

BIBLIOTECA DE FILOSOFIA
E HISTÓRIA DAS CIÊNCIAS
VOL. 7

Coordenadores:
J. A. Guilhaon de Albuquerque
Roberto Machado

MICHEL FOUCAULT

MICROFÍSICA DO PODER

*Organização, Introdução
e Revisão Técnica de Roberto Machado*
9ª EDIÇÃO

graal

Copyright by
Michel Foucault
Edição com base em textos de M. Foucault, organizada por Roberto Machado

Capa:
Celso Wilmer
Cristina Grunert
Produção Gráfica:
Orlando Fernandes

1.^a edição: 1979
2.^a edição: 1981
3.^a edição: 1982
4.^a edição: 1984
5.^a edição: 1985
6.^a edição: 1986
7.^a edição: 1988
8.^a edição: 1989

CIP-Brasil, Catalogação-na-fonte
Sindicato Nacional dos Editores de Livros, RJ.

F86m Foucault, Michel.
Microfísica do poder / Michel Foucault;
organização e tradução de Roberto Macha-
do. — Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

(Biblioteca de filosofia e história das
ciências: v. n. 7)

Bibliografia.

1. Poder (Ciências sociais) — Teoria I.
Machado, Roberto II. Título III. Série.

79-0645 CDD — 320.101
CDU — 321.01

Direitos adquiridos por
EDIÇÕES GRAAL LTDA.
Rua Hermenegildo de Barros, 31-A
Glória, Rio de Janeiro, RJ
CEP: 20.241
Tel.: (021) 252-8582

1990
Impresso no Brasil/Printed in Brazil

Índice

⊗ Introdução: Por uma genealogia do poder	VII
I. Verdade e poder	1
⊗ II. Nietzsche, a genealogia e a história	15
III. Sobre a justiça popular	39
⊗ IV. Os intelectuais e o poder	69
⊗ V. O nascimento da medicina social	79
VI. O nascimento do hospital	99
VII. A casa dos loucos	113
VIII. Sobre a prisão	129
⊗ IX. Poder-corpo	145
⊗ X. Sobre a geografia	153
XI. Genealogia e Poder	167
XII. Soberania e Disciplina	179
XIII. A política da saúde no século XVIII	193
XIV. O olho do poder	209
XV. Não ao sexo rei	229
⊗ XVI. Sobre a história da sexualidade	243
⊗ XVII. A governamentalidade	277

proletária lutando precisamente onde a opressão se exerce sobre eles. As mulheres, os prisioneiros, os soldados, os doentes nos hospitais, os homossexuais iniciaram uma luta específica contra a forma particular de poder, de coerção, de controle que se exerce sobre eles. Estas lutas fazem parte atualmente do movimento revolucionário, com a condição de que sejam radicais, sem compromisso nem reformismo, sem tentativa de reorganizar o mesmo poder apenas com uma mudança de titular. E, na medida em que devem combater todos os controles e coerções que reproduzem o mesmo poder em todos os lugares, esses movimentos estão ligados ao movimento revolucionário do proletariado.

Isto quer dizer que a generalidade da luta certamente não se faz por meio da totalização de que você falava há pouco, por meio da totalização teórica, da "verdade". O que dá generalidade à luta é o próprio sistema do poder, todas as suas formas de exercício e aplicação.

G.D.: E não se pode tocar em nenhum ponto de aplicação do poder sem se defrontar com este conjunto difuso que, a partir de então, se é necessariamente levado a querer explodir a partir da menor reivindicação. Toda defesa ou ataque revolucionário parciais se unem, deste modo, à luta operária.

2 de março de 1972.

V

O NASCIMENTO DA MEDICINA SOCIAL

Analisarei, nesta conferência, o nascimento da medicina social. Encontra-se, freqüentemente, em certos críticos da medicina atual, a idéia de que a medicina antiga – grega e egípcia – ou as formas de medicina das sociedades primitivas são medicinas sociais, coletivas, não centradas sobre o indivíduo. Minha ignorância em etnologia e egiptologia me impede de opinar sobre o problema. O pouco conhecimento que tenho da história grega me deixa perplexo, pois não vejo como se pode dizer que a medicina grega era coletiva e social.

Mas não são esses os problemas importantes. A questão é de saber se a medicina moderna, científica, que nasceu em fins do século XVIII entre Morgani e Bichat, com o aparecimento da anatomia patológica, é ou não individual. Pode-se dizer – como dizem alguns, em uma perspectiva que pensam ser política, mas que não é por não ser histórica – que a medicina moderna é individual porque penetrou no interior das relações de mercado? Que a medicina moderna, na medida em que é ligada a uma economia capitalista, é uma medicina individual, individualista, conhecendo unicamente a relação de mercado do médico com o doente, ignorando a dimensão global, coletiva, da sociedade?

Procurarei mostrar o contrário: que a medicina moderna é uma medicina social que tem por *background* uma certa tecnologia do corpo social; que a medicina é uma prática social que somente em um de seus aspectos é individualista e valoriza as relações médico-doente.

Sobre este assunto gostaria de indicar uma referência bibliográfica. Trata-se do livro de Victor Bullough "The development of medicine as a profession", de 1965, sobre a história da medicina na Idade Média, em que se vê claramente que a medicina medieval era de tipo individualista e as dimensões coletivas da atividade médica extraordinariamente discretas e limitadas.

Minha hipótese é que com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política.

Como foi feita esta socialização?

Gostaria de tomar posição com relação a certas hipóteses geralmente aceitas. É verdade que o corpo foi investido política e socialmente como força de trabalho. Mas, o que parece característico da evolução da medicina social, isto é, da própria medicina, no Ocidente, é que não foi a princípio como força de produção que o corpo foi atingido pelo poder médico. Não foi o corpo que trabalha, o corpo do proletário que primeiramente foi assumido pela medicina. Foi somente em último lugar, na 2ª metade do século XIX, que se colocou o problema do corpo, da saúde ao nível da força produtiva dos indivíduos.

Pode-se, *grosso modo*, reconstituir três etapas na formação da medicina social: medicina de Estado, medicina urbana e, finalmente, medicina da força de trabalho.

I - A medicina de Estado, que se desenvolveu sobretudo na Alemanha, no começo do século XVIII.

Sobre esse problema específico não é válido dizer, como Marx, que a economia era inglesa, a política, francesa e a filosofia, alemã. Pois, foi na Alemanha que se formou, no século XVIII, bem antes da França e da Inglaterra, o que se pode chamar de ciência do Estado. A noção de *Staatswissenschaft* é uma noção alemã e sob o nome de ciência do Estado pode-se agrupar duas coisas, que aparecem, nesta época, na Alemanha: por um lado, 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. Os inquéritos sobre os recursos e o funcionamento dos Estados foram uma especialidade, uma disciplina alemã do século XVIII; por outro lado, a expressão significa também o conjunto dos procedimentos pelos quais o Estado extraiu e acumulou conhecimentos para melhor assegurar seu funcionamento. O Estado, como objeto de conhecimento e como instrumento e lugar de formação de conhecimentos específicos, é algo que se desenvolveu, de modo mais rápido e concentrado, na Alemanha, antes da França e da Inglaterra.

A que isso se deve? É bastante difícil saber e até agora os historiadores não se ocuparam muito do problema do nascimento, na Alemanha, de uma ciência do Estado, ciência estatal e sobre o Estado. Creio que isso se deve ao fato da Alemanha só ter se tornado um Estado unitário durante o século XIX, antes existindo unicamente uma justaposição de quase-estados, pseudo-estados, de pequenas unidades muito pouco estatáis. Justamente quando as formas do Estado se iniciavam, desenvolveram-se esses conhecimentos estatais e a preocupação com o próprio funcionamento do Estado. As pequenas dimensões dos Estados, suas justaposições, seus perpétuos conflitos e seus afrontamentos, a balança de forças sempre desequilibradas e mutantes, fizeram com que eles estivessem obrigados a se medir uns aos outros, se comparar, imitar seus métodos e tentar mudar as relações de força. Enquanto os grandes Estados como a França e a Inglaterra podiam funcionar a um nível relativamente inconsciente, dotando-se de grandes aparelhos como o exército ou a polícia, na Alemanha a pequena dimensão dos Estados tornou necessária e possível essa consciência discursiva do funcionamento estatal da sociedade.

Outra razão desse desenvolvimento da ciência do Estado é o não-desenvolvimento econômico ou a estagnação do desenvolvimento econômico da Alemanha, no século XVII, depois da guerra dos 30 anos e dos grandes tratados entre a França e a Áustria. Depois do primeiro desenvolvimento da Alemanha, na época do Renascimento, formou-se uma certa burguesia cujo impulso econômico foi bloqueado no século XVII, não podendo encontrar de que se ocupar e subsistir no comércio, na manufatura e na indústria nascente. Procurou, então, apoio nos soberanos se constituindo em um corpo de funcionários disponíveis para os aparelhos de Estado que os soberanos eram obrigados a organizar para modificar, em seu proveito, as relações de força com os vizinhos. Entre uma burguesia economicamente desocupada e soberanos em luta e situação de afrontamento perpé-

tuos se produziu uma cumplicidade e a burguesia ofereceu seus homens, sua capacidade, seus recursos, etc., à organização dos Estados. Daí o fato de o Estado, no sentido moderno do termo, com seus aparelhos, seus funcionários, seu saber estatal, ter-se desenvolvido na Alemanha, antes de se desenvolver em países mais poderosos politicamente, como a França, ou economicamente mais desenvolvidos, como a Inglaterra.

O Estado moderno nasceu onde não havia potência política ou desenvolvimento econômico e precisamente por essas razões negativas. A Prússia, o primeiro Estado moderno, nasceu no coração da Europa mais pobre, menos desenvolvida economicamente e mais conflituada politicamente. E enquanto a França e a Inglaterra arrastavam suas velhas estruturas, a Prússia foi o primeiro modelo de Estado moderno.

Estas análises históricas sobre o nascimento da ciência e da reflexão sobre o Estado, no século XVIII, têm somente por objetivo explicar como e porque a medicina de Estado pôde aparecer primeiramente na Alemanha.

Desde o final do século XVI e começo do século XVII todas as nações do mundo europeu se preocuparam com o estado de saúde de sua população em um clima político, econômico e científico característico do período dominado pelo mercantilismo. O mercantilismo não sendo simplesmente uma teoria econômica, mas, também, uma prática política que consiste em controlar os fluxos monetários entre as nações, os fluxos de mercadorias correlatos e a atividade produtora da população. A política mercantilista consiste essencialmente em majorar a produção da população, a quantidade de população ativa, a produção de cada indivíduo ativo e, a partir daí, estabelecer fluxos comerciais que possibilitem a entrada no Estado da maior quantidade possível de moeda, graças a que se poderá pagar os exércitos e tudo o que assegure a força real de um Estado com relação aos outros.

Nesta perspectiva, a França, a Inglaterra e a Áustria começaram a calcular a força ativa de suas populações. É assim que, na França, se estabelecem estatísticas de nascimento e mortalidade e, na Inglaterra, as grandes contabilidades de população aparecem no século XVII. Mas, tanto na França quanto na Inglaterra, a única preocupação sanitária do Estado foi o estabelecimento dessas tabelas de natalidade e mortalidade, índice da saúde da população e da preocupação em aumentar a população, sem entretanto, nenhuma intervenção efetiva ou organizada para elevar o seu nível de saúde. Na Alemanha,

ao contrário, se desenvolverá uma prática médica efetivamente centrada na melhoria do nível de saúde da população. Rau, Frank e Daniel, por exemplo, propuseram entre 1750 e 1770, programas efetivos de melhoria da saúde da população, o que se chamou, pela primeira vez, política médica de um Estado. A noção de *Medizinichopolizei*, polícia médica, foi criada em 1764 por W.T. Rau e trata de algo diferente de uma contabilidade de mortalidade ou natalidade.

A polícia médica, que é programada na Alemanha, em meados do século XVIII, e que será efetivamente posta em aplicação no final do século XVIII e começo do século XIX, consiste em:

1º) Um sistema muito mais completo de observação da morbidade do que os simples quadros de nascimento e morte. Observação da morbidade pela contabilidade pedida aos hospitais e aos médicos que exercem a medicina em diferentes cidades ou regiões e registro, ao nível do próprio Estado, dos diferentes fenômenos epidêmicos ou endêmicos observados.

2º) Um fenômeno importante de normalização da prática e do saber médicos. Procura-se deixar às universidades e sobretudo à própria corporação dos médicos o encargo de decidir em que consistirá a formação médica e como serão atribuídos os diplomas. Aparece a idéia de uma normalização do ensino médico e, sobretudo, de um controle, pelo Estado, dos programas de ensino e da atribuição dos diplomas. A medicina e o médico são, portanto, o primeiro objeto da normalização. Antes de aplicar a noção de normal ao doente, se começa por aplicá-la ao médico. O médico foi o primeiro indivíduo normalizado na Alemanha.

Esse movimento de normalização na Europa é algo a ser estudado por quem se interessa por história das ciências. Houve a normalização dos médicos na Alemanha, mas na França, por exemplo, a normalização das atividades, ao nível do Estado, dirigiu-se, a princípio, à indústria militar. Normalizou-se primeiro a produção dos canhões e dos fuzis, em meados do século XVIII, a fim de assegurar a utilização por qualquer soldado de qualquer tipo de fuzil, a reparação de qualquer canhão em qualquer oficina, etc. Depois de ter normalizado os canhões, a França normalizou seus professores. As primeiras Escolas Normais, destinadas a dar a todos os professores o mesmo tipo de formação e, por conseguinte, o mesmo nível de qualificação, apareceram em torno de 1775, antes de sua institucionalização em 1790 ou 1791. A França normalizou seus canhões e seus professores, a Alemanha normalizou seus médicos.

3º) Uma organização administrativa para controlar a atividade dos médicos. Tanto na Prússia quanto nos outros Estados alemães, ao nível do Ministério ou da administração central, um departamento especializado é encarregado de 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. Subordinação, portanto, da prática médica a um poder administrativo superior.

4º) A criação de funcionários médicos nomeados pelo governo com responsabilidade sobre uma região, seu domínio de poder ou de exercício da autoridade de seu saber. É assim que um projeto adotado pela Prússia, no começo do século XIX, implica uma pirâmide de médicos, desde médicos de distrito que têm a responsabilidade de uma população entre seis e dez mil habitantes, até oficiais médicos, responsáveis por uma região muito maior e uma população entre trinta e cinco e cinquenta mil habitantes. Aparece, neste momento, o médico como administrador de saúde.

Com a organização de um saber médico estatal, a normalização da profissão médica, a subordinação dos médicos a uma administração central e, finalmente, a integração de vários médicos em uma organização médica estatal, tem-se uma série de fenômenos inteiramente novos que caracterizam o que pode ser chamada a medicina de Estado.

Essa medicina de Estado que aparece de maneira bastante precoce, antes mesmo da formação da grande medicina científica de Morgani e Bichat, não tem, de modo algum, por objeto a formação de uma força de trabalho adaptada às necessidades das indústrias que se desenvolviam neste momento. 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: é a força, não do trabalho, mas estatal, a força do Estado em seus conflitos, econômicos certamente, mas igualmente políticos, com seus vizinhos. É essa força estatal que a medicina deve aperfeiçoar e desenvolver. Há uma espécie de solidariedade econômico-política nesta preocupação da medicina de Estado. Seria, portanto, falso ligar isto ao cuidado imediato de obter uma força de trabalho disponível e válida.

O exemplo da Alemanha é igualmente importante por mostrar como, de maneira paradoxal, se encontra, no início da medicina mo-

derna, o máximo de estatização. Desde esses projetos que foram realizados em grande parte no final do século XVIII e começo do século XIX, desde a medicina de Estado alemã, nenhum Estado ousou propor uma medicina tão nitidamente funcionarizada, coletivizada, estatizada quanto a Alemanha desta época. Vê-se, por conseguinte, que não se passou de uma medicina individual a uma medicina pouco a pouco e cada vez mais estatizada, socializada. O que se encontra antes da grande medicina clínica do século XIX é uma medicina estatizada ao máximo. Os outros modelos de medicina social, dos séculos XVIII e XIX, são atenuações desse modelo profundamente estatal e administrativo já apresentado na Alemanha.

Essa é a primeira série de fenômenos a que pretendia me referir, episódio que os historiadores da medicina em geral negligenciam totalmente, mas que foi estudado de perto por George Rosen na série de estudos sobre as relações entre o cameralismo, o mercantilismo e a noção de polícia médica. Ele escreveu em 1953 um artigo sobre o problema no *Bulletin of history of medicine*, intitulado "Cameralism and the Concept of Medical Police" ¹ e o estudou posteriormente em seu livro *A History of Public Health*, de 1958.

II - A segunda direção no desenvolvimento da medicina social é representada pelo exemplo da França, onde, em fins do século XVIII, aparece uma medicina social que não parece ter por suporte a estrutura do Estado, como na Alemanha, mas um fenômeno inteiramente diferente: a urbanização. É com o desenvolvimento das estruturas urbanas que se desenvolve, na França, a medicina social.

Como e por que isso aconteceu? Retome-se um pouco a história. É preciso se representar uma grande cidade francesa no final do século XVIII, entre 1750 e 1780, não como uma unidade territorial, mas como multiplicidades emaranhadas de territórios heterogêneos e poderes rivais. Paris, por exemplo, não formava uma unidade territorial, uma região em que se exercia um único poder. Mas 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. O rio Sena, por exemplo, e suas

¹ In *Da Polícia Médica à Medicina Social*, Rio, Graal, 1979.

margens, estava sob a soberania do *prévôt des marchands*. Mas bastava ultrapassar essas margens para se estar sob outra jurisdição, a do lugar-tenente de polícia ou a do parlamento.

Ora, na segunda metade do século XVIII, se colocou o problema da unificação do poder urbano. Sentiu-se necessidade, ao menos nas grandes cidades, de constituir a cidade como unidade, de organizar o corpo urbano de modo coerente, homogêneo, dependendo de um poder único e bem regulamentado.

É isso por várias razões. Em primeiro lugar, certamente, por razões econômicas. Na medida em que a cidade se torna um importante lugar de mercado que unifica as relações comerciais, não simplesmente a nível de uma região, mas a nível da nação e mesmo internacional, a multiplicidade de jurisdição e de poder torna-se intolerável. A indústria nascente, o fato de que a cidade não é somente um lugar de mercado, mas um lugar de produção, faz com que se recorra a mecanismos de regulação homogêneos e coerentes.

A segunda razão é política. O desenvolvimento das cidades, o aparecimento de uma população operária pobre que vai tornar-se, no século XIX, o proletariado, aumentará as tensões políticas no interior da cidade. As relações entre diferentes pequenos grupos – corporações, ofícios, etc. –, que se opunham uns aos outros, mas se equilibravam e se neutralizavam, começam a se simplificar em uma espécie de confronto entre rico e pobre, plebe e burguês, que se manifesta através de agitações e sublevações urbanas cada vez mais numerosas e freqüentes. As chamadas revoltas de subsistência, o fato de que, em um momento de alta de preços ou baixa de salários, os mais pobres, não mais podendo se alimentar, saqueiam celeiros, mercados, docas e entrepostos, são fenômenos que, mesmo não sendo inteiramente novos, no século XVIII ganham intensidade cada vez maior e conduzirão às grandes revoltas contemporâneas da Revolução Francesa.

De maneira esquemática pode-se dizer que até o século XVII, na Europa, o grande perigo social vinha do campo. Os camponeses paupérrimos, no momento de más colheitas ou dos impostos, empunhavam a foice e iam atacar os castelos ou as cidades. As revoltas do século XVII foram revoltas camponesas. As revoltas urbanas nelas de incluíam. No final do século XVIII, ao contrário, as revoltas camponesas entram em regressão, acalmam-se em consequência da elevação do nível de vida dos camponeses e a revolta urbana torna-se cada vez mais freqüente com a formação de uma plebe em vias de se proletarizar. Daí a necessidade de um poder político capaz de esquadriñar esta população urbana.

É então que aparece e se desenvolve uma atitude de medos, de angústia diante da cidade. Cabanis, filósofo do final do século XVIII, dizia, por exemplo, a respeito da cidade: "Todas as vezes que homens se reúnem, seus costumes se alteram; todas as vezes que se reúnem em lugares fechados, se alteram seus costumes e sua saúde". Nasce o que chamarei medo urbano, medo da cidade, angústia diante da cidade que vai se caracterizar por vários elementos: medo das oficinas e fábricas que estão se construindo, do amontoamento da população, das casas altas demais, da população numerosa demais; medo, também, das epidemias urbanas, dos cemitérios que se tornam cada vez mais numerosos e invadem pouco a pouco a cidade; medo dos esgotos, das *caves* sobre as quais são construídas as casas que estão sempre correndo o perigo de desmoronar.

Tem-se, assim, certo número de pequenos pânico que atravessaram a vida urbana das grandes cidades do século XVIII, especialmente de Paris. Darei o exemplo do "Cemitério dos Inocentes" que existia no centro de Paris, onde eram jogados, uns sobre os outros, os cadáveres das pessoas que não eram bastante ricas ou notáveis para merecer ou poder pagar um túmulo individual. 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 espalharam em suas *caves* provocando pânico e talvez mesmo doenças. Em todo caso, no espírito das pessoas da época, a infecção causada pelo cemitério era tão forte que, segundo elas, por causa da proximidade dos mortos, o leite talhava imediatamente, a água apodrecia, etc. Este pânico urbano é característico deste cuidado, desta inquietude político-sanitária que se forma à medida em que se desenvolve o tecido urbano.

Para dominar esses fenômenos médicos e políticos que inquietam tão fortemente a população das cidades, particularmente a burguesia, que medidas serão tomadas?

Intervém um curioso mecanismo que se podia esperar, mas que não entra no esquema habitual dos historiadores da medicina. Qual foi a reação da classe burguesa que, sem exercer o poder, detido pelas autoridades tradicionais, o reivindicava? Ela lançou mão de um modelo de intervenção muito bem estabelecido mas raramente utilizado. Trata-se do modelo médico e político da quarentena.

Desde o fim da Idade Média, existia, não só na França mas em todos os países da Europa, um regulamento de urgência, como se

chamaria em termos contemporâneos, que devia ser aplicado quando a peste ou uma doença epidêmica violenta aparecesse em uma cidade. Em que consistia esse plano de urgência?

1º) Todas as pessoas deviam permanecer em casa para serem localizadas em um único lugar. Cada família em sua casa e, se possível, cada pessoa em seu próprio compartimento. Ninguém se movimenta.

2º) A cidade devia ser dividida em bairros que se encontravam sob a responsabilidade de uma autoridade designada para isso. Esse chefe de distrito tinha sob suas ordens inspetores que deviam durante o dia percorrer as ruas, ou permanecer em suas extremidades, para verificar se alguém saía de seu local. Sistema, portanto, de vigilância generalizada que dividia, esquadrihava o espaço urbano.

3º) Esses vigias de rua ou de bairro deviam fazer todos os dias um relatório preciso ao prefeito da cidade para informar tudo que tinham observado. Sistema, portanto, não somente de vigilância, mas de registro centralizado.

4º) Os inspetores deviam diariamente passar em revista todos os habitantes da cidade. Em todas as ruas por onde passavam, pediam a cada habitante para se apresentar em determinada janela, de modo que pudessem verificar, no registro-geral, que cada um estava vivo. Se, por acaso, alguém não aparecia, estava, portanto, doente, tinha contraído a peste, era preciso ir buscá-lo e colocá-lo fora da cidade em enfermaria especial. Tratava-se, portanto, de uma revista exaustiva dos vivos e dos mortos.

5º) Casa por casa, se praticava a desinfecção, com a ajuda de perfumes que eram queimados.

Esse esquema da quarentena foi um sonho político-médico da boa organização sanitária das cidades, no século XVIII. Houve fundamentalmente dois grandes modelos de organização médica na história ocidental: o modelo suscitado pela lepra e o modelo suscitado pela peste. Na Idade Média, o leproso era alguém que, logo que descoberto, era expulso do espaço comum, posto fora dos muros da cidade, exilado em um lugar confuso onde ia misturar sua lepra à lepra dos outros. O mecanismo da exclusão era o mecanismo do exílio, da purificação do espaço urbano. Medicalizar alguém era mandá-lo para fora e, por conseguinte, purificar os outros. A medicina era uma medicina de exclusão. O próprio internamento dos loucos, malfeitores, etc., em meados do século XVII, obedece ainda a esse esquema. Em compensação, existe um outro grande esquema político-médico que foi estabelecido, não mais contra a lepra, mas contra a peste. Neste caso, a medicina não exclui, não expulsa em uma região negra

e confusa. O poder político da medicina consiste em distribuir os indivíduos uns ao lado dos outros, isolá-los, individualizá-los, vigiá-los um a um, constatar o estado de saúde de cada um, ver se está vivo ou morto e fixar, assim, a sociedade em um espaço esquadrihado, dividido, inspecionado, percorrido por um olhar permanente e controlado por um registro, tanto quanto possível completo, de todos os fenômenos.

Tem-se, portanto, o velho esquema médico de reação à lepra que é de exclusão, de exílio, de forma religiosa, de purificação da cidade, de bode expiatório. E o esquema suscitado pela peste; não mais a exclusão, mas o internamento; não mais o agrupamento no exterior da cidade, mas, ao contrário, a análise minuciosa da cidade, a análise individualizante, o registro permanente; não mais um modelo religioso, mas militar. É a revista militar e não a purificação religiosa que serve, fundamentalmente, de modelo longínquo para esta organização político-médica.

A medicina urbana com seus métodos de vigilância, de hospitalização, etc., não é mais do que um aperfeiçoamento, na segunda metade do século XVIII, do esquema político-médico da quarentena que tinha sido realizado no final da Idade Média, nos séculos XVI e XVII. A higiene pública é uma variação sofisticada do tema da quarentena e é daí que provém a grande medicina urbana que aparece na segunda metade do século XVIII e se desenvolve sobretudo na França.

Em que consiste essa medicina urbana?

Essencialmente em três grandes objetivos:

1º) Analisar os lugares de acúmulo e amontoamento de tudo que, no espaço urbano, pode provocar doença, lugares de formação e difusão de fenômenos epidêmicos ou endêmicos. São essencialmente os cemitérios. É assim que aparecem, em torno dos anos 1740 - 1750, protestos contra o amontoamento dos cemitérios e, mais ou menos em 1780, as primeiras grandes emigrações de cemitérios para a periferia da cidade. É nesta época que aparece o cemitério individualizado, isto é, o caixão individual, as sepulturas reservadas para as famílias, onde se escreve o nome de cada um.

Crê-se, freqüentemente, que foi o cristianismo quem ensinou à sociedade moderna o culto dos mortos. Penso de maneira diferente. Nada na teologia cristã levava a crer ser preciso respeitar o cadáver enquanto tal. O Deus cristão é bastante Todo-Poderoso para poder ressuscitar os mortos mesmo quando misturados em um ossuário. Em compensação, a individualização do cadáver, do caixão e do tú-

mulo aparece no final do século XVIII por razões não teológico-religiosas de respeito ao cadáver, mas político-sanitárias de respeito aos vivos. Para que os vivos estejam ao abrigo da influência nefasta dos mortos, é preciso que os mortos sejam tão bem classificados quanto os vivos ou melhor, se possível. É assim que aparece na periferia das cidades, no final do século XVIII, um verdadeiro exército de mortos tão bem enfileirados quanto uma tropa que se passa em revista. Pois é preciso esquadriñar, analisar e reduzir esse perigo perpétuo que os mortos constituem. Eles vão, portanto, ser colocados no campo e em regimento, uns ao lado dos outros, nas grandes planícies que circundam as cidades.

Não uma idéia cristã, mas médica, política. Melhor prova é que, quando se pensou na transferência do Cemitério dos Inocentes, de Paris, apelou-se para Fourcroy, um dos grandes químicos do final do século XVIII, a fim de saber o que se devia fazer contra a influência desse cemitério. É o químico que pede a transferência do cemitério. É o químico, enquanto estuda as relações entre o organismo vivo e o ar que se respira, que é encarregado desta primeira polícia médica urbana sancionada pelo exílio dos cemitérios. Outro exemplo é o caso dos matadouros que também estavam situados no centro de Paris e que se decidiu, depois de consultada a *Academia de Ciências*, colocar nos arredores de Paris, a oeste, em La Villette.

Portanto, o primeiro objetivo da medicina urbana é a análise das regiões de amontoamento, de confusão e de perigo no espaço urbano.

2º) A medicina urbana tem um novo objeto: o controle da circulação. Não da circulação dos indivíduos, mas das coisas ou dos elementos, essencialmente a água e o ar.

Era uma velha crença do século XVIII que o ar tinha uma influência direta sobre o organismo, por veicular miasmas ou porque as qualidades do ar frio, quente, seco ou úmido em demasia se comunicavam ao organismo ou, finalmente, porque se pensava que o ar agia diretamente por ação mecânica, pressão direta sobre o corpo. O ar, então, era considerado um dos grandes fatores patógenos. Ora, como manter as qualidades do ar em uma cidade, fazer com que o ar seja sadio, se ele existe como que bloqueado, impedido de circular, entre os muros, as casas, os recintos, etc? Daí a necessidade de abrir longas avenidas no espaço urbano, para manter o bom estado de saúde da população. Vai-se, portanto, pedir a comissões da *Academia de Ciências*, de médicos, de químicos, etc., para opinar sobre os melhores métodos de arejamento das cidades. Um dos casos mais conheci-

dos foi a destruição de casas que se encontravam nas pontes das cidades. Por causa do amontoamento, do preço do terreno, durante a Idade Média e mesmo nos séculos XVII e XVIII, casas de moradia foram construídas nas pontes. Considerou-se, então, que essas casas impediam a circulação do ar em cima dos rios, retinham ar úmido entre suas margens e foram sistematicamente destruídas. Marmontel chegou mesmo a calcular quantas mortes foram economizadas com a destruição de três casas em cima do *Pont Neuf*: quatrocentas pessoas por ano, vinte mil em cinquenta anos, etc. Organizam-se, portanto, corredores de ar, como também corredores de água. Em Paris, em 1767, de modo bastante precoce, um arquiteto chamado Moreau propôs um plano diretor para a organização das margens e ilhas do Sena que foi aplicado até o começo do século XIX, entendendo-se que a água devia, com sua corrente, lavar a cidade dos miasmas que, sem isso, aí permaneceriam.

A medicina urbana tem, portanto, como segundo objeto o controle e o estabelecimento de uma boa circulação da água e do ar.

3º) Outro grande objeto da medicina urbana é a organização do que chamarei distribuições e seqüências. Onde colocar os diferentes elementos necessários à vida comum da cidade? É o problema da posição recíproca das fontes e dos esgotos ou dos barcos-bombeadores e dos barcos-lavanderia. Como evitar que se aspire água de esgoto nas fontes onde se vai buscar água de beber; como evitar que o barco-bombeador, que traz água de beber para a população, não aspire água suja pelas lavanderias vizinhas? Essa desordem foi considerada, na segunda metade do século XVIII, responsável pelas principais doenças epidêmicas das cidades. Daí a elaboração do 1º plano hidrográfico de Paris, em 1742, intitulado *Exposé d'un plan hydrographique de la ville de Paris*, primeira pesquisa sobre os lugares em que se pode dragar água que não tenha sido suja pelos esgotos e sobre polícia da vida fluvial. De tal modo que em 1789, quando começa a Revolução Francesa, a cidade de Paris já tinha sido esquadrihada por uma polícia médica urbana que tinha estabelecido o fio diretor do que uma verdadeira organização de saúde da cidade deveria realizar.

Um ponto, entretanto, não tinha sido tocado até o final do século XVIII, que diz respeito ao conflito entre a medicina e os outros tipos de poder: a propriedade privada. A política autoritária com respeito à propriedade privada, à habitação privada não foi esboçada no século XVIII a não ser sob um aspecto: as caves. As caves, que pertencem ao proprietário da casa, são regulamentadas quanto a seu uso e quanto às galerias que podem ser construídas. Este é o problema

da propriedade do subsolo, no século XVIII, colocado a partir da tecnologia mineira. A partir do momento em que se soube construir minas em profundidade, colocou-se o problema de saber a quem elas pertenciam. Elaborou-se uma legislação autoritária sobre a apropriação do subsolo que estipulava, em meados do século XVIII, que o subsolo não pertencia ao proprietário do solo, mas ao Estado e ao rei. Foi assim que o subsolo privado parisiense foi controlado pelas autoridades coletivas, enquanto a superfície, ao menos no que concerne à propriedade privada, não o foi. Os espaços comuns, os lugares de circulação, os cemitérios, os ossuários, os matadouros foram controlados, o mesmo não acontecendo com a propriedade privada antes do século XIX. A burguesia que, para sua segurança política e sanitária, pretendia o controle da cidade, não podia ainda contradizer a legislação sobre a propriedade que ela reivindicava, procurava estabelecer, e só conseguirá impor no momento da Revolução Francesa. Daí, portanto, o caráter sagrado da propriedade privada e a inércia de todas as políticas médicas urbanas com relação à propriedade privada.

A medicalização da cidade, no século XVIII, é importante por várias razões:

1º) Por intermédio da medicina social urbana, a prática médica se põe diretamente em contato com ciências extra-médicas, fundamentalmente a química. Desde o período confuso em que Paracelso e Van Helmont procuravam estabelecer as relações entre medicina e química, não houve mais verdadeiras relações entre as duas. 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 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 fez através da socialização da medicina, devido ao estabelecimento de uma medicina coletiva, social, urbana. A isso se deve a importância da medicina urbana.

2º) A medicina urbana 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. Esta medicina das coisas já delineia, sem em-

pregar ainda a palavra, a noção de meio que os naturalistas do final do século XVIII, como Cuvier, desenvolverão. A relação entre organismo e meio será feita simultaneamente na ordem das ciências naturais e da medicina, por intermédio da medicina urbana. Não se passou da análise do organismo à análise do meio ambiente. A medicina passou da análise do meio à dos efeitos do meio sobre o organismo e finalmente à análise do próprio organismo. A organização da medicina foi importante para a constituição da medicina científica.

3º) Com ela aparece, pouco antes da Revolução Francesa, uma noção que terá uma importância considerável para a medicina social: a noção de salubridade. Uma das decisões logo tomadas pela Assembleia Constituinte, em 1790 ou 1791, foi, por exemplo, a criação de comitês de salubridade dos departamentos e principais cidades.

Salubridade não é a mesma coisa que saúde, e sim o estado das coisas, do meio e seus elementos constitutivos, que permitem a melhor saúde possível. Salubridade é a base material e social capaz de assegurar a melhor saúde possível dos indivíduos. E é correlativamente a ela que aparece a noção de higiene pública, técnica de controle e de modificação dos elementos materiais do meio que são suscetíveis de favorecer ou, ao contrário, prejudicar a saúde. Salubridade e insalubridade são o estado das coisas e do meio enquanto afetam a saúde; a higiene pública - no séc. XIX, a noção essencial da medicina social francesa - é o controle político-científico deste meio.

Vê-se, assim, como se está bastante longe da medicina de Estado, tal como é definida na Alemanha, pois se trata de uma medicina muito mais próxima das pequenas comunidades, das cidades, dos bairros, como também não é ainda dotada de nenhum instrumento específico de poder. O problema da propriedade privada, princípio sagrado, impede que esta medicina seja dotada de um poder forte. Mas, se ela perde em poder para a Staatsmedizin alemã, ganha certamente em fineza de observação, na cientificidade das observações feitas e das práticas estabelecidas. Grande parte da medicina científica do século XIX tem origem na experiência desta medicina urbana que se desenvolve no final do século XVIII.

III - A terceira direção da medicina social pode ser sucintamente analisada através do exemplo inglês.

A medicina dos pobres, da força de trabalho, do operário não foi o primeiro alvo da medicina social, mas o último. Em primeiro lugar o Estado, em seguida a cidade e finalmente os pobres e trabalhadores foram objetos da medicalização.

O que é característico da medicina urbana francesa é a habitação privada não ser tocada e o pobre, a plebe, o povo não ser claramente considerado um elemento perigoso para a saúde da população. O pobre, o operário, não é analisado como os cemitérios, os osuários, os matadouros, etc.

Por que os pobres não foram problematizados como fonte de perigo médico, no século XVIII? Existem várias razões para isso: uma é de ordem quantitativa: o amontoamento não era ainda tão grande para que a pobreza aparecesse como perigo. Mas existe uma razão mais importante: é que o pobre funcionava no interior da cidade como uma condição da existência urbana. Os pobres da cidade eram pessoas que realizavam incumbências, levavam cartas, se encarregavam de despejar o lixo, apanhar móveis velhos, trapos, panos velhos e retirá-los da cidade, redistribuí-los, vendê-los, etc. Eles faziam parte da instrumentalização da vida urbana. Na época, as casas não eram numeradas, não havia serviço postal e quem conhecia a cidade, quem detinha o saber urbano em sua meticulosidade, quem assegurava várias funções fundamentais da cidade, como o transporte de água e a eliminação de dejetos, era o pobre. Na medida em que faziam parte da paisagem urbana, como os esgotos e a canalização, os pobres não podiam ser postos em questão, não podiam ser vistos como um perigo. No nível em que se colocavam, eles eram bastante úteis.

Foi somente no segundo terço do século XIX, que o pobre apareceu como perigo. As razões são várias:

1º) Razão política. Durante a Revolução Francesa e, na Inglaterra, durante as grandes agitações sociais do começo do século XIX, a população pobre tornou-se uma força política capaz de revoltar ou pelo menos, de participar de revoltas.

2º) No século XIX encontrou-se um meio de dispensar, em parte, os serviços prestados pela população, com o estabelecimento, por exemplo, de um sistema postal e um sistema de carregadores, o que produziu uma série de revoltas populares contra esses sistemas que retiravam dos mais pobres o pão e a possibilidade de viver.

3º) A cólera de 1832, que começou em Paris e se propagou por toda a Europa, cristalizou em torno da população proletária ou plebéia uma série de medos políticos e sanitários. A partir dessa época, se decidiu dividir o espaço urbano em espaços pobres e ricos. A coabitação em um mesmo tecido urbano de pobres e ricos foi considerada um perigo sanitário e político para a cidade, o que ocasionou a organização de bairros pobres e ricos, de habitações ricas e pobres. O

poder político começou então a atingir o direito da propriedade e da habitação privadas. Foi este o momento da grande redistribuição, no II Império francês, do espaço urbano parisiense.

Estas são as razões pelas quais, durante muito tempo, a plebe urbana não foi considerada um perigo médico e a partir do século XIX isso acontece.

É na Inglaterra, país em que o desenvolvimento industrial, e por conseguinte, o desenvolvimento do proletariado, foi o mais rápido e importante, que aparece uma nova forma de medicina social. Isso não significa que não se encontrem na Inglaterra projetos de medicina de Estado, de estilo alemão: Chadwick, por exemplo, se inspirou bastante nos métodos alemães para a elaboração de seus projetos, em torno de 1840. Além disso, Ramsay escreveu em 1846 um livro chamado *Health and sickness of town populations* que retoma o conteúdo da medicina urbana francesa.

É essencialmente na Lei dos pobres que a medicina inglesa começa a tornar-se social, na medida em que o conjunto dessa legislação comportava um controle médico do pobre. A partir do momento em que o pobre se beneficia do sistema de assistência, deve, por isso mesmo, se submeter a vários controles médicos. Com a Lei dos pobres aparece, de maneira ambígua, algo importante na história da medicina social: a idéia de uma assistência controlada, de uma intervenção médica que é tanto uma maneira de ajudar os mais pobres a satisfazer suas necessidades de saúde, sua pobreza não permitindo que o façam por si mesmos, quanto um controle pelo qual as classes ricas ou seus representantes no governo asseguram a saúde das classes pobres e, por conseguinte, a proteção das classes ricas. Um cordão sanitário autoritário é estendido no interior das cidades entre ricos e pobres: os pobres encontrando a possibilidade de se tratarem gratuitamente ou sem grande despesa e os ricos garantindo não serem vítimas de fenômenos epidêmicos originários da classe pobre.

Vê-se, claramente, a transposição, na legislação médica, do grande problema político da burguesia nesta época: a que preço, em que condições e como assegurar sua segurança política. A legislação médica contida na Lei dos pobres corresponde a esse processo. Mas esta lei e a assistência-proteção, assistência-controle que ela implica, foi somente o primeiro elemento de um complexo sistema cujos outros elementos só aparecem mais tarde, em torno de 1870, com os grandes fundadores da medicina social inglesa, principalmente John Simon, que completaram a legislação médica da Lei dos pobres com a

organização de um serviço autoritário, não de cuidados médicos, mas de controle médico da população.

Trata-se dos sistemas de *health service*, de *health officers* que começaram na Inglaterra em 1875 e eram, mais ou menos, mil no final do século XIX. Tinham por função: 1º) Controle da vacinação, obrigando os diferentes elementos da população a se vacinarem. 2º) Organização do registro das epidemias e doenças capazes de se tornarem epidêmicas, obrigando as pessoas à declaração de doenças perigosas. 3º) Localização de lugares insalubres e eventual destruição desses focos de insalubridade. O *health service* é o segundo elemento que prolonga a *Lei dos pobres*. Enquanto a *Lei dos pobres* comportava um serviço médico destinado ao pobre enquanto tal, o *health service* tem como características não só atingir, igualmente, toda a população, como também, ser constituído por médicos que dispensam cuidados médicos que não são individuais, mas têm por objeto a população em geral, as medidas preventivas a serem tomadas e, como na medicina urbana francesa, as coisas, os locais, o espaço social, etc.

Ora, quando se observa como efetivamente funcionou o *health service* vê-se que era um modo de completar, ao nível coletivo, os mesmos controles garantidos pela *Lei dos pobres*. A intervenção nos locais insalubres, as verificações de vacina, os registros de doenças tinham de fato por objetivo o controle das classes mais pobres.

É esta a razão pela qual o controle médico inglês, garantido pelos *health officers* suscitou, desde sua criação, uma série de reações violentas da população, de resistência popular, de pequenas insurreições anti-médicas na Inglaterra da 2ª metade do século XIX.

Essas resistências médicas foram indicadas por Mckeown em uma série de artigos na revista *Public Law*, em 1967. Creio que seria interessante analisar, não somente na Inglaterra, mas em diversos países do mundo, como essa medicina, organizada em forma de controle da população pobre, suscitou resistências. É, por exemplo, curioso constatar que os grupos de dissidência religiosa, tão numerosos nos países anglo-saxões, de religião protestante, tinham essencialmente por objetivo, nos séculos XVII e XVIII, lutar contra a religião de Estado e a intervenção do Estado em matéria religiosa. Ora, o que reaparece, no século XIX, são grupos de dissidência religiosa, de diferentes formas, em diversos países, que têm agora por objetivo lutar contra a medicalização, reivindicar o direito das pessoas não passarem pela medicina oficial, o direito sobre seu próprio corpo, o direito de viver, de estar doente, de se curar e morrer como quiserem. Esse desejo de escapar da medicalização autoritária é um dos temas que

marcaram vários grupos aparentemente religiosos, com vida intensa no final do século XIX e ainda hoje.

Nos países católicos a coisa foi diferente. Que significado tem a peregrinação de Lourdes, desde o final do século XIX até hoje, para os milhões de peregrinos pobres que aí vão todos os anos, senão uma espécie de resistência difusa à medicalização autoritária de seus corpos e doenças? Em lugar de ver nessas práticas religiosas um fenômeno residual de crenças arcaicas ainda não desaparecidas, não serão elas uma forma atual de luta política contra a medicalização autoritária, a socialização da medicina, o controle médico que se abate essencialmente sobre a população pobre; não serão essas lutas que reaparecem nessas formas aparentemente arcaicas, mesmo se seus instrumentos são antigos, tradicionais e supõem um sistema de crenças mais ou menos abandonadas? O vigor dessas práticas, ainda atuais, é ser uma reação contra essa *social medicine*, medicina dos pobres, medicina a serviço de uma classe, de que a medicina social inglesa é um exemplo.

De maneira geral, pode-se dizer que, diferentemente da medicina urbana francesa e da medicina de Estado da Alemanha do século XVIII, aparece, no século XIX e sobretudo na Inglaterra, uma medicina que é essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas.

Essa fórmula da medicina social inglesa foi a que teve futuro, diferentemente da medicina urbana e sobretudo da medicina de Estado. O sistema inglês de Simon e seus sucessores possibilitou, por um lado, ligar três coisas: assistência médica ao pobre, controle de saúde da força de trabalho e esquadramento geral da saúde pública, permitindo às classes mais ricas se protegerem dos perigos gerais. E, por outro lado, a medicina social inglesa, esta é sua originalidade, permitiu a realização de três sistemas médicos superpostos e coexistentes; uma medicina assistencial destinada aos mais pobres, uma medicina administrativa encarregada de problemas gerais como a vacinação, as epidemias, etc., e uma medicina privada que beneficiava quem tinha meios para pagá-la. Enquanto o sistema alemão da medicina de Estado era pouco flexível e a medicina urbana francesa era um projeto geral de controle sem instrumento preciso de poder, o sistema inglês possibilitava a organização de uma medicina com faces e formas de poder diferentes segundo se tratasse da medicina assistencial, administrativa e privada, setores bem delimitados que permitiram, du-

rante o final do século XIX e primeira metade do século XX, a existência de um esquadramento médico bastante completo.

Com o plano Beveridge e os sistemas médicos dos países mais ricos e industrializados da atualidade, trata-se sempre de fazer funcionar esses três setores da medicina, mesmo que sejam articulados de maneiras diferentes.

VI

O NASCIMENTO DO HOSPITAL

Esta conferência tratará do aparecimento do hospital na tecnologia médica. A partir de que momento o hospital foi programado como um instrumento terapêutico, instrumento de intervenção sobre a doença e o doente, instrumento suscetível, por si mesmo ou por alguns de seus efeitos, de produzir cura?

O hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII. A consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar aparece claramente em torno de 1780 e é assinalada por uma nova prática: a visita e a observação sistemática e comparada dos hospitais. Houve na Europa uma série de viagens, entre as quais podemos destacar a de Howard, inglês que percorreu hospitais, prisões e lazaretos da Europa, entre 1775/1780 e a do francês Tenon, a pedido da *Academia de Ciências*, no momento em que se colocava o problema da reconstrução do Hôtel-Dieu de Paris.

Essas viagens-inquérito têm várias características:

1º) Sua finalidade é definir, depois do inquérito, um programa de reforma e reconstrução dos hospitais. Quando, na França, a *Academia de Ciências* decidiu enviar Tenon a diversos países da Europa para inquirir sobre a situação dos hospitais, formulou a importante frase: "São os hospitais existentes que devem se pronunciar sobre os méritos ou defeitos do novo hospital". Considera-se que nenhuma