa tutela.

Como o poder, até o começo do século XIX, estava repartido na cartografia do país entre litoral e zona rural, sendo o primeiro o território político da administração, e o segundo, o domínio das famílias oligarcas, as tensões eram relativamente acomodadas ou se resolviam a partir do controle jurídico-punitivo da metrópole. No entanto, a partir do adensamento das cidades, as tensões ficaram mais evidentes. Diante desse cenário, era de se esperar que o projeto de higienização das cidades sofresse obstáculos, muito por uma resistência deliberada do poder patriarcal, mas também pela dificuldade de modificar comportamentos arraigados numa tradição muito distinta da que estava sendo proposta.

Tornava-se necessário, então, que novas formas de regulação pudessem dispersar o poder familiar, criando novas linhas de força na qual uma nova forma de controle dos indivíduos e da produção de riquezas pudesse se fazer. A família deveria ser posta a serviço de um projeto de nação, mas esse objetivo só poderia se realizar a partir de um agenciamento político de seus membros, de modo a produzir uma sedução para os ganhos da adesão ao interesse nacional. É nesse cenário que tem lugar a divisão do poder no interior daquela instituição, forjada num lento e instável jogo de antagonismos, por um programa de higiene familiar, de linhas instáveis, remanejáveis e que serviu para conjurar a dominância que a instituição familiar exercia no espaço social. Rompendo, então, com uma lógica jurídico-punitiva, a medicina vai privilegiar nas suas intervenções uma abordagem da família de modo a seduzi-la para o projeto da higienização tanto do âmbito privado quanto público.

Alguns estudos sobre a família, a partir da década de 1980, comentaram a análise empreendida por Costa (1999), ora para admitir suas contribuições para pensar a construção da família burguesa no Brasil pela mediação da ordem médica, ora para criticá-lo por sua inscrição na tradição de pensamento que tomou a família patriarcal como modelo de família colonial (ALMEIDA, 2002; TEYURA, 2000). Interessa-nos comentar especialmente essa crítica, pois, apesar de não se constituir como uma história da família brasileira, a presente tese adotou para algumas análises do discurso médico sobre o casamento o pressuposto, extraído de Costa (1999), de que para que se

pudesse levar adiante o processo de higienização das famílias era necessário desestabilizar a lógica familiar colonial, na qual não se pode desprezar a difusão dos valores patriarcais, herdados da configuração política das monoculturas escravagistas latifundiárias.

Vainfas (1989) organiza as críticas⁴ à tese do modelo patriarcal como estruturante da família brasileira em dois eixos. No primeiro, estão as críticas destinadas não a contestar a existência da família patriarcal, mas ao seu teor generalizante, subsidiadas por estudos demográficos que encontraram em algumas regiões do país uma prevalência minoritária dessa configuração familiar, como em São Paulo, por exemplo; além disso, o nascimento da família nuclear teria se dado, sobretudo na Região Sudeste, bem antes das transformações nas classes burguesas do século XIX. O outro eixo das críticas se refere à sujeição da mulher ao poder masculino na família patriarcal, pois apesar de ser inegável, a opressão da mulher no Brasil colonial deveria ser matizada pela existência de subversões a essas relações assimétricas, bem como à presença de mulheres como chefes de família nas classes populares.

A essas críticas, Vainfas (1989) reage afirmando que o pensamento social brasileiro não justapôs família patriarcal e família extensa, o que teria permitido entrever outras constelações familiares, mas teria definido como interesse dos cânones as relações de poder e não as configurações de coabitação familiares. Coerente com esse ponto de vista, localizamos em Freyre, por exemplo, não uma negação de que existiam outras configurações familiares, mas que a família patriarcal era aquela em torno da qual estava organizada a base de produção econômica da colônia – quer dizer, o latifúndio escravagista da monocultura, ênfase justificada pelo interesse de pôr em evidência os mecanismos de constituição das verticalidades das relações sociais estabelecidas entre senhores de engenho e seus subordinados. Vainfas (1989) assinala ainda que não se pode subjugar o poder de penetração dos valores patriarcais nas famílias que apresentavam conformações alternativas. Estendendo seu argumento para a realidade europeia, o autor nos lembra que o modelo monárquico da família está na genealogia da modernidade, na qual aos poderes religiosos e reais interessavam reforçar a família conjugal, mas desde que estivesse centralizado na figura do patriarca.

Feita essa ressalva, vale destacar que o conjunto de argumentos de Costa (1999), brevemente elencados nesta seção, permite justificar, pelo menos parcialmente, o interesse em analisar como a medicina, desde as primeiras décadas de sua institucionalização no país, na primeira metade do século XIX, investiu em alguns temas da esfera familiar, dentre eles o casamento e o cuidado com a infância, sempre abordados por uma perspectiva higienista. Em particular, a conduta sexual foi, desde esse período, um importante alvo da higienização das famílias e de paulatina regulação dos indivíduos e da sociedade.

A normalização do espaço urbano, a reordenação do espaço doméstico e escolar, a preocupação com a noção de “população”, a emergência de novas formas de pedagogia que produzissem corpos adestrados e robustos, homens polidos, civilizados e autoculpabilizados e a regulação higiênica da relação conjugal e da relação com os filhos foram alguns dos componentes desse quadro que nos tece Costa (1999) sobre a medicalização da família. Com efeito, tais componentes fizeram do sexo, no Brasil do século XIX, uma verdadeira engrenagem política, que funcionava como “arma de prestígio, vingança e punição”, tornando a família burguesa uma “filial da ‘polícia médica’” (COSTA, 1999, p. 15).

4. A defesa dos casamentos pelo pensamento higiênico novecentista

Na primeira metade do século XIX, a medicina enfatizava o casamento como um remédio para diversos males individuais e sociais. A campanha médica dirigida a esse alvo está muito bem retratada na tese de Luiz Vianna D’Almeida Valle, de 1847. A puberdade aparece como uma fase que indicaria o rumo “natural” que a mulher deveria tomar, qual seja, o de unir-se ao homem para perpetuar a espécie, sendo o casamento a forma mais legítima de coroamento desse desígnio. Nesse sentido, o celibato, a continência e a esterilidade seriam situações condenáveis, prejudiciais que seriam à saúde e à longevidade. Mas a medicina não vai defender o mero acasalamento como prática reprodutiva. É necessário inseri-la na ordem jurídica do casamento, a fim de preservar a família no cumprimento de sua função de fazer crescer, com saúde e com educação, a população. Era preciso civilizar o Brasil, a partir da lógica médica emergente.

Uma inversão importante em relação à moral cristã aparece na tese de Valle em relação ao casamento: agora, tratava-se de afirmar sua superioridade em relação ao celibato, opinião que havia levado muitos às malhas da Inquisição, por contrariar a ideia de que o celibato eclesiástico era o estado eticamente superior ao casamento. O argumento médico estava apoiado pelo ideal de longevidade, não de ascese espiritual.

O casamento monogâmico apresentaria algumas vantagens que o tornariam superior ao estado celibatário ou mesmo à poligenia: possibilidade de laços de solidariedade e de cuidado mútuos; a satisfação de desejos sexuais, garantindo o usufruto de prazer comodamente assegurado pela posse, sem danos associados a contágio venéreo; como garantia de educação dos filhos; como condição segura de crescimento populacional. Dedicando-se um ao outro e à educação dos filhos, o casal monogâmico estaria a salvo dos prejuízos da poligenia relativos ao crescimento da população: um homem com várias mulheres não seria capaz de dominar o ato da geração, no que dizia respeito ao poder de propagação do seu sexo, enfraquecida que era a proporção de sua contribuição na fecundação. O efeito disso seria, com a geração de mais mulheres do que homens, a perpetuação da poligenia. Esse curioso raciocínio, baseado nos conhecimentos sobre hereditariedade e embriologia da época, leva à afirmação de que a monogamia era um destino natural da espécie. Estava esboçado o programa que a medicina levaria a cabo em relação à família ao longo das décadas seguintes.

As prescrições higiênicas quanto ao casamento começam a ser lançadas desde esse momento. Valle (1847) recomendava que se observasse a idade ideal para o casamento, tradicionalmente fixada para os homens entre 15 e 16 anos, e para as mulheres, entre 12 e 13 anos. Ele afirmava que mesmo sendo a puberdade um importante marcador, já que ela indicaria a prontidão do organismo para a atividade procriativa, seria necessário aguardar algum tempo para favorecer o amadurecimento físico e moral e, com isso, evitar não só danos constitucionais da prole, como também permitir que os jovens, em especial as jovens, tivessem tempo para se preparar para o exercício da maternidade. A recomendação etária da medicina para o casamento fixava-se em 20 anos para as mulheres e 25 anos para os homens.

Com isso alfinetava-se o costume de então, de produzir casamentos das púberes por causa do dote a ser recebido ou por outros interesses do patriarca. Uma crítica contundente é dirigida ao sacrifício das mulheres submetidas a casamentos vivenciados com repugnância para salvaguardar os interesses familiares. Não seria possível gerar população saudável num contexto como esse, destituído das condições que a higiene, insuflada pela atmosfera do amor romântico (COSTA, 1998) na qual o individualismo e sensorialismo se faziam marcantes, julgava importantes para a consolidação da família medicalizada. Somente um casamento no qual o amor físico, as afinidades morais e a presença do sentimento amoroso estivessem presentes poderia ser capaz de criar o ambiente propício à criança higienizada e bem-educada.

O saber médico, ao defender as jovens, portanto, acaba por produzir fissuras no discurso do patriarca, que deveria ser o único a ditar as regras, efeito oportuno quando se tratava de instituir uma nova organização familiar, mais afeita à regulação higiênica. A prescrição da idade propícia ao casamento tem, nesse momento, um alvo certo: a figura carrancuda do patriarca, senhor de seus filhos e de suas mulheres. Aparecera aí uma crítica contundente aos casamentos realizados segundo a lógica da aliança, submetida ao crivo das conveniências familiares. É na desmontagem desse regime que a medicina vai precisar apostar para conseguir capturar a mulher para seus propósitos políticos de normalização do espaço familiar.

Outra condição que contrariava a prescrição médica ao casamento eram as deformidades físicas que, seja pelas dificuldades impostas ao parto, seja pela transmissão hereditária – uma preocupação presente, portanto, desde os primeiros momentos institucionais da medicina brasileira –, deveriam ser evitadas. Um conjunto de doenças foi estabelecido como razão suficiente para a contraindicação a determinados casamentos. Era o caso, por exemplo, de lesões dos órgãos de reprodução; problemas cardíacos, tísica pulmonar, inflamações viscerais. Interessante que a epilepsia nas mulheres – contrariamente ao homem epilético que, ainda que de posse de oportunidades sexuais, se mantinha normalmente refratário à cura – não era entendida como necessariamente um obstáculo ao casamento, pois ela podia ser curada em muitos casos, já que era entendida como efeito da continência, intensificada numa constituição frágil do sistema nervoso, que seria a da

mulher. Uma vez suspensa a privação sexual, atribuição causal importante dessa doença, a cura poderia advir. Os males nervosos e/ou mentais também figuram entre essas causas: mania, sonambulismo e melancolia, como males contraindicados ao casamento.

Nessas prescrições, aparece um apelo explícito aos legisladores para que avaliassem as opiniões e contraindicações médicas discutidas há pouco. Ou seja, a medicina já clamava, na primeira metade do século XIX, para que houvesse uma regulação jurídica do casamento, amparada pelos preceitos higiênicos. Foram também indicadas as condições que a medicina legal poderia arbitrar em favor da anulação dos casamentos. A alienação mental, o erro de pessoa (identidade civil e/ou sexual) e a impotência física eram os principais motivos que habilitaria um médico a subsidiar a anulação de um casamento. Apesar de já estar esboçada a ideia de que o amor físico era uma prerrogativa importante para um casamento feliz e uma prole saudável, não havia como instituir sua ausência como uma causa de nulidade jurídica. O autor chega a afirmar, por exemplo, que a mulher poderia se manter num casamento, mesmo sem prazer ou mesmo com repugnância sexual, pois, do ponto de vista da geração, esses sentimentos não criavam obstáculo físico à função procriativa, razão pela qual estas não seriam queixas legítimas para a anulação de uma união conjugal. Seriam necessários novos recursos para que o tema da satisfação sexual pudesse entrar nas táticas de fabricação de um novo modelo de família, regulado pelo intenso investimento afetivo (ARIÈS, 1973) nas relações entre pais e filhos e entre cônjuges, paulatinamente conquistados por um movimento crescente de intimização do convívio familiar, o que vai acontecer no Brasil a partir do século XIX, demanda histórica que teve o saber médico como importante mediador.

5. Celibatários e libertinos: ameaça à família, à pátria e à sociedade

Entre 1869 e 1870, o celibato no homem é localizado como tema de teses médicas (BARROS, 1869; ARAÚJO, 1870; e MARQUES, 1870) . Era considerado um estado perigoso à saúde individual e da nação, uma vez que desafiava a inexorabilidade do “instinto” de reprodução, que se enuncia aí como uma força natural irrefreável que cabe ao homem dominar, submetendo-o aos interesses sociais que, não raro, aparecem vinculados às leis divinas.

Nem o trabalho excessivo, nem uma contenção espiritual vigorosa seriam, no entanto, capazes de aniquilar a força instintual, que, travestindo-se de amor, deveria chegar aos fins prescritos pela ordem natural, que seria a reprodução. A satisfação legítima do instinto só poderia ser alcançada na união de um homem e uma mulher, perante a instituição do casamento, pois apenas ela poderia viabilizar uma compatibilidade entre a ordem instintual e a ordem moral. Por sua vez, o celibato seria a causa de tormentos e desgraças individuais e sociais.

No caso dos homens, o celibato enfatizado pelos médicos não equivalia necessariamente à abstinência sexual. Quando era este o caso, argumentava-se que o desuso da função tornaria o corpo frágil, já que diminuiria os benefícios que uma circulação sanguínea equilibrada traria ao organismo. Além das perturbações somáticas, o celibatário, nesses casos, é descrito como um indivíduo marcado pela melancolia dos amores contrariados, obsedado por ideias suicidas e pelo vício alcoolista.

A vida sexual do celibatário era vinculada à sodomia e à masturbação, considerados vícios capazes de produzir muitos estragos, mas também aos contatos com as prostitutas, fortemente associadas, como veremos mais adiante, à sífilis e aos efeitos degenerativos que levariam às famílias à destruição. Estava, portanto, fortalecido o nexo entre celibato masculino e libertinagem, cuja delimitação, na primeira metade do século XIX, não se fazia tão claramente. Entendida como prática que desvirtua o homem de seu destino de procriação, a libertinagem se convertia numa aberração gerada pela força dos instintos, depreciando o lugar (sublime) do homem na Criação. Neste momento, o discurso médico se entrelaça, sem maiores pudores, ao discurso católico.

É por essa via que a figura do celibatário aparece como uma dupla ameaça: à ordem natural e à ordem social. Numa tese de 1853, intitulada *A libertinagem e seus perigos relativamente ao physico e moral do homem*, Maríonio de Freitas Britto faz taticamente um elogio à espécie humana, no qual sobrevém a ideia de que os perigos da libertinagem lhes são ainda mais graves, uma vez que ela desperdiçaria o patrimônio biológico e espiritual que lhe foi concedido. O celibato era sobretudo “um estado contrário á virtude, á

sabedoria, á gloria, ao patriotismo, trazendo consequências sempre fataes ao que n'elle incorre, ás famillias e a sociedade” (BRITTO, 1853, p. 4).

Origem de “todas as devassidões” (BRITTO, 1853, p. 4), o celibatário, com sua conduta sexual errante, além de atentar contra a lei divina do “crescei e multiplicai”, também ameaçava a ordem familiar, dissipando a doença e o adultério nas famílias. Sobre ele recaía a pecha de ser o veículo que levava as impurezas físicas e morais vindas da prostituição e da boemia para o interior das famílias, abalando, com isso, a coesão familiar e contribuindo para gerar uma descendência fisicamente doente ou moralmente corrompida. O libertino é ainda retratado como aquele que, sendo avesso ao sentimento patriótico, ao interesse por uma vida familiar, seria também incapaz de sentir-se culpado por seus “crimes contra a natureza, contra a moral social, e contra a Religião” (BRITTO, 1853, p. 27); em suma, o libertino seria um perverso, o que o facilmente levaria à criminalidade. A conduta social diante deles, por sua vez, deveria ser então pautada pela perspectiva de que, uma vez representando tantos perigos, o libertino deveria ser apartado do convívio social:

Ninguém desconhece os terríveis efeitos da libertinagem, todos os dias os estamos vendo bem ao vivo: porem não contentes com isso, é de nossa obrigação fazer aqui uma pintura mais, ou menos, perfeita, conforme a nossa mesquinha intelligencia, dos abusos a que somos levados por ella e dos males que d’destes nascem para a economia humana. Ao libertino, qualquer que seja sua idade, sexo, profissão, temperamento, clima, qualquer que seja a estação, nada se apresenta que seja capaz de commetter as maiores infâmias no altar da devassidão, não está também muito longe dos maiores crimes: o rubor já não enrubesce suas faces lívidas pelos efeitos de uma prostituição illimitada a que se tenha entregado: no delirio em que vive por amor de suas desenfreadas paixões, de seos furores e torpezas se arroja aos delitos mais hediondos, feixa seos encovados olhos à prudentes conselhos; a depravação de sua moral, já há muito, corrompida o leva ao homicídio, quer este seja excitado em sua alma por ciúme mal entendido, que não devia sentir, porque também não sente as lavras da paixão gêmea delle; ou porque assenta para si que se deve vingar da mais insignificante ninharia (BRITTO, 1853, p. 29).

Com essa condenação ao celibato dos homens, que resvalava para uma crítica generalizada aos jogos de prazeres desvinculados do casamento, os médicos acentuavam fortemente o que deveria ser considerada a conduta ideal de “pai de família”. Utilizando-se de uma tática de apontar o antiexemplo e de seus destinos nada felizes, intencionava-se promover o convencimento de que o casamento era o único lugar seguro para o usufruto do prazer sexual, pois ali

havia a segurança afetiva, social e higiênica para que o instinto sexual pudesse alcançar sua finalidade última, que seria a reprodução.

6. Continentes e ninfomaníacas: transbordamentos da figura da esposa

O celibato das mulheres era tido, no século XIX, como uma transgressão às leis da natureza, que previam a função da reprodução como a mais importante entre os seres vivos e estava frequentemente associado à continência, por sua adesão a regras de reclusão religiosa. Ambiguidade significativa, uma vez que pressupunha que “uma mulher honesta”,⁵ se fosse celibatária, deveria ser continente. De modo contrastante, no homem, ser celibatário implicava uma relação mais estreita com a “libertinagem”.

Abrindo fogo contra o celibato eclesiástico professado pelo catolicismo (pondo em dúvida mesmo sua execução entre padres e bispos), o saber médico expressava uma tentativa clara de desestabilização do poder da Igreja na regulação do sexo; o discurso médico se utilizava do argumento de que funções biológicas não utilizadas geravam toda sorte de malefícios à saúde. Acusava o Estado de ser omissivo diante desse estado de coisas, o que gerava uma perda para o país, já que a mulher celibatária não poderia contribuir com o trabalho de reprodução biológica e social. Desde muito cedo, ela vai se oferecer como defensora das mulheres, pela importância capital que essas tinham na reprodução, mas também por sua fragilidade na posição social que ocupavam. A figura da mãe será gerada aí como central para a defesa da saúde da nação.

Na tese de João Pinheiro de Lemos (1851), a figura da mulher celibatária não só desafiava as leis da natureza, como as leis sociais, uma vez que não contribuía com a reprodução de capital humano para defender a nação. O desejo sexual aparece como o meio do qual se utilizaria a natureza para gerar a vida. Sem negar o prazer sexual, mas sem enfatizá-lo como condição fundamental para a união da mulher ao homem, a medicina o vinculou, habilmente, como espécie de júbilo ao trabalho da procriação.

Dois artefatos utilizados para justificar o parecer médico acerca dos efeitos maléficos do celibato na mulher residiam na compreensão acerca do sistema nervoso. O primeiro dizia respeito ao destino procriativo da mulher, que estava, sob o domínio da natureza, encarregada de perpetuar as gerações. Na

puberdade esse destino se materializaria, através das mudanças corpóreas e as intensas preocupações voltadas, como que naturalmente, para o tema do amor: “é a puberdade que dá à mulher o direito de ter o doce nome de mãe” (LEMOS, 1851, p. 7). A mulher continente, apartada dos apelos de sua biologia, que a destinavam à maternidade e ao casamento, tornar-se-ia frágil, melancólica e até mesmo louca. Dessa perspectiva não haveria salvação para a mulher fora da sua condição de mãe-esposa. Na tese do referido autor, encontramos:

O celibato é um estado de violência contra os impulsos e leis da natureza. É desfavorável á conservação da saúde; é a fonte donde devirão-se graves enfermidades, pungentes flagelos, agras dores, cujo termo só póde a mulher encontrar n’essa união de vida, n’esse estado, em que duas almas são confundidas, todos os interesses idênticos; em fim n’esse pacto solemne, em que os dois sexos podem satisfazer as suas necessidades naturaes, de mais se auxiliarão reciprocamente à supportar o pesado jugo do destino por uma doce permutação de cuidados e socorros – o casamento (LEMOS, 1851, p. 1).

Além do argumento do destino reprodutivo, o celibato produziria na mulher um estado de desorganização do sistema nervoso e de toda a economia corporal, de longe muito mais significativa do que no homem. Condizente com a ambiguidade discutida anteriormente, Lemos (1851) defendia a tese segundo a qual não era a continência em si, mas o celibato o que mais influenciava na produção da loucura. Desta forma, mesmo mulheres que não eram continentes, como as prostitutas, não estariam isentas desse efeito. Sem entrar no mérito científico dessa tese, é importante destacar que ela servia de justificativa para a importância do ingresso e manutenção da mulher na instituição matrimonial, valorizada como espaço de comunhão e respeito mútuo, somente no interior do qual a satisfação de “necessidades” naturais poderia ser legítimo.

Partindo do argumento de que a saúde seria resultante de um uso equilibrado de todas as funções vitais, o que, se não cumprido, ocasionaria a atrofia dos órgãos, o autor afirmava que a função sexual seria uma exceção a essa regra. À continência prolongada, a economia do corpo reagiria com estrondoso barulho, uma vez que a função sexual se encontrava em íntima ligação com o sistema nervoso, cuja constituição seria mais frágil na mulher. Dessa forma, o útero, que teria íntima relação com os demais órgãos,

proporcionaria a difusão das sensações sexuais por todo o organismo. Mais especificamente, do ovário irradiariam impulsos nervosos que chegariam diretamente ao cérebro. Como decorrência, um conjunto bastante difuso de sintomas estaria associado à continência. A fragilidade da aparência virginal, passando pela intumescência ovariana que geraria a ninfomania, até a corrupção moral que a excitação da sensibilidade produziria na mulher, histeria e mesmo a loucura, eram efeitos indesejáveis que a privação do sexo (conjugal) poderia produzir. Toda a economia comunicaria “os sofrimentos do útero” das virgens, dado por uma estimulação sexual não satisfeita, produzindo um agravamento progressivo:

Todos os órgãos tomam parte n'esses acessos, e parece que se empenhão em mais claramente exprimir os sofrimentos do útero. Para prova temos a loucura, a monomania que muitas vezes são a terminação da hysteria; temos as más digestões; o appetite depravado ou malacia; a circulação, a respiração, as secreções, em fim toda a economia da mulher é doente, quando o útero dá um brado de dor (LEMOS, 1851, p. 15).

A ninfomania (RIBEIRO, 1842) era entendida como uma afecção do sistema nervoso que afetava e era afetada pelos órgãos genitais. Não estava necessariamente vinculada à continência, mas poderia ser uma de suas decorrências. Mulheres jovens, de temperamento sanguíneo, de constituição física que portava órgãos genitais muito desenvolvidos e/ou em estado de privação sexual prolongada (mulheres casadas com “homens fracos”, viúvas, por exemplo) seriam mais vulneráveis à doença. Mas a suscetibilidade aumentaria com a hiperexcitação dos sentidos através do acesso a leituras, espetáculos teatrais, acesso às belas artes, música; com a ociosidade e má educação – traduzida por educação não voltada para o aprendizado dos papéis de mãe e de esposa –, contrariedades amorosas, dieta rica em alimentos considerados excitantes (café, chocolate, canela etc.) e estimulação uterina excessiva (desregramentos menstruais; abuso de coito; prurido genital, afecções do útero e ovário).

Interessante que a periodização da ninfomania codificava desde o mais inofensivo sinal de desejo até manifestações de franca mania sexual. A descrição dos sintomas exhibe um espectro muito vasto, categorizado em três fases: na primeira, aparecem sintomas como “desejos insólitos, por uma

linguagem mais animada, brilhantismo e vivacidade nos olhos, coincidindo com calor no ventre e seios, prurido nos órgãos sexuais, e hum corrimento pela vulva, de natureza e quantidades variáveis” (LEMOS, 1851, p. 10). O pudor é também identificado como uma tentativa benéfica de repelir a gravidez das sensações eróticas vivenciadas pelas jovens. Interessante que a prática masturbatória é um sintoma que fica sugerido, sem, no entanto, chegar a ser enunciado como tal:

[...] outras enfim conquanto entreguem-se a manobras indecentes comtudo envergonhão-se outras vezes e não usando encarar sua deplorável posição, nem implorar socorro temendo manifestar sua deshonra, fogem, embrenham-se nos lugares mais recôndidos; e anhelando assim escapar ao seo inimigo, fazem-se ao contrario suas victimas, deixando-se arrastar pouco a pouco pela perniciosa e louca inclinação do seo espírito (LEMOS, 1851, p. 12).

Na segunda fase, a sensibilidade ficaria mais exaltada, com oscilações de humor, grande voluptuosidade, perturbação geral da circulação sanguínea, interesse obstinado pelo sexo masculino, secreções genitais intensas. Na terceira e mais grave fase, ausência de pudor, emagrecimento, olhos fundos, sintomas hidrofóbicos, perda de apetite, oscilações violentas de agitação e marasmo, mania. O autor constata:

Eis finalmente frustrados os trabalhos de hum pai incansável! Eis terminada a sorte de huma donzella virtuosa, costumada a regular sua conducta, seguindo os conselhos de huma mãe sabia e prudente! Que he pois a recompensa da virtude, si o delírio de hum momento destroe os cuidados de huma educação longa e penivel? (LEMOS, 1851, p. 14).

Os perigos da ninfomania e da continência não estavam apenas circunscritos ao sofrimento individual. Estavam enunciadas em sua órbita a honra familiar e mesmo a moralidade do país. A condição erótica da mulher, escancarada na ninfomania, era vista como uma expressão sexual exacerbada e fora do lugar, pois punha em questão o desejo que deveria ser regulado a serviço exclusivamente do casamento (e da maternidade). A mulher continente, por sua vez, era vista como uma afronta à natureza, posto que se baseasse numa recusa à participação no trabalho de reprodução. Figuras estranhas ao ideal normativo de mulher, razão pela qual era preciso lutar contra ela. De um lado, convinha remodelar sua imagem como eternamente casta, para lhe

imprimir novos traços: a da boa esposa e mãe, de ancas e peitos fartos, de semblante acolhedor, amparada pela segurança oferecida pelo marido, feliz e bem adaptada aos seus desígnios, naturalizados no discurso médico. De outro, era necessário oferecer à ninfomaníaca, essa “doente” do próprio desejo, formas de contenção do seu excesso, pois ela dava visibilidade a uma figuração de mulher ameaçadora à gestão da vida que deveria organizar nosso projeto de sociedade.

7. Considerações finais

Com ênfases distintas, o que atravessa todos esses temas – celibato, continência, libertinagem, ninfomania – é uma depreciação de expressões sexuais que estariam na periferia da instituição matrimonial. Defendendo o casamento e somente aos poucos se livrando da moral sexual cristã, a medicina vai se estabelecendo como aquela que lá no começo do século XX estará autorizada a estabelecer as prescrições normativas do que se autointitulará uma “nova moral sexual”, regulada por uma emergente ciência – a “sciencia sexual” (ALBUQUERQUE, 1929).

A partir da ênfase higiênica no casamento e do escrutínio crítico de condições de exercício sexual, estavam apresentados no discurso médico certos parâmetros normativos que deveriam modelar maridos e esposas capazes de assumir essa instituição que se conformava como a base de sustentação da sociedade. Em paralelo, outra “campanha” estava sendo gestada: a fabricação da “mãe higiênica” (COSTA, 1999). O desvelo com que os médicos se preocupavam da higiene na infância permite vislumbrar a importância que a educação das mulheres para o exercício da maternidade tinha para o projeto de regulação higiênica da vida. Ao lado de um marido que pudesse ser o lugar de coesão familiar, a mulher deveria estar devotada à geração, à nutrição e à educação dos filhos. Era esse o seu lugar no mundo.

Referências bibliográficas

- A PROPOSITO das memorias historicas das faculdades de medicina do Imperio em 1866. *Gazeta Médica da Bahia*, v. 2, n. 39, fev. 1868.
- A REFORMA da Faculdade de Medicina. *Gazeta Medica da Bahia*, v. 21, n. 7, jan. 1890.
- ALBUQUERQUE, J. *Hygiene sexual*. Rio de Janeiro: L. Ribeiro, 1929.
- ALMEIDA, A. Família e história: considerações metodológicas. In: SEMINÁRIO FAMÍLIA E SOCIEDADE NO BRASIL, 2002, São Paulo. *Anais...* São Paulo: USP/ NEMGE, 2002.

- ARAÚJO, L. J. C. *Influencia do celibato sobre a saude do homem*. 1870. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador.
- ARIÊS, P. *História social da criança e da família*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.
- BARROS, F. B. *Influencia do celibato sobre a saude do homem*. 1869. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador.
- BRASIL. Decreto nº 847 de 11 de outubro de 1890. Disponível em: <http://www.senado.gov.br>. Acesso em: 22 set. 2009.
- BRITTO, M. F. *A libertinagem e seus perigos relativamente ao physico e moral do homem*. 1853. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador.
- _____. *Sem fraude nem favor: estudos sobre o amor romântico*. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.
- _____. *Ordem médica e norma familiar*. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999. Publicado originalmente em 1978.
- FOUCAULT, M. *Sécurité, territoire, population: cours au Collège de France*. Paris: Seuil/Gallimard, 2004a. Curso do Collège de France do ano letivo 1977-1978.
- FREYRE, G. *Introdução à história da sociedade patriarcal no Brasil I: Casa-grande & senzala – formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal*. 50. ed. São Paulo: Global, 2005. 1. ed. publicada em 1933.
- LEMONS, J. P. *Breves considerações acerca do celibato professado pelas mulheres*. 1851. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador.
- LIBERDADE profissional. *Gazeta Médica da Bahia*, v. 1, n. 5, 10 set. 1866.
- MACHADO, R.; LOUREIRO, A.; LUZ, R.; MURICY, K. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MARQUES, S. T. *Influencia do celibato sobre a saude do homem*. 1870. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador.
- NECESSIDADE de criação de uma associação medica em nossa província: sua utilidade e seus fins. *Gazeta Médica da Bahia*, v. 1, n. 14, 24 jan. 1867.
- O NOVO regimen e as reformas do ensino. *Gazeta Médica da Bahia*, v. 21, n. 6, dez. 1889.
- PEREIRA, P. Discurso: o centenário do ensino medico no Brasil. *Gazeta Medica da Bahia*, v. 40, n. 4/5, out./nov. 1908.
- RIBEIRO, A. Araujo. *A nymphomania*. 1842. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- SAMARA, E. *A família brasileira*. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- SCHWARCZ, L. M. *O espetáculo das raças*. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.
- SKIDMORE, T. *Preto no branco: raça e nacionalidade no pensamento brasileiro*. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.
- TERUYA, M. T. *A família na historiografia brasileira: bases e perspectivas teóricas*. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2000/Todos/A%20Familia%20na%20Historiografia%20Brasileira....pdf>. Acesso em: 04 fev. 2010.
- VAINFAS, R. *Trópico dos pecados: moral, sexualidade e inquisição no Brasil*. Rio de Janeiro: Campus, 1989.
- VALLE, L. V. D'A. *Mulher e matrimonio: medicamentos considerados*. 1847. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Notas

¹ Tomada inicialmente no pensamento foucaultiano como uma estratégia disciplinar por excelência, a normalização, no entanto, sofrerá uma importante redefinição no seminário “Segurança, Território e População”, de 1977-1978. A fim de distinguir os mecanismos de poder que diferenciavam a lei, a disciplina e o “dispositivo de segurança”, Foucault tentará precisar a relação de cada um deles com a norma. Admitindo que a função da lei é codificar a norma, o que, portanto, significa que o campo da norma é mais vasto que o campo da lei, estaria justificado seu interesse em analisar os mecanismos de normalização que estariam na periferia ou mesmo na contramão da lei. A disciplina – que prevê um controle minucioso dos gestos, do tempo, da espacialidade que se constitui entre o individual e a massa – processa-se em relação a uma finalidade, o que permite dizer que a disciplina busca normalizar, mas a partir da construção de um modelo que se considera ideal para alcançar a finalidade esboçada. Com base nessas premissas ele afirma, então, que a disciplina estabelece as bases para distribuir os indivíduos em normais e anormais, mas sua tarefa fundamental seria a construção

do modelo, ou seja, da norma. Daí que ele vai admitir uma nova designação para esse processo: na disciplina temos um processo de normação. É apenas quando a cidade passa a colocar problemas para a soberania, que ela passa a ser alvo de produção de um saber que visava à intervenção propriamente normalizadora. O desafio que se coloca, portanto, é o de garantir que a circulação se processe e que se tenham mecanismos de controlar os perigos dessa circulação, a fim de garantir a segurança da população. As relações de poder se multiplicam, ou melhor, se capilarizam, de modo que a vigilância, nesse novo dispositivo – o de segurança – incide não sobre um corpo individual, mas sobre os limites definidos a partir da busca de ordem na aleatoriedade nos movimentos de uma população, nova definição de normalização, que age em sinergia com a lei e a disciplina.

² A tentativa de ampliação do domínio de atuação médica não se fez sem tensões internas à própria corporação. No processo de reforma do ensino médico no último decênio do século XIX, os embates políticos entre os dois centros de formação médica do país – o da Bahia e o do Rio – se intensificaram, o que foi noticiado pelos dois principais veículos da imprensa médica da época: a *Gazeta Médica* e o *Brazil Médico*. A reação carioca à reforma do ensino em 1882 foi divulgada pelo *Brazil Médico*, num artigo que pretendia sustentar a tese de que o tratamento dado aos dois centros de formação deveria ser diferente, uma vez que o estado civilizatório, o número de alunos, preparo do corpo docente davam ao Rio de Janeiro condições de formação superiores, o que deveria se reverter em distribuição desigual de recursos entre os dois centros. A supremacia médica brasileira deveria ser então construída na capital do Império e não na província. A reação baiana veio na GMB de 1890 (O NOVO regimen e as reformas do ensino), quando um artigo foi publicado criticando duramente a ofensiva fluminense.

³ Numa conclamação à organização da corporação médica, um artigo da GMB de 24 de janeiro de 1867 propunha a criação de uma associação médica beneficente, cujo objetivo era, por meio do fortalecimento dos laços de solidariedade, coagular os interesses médicos (ver: NECESSIDADE DE..., 1867).

⁴ Ele se refere aos seguintes trabalhos: SAMARA (1983); CORRÊA (2002).

⁵ Essa expressão comparece, inclusive, no Código Penal de 1890, como uma condição para a tipificação de crime e atribuição de pena, no título VIII intitulado “Dos crimes contra a segurança da honra e honestidade das famílias e do ultraje publico ao pudor”, mais especificamente no capítulo I sobre a violência carnal. Para mais detalhes, ver: BRASIL (2009). Decreto nº 847 de 11 de outubro de 1890. Disponível em: <http://www.senado.gov.br>. Acesso em: 22 set. 2009.

Recebido em: 01/09/2013

Aprovado para publicação em: 05/10/2013