

ANTÔNIO CARLOS DOS SANTOS PEREIRA

Discursos médico-eugenistas
sobre a velhice no livro
Envelheça Sorrindo,
de Renato Kehl
(1949)



ANTÔNIO CARLOS DOS SANTOS PEREIRA

**Discursos médico-eugenistas sobre a velhice no
livro *Envelheça sorrindo*, de Renato Kehl (1949)**

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – EDUFPG
atendimento@editora.ufcg.edu.br

Camilo Allyson Simões de Farias
Reitor

Fernanda de Lourdes Almeida Leal
Vice-Reitora

Mário de Sousa Araújo Filho
Diretor EDUFPG

Simone Cunha
Revisão

Yasmine Lima
Projeto gráfico

CONSELHO EDITORIAL

Adriano Azevedo de Mello (CCBS)
Andréa Maria Brandão Mendes de Oliveira (CCTA)
Erivaldo Moreira Barbosa (CCJS)
Janiro Costa Rego (CTRN)
José Wanderley Alves de Sousa (CFP)
Marcelo Bezerra Grilo (CCT)
Marisa de Oliveira Apolinário (CES)
Naelza de Araújo Wanderley (CSTR)
Rogério Humberto Zeferino (CH)
Ronimack Trajano de Souza (CEEI)
Valéria Andrade (CDSA)

Universidade Federal de Campina Grande - UFCG
Sistema de Bibliotecas -SISTEMOTECA
Catalogação de Publicação na Fonte. UFCG -Biblioteca Central

P429d	Pereira, Antônio Carlos dos Santos. Discurso Médico-Eugenistas sobre a velhice no livro “Envelheça Sorrindo”, de Renato Kehl (1949)[recurso eletrônico] / Rosilene Alves de Melo. – Campina Grande: EDUFPG, 2025. 167p.: il. color. E-book (PDF) ISBN 978-85-8001-340-5 1. Corpo e Sexualidade. 2. Análise de Discurso. 3. Velhice -Identidade. I. Título. UFCG/BC
-------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CDU 616.6.057

FICHA CATALOGráfICA ELABORADA PELA BIBLIOTECÁRIA ITAPUANA SOARES DIAS GONÇALVES CRB-15/93

Aos mais de 700 mil brasileiros e brasileiras que morreram devido a complicações de saúde causadas pela Covid-19, que a eles/as foram negados/as a grandeza do envelhecimento de uma existência plena.

Quando saudável, ou suficientemente saudável; quando agasalhada, ou suficientemente resguardada das atribuições quotidianas, a velhice é uma idade como as demais, às vezes, com algumas vantagens; pelo menos, satisfaz-se com pouco, tem menos apetites a atender e menos motivos de desejos. Durante o seu curso, podem ainda os velhos saborear muita coisa bôa, que lhes apraz.

Tudo se resume em poder e em saber envelhecer sorrindo, para depois, sorrir, envelhecido.

(Renato Ferraz Kehl, Envelheça sorrindo, 1949).

INTRODUÇÃO

A análise enunciativa para a investigação do corpo envelhecido e da velhice na obra *Envelheça Sorrindo*, de Renato Kehl..... 11

CAPÍTULO 1

O corpo envelhecido na perspectiva dos discursos médico-eugênicos 29

CAPÍTULO 2

Pressupostos da medicina do envelhecimento proposta por kehl75

CAPÍTULO 3

Uma pedagogia da velhice em *envelheça sorrindo*113

CONSIDERAÇÕES FINAIS 149

REFERÊNCIAS 153

A análise enunciativa para a investigação do corpo envelhecido e da velhice na obra *Envelheça Sorrindo*, de Renato Kehl

Este trabalho, fruto da dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História, da Universidade Federal de Campina Grande, se propôs, a partir dos tratados de Michel Foucault, analisar as questões apresentadas pelo objeto de pesquisa – os discursos médicos eugenistas e higienistas sobre a velhice e o corpo envelhecido em *Envelheça sorrindo*, de 1949, do médico eugenista Renato Ferraz Kehl.

Focando nas seguintes chaves conceituais: discursos, biopolítica, eugenia, corpo e velhice, o aporte teórico nos aproximou dos estudos foucaultianos, em virtude da construção narrativa e subjetiva que os objetos de estudo – o corpo envelhecido e a velhice – exigem para a escrita historiográfica e como eles devem ser pensados.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, escolhemos a Análise do Discurso como a metodologia que norteia este desafio, que é a investigação do corpo envelhecido e da velhice, a fim de contribuir para a construção e o desenvolvimento de uma história da velhice e do sujeito velho/envelhecido.

A Análise do Discurso deu-nos suporte para indagar os ditos e escritos do médico eugenista Renato Kehl em seu livro *Envelheça sorrindo* (1949). Em Michel Foucault, podemos entender que:

[...] a produção de discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade (Foucault, 1972, p. 9).

Compreende-se por esta citação que a produção dos discursos sobre o corpo envelhecido tende a seguir uma lógica de interesse social de uma determinada época, com seus símbolos e significados. Logo, sabe-se que os discursos médicos embasados em concepções eugênicas, seguidos pelos discursos higienistas, influenciaram o campo da medicina e o surgimento das ciências sociais no Brasil entre a segunda metade do século XIX e a primeira metade do século XX. Desse modo, “a eugenia foi saudada como a ‘nova’ ciência capaz de levar a uma ‘nova ordem social’ por meio do aprimoramento médico da raça humana” (Sociedade Eugênica de São Paulo, 1919, p. 15-16).

Os discursos eugênicos, por sua vez, foram construídos e propagados nos mais diversos espaços de socialização e de informação, a fim de convencer os indivíduos a cuidarem dos seus corpos, induzindo neles a necessidade de viver bem, de forma disciplinada e obediente.

Sob a constante influência desses discursos médicos, aos poucos, os costumes privados, o estilo de vida e a relação dos indivíduos para consigo mesmos foram sofrendo mutações ao longo do século passado, especialmente no que tange às relações dos indivíduos com a saúde e a higiene dos seus corpos como um projeto de biopolítica, que utiliza as multiplicidades e subjetividades desses corpos como estratégia de poder (Fonseca, 2000, p. 192).

A fim de contexto, no início do século XX, no Brasil, o discurso exercido sobre o corpo era de um “controle” do Estado a partir das políticas da medicalização e higienização (Rosen, 1985), reconfi-

gurando as urbes e realocando os indivíduos aos seus “respectivos lugares” de acordo com a crença médica da época.

O Estado, por sua vez, inverteu a óptica do poder sobre o indivíduo e sobre o seu corpo, oferecendo os mecanismos para que eles pudessem viver. Nos casos em que o indivíduo falhasse consigo mesmo, o Estado o deixaria morrer. Eis a lógica da biopolítica pensada por Michel Foucault (1999) para descrever as ferramentas de poder em uma sociedade disciplinada (normalizadora), legitimadas através dos discursos.

Nesta obra, de modo geral, priorizamos compreender e problematizar como as estruturas dos discursos eugenistas sobre o corpo envelhecido, promovidos pelo médico Renato Kehl, e divulgados em sua obra *Envelheça sorrindo* (1949), foram construídas e de como ela pretendia adentrar os contextos das particularidades privadas dos seus consumidores, objetivando modificar nos seus consumidores/pacientes as relações de si para consigo mesmos e os modos de tratamento com seus corpos que envelheciam, modificando também as concepções e os conceitos de beleza, saúde, higiene e velhice.

Ressalta-se que, na primeira metade do vigésimo século, havia um contexto de que aqui no Brasil acontecia um movimento que começava a ser grossamente exercido pelas mídias, sob forte influência da medicina eugenista e higienista (Rozendo, 2010), construindo discursos que buscavam convencer os sujeitos de que possuir um corpo velho em uma sociedade “industrial”, “moderna” e “hígida” era algo ruim, feio, sujo e, conseqüentemente, “anormal”. Vale salientar que foi, a partir do século XX, que o corpo passou a ser constituído como objeto “animado”, portador de vida, motor da economia e da sociedade, “ligado ao inconsciente, amarrado ao sujeito e inserido nas formas sociais da cultura” (Courtine, 2011, p. 8).

Com essa nova concepção discursiva sobre o “corpo”, a sociedade dita “moderna e industrial”, com auxílio das ciências e práti-

cas médicas, passou a trilhar, a duras penas, o longo caminho para elaborar o plano mais perspicaz em favor deste corpo, estratégias de promoção e manutenção da juventude, da higiene e da beleza, dando novos aparatos para o nascimento de “um padrão de corpo desejado e ambicionado em meio social: belo, saudável, hígido e jovem. Tudo o que fugisse desse padrão predeterminado passou a ser ‘descartável’” (Sant’Anna, 2001, p. 20).

Para Jean-Jacques Courtine (2011), essa forma de categorizar os corpos são resquícios de uma época na qual se percebiam os corpos sociáveis, em detrimento do que se considerava ser “corpos anormais” ou “os monstruosos”, oferecidos como entretenimento às sociedades nos espetáculos circenses do século XIX. Entretanto, na primeira metade do século XX, temos uma sociedade em que os conceitos de “monstruoso” e/ou “anormal” estavam se resignificando sob a égide das pesquisas e práticas médicas eugenistas e higienistas, realizadas a partir do século XIX, sob a influência das ideias de Francis Galton e, aqui no Brasil, de Renato Kehl.

Os modelos de corpos desejados pela sociedade eugeniasta sinalizavam, conseqüentemente, para a construção de um tipo de corpo indesejado: o monstro. Segundo Courtine (2011, p. 294), “o monstro constituiria uma infração das leis, ao mesmo tempo, as regras da sociedade e a ordem da natureza”. Assim, dado o preferencial tipo de corpo ofertado pelas práticas eugenistas e higienistas, o corpo envelhecido, enrugado, pobre e sujo estava indo contra a sua natureza, já que os padrões estéticos, sanitários e hígidos da época buscavam promover um tipo de corpo totalmente oposto.

Na França do século XIX, a representação do “monstruoso” estava relacionada com as mais bizarras formas do corpo humano. Porém, na primeira metade do século XX, o conceito de monstruoso recaía sobre os corpos que resistiam em não acompanhar os avanços clínicos, tecnológicos e científicos das pesquisas euge-

nistas e higienistas, que estimulavam e alimentavam os discursos para que os indivíduos cuidassem e vigiassem mais os seus corpos (Stepan, 2004).

Conseqüentemente, os cuidados com o envelhecimento dos corpos e com o seu estado de preservação passaram a ser responsabilidade unicamente do próprio indivíduo, durante todas as etapas da vida, a partir das tecnologias que passaram a ser desenvolvidas e ofertadas para esses fins. “Ou seja, a juventude seria a recompensa pelos bons cuidados de proteção e prevenção contra a velhice” (Debert, 2012, p. 230).

A fim de exemplificar, já na abertura do seu livro *Envelheça sorrindo* (1949)¹, com um trecho retirado de *A bíblia da saúde* (1926), Renato Kehl liga o momento do envelhecimento à responsabilidade que os indivíduos tinham durante a sua juventude. Segundo ele, “cada um é na mocidade o artista da própria ancianidade. Poucando o organismo nas fases róseas da vida, alcançamos a idade avançada com o capital vital menos desfalcado” (Kehl, 1949, p. 7).

A responsabilidade tomada pelos indivíduos para com os cuidados com seus corpos se deve a um processo de educação feito lentamente, a partir dos interesses dos médicos alinhados aos interesses midiáticos. Para Araújo (2008, p. 35), “[...] a mídia possui uma habilidade inegável quando se trata de elaborar valores e seduzir as pessoas a partir das ideias que divulga”. Durante a primeira metade do século XX, as mídias brasileiras não mediam esforços para garantir que as novas técnicas de cuidados e vigilância com os corpos pensados pelos saberes da medicina moderna e eugeniasta fossem praticadas aqui no Brasil. Como é sabido, os médicos eugenistas se dedicavam arduamente à divulgação das

.....
1. KEHL, Renato. *Envelheça sorrindo*: ensaios de macrobiótica ou arte de prolongar a vida e de geriatria ou “medicina dos velhos”. Rio de Janeiro: Editôra Paulo de Azêvedo; Livraria Francisco Alves, 1949.

ideias eugênicas através de vários veículos midiáticos, como boletins médicos, revistas, colunas de jornais, congressos, eventos, panfletos e livros literários e científicos.

A partir daí, “o destino dos corpos se joga, então, à força dos argumentos ao mesmo tempo sociais, econômicos e científicos” (Moulin, 2011, p. 60), o indivíduo passa a ser responsável pelo seu próprio corpo e por tudo o que acontece com ele e sobre ele, atrelando a ideia de prazer ou de culpa, de acordo com os cuidados empreendidos ou não para a manutenção da sua saúde, da juventude, da beleza e da longevidade.

Para Debert (2012, p. 230), essa estratégia de promover a autorresponsabilização pelos próprios cuidados pode ser entendida como “uma nova receita para tornar os mais velhos culpados pelos seus infortúnios, receita para uma vida sem dignidade e repleta de autodepreciação”. Ainda segundo a pesquisadora, isso pode ter resultado em silenciamentos e omissões das autoridades em relação a serviços básicos e necessários para a promoção do bem-estar de uma parcela da sociedade, que não é alcançada pelas condições de acessos a esses serviços, os quais garantem o melhor cuidado com seu corpo.

Para esmiuçar a relação entre “discurso” e “corpo”, utilizamos algumas obras sob a égide de conceitos desenvolvidos em M. Foucault: a primeira delas é *História do corpo. v. 3: as mutações do olhar. O século XX*, sobre a direção Alain Corbin, Jean-Jacques Courtine e Georges Vigarello (2006). Nesta coleção, os estudiosos elucidam que, até a segunda metade do século XX, a medicina, a partir do poder discursivo, exerceu uma influência nas sociedades industriais, nas quais o corpo estava amparado no controle imposto pelos aparelhos de reclusão e disciplinares, com o objetivo de criar corpos capacitados para viverem no mundo industrial, que se expandia nas sociedades ocidentais.

O corpo envelhecido, a velhice e o envelhecer são investigados nas suas complexas dimensões, o que nos permite entender o corpo envelhecido como algo subjetivo, mas tangível, construído pelo discurso médico eugênico da época, uma vez que esse corpo estava inserido em um contexto que exigia resiliência para se ressignificar diante dos eventos que ameaçavam a sua existência, como as duas grandes guerras, a crise financeira de 1929, as mudanças políticas, econômicas e sociais aqui no Brasil e as inserções dos discursos médicos eugenistas em muitos espaços da sociedade.

Outras obras nas quais este trabalho esteve ancorado foram *Microfísica do poder* (1989) e *O nascimento da clínica* (2011), em que Michel Foucault apresenta o conceito de “verdade” como um produto de coerção que possibilita a regulamentação do poder, permitindo, assim, contextualizar como os mecanismos de vigilância e controle foram exercidos ao redor da figura médica aparelhada ao Estado, além da relação entre o “poder” e o “saber” nas sociedades modernas e capitalistas. Isso deu margem para compreender a construção discursiva dos “regimes de verdades” tentados por Renato Kehl em sua obra sobre os corpos em processo de envelhecimento, cuja essência do seu interesse era o controle desses corpos através de práticas políticas, econômicas e saberes instituídos, que tentavam implacar nas dinâmicas sociais de época.

Destaco também *A ordem do discurso* (1996), em que Foucault desenvolve a ligação entre as práticas discursivas e os poderes que as controlam e como isso funciona. Com essa obra, procuro compreender as relações que os discursos e os poderes possuem, as suas formações, a função dos enunciados para o exercício de determinado poder e como as instituições sociais criam e se apropriam dos discursos, controlando as situações e transformando a interação humana dos indivíduos com os outros e consigo através da linguagem.

Neste trabalho, entendemos que a linguagem (des)constrói o “corpo” do indivíduo ao longo do tempo. O corpo que habitamos, através dessa linguagem, perpassa as suas noções biológicas como algo feito apenas de carne e sangue, “opaco”, palpável, que “nasce”, “cresce”, “reproduz-se” e tem, como destino final, a morte. Para Foucault (2002, p. 131), “a linguagem, na instância de seu aparecimento e modo de ser, é o enunciado; como tal, se apoia em uma descrição que não é nem transcendental, nem antropológica”.

Nesta lógica, pensar o corpo, dentro da lógica discursiva dos enunciados médicos de Renato Kehl, é investigá-lo em suas construções e desconstruções ao longo da história, especificamente, em meados do século XX. Ora pensado como algo místico ou subjetivo, ora pensado como algo meramente biológico, foi construído pelos discursos políticos, religiosos, sociais, filosóficos, jurídicos, médicos, etc., ao longo do tempo, coberto de símbolos e, por muitas vezes, estigmatizado na tentativa de revesti-lo de sentidos. “O corpo do homem se desloca quando interpelado pelos e nos discursos e, assim, constitui um corpo de linguagem; lugar de simbólico e espaço de movimento da história e das ideologias” (Pinto, 2011, p. 218).

Cada discurso constrói e caracteriza o corpo à sua maneira. Cada corpo construído ou a ser construído é pensado nos mínimos detalhes do desejável e do repulsivo, de acordo com o seu “idealizador”, em seus regimes de verdades. Corpo e enunciado caminham aqui lado a lado. O corpo é o objeto desse enunciado.

Para entendermos as construções discursivas de um determinado tipo de corpo, pensado em suas múltiplas faces, é preciso enxergá-lo em sua opacidade, tocá-lo, desmistificá-lo, desvendar seus símbolos, pois “esse corpo possui a linguagem e, se há linguagem, há sentidos” (Pinto, 2011, p. 218). A exemplo do discurso religioso, que caracteriza o “corpo em sacro” ou “pecador”, o sentido da existência do primeiro é a herança do paraíso; e o segundo

encontra sentido no sofrimento eterno (Sant’Anna, 2001, p. 21). O discurso médico, assim como o jurídico, por sua vez, caracteriza o corpo “legal” como o que ocupa os espaços sociais e desfruta da cidadania plena, com direitos e deveres como recompensas por suas boas condutas em sociedade; e o “ilegal” é passivo de punição, segregação e exclusão, ou até mesmo privado da própria vida por suas falhas e por ser considerado ameaça eminente para o convívio em sociedade (Foucault, 2010, p. 33).

A análise enunciativa não prescreve para as análises linguísticas ou lógicas o limite a partir do qual elas deveriam renunciar e reconhecer a sua importância; ela marca a linha que fecha seu domínio. Mas se desenrola em uma outra direção que se cruza (Foucault, 2002, p. 131).

Neste caso, faz-se necessário adentrar a temática do corpo envelhecido em seus regimes de construção, idealizado por Kehl, observando que possíveis intenções há por trás dos seus enunciados e quais os objetivos a serem alcançados por e a partir deles. Não se trata de buscar a origem de tais discursos, mas entender que continuidades e rupturas passaram a acontecer sobre o tema em questão – o corpo envelhecido e a velhice – nos espaços sociais, a partir daí.

A metodologia da análise enunciativa, ou Análise do Discurso, nos permitiu investigar as estruturas dos enunciados proferidos por Kehl na obra aqui mencionada. Mais que isso, permitiu compreender as estruturas do discurso eugênico e da prática médica do eugenista em questão, ao longo da sua trajetória profissional como um dos mais assíduos percursos do pensamento eugenista de sua época.

A obra em questão, *Envelheça sorrindo* (1949), também foi observada em seu contexto sociopolítico no momento de sua escrita,

assim como a representação dos discursos intrínsecos nela para o contexto social na qual ela foi escrita.

A obra *Envelheça sorrindo*

O livro *Envelheça sorrindo*2 teve a sua primeira edição, ao que tudo indica, única edição publicada em 1949, quatro anos após o fim da Segunda Guerra Mundial. Isso significa compreender, especificamente, essa obra dentro de um contexto de mudança considerável na estrutura do pensamento eugênico de Renato Kehl, que pretendeu migrar de um discurso eugênico mais radical para um discurso moderado e direcionado às intervenções médicas eugenistas para com a estética e plástica do corpo a ser eugenizado. O livro possui as seguintes características: a capa é dura e de cor verde, folhas delicadas (rasgam fáceis), manchadas e escuras, e com cheiro de mofo. Na primeira página, há uma lista de outros livros publicados por Renato Kehl, com seus respectivos valores.

Na contracapa, há uma citação: “É preciso saber envelhecer, como se faz mister saber viver na velhice”, com referência a educação e sabedoria com que os indivíduos precisam ter durante a vida para um envelhecer sadio e longo. Mais acima dessa citação, Kehl faz duas referências: uma à macrobiótica, descrita por ele como “a arte de prolongar a vida”; e outra à geriatria, apresentada como “a medicina dos velhos”.

Na parte “Dedicatória”, o médico faz uma homenagem a Rita de Cássia Ferraz Kehl (mãe), que faleceu jovem; e ao pai, Joaquim Maynert Kehl, o qual, segundo o autor, foi agraciado com uma velhice sadia e longa.

.....
2. Optou-se por manter a grafia original da obra citada, publicada em 1949, e de outras obras, respeitando as convenções ortográficas de sua época.

A árvore, símbolo da eugenia, aparece na parte superior de uma folha, logo após a página dedicatória. Em seu centro, há uma das frases bastante repetidas pelos médicos eugenistas da época: “Merece o que herdastes”, que faz referência à “hereditariedade” dos indivíduos considerados “bem nascidos” e “herdeiros” de uma “boa genética” e prestígio social.

Mais adiante, Kehl faz cinco citações retiradas do livro *Bíblia da saúde*, de 1926: na primeira citação, o médico atribui a velhice a um estado de espírito a ser adotado pelo ancião ao relembrar sua vida. Nesse mesmo trecho, joga a responsabilidade da sua infelicidade para o indivíduo, por se apegar ao pessimismo de sua existência. A segunda citação atribui à velhice a condição de “experiência”, cujas marcas do corpo envelhecido (as rugas, os cabelos brancos, a decrepitude, etc.) são apresentadas, por Kehl, como denúncias das vivências do indivíduo no percurso da sua vida.

No terceiro trecho, há uma condição de “consciência” do fim da vida, pois, para o médico, seria nessa fase que a pessoa velha deveria se sentir satisfeita por ter alcançado essa etapa da sua existência; no trecho seguinte, Kehl anuncia que os cuidados com a velhice deveriam começar desde a sua mocidade, já que é na mocidade que deveriam se concentrar todos os esforços que o sujeito “moço” poderia empreender para ter, futuramente, as graças de viver uma velhice longa, sadia e tranquila. No último trecho, Kehl atenta para a importância do indivíduo em saber envelhecer.

Nos enunciados dessas citações, a escrita de Kehl sobre a velhice e o corpo envelhecido se estrutura em cinco pilares: (1) a felicidade a ser conquistada; (2) a experiência a ser considerada; (3) a consciência do indivíduo em relação ao seu processo de envelhecimento; (4) o cuidado que o indivíduo tem por si durante as etapas da vida; e (5) a sabedoria com que lida com o seu envelhecer. Partindo desses pilares, Renato Kehl apresenta o seu livro como

uma contribuição para que os velhos e jovens possam desfrutar de uma velhice alegre, tranquila e sadia, considerando as condições naturais e subjetivas dos indivíduos durante o processo de envelhecimento.

O livro conta com um arcabouço de vinte capítulos, que se propõem a tratar da velhice e do envelhecer a partir de diferentes pontos de vistas e tratados médicos. Temas como “o mundo dos velhos”, o “envelhecer”, “as causas e tipos de envelhecimento”, a “duração da vida” e os “achques e higiene da velhice” são abordados com destaque pelo médico.

Cabe aqui fazer o resumo dos capítulos, considerando as estruturas dos cinco pilares anteriormente citados, que considero particularmente, centrais para compreensão da medicina de Renato Kehl para o envelhecer.

No primeiro capítulo, intitulado “Novas perspectivas”, Kehl faz um levantamento das obras e produções que destaca como importantes para o desenvolvimento da geriatria em sua época. Nesse capítulo, o autor faz uma discussão em torno da velhice e das doenças advindas com o avançar da idade. Ele também faz algumas observações sobre o seu método clínico, baseado nos tratados de Hipócrates e na medicina moderna, para entender as especificidades da velhice e do envelhecer, encerrando com um apanhado histórico de como a velhice foi abordada nos diferentes campos de saber ao longo da história.

No segundo, décimo sexto e décimo nono capítulos, com os respectivos títulos: “Do mundo dos velhos”, “Os velhos de amanhã” e “Velhos do futuro”, o médico adota uma visão otimista do futuro para a velhice com o desenvolvimento da medicina dos velhos. Nestes capítulos, o profissional faz projeções de crescimento da população velha e discorre acerca das políticas públicas e de outros instrumentos de promoção do bem-estar na velhice a serem experienciadas, para ele, no futuro dos anos 1990 e 2000.

No capítulo terceiro, “O que é ser velho?”, o médico aborda a hereditariedade sob a égide dos termos “velhos” e “senilidade”. Neste sentido, apresenta a velhice como um estado relativo, dependente de fatores e condições de existências em fases anteriores da vida, como o clima, o ambiente, a alimentação, o estilo de vida e as condições genéticas e econômicas de cada indivíduo.

Já o quarto capítulo, “O envelhecer”, é baseado nas experiências sociais de pessoas próximas a ele. Kehl faz uma comparação da velhice assistida por ele com a velhice fora do seu campo de visão. Nesse sentido, estabelece as diferenciações das diversas formas de experimentar a velhice pelos indivíduos.

Nos quinto, sexto, sétimo, décimo, décimo primeiro e décimo segundo capítulos – “As causas do envelhecimento”, “Por que envelhecemos?”, “Duração de vida”, “como retardar a velhice”, “A higiene na velhice” e “Achques da velhice”, respectivamente –, o autor discorre sobre as causas e os problemas do envelhecer, relacionando o envelhecimento precoce, o aceleração do processo de envelhecimento e a duração da vida às questões ligadas à higiene, ao sedentarismo e à alimentação.

Nesses capítulos também, o médico faz algumas ponderações de como combater e retardar o avanço do envelhecimento com base nos conhecimentos da clínica eugênica, aliadas aos conhecimentos desenvolvidos pela macrobiótica como estratégia de prolongar a vida e vivenciar um sadio envelhecer, que é aprofundado no décimo terceiro capítulo, “Regimes alimentares dos velhos”.

No oitavo capítulo, “Medo de envelhecer”; no nono, “Velhos moços”; no décimo quarto, “Velhice gloriosas”; e no décimo quinto, “Velhices venturosas”, Renato Kehl aborda estas partes por uma perspectiva filosófica, apropriando-se de escritos de antigos filósofos como Sêneca, Cícero e Boileau, refletindo sobre o medo da morte, a negação ou a aceitação da velhice como condicionantes da boa experiência dessa fase da vida. Nesses capítulos, tenta desas-

sociar uma velhice biológica de uma velhice extrafísica, considerando abordar as problemáticas da velhice dentro de uma medicina que ele chama de “medicina do espírito”. Essa medicina consistiria na busca de estabelecer um equilíbrio de práticas físicas e nutrição de pensamentos positivos como estratégias de retardamento do envelhecimento, ou de experimentação da velhice de forma leve e sadia, em uma perspectiva de “mente sã, corpo são”.

Nos capítulos décimo sétimo, décimo oitavo e vigésimo – “No limiar da velhice”, “A mulher depois dos 40...” e “Envelheça sorrindo” –, Kehl discorre sobre o papel dos indivíduos para a consolidação do projeto eugênico de nação. Para ele, a construção de uma sociedade eugenizada só seria consolidada quando cada indivíduo estivesse consciente do seu papel em sociedade. É nesses capítulos que o médico se dedica em estabelecer a diferenciação do papel feminino e do papel masculino em sociedade, destinando o primeiro para a tarefa da procriação e educação dos corpos hereditariamente eugênicos; e o segundo, a missão de pensar, gerir e guiar esses corpos para o apogeu de uma nova sociedade, bela, saudável e longeva, cabendo a cada um observar as estratégias e orientações médicas para o seu próprio e melhor envelhecer.

A escrita deste trabalho

A estratégia utilizada para a escrita deste estudo foi partir da análise do macro para o micro, em um processo de afunilamento, com o objetivo de perceber as estruturas do discurso médico proferido por Renato Kehl sobre o corpo envelhecido. Essa estratégia permitiu vencer algumas das complexidades que envolvem o tema da velhice e do envelhecer humano dentro das perspectivas médicas eugênicas e filosóficas que embasam a proposta de Kehl

para uma medicina específica do corpo em seu processo de envelhecimento.

A partir dessa estratégia, a fim de exemplo, começo falando do médico Renato Kehl, buscando compreender a sua formação e a estrutura da sua prática médica. Em seguida, discorro sobre a visão do médico sobre o corpo envelhecido; em seguida, faço um detalhamento do que seria esse corpo envelhecido como objeto central dessa pesquisa.

Este trabalho está, desta forma, dividido em três capítulos.

No primeiro, faço um resumo da vida de Kehl, da sua formação, do seu campo de pesquisa e da sua relação com o objeto pesquisado. Em seguida, estudo como o corpo fora pensado e concebido dentro da medicina eugênica, levando em conta os conceitos de “disciplina” e “biopolítica”, tomando o discurso médico eugênico como dispositivos disciplinares dos corpos que envelhecem na primeira metade do século XX.

Sobre o corpo envelhecido, abordo os pormenores de como, aos poucos, ele foi sendo tomado como objeto de preocupação para a medicina eugênica, particularmente, por Kehl, fazendo uma diferenciação também para com a velhice.

A velhice, neste capítulo, é apresentada como um espaço de pertencimento a ser construído pelo indivíduo dentro do seu processo de envelhecimento, sendo considerados fatores combinantes, mas independentes entre si: a hereditariedade, as condições sanitárias e os estilos de vida do indivíduo. Ainda é apresentado o envelhecer como uma construção identitária, já que, ao longo do processo de envelhecimento, o indivíduo vai se revestindo ou se distanciando da imagem ou da concepção do que venha a ser um “sujeito velho”, a partir das perspectivas eugênicas sobre o “ser velho”.

No segundo capítulo, penso as estruturas dos discursos de Renato Kehl, a fim de compreender seus pontos de intervenção sobre/

no corpo envelhecido dentro da sua clínica e suas implicações para o processo de envelhecimento do indivíduo. Em um primeiro momento, discorro sobre as bases da medicina do autor em discussão, construídas sobre os fundamentos teóricos de Lamarck, Mendel e Darwin. Abordo também os contextos externos e internos da política mundial que contribuíram e impulsionaram Kehl a reformular e a reinventar o seu discurso e sua prática médica, com o intuito de fazer a eugenia acompanhar os movimentos históricos daquele período. Esse momento de alternância do pensamento de Renato Kehl, entre suas publicações, se encontra o livro *Envelheça sorrindo*, de 1949, objeto de análise deste livro.

Em uma segunda parte deste capítulo, faço uma discussão acerca da proposta médica de Renato Kehl para o envelhecer. Discorro também sobre as estruturas dessa proposta, apoiada nas dimensões médicas e filosóficas da macrobiótica e da filosofia do Extremo Oriente, alinhadas aos pensamentos fornecidos pelos tratados hipocráticos, base da medicina de Renato Kehl.

No terceiro capítulo, analiso os enunciados do livro *Envelheça sorrindo*, em que me proponho a observar os contextos políticos e sociais que circundavam o movimento eugenista na época. Tal movimento influenciava, de forma direta ou indireta, o olhar médico sobre o corpo envelhecido, o envelhecer e a velhice.

Em um primeiro momento deste capítulo, observo as influências e os embasamentos que subjetivaram a escrita de Renato Kehl sobre o envelhecer. Consideramos as observações, em comparativo, das duas formas de morte que acometeram os pais do médico como impulsos para que Kehl assumisse a dianteira dos estudos sobre a velhice e o envelhecimento humano, dentro do movimento eugenista brasileiro.

Nesse capítulo, também abordo uma “pedagogia da velhice” dentro do livro *Envelheça sorrindo*. Nesse momento, trago alguns

pontos de observação e intervenção dos discursos médicos proferidos por Kehl, que são a infância e o corpo feminino.

O primeiro é uma forma de assegurar um acompanhamento contínuo dos médicos eugenistas no desenvolvimento do corpo eugênico da infância até a velhice por meio dos espaços educacionais; o segundo, como forma de assegurar que os sujeitos “bens nascidos” se propagariam de forma segura dentro da sociedade. Os discursos sobre o corpo feminino focavam, principalmente, no cultivo da boa saúde e estatura física e moral da progenitora. Para isso, era necessário delimitar uma série de medidas e recomendações a serem seguidas pela mulher, responsabilizando-a pelo seu próprio envelhecer e cobrando dela o cumprimento do seu papel social – a reprodução.

O corpo envelhecido na perspectiva dos discursos médico-eugênicos

Este capítulo objetiva esmiuçar as estruturas dos discursos médico-eugenistas do médico brasileiro Renato Ferraz Kehl (1889-1976), que, em sua clínica, buscou construir o corpo envelhecido como objeto de investigação e intervenção médica, possibilitando a criação de novos símbolos e sentidos para os indivíduos que buscavam, em sua medicina, meios para envelhecerem sadios e belos; bem como almejaram a conquista da longevidade do corpo e de uma boa experiência de vida na velhice.

Renato Ferraz Kehl: “um simples propagador da eugenia”

Em 22 de agosto de 1889, na cidade de Limeira, interior de São Paulo, nasceu o futuro médico Renato Ferraz Kehl, que teve uma vida longa e de consideráveis feitos na área da medicina brasileira, falecendo aos 85 anos de idade, em 14 de agosto de 1976.

Aos 14 anos, Kehl se viu desolado com a morte prematura da sua mãe, Rita de Cássia Ferraz Kehl, o que fez com que o jovem Renato despertasse o olhar para a prática médica como uma “missão pessoal” de evitar e combater as doenças, além de prolongar a vida dos indivíduos, através do estímulo ao cultivo da saúde e da profilaxia de doenças, por meio da promoção da educação higiê-

nica como caminho para medicalização dos indivíduos. Isso fez com que a ciência eugênica cativasse e conquistasse o interesse do jovem Kehl para as produções científicas das teorias evolucionistas de Francis Galton, Mendel e Weismann, sendo ele “um simples propagandista da eugenia” (Kehl *apud* Diwan, 2015) aqui no Brasil, como se intitulava.

A relação de Kehl com a medicina foi se costurando ao longo da sua vida, sendo a sua primeira formação acadêmica, em 1909, como farmacêutico. Já nesta profissão, entrelaçou os seus conhecimentos em farmácia com os conhecimentos da sua segunda formação, medicina, em 1915, pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

No início da sua carreira, Kehl dedicou-se à medicina geriátrica, antes denominada de “especialidade e clínica cirúrgica e doenças de idosos” (Silva, 2019, p. 60). Sequencialmente, produziu obras pensando na divulgação do conhecimento e da prática eugênica, que despertaram o interesse de muitos médicos, políticos e intelectuais brasileiros do seu tempo, tornando-se assim o principal precursor da ciência eugênica no Brasil.

A medicina foi seu principal espaço de atuação. Foi como médico que Kehl difundiu as suas principais ideias sobre o “melhoramento da raça brasileira”, investigando os fatores genéticos, hereditários e os aspectos focais como estratégias para mapear e intervir nas problemáticas que envolviam os corpos dos indivíduos, como combate e prevenção de doenças e o que ele chamou de “fealdades”. Em seu livro *A cura da fealdade* (1923), ele chegou a conclamar que:

A fealdade é um mal extremamente generalizado; que elle tanto pode ser physica, moral, como psychica ou intellectual; finalmente, que a fealdade não é um fruto da natureza, e, nestas condições, apresenta causas determinantes que são, não só combatíveis, como evitáveis (Kehl, 1923, [s.p.]).

Combater e evitar as fealdades do povo brasileiro foi o que motivou Kehl a se dedicar arduamente à pesquisa e à divulgação da ciência eugênica, o que intui dizer que tal feito perpassou quase, ou senão, toda a vida profissional do médico, chegando a sua trajetória pessoal e profissional a ser confundida com a própria história da eugenia brasileira. Entre os seus principais trabalhos estão: *Lições de eugenia* (1929); *Sexo e civilização* (1923); *Por que sou eugenista?* (1997) e *Typos vulgares* (1946).

Já empolgado com a repercussão da eugenia em países como Alemanha, Estados Unidos e Argentina (Silva, 2019, p. 60), Kehl, ao apresentar o livro *A cura da fealdade* (1923), louvava:

Anima-me a crença de ter escrito um livro útil. Tenho como certo que muitos leitores participarão da minha fé na doutrina de Galton e as minhas num futuro cada vez mais promissor para a humanidade. Para esse fim, já observei, é indispensável o progresso individual, de modo que cada um envide esforços para o progresso coletivo (Kehl, 1923, [s/p]).

Em suas obras, de modo geral, a eugenia aparece como algo que tendia a nortear a população brasileira para uma nova fase no seu processo de evolução social e, conseqüentemente, biológica. Entretanto, as suas produções podem ser enquadradas em duas modalidades: a sua face positiva, em que a profilaxia das doenças encabeçava os seus discursos e práticas clínicas, o que o aproximava das concepções médico-higiênicas defendidas pelos médicos sanitaristas brasileiros. A sua face negativa acontece quando a sua prática médica se radicaliza e a esterilização da população pobre e o controle da imigração passaram a ser pautas levantadas de forma insistente pelo médico.

Pietra Diwan, em sua obra *Raça pura* (2015, p. 126), expressa o desejo de Renato Kehl que “era de que o Brasil se povoasse de ‘gen-

te são física e moralmente”. Esse desejo do médico, portanto, fez com que ele não medisse esforços para que a eugenia encontrasse e conquistasse o seu espaço no seio social, alcançando o seu objetivo de elevar o patamar social da população brasileira aos moldes dos padrões de beleza, retidão moral e da divisão social idêntica ao que experimentara, outrora, a sociedade grega.

Imitemos os gregos dos tempos heroicos, no que eles tinham de belo e salutar. Esforçamo-nos como eles para reabilitar física e moralmente os atributos humanos que a degeneração se propõe a alterar. Embelezamos a espécie humana, certos de que a beleza pode ser criada à vontade (Kehl *apud* Diwan, 2015, p. 126).

Contextualizando a fala de Kehl, os gregos antigos acreditavam que o seu povo era descendente dos Titãs, herdando deles algumas características e favores peculiares, que legitimavam a pureza e a superioridade da linhagem do povo grego sobre os demais povos da Terra. Algumas dessas bonanças eram a beleza, a aventura e a longevidade (Bulfinch, 2015, p. 14).

O autor também se dedicou à edição do *Boletim de Eugenia*, entre os anos de 1929 e 1930. Entre 1920 e 1940, editou também *Revista Terapêutica*, *Vida rural* e *O farmacêutico brasileiro*. Os recursos para financiar as suas produções vinham da casa Bayer do Brasil, laboratório alemão com sede no Brasil, no qual trabalhou como farmacêutico entre os anos de 1927 e 1944, já que tinha muito interesse nos ideais e projetos eugênicos para o país.

Toda essa vastidão literária de Kehl a respeito da divulgação da eugenia fez com que ele recebesse o apelido de “Campeão da Eugenia” do seu sogro Belisário Penna, mesmo este sendo contrário a algumas ideias radicais do gênero (Silva, 2019, p. 54). Kehl era casado com Eunice Penna, filha de um dos mais importantes sanitaristas

do século XX no Brasil. “Kehl, sem dúvida, foi eternizado por ser o grande representante da eugenia no Brasil” (Diwan, 2015, p. 124).

Em 1949, Kehl publicou *Envelheça sorrindo*, um livro pensado para ofertar aos que estavam envelhecendo e os já envelhecidos mecanismos para driblar as causas que tornam o corpo velho em um corpo doente; e de fazer com que os indivíduos (aqueles que tivessem contato com os seus escritos) desfrutassem de condições físicas e morais satisfatórias ao adentrarem a fase da velhice.

Kehl, portanto, mostrava interesse em investigar as causas da velhice ao observar o processo de envelhecimento do seu pai, Joaquim Maynert Kehl (1860-1931) e alguns amigos próximos. Durante todo o seu livro, ele demonstrava tal entusiasmo em dedicar uma obra exclusivamente para tratar as problemáticas em volta da velhice, tomando esse determinado grupo como objeto das suas observações, buscando entender como esses sujeitos se relacionavam com o seu próprio corpo e o próprio processo de envelhecimento.

Os velhos que conheci, e foram muitos, os que conheço e com os quais mantenho boas relações de cordialidade, não se tornaram infelizes na fase que atravessam, porque encontraram, no devido tempo, apoio das boas amizades, o conforto do lar e esse dom sublime da resignação – firmado e sustentado pela filosofia de viver – que acompanha todos aqueles que sabem fazer uso da razão (Kehl, 1949, p. 43).

Os inúmeros velhos que conheço, alguns bem garbosos na velhice-verde, cultivada com carinho, vivem alentados pelas recordações e jamais, pelo menos não os ouvi, declararam ter perdido o tempo ou que o tempo os tenha devorado, como ao personagem shakespeariano (Kehl, 1949, p. 77).

Em contato com pessoas de avançada idade, algumas vezes na qualidade de médico, não me

recordo de ter ouvido frases como as de Graça Aranha. E, note-se, não as transcrevi, totalmente, para não ferir a susceptibilidade daqueles cuja velhice nada tem de espantar ou de causar medo (Kehl, 1949, p. 75).

Os exemplos acima citados mostram que o trabalho de Renato Kehl em estudar a velhice se aproximava muito de um trabalho de característica antropológica. Dedicou-se a investigar a velhice em suas particularidades, desde a observação das pessoas mais próximas como das mais distantes, o que o ajudou a desenvolver a sua própria concepção do que vinha a ser um corpo envelhecido, a partir da sua perspectiva eugênica, como vemos abaixo.

A paixão de Renato Kehl pela eugenia o coloca como um dos cientistas brasileiros mais influentes do século XX, mesmo que, apesar de sua vasta produção, tenha ficado por um bom tempo esquecida nos porões da história. “Renato Kehl foi deixado sozinho no centro da história da eugenia no Brasil e caiu no esquecimento com o passar dos anos” (Diwan, 2015, p. 151).

Entretanto, atualmente, os escritos desse médico têm sido alvo de investigações de pesquisadores em todo país dado a importância dos seus conhecimentos para entendermos como a nossa história brasileira e suas peculiaridades foram construídas; e, principalmente, parafraseando Peter Burke (2011) e Pietra Diwan (2015), lembrar à sociedade brasileira a dívida histórica que ela quer esquecer.

O corpo envelhecido como uma construção do discurso eugênico de Renato Kehl

O corpo envelhecido, tratado na perspectiva dos discursos médicos, tende a ser lançado no campo das preocupações, não só das materialidades que se abrangem por todo o sistema palpável das

interações sociais, como também das subjetividades, sensibilidades e abstrusidades. O corpo envelhecido, portanto, dá indícios de tempo transcorrido, de eventos vividos e acontecimentos marcados. O corpo é a morada da história, a denúncia de memórias ocultas; e a pele enrugada, os rastros – como diria Durval Muniz de Albuquerque Jr (2019) – evidenciam a(s) história(s) por trás da longa jornada de um indivíduo ao longo da vida.

O corpo enrugado é carregado de símbolos e significados que construímos sobre nós mesmos, diante das adversidades da vida e das nossas experiências, subjetividades, sensibilidades e identidades que dotamos e adotamos. Neste caso, a pele enrugada e envelhecida simboliza a vestimenta do corpo (do eu), sinaliza para muitos um corpo decrepito, inválido, desnutrido, sujo, apagado, silenciado. De outro modo, um corpo bem cuidado é um corpo com pele esticada, hidratada, cheirosa, limpa, sem marcas, sem sinais, sem cicatrizes, simbolizando, por fim, um corpo sadio, desejado e vitalizado.

A nossa visão do que é belo, saudável, longo, jovem e vigoroso, ou o contrário de tudo isso, depende de como somos perpassados pelos discursos que consumimos e com que nos identificamos em nosso cotidiano, obviamente construídos e naturalizados ao longo do tempo.

O corpo saudável adquiriu valor de mercado na sociedade capitalista, na qual parece que quanto mais se adquire saúde, mais sucesso se tem! Da mesma forma, a beleza também se tornou uma mercadoria. Ela é um atributo da saúde conquistada com esforço, dedicação ou altas contas em clínicas estéticas (Diwan, 2015, p. 10-11).

Sob essa lógica, percebemos que o corpo está “[...] ligado ao inconsciente, amarrado ao sujeito e inserido nas formas sociais da cultura” (Courtine, 2011, p. 9). Formas estas que materializam o

corpo no tempo, que delimitam os seus espaços, que codificam as estruturas imagéticas, sonora e discursiva do aceitável, do normal e do desejável. Formas que permitem com que *os discursos*, como nos ensina Foucault (2014), se materializem e construam estruturas; ou as derrubem quando ligadas ao poder que marginaliza, categoriza, oprime e estabelece silêncios.

Por mais que o discurso seja aparentemente bem pouca coisa, as interdições que o atingem revelam logo, rapidamente, sua ligação com o desejo de e com o poder. Ništo, não há nada de espantoso, visto que o discurso – como a psicanálise nos mostrou – não é simplesmente aquilo que manifesta (ou oculta) o desejo; é, também, aquilo que é o objeto do desejo; visto que – isto a história não cessa de nos ensinar – o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo porque, pelo que se luta, o poder do qual nós queremos nos apoderar (Foucault, 2014, p. 9-10).

Neste contexto, o corpo envelhecido é pensado a partir das faculdades discursivas dos médicos eugenistas brasileiros, que, a princípio, esforçavam-se em estabelecer a superioridade de determinados corpos sobre outros. Essas faculdades discursivas do poder médico eugenista almejavam tornar os corpos sujos em corpos hígidos, perfumados e performados à medida que as percepções sociais sobre esses corpos fossem construídas e se individualizassem, como nos ensina Azemar dos Santos Soares Júnior (2008).

[...] os corpos se lavam, se embelezam, se perfumam, têm tempo para viver e sonhar, as pessoas se estreitam, se abraçam e depois se separam, o corpo doente ganha refúgio e cuidados, provisoriamente dispensados de suas obrigações de trabalho e de representações no cenário social. O

corpo é, sem dúvida, uma região fértil, um espaço privado, onde as escolhas são opções individualizadas e sua modificação ocorre quase à vontade (Júnior Soares, 2008, p. 17).

Portanto, é perceptível que a noção de corpo envelhecido segue essa visão construída sob o esteio dos discursos médico-eugênicos, que tendiam a evidenciar a perturbação e o processo de naturalização com a qual os indivíduos passaram a ser estimulados em desejarem um corpo saudável, vigoroso, jovem, belo e longo.

Esses discursos médico-eugênicos, que tomavam o corpo envelhecido e a velhice como seus objetos de intervenção, por conseguinte, tendiam a denunciar uma possível desordem, assim como a insurgência e a desregulação pela qual esses objetos eram observados, aliciando os seus potenciais consumidores em tomar a responsabilidade de se autorregular aos modelos de corpos preestabelecidos pelos discursos reguladores (Moulin, 2011). As rugas, a fraqueza, os cabelos brancos, o abandono, as doenças das quais sofre o corpo que envelhece são considerados indícios da falta de aproximação do indivíduo com o único ser considerado capaz de salvar o corpo e moralizá-lo: *o médico*.

Faz mister, portanto, contextualizar o papel do médico nas sociedades ocidentais. Esse profissional recebe a áurea de um ser dotado de racionalidade, de cientificidade, cujo olhar é treinado e desenvolvido para “diagnosticar”, “tratar”, “curar”, “cirurgiar”, “atestar”, “controlar”, “disciplinar”, “fazer viver” e estabelecer boas práticas de vida e bem-estar sobre o seu objeto de discurso (Foucault, 2011, p. 143-166). Entende-se, pois, que o objetivo principal do médico eugenista em sua clínica, em meados do século anterior, era o de estabelecer a distância do corpo saudável do doente, era o de naturalizar os corpos anormais, era o de colocar os corpos em quadros de manipulação e observação, a fim de agir com precisão na hora de intervir, pois:

O olhar médico circula, em um movimento autônomo, no interior de um espaço em que se desdobra e se controla: distribui soberanamente para a experiência cotidiana o saber que há muito tempo dela recebeu e de que se fez, ao mesmo tempo, ponto de convergência e o centro de difusão (Foucault, 2017, p. 33).

Foi esse olhar médico que possibilitou o desenvolvimento da clínica eugênica, a partir dos ideais do doutor Francis Galton (1822-1911), por volta do século XIX na Inglaterra; e da clínica hígido-sanitarista entre os séculos XIX e XX, que, aqui no Brasil, teve como difusor o bacteriologista Walter Oswaldo Cruz (1872-1917). Essas duas concepções da prática da medicina, pelo que tem sido observado nesta pesquisa, têm as suas implicações discurso-enunciativas sobre o corpo envelhecido.

Nessa questão, é importante observarmos *os enunciados* que objetificam os corpos dentro da medicina eugênica, como nos ensina Foucault (2002), pois eles perpassam o corpo e seus signos inerentes a padrões determinados pelo olhar clínico; e a partir deles, ou além deles, intervêm, vigiam, disciplinam, enclausuram determinados tipos de corpos em manicômios, asilos, hospitais, praças, ruas, casas de misericórdia. Ao mesmo tempo, para outros, foram pensados clubes, casas de banhos, coretos, teatros, cafés, perfumarias, butiques, etc. Há o princípio do *quadriculamento*, “cada indivíduo no seu lugar; e cada lugar, um indivíduo” (Foucault, 1997, p. 140).

Há uma dualidade, portanto, desse corpo pensado pelo discurso médico eugênico. Há o corpo normalizado e o que deve ser normalizado; há o corpo sadio e o que deve se tornar saudável; há o corpo forte e o que deve ser fortificado; há o corpo belo, cheiroso, macio e o que deve ser embelezado, perfumado e amaciado. Para o pensamento eugênico, “todo o indivíduo que deseja ter uma

pelle fina, macia, sadia, deve ter o culto a limpeza” (Kehl, 1923, p. 364), possibilitando aos eugenistas tomar o corpo como um objeto plural, de várias faces e de muitas maneiras de ser concebido, investigado e investido.

Esta pluralidade que é dada ao corpo foi amplamente construída a partir dos discursos proferidos pelos médicos eugenistas ao ocuparem, por exemplo, os jornais, as revistas, as mensagens institucionais de Estado (o que evidencia a influência dos médicos eugenistas na política), bulas de remédios, manuais de beleza, alimentação e saúde, literatura, etc.

Ao tomarem esses meios de divulgação das ideias eugênicas, os médicos eugenistas tendiam à construção de novas formas de pensar este corpo juntamente com os ambientes que ele deveria ocupar, pois “o corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica” (Foucault, 2013, p. 144). Eis um exemplo dessa estratégia:

Nós, os eugenistas, queremos ‘que de idade em idade cada geração seja superior a ‘geração que a precedeu’. Para esse fim, é indispensável a educação intelectual e moral dos homens; é necessário que no espírito de todos os nossos semelhantes se inculque o sentimento de solidariedade; que cada um cancorra para melhorar a sua própria organização somatophysica, transmittindo caracteres optimos aos descendentes através dos seus pronucleos seleccionados. É mister, sobretudo, que a humanidade presente e futura se compenetre dos deveres para com a posteridade, revogando a concepção levantada por Scheffer e emitida, sobre natureza em geral (Kehl, 1923, p. 504).

Nas palavras de Kehl, o corpo humano precisava passar por uma transformação urgente para herdar o futuro, e a eugenia era uma das mais assertivas metodologias para chegar a esse fim. A

educação intelectual e moral a ser conquistada através da eugenia, da qual fala o médico, deveria se dar em todos os campos da vida cotidiana dos indivíduos, conscientizando-os sobre as ameaças que sondavam a própria capacidade do corpo humano em sobreviver às adversidades da vida e do tempo.

A eugenia, segura dos seus designios, assentada em sólidos alicerces científicos, guindada por sãos principais, continuará, por intermédio dos seus proselytos, na faina de implantar o grande ideal de regeneração das raças (Kehl, 1923, p. 504).

Dentro do contexto, entre meados do século XIX e primeiras décadas do século XX, no Brasil, a própria noção de corpo se tornou, para o desenvolvimento da *medicina social*, um laboratório de observar e manipular corpos. Segundo Gilberto Hochman (2006), a atenção dos médicos para com as especificidades corpóreas dos indivíduos em sociedade passou a ser, para a medicina, uma questão de percepção desse objeto e as suas implicações nos contextos sociais, suas movimentações pelos espaços de convívio e de sociabilidade, suas interações com outros corpos diferentes e semelhantes ao seu.

Desse modo, a atuação médica tenderia a garantir a recuperação da nação brasileira, considerada uma “nação doente”, contaminada pelo descaso social e pela heterogeneidade desenfreada.

O diagnóstico de um povo doente significava que, em lugar da resignação, da condenação ao atraso eterno, seria possível recuperá-lo, mediante ações de higiene e saneamento, fundadas no conhecimento médico e implantadas pelas autoridades públicas. A medicina, aliada ao Poder Público, era instrumento fundamental para operar essa transformação (Hochman, 2006, p. 69).

A medicina social, por esse lado, abriu espaço para que a clínica médica e o poder governamental adentrassem os espaços privados, efetuando, de forma direta e indireta, o seu poder de influência sobre as relações dos indivíduos com a saúde individual e coletiva: “Era preciso educar o homem comum para comportamentos individuais e coletivos fundados no conhecimento médico existente” (Hochman, 2006, p. 80). Por isso, foi necessário pensar uma maneira de disciplinar esse corpo, aliás, essa pluralidade de corpos em suas múltiplas concepções, deixando a cargo disso o médico, que se revestia de sua autoridade perante o poder do Estado para empreender as reformas necessárias e assim “salvar” a sociedade brasileira.

Observa-se, de modo geral, dentro da literatura sobre a história da medicina brasileira, que a eugenia foi dimensionada por parte de alguns médicos como dispositivo das “estratégias de disciplinarização dos corpos”, não apenas como interesse dos grupos eugenistas, mas também político, econômico e social, dentro dos contextos históricos da primeira metade do século XX, como mostra Pietra Diwan (2015):

Associadas às tecnologias já aplicadas em outros países do mundo, elas (as estratégias de disciplinarização dos corpos), chegaram ao Brasil através da divulgação de associações e grupos eugenistas internacionais. Esse controle tratará de investir no corpo individual, de estimular a ingerência policial e médica na vida conjugal e sexual de cada um. Essa intervenção tende a ser feita com o apoio do discurso médico, que a partir de então transporta a sexualidade e o corpo de cada um para o campo da ciência, e muitos dos preceitos médicos desta para dentro da intimidade de cada núcleo familiar, cria-se uma política científica, que pensará ‘os males do corpo’ e suas soluções (Diwan, 2015, p. 16).

Nesse sentido, a contextualização do desenvolvimento das práticas da medicina eugeniستا, aqui no Brasil, contribui para entender o desenvolvimento de uma medicina social voltada para o controle dos “corpos doentes” e das endemias, bem como a interposição das práticas e dos saberes atrelados aos anseios de uma reelaboração na concepção de corpos dentro da sociedade brasileira na primeira metade do século XX. Neste período, “a doença foi identificada como um dos principais laços constituintes da sociedade brasileira, durante a primeira república” (Hochman, 2006, p. 48).

Embora “a velhice dos indivíduos não fosse considerada”, pelos médicos eugeniastas, “como doença” (Kehl, 1949, p. 102), alguns aspectos do corpo envelhecido lhe atribuíam dada adjetivação. As rugas, por exemplo, eram sinônimas de decrepitude e declínio da saúde física, uma vez que a falta de elasticidade da pele denunciava alguns problemas advindos com a chegada da velhice, como a hipertensão, a gordice e a desregulação moral.

As rugas são como cicatrizes deformadoras. Muitas vezes surgem em pessoas jovens que não deviam ainda possuir. São pregas mais ou menos pronunciadas, que se formam na tez, principalmente no rosto. Resultam da perda da elasticidade das fibras musculares, ocorrendo por conta do envelhecimento precoce nos jovens de vida desgarrada ou devido perturbações nutritivas do tegumento ou outras desordens, além da influencia do tempo, o que, aliás, é a mais frequente; também, em consequencia da contracção repetidas de certos grupos musculares ou de emagrecimento (Kehl, 1923, p. 409).

Neste caso, ao tratar as rugas como um problema do corpo envelhecido, os médicos se sentiam obrigados a mostrar uma possível forma de tratar e cuidar desse corpo enrugado. Uma das recomendações para esse tipo de problemática era: “Para proteger a pelle deve-se ter com ella os maiores cuidados hygienicos” (Kehl,

1923, p. 364). Por outro lado, ante os cuidados que deveriam ser tomados, os médicos eugeniastas se utilizavam sempre de uma outra estratégia: eles tentavam alimentar no interlocutor uma concepção negativa por contraírem determinados problemas, ao mesmo tempo em que buscavam apresentar uma solução para o problema. Ainda tomando as rugas como exemplo, é possível observar esse movimento no seguinte trecho:

[As rugas] alteram as feições das pessoas moças dando-lhes os aspectos de envelhecidas. Na maioria dos casos, aparecem em consequencia de desleixos, e se tiver cuidado, serão evitadas até certa idade (Kehl, 1923, p. 409).

Ou seja, o corpo envelhecido é sinônimo de desleixo, de mal cuidado, de coisa velha, no sentido grosso do termo. Isso dava margem para que os indivíduos comesçassem a associar o corpo envelhecido a um corpo indesejado. Por outro lado, era um corpo que poderia ser evitado possuir. Bastava ter os cuidados necessários, seguindo as recomendações médicas para o aumento da probabilidade de herdarem um corpo diferente do que, costumeiramente, se herdaria na velhice. “A feiura torna-se uma questão de querer individual e não somente o resultado de um acaso natural” (Diwan, 2015, p. 131). Aos médicos, seria indispensável incumbir tal feito, dado que “grande número de médicos dedica-se a esta especialidade conseguindo os melhores resultados, tornando bela a apparencia ou, pelo menos, remediando deformidades inesthetics” (Kehl, 1923, p. 361).

A questão, então, leva a pensar que todas as dimensões que envolvem o corpo de um indivíduo passaram a ser pensadas pelos médicos a fim de encontrarem e apresentarem soluções para as problemáticas da saúde, desde o nascimento até a morte desse corpo. As relações com o ambiente, as questões econômicas e sociais,

a higiene, a hereditariedade, a natalidade, a saúde física e mental, entre tantas outras questões, se mostravam obstáculos a serem encarados e superados pelos indivíduos em sociedade, a fim de restabelecerem a saúde e a beleza, garantindo a longevidade da nação.

O desafio do médico eugenista, conseqüentemente, seria “evitar o encontro entre o ser humano e o micróbio causador da doença, entre indivíduos saudáveis e doentes, ou, se esse encontro for inevitável, como administrar e reduzir as conseqüências negativas” (Hochman, 2006, p. 58). A essa citação de Hochman, faço a seguinte figuração: ao tratar o corpo envelhecido, o papel do médico eugenista é evitar o encontro do ser humano com os agentes causadores da velhice; ou, se não for possível evitar, administrar e reduzir suas conseqüências negativas.

Michel Foucault (2017) compreende essas técnicas e estratégias que permitem o desenvolvimento de dispositivos de controle e manipulação desses corpos adoecidos. Para ele, isso é possível desde que a prática clínica esteja amparada pela observância do olhar técnico do médico, produtor de discursos sobre o objeto observado. O olhar médico, portanto, “é um olhar da sensibilidade concreta, um olhar que vai de corpo em corpo, cujo trajeto inteiro se situa no espaço da manifestação sensível” (Foucault, 2017, p. 133).

É a partir desse olhar que o médico produz o seu saber, que possibilitará em sua prática exercer o seu poder sobre os corpos por ele investigado, implicando a tentativa de controle e normalização desses corpos de acordo com os padrões instituídos em sociedade. Foucault (2013, p. 144), a esse respeito, ressalta que:

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 (Foucault, 2013, p. 144).

Neste caso, o corpo, sob o olhar médico, além de ser investigado e manipulado, também passa a ser um instrumento de elegibilidade de padrões físicos e comportamentais a serem observados pelos indivíduos dentro da sociedade brasileira. Esses padrões poderiam ser preestabelecidos pela divisão dos corpos em dois tipos eugênicos: os corpos “aristogênicos”, classificados geneticamente como corpos habitados por indivíduos superiores; e os corpos “cacogênicos”, habitados por indivíduos inferiores (Diwan, 2015, p. 131). Ao primeiro, destinava-se um padrão de corpo belo, saudável, jovem e longo; ao segundo, a fealdade, o envelhecimento, a decrepitude e a brevidade vital, o que poderia ser ainda mais agravado pela “disgenia”, quando haveria “desvios e doenças transmitidas de pai para filhos”.

Todavia, observa-se que, no contexto da primeira metade do século XX, aqui no Brasil, dentro do processo de modernização do conhecimento médico-científico de época, o poder médico, por meio dos discursos e das práticas eugênicas, almejou estabelecer novas configurações de corpos, tendo por princípio – e um dos principais motivos – “o melhoramento da raça”.

Para os médicos, investigar o corpo do indivíduo, especificamente o envelhecido, ampliava o alcance do olhar médico e, a partir das noções eugênicas, aumentava as possibilidades de sua intervenção sobre esse corpo. A eugenia também implicava seus interesses político-econômicos. Ela, “com o status de disciplina científica, objetivou implantar um método de seleção humana baseada em premissas biológicas. E isso através da ciência, que sempre se pretendeu neutra e analítica” (Diwan, 2015, p. 10).

Destarte, o eugenismo era compreendido como dispositivo para o *governo dos corpos*, que objetivava limpar, curar, embelezar a sociedade brasileira a partir de um processo de constante busca por modernização, medicalização e embelezamento: “Certamente, as regras da limpeza foram essenciais, desde os primórdios das

civilizações. Mas era a nova crença de que, por meio da higiene, seria possível alavancar o progresso econômico e social” (Sant’Anna, [s/d], p. 382).

A disciplina eugênica

Renato Kehl (1889-1974) foi um dos maiores pensadores da eugenia no Brasil. A partir das suas contribuições, a eugenia ganhou espaço nos debates médicos como uma disciplina que alimentava, em alguns médicos brasileiros, o desejo de enquadrar a sociedade dentro dos anseios do que eles consideravam ser “superiores”, “melhores” e “poderosos”.

Na obra *A cura da fealdade* (1923), Kehl convidou os seus pares para encabeçar, em conjunto, essa empreitada.

Precisamos, pois, reagir contra o abastardamento reinante, combater as causas perturbadoras da harmonia social, vencer os agentes que nos degradam, nos enfiam e infelicitam. Para isso é necessário propor e praticar as leis da Eugenia, que congregam na sua essência tudo o que há de mais elevado e seguro nas ciencias medicas-sociaes. Tudo, em summa, depende de querermos e saber-mos querer (Kehl, 1923, p. 22).

Observa-se que o discurso eugênico, personificado em Renato Ferraz Kehl, pretendia exercer sua disciplina sobre os corpos como uma super ferramenta do melhoramento da raça brasileira e, de modo geral, humana. “Na verdade, na década de 1920, a eugenia esteve associada ao esforço de vários membros da elite por resgatar o país da acusação de decadência tropical e degeneração racial” (Stepan, 2004, p. 357). Em outras palavras, a eugenia no Brasil, foi, aos poucos, ocupando espaço dentro da sociedade médica como

um projeto de poder e de possível resolução para as problemáticas levantadas por essa sociedade, julgadas como empecilho para o progresso da nação brasileira. Desse modo, ela foi tomada pelos médicos brasileiros como a mais nova e moderna estratégia de intervenção sobre os corpos dos indivíduos. Ela foi considerada o novo “sabão de coco ariano” (Kehl *apud* Diwan, 2015, p. 133), que asseguraria, com maior assertividade, a purificação da identidade brasileira como “nação”.

Era a partir do discurso médico exercido sobre a vasta paisagem de corpos entendidos como desvairados que se pretendia disciplinar os indivíduos e os espaços, transportando essa sociedade estagnada, segundo o eugenista, para uma nova estrutura de organização, cujos corpos se sentiam pressionados a serem perfeitos, saudáveis, vigorosos, jovens, cheios de vitalidade e gozo: “Cria-se uma política científica, que pensará ‘os males do corpo’ e suas soluções. A eugenia nasce no interior do problema” (Diwan, 2015, p. 16). Deste modo, os discursos médicos eugenistas perpassavam a prática clínica e se encontravam em uma outra esfera de atuação: *a política*.

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 esquadrinhado, dividido, inspecionado, percorrido por um olhar permanente e controlado por um registro, tanto quanto possível, completo, de todos os fenômenos (Foucault, 2013, p. 157).

Por outro viés, compreende-se nessa reflexão que o discurso médico-eugênico se estabeleceu como uma forma de intervir política, social e economicamente naquele corpo que flutuava pela sociedade brasileira. Por outro lado, percebe-se que o eugenismo

se desenhou no cenário médico como mecanismo por trás dos discursos e das práticas da medicina, buscando legitimar a segregação dos corpos considerados como indisciplinados, incorrigíveis, corruptíveis, imorais, anormais em sociedade, em prol de um corpo superior e moralizado sob a égide da beleza e da saúde, como evidenciou Renato Kehl:

A Eugenia pretende certa regularidade nos traços physiomicos, uma justa proporção nas partes construtivas do corpo, vivacidade de espírito, movimentos graciosos no andar nos gestos, além de saúde, força e vigor para classificar um indivíduo no rol dos typos eugenicamente bellos (Kehl, 1927, p. 27).

O discurso médico-eugênico, todavia, adentrou também as dimensões das distâncias sociais existentes, intensificadas pela política republicana brasileira da primeira metade do século XX. O sentido de nacionalidade a ser instigado na população brasileira pelo governo instaurado de Getúlio Vargas, em 1930, deu aos médicos eugeniastas possibilidades maiores de atuarem diretamente na política de Estado, apresentando a eugenia como instrumento para se concretizar tal cobiça.

Em outras palavras, a eugenia, somada às políticas de Estado, tentava estabelecer nos “cidadãos” brasileiros o senso de coletividade e reconhecimento de uma identidade nacional e em comum, embora não havendo a possibilidade de uma homogeneidade nas características físicas dos cidadãos aos moldes da raça ariana na Alemanha.

Apesar da falta de confluência teórica, o discurso eugeniasta brasileiro chegaria na década de 1930 com grande vigor, preparado para alçar voos mais ousados através da eugenia radical que vinha

empolgando todo o norte da Europa e dos Estados Unidos. No contexto nacional, a Revolução de 1930 instalara um novo cenário político e ideológico que ajudou a expandir o espaço político e intelectual para a propaganda eugênica (Souza, 2005, p. 6).

Já para Diwan (2015, p. 96):

O ideal republicano, embasado na igualdade e na democracia, criou a necessidade de formalizar e gerar novos campos de saber e produção de corpos constituintes de um povo homogêneo, tipicamente brasileiro. Já naquele período soava contraditório pensar numa homogeneidade no Brasil, tendo em vista os grandes fluxos migratórios ocorridos no país desde a chegada dos primeiros europeus no final do século XIX. Mais do que isso, tratava-se de ver o povo brasileiro como população biologicamente constituída e, por isso, saudável. Esses ideais eram proclamados como um meio, entre outros tantos, de criar “um novo tempo”, estabelecendo entre os séculos XIX e XX uma diferença radical – não transformada de modo radical, mas de maneira lenta e crescente.

Embora esse ideal fosse o almejado, os médicos eugeniastas se deparavam com uma desconfiada resistência por parte da elite brasileira ao pensamento de se igualarem a indivíduos tomados como inferiores dentro da sociedade. Isso levantava desconfianças quanto à potencial efetividade do poder eugênico de garantir um progresso e um melhoramento dos padrões corporais dos indivíduos, que possibilitassem a elevação do patamar social brasileiro a uma nova categoria de indivíduos. Para Gilberto Hochman (2006, p. 51):

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

Renato Kehl, citado por Diwan (2015, p. 114), esclarece quanto à questão acima apresentada. Para esse eugenista, “a saúde assentar-se-á, então, sobre duas bases: a Higiene, que afastará as causas dos males; e a Eugenia, que selecionará os indivíduos, tornando-os mais sólidas unidades da raça”.

Apesar de as discussões em torno dos conceitos de raça e suas implicações sociopolíticas para a manutenção de uma estrutura social eficiente e poderosa parecerem dominar os debates dos médicos eugenistas e higienistas, entre meados do século XIX e primeira metade do século XX, nota-se que outras preocupações eram essenciais para que a própria ciência eugênica se desenvolvesse e conseguisse alcançar os seus objetivos.

A preocupação central da ciência eugênica era criar condições para que a transformação social acontecesse. Para Diwan (2015, p. 114), “a raça era importante, mas o que interessava aos eugenistas era extirpar do corpo social os indesejáveis”. A ciência eugênica, para alcançar o maior espaço de atuação possível, dialogava com os diversos campos científicos da época, instigando o desenvolvimento de estratégias de mapeamento e controle desses corpos considerados indesejáveis, além de propor a elaboração de conteúdos voltados, exclusivamente, para consolidação das políticas eugênicas sobre tais corpos.

A medicina, neste caso, constituída como estratégia de controle, poder e governo sobre os indivíduos em sociedade, tentava criar dispositivos de disciplinarização desses corpos em relação aos

objetivos compromissados para com os anseios sociais de época. Nesta concepção:

Ela promulga regras de comportamento, censura os prazeres, aprisiona o cotidiano em uma rede de recomendações. Sua justificação reside no progresso de seus conhecimentos sobre o funcionamento do organismo e a vitória sem precedentes que reivindica sobre as enfermidades, atestada pelo aumento regular da longevidade (Moulin, 2011, p. 15).

A disciplina funcionava dentro da clínica eugênica como um dos eixos do biopoder, exercendo um regime de governo sobre os corpos dos indivíduos. A biopolítica seria, então, um segundo eixo do biopoder ao exercer um regime de governo sobre a população. Segundo Castro (2017):

Os dispositivos disciplinares e biopolíticos se convertem nas novas técnicas políticas, necessárias para governar as multiplicidades urbanas e ajustá-las à dinâmica de produção e consumo de uma sociedade industrial e capitalista (Castro, 2017, p. 83).

Os discursos sobre os cuidados com o corpo, aqui no Brasil, se intensificaram a partir do início do século XX, mais precisamente nas décadas de 1920 a 1950. Os debates científicos em torno do corpo humano e suas relações com o social estavam embasados nos escritos do eugenismo e do higienismo, percebidos nas produções médicas e midiáticas durante o período delimitado.

Dentro desse período, os escritos científicos de Renato Kehl haviam se tornado, na primeira metade do século XX, manuais de “cura” da fealdade da população brasileira e de tudo que a perpetuasse (Diwan, 2015). Corpos considerados “feios”, “deformados”,

“enrugados”, “negros e pobres”, “degenerados pela mestiçagem”, eram vistos como “propulsores da loucura e da vadiagem”, o que seduziu muitos médicos a conceberem a ideia de urgência da eugenia para a “salvação da população brasileira”. Da disciplina eugênica, deduz-se que:

Tratava-se de um investimento direto no corpo do indivíduo através das estratégias para extrair e desviar a potência de cada um para instituições de poder como a família, a escola, a polícia, a medicina, entre outras tantas. Em suma, de tornar a vida objeto essencial do poder e, por conseguinte, o corpo um dos principais alvos de seus investimentos (Diwan, 2015, p. 97).

É importante destacar, a exemplo, como o corpo envelhecido é pensado dentro da disciplina da medicina eugênica.

A questão médica do corpo envelhecido e da velhice nos discursos eugênicos

Para investigar o corpo envelhecido dentro da medicina eugênica, faz necessário lançar luz sobre suas facetas determinantes: a primeira face dessa medicina eugênica era a insistência na promoção da ideia de desenvolvimento de um projeto de nação³, de sociedade, de ideal de mundo. É importante salientar, a princípio, que a medicina eugênica era tomada como “instrumento disciplinador” e “de exercício de poder” e “superioridade”, “aproximando-se do que fora a inquisição e a escravidão” (Diwan, 2015, p. 9-10). A segunda

.....
3. Sobre isso, discorro abertamente no terceiro capítulo deste trabalho, quando analiso os espaços para o velho e para a velhice, pensados por Renato Kehl, como projetos eugênicos dentro da sociedade brasileira.

face dessa medicina pode ser visualizada como uma prática que buscava alcançar os corpos indesejados, transformá-los, resgatá-los, torná-los vivos e/ou livrá-los da morte.

Tomando essas facetas como objetos norteadores, adentramos a discussão sobre as características dos discursos médicos sobre o corpo envelhecido e a velhice como pacientes/objetos da clínica médica, sob a égide dos discursos e das práticas eugenistas. Outro fator importante a destacar é a percepção de que os médicos eugenistas seguiram uma lógica de interesse e de poder, pensada pelas instituições e sujeitos nos embates e anseios sociais.

Os discursos médico-eugênicos, portanto, buscaram estabelecer e aplicar a disciplina, cujo conceito, ensina Foucault (2002), é percebido como exercício de controle e normatização dos corpos envelhecidos, estabelecendo (ou não) conflitos entre as instituições médicas, governamentais e midiáticas. Neste caso, conscientizemo-nos de que:

Investigar a eugenia é também, em grande medida, retornar à história da saúde pública e da higiene, tentando compreender como o discurso eugênico influenciou os discursos científicos, tornando-se, muitas vezes, o pivô de disputas entre medicina e política, que estiveram por diversos momentos da história do início do século XX aliados e de acordo (Diwan, 2015, p. 17).

Sob essa lógica, ao estudar o corpo envelhecido e a velhice dentro das dimensões discursivas dos médicos eugenistas e higienistas, percebe-se um olhar médico voltado para esses objetos como algo a ser descartado, segregado, asilado, silenciado dentro da sua disciplina médica, embasada nos saberes das ciências biológicas e genéticas (Pascal, 2011).

É essencial esclarecer a respeito do corpo envelhecido e da velhice, em suas especificidades, como objetos de interesse das discussões eugenistas.

O corpo envelhecido

Consequentemente, corpo envelhecido deve ser investigado aqui como um objeto subjetivo do olhar clínico, uma vez que esse olhar postulava sobre esse objeto as discordâncias com os ideários de corpos almejados pelos médicos em sua prática, bem como a pluralidade evidente no seio social.

O corpo envelhecido para o discurso médico eugênico era concebido, desta forma, como um potencial evocador da morte, um desafio para medicina, cujo objetivo era o de “fazer viver”, pois o corpo envelhecido é, geralmente, tomado como decadente, vazio, cuja vida escapa aos sentidos, tornando-o mórbido.

O *mórbido* autoriza uma sutil percepção do modo como a vida encontra na morte sua mais diferenciada figura. O mórbido é *rarefeita* da vida, no sentido em que a existência se esgota, se extenua no vazio da morte; mas igualmente no sentido que ela ganha nele seu estranho volume, irredutível às conformidades e aos hábitos, às necessidades recebidas; um volume *singular* que define sua absoluta raridade (Foucault, 2017, p. 190, grifos do autor).

Nota-se que os discursos e as práticas médicas sobre o corpo envelhecido atentaram para mantê-lo vivo, fazê-lo produtivo e torná-lo duradouro. Esta é uma visão mercadológica, iniciada a partir do século XX, dentro do dinamismo social das sociedades capitalistas, as quais exigem um corpo sempre ativo, produtivo e revigorado. Entretanto, o desafio maior era estabelecer e desen-

volver dispositivos capazes de fazer com que a medicina, em suas especificações, alcançasse essa finalidade.

O corpo envelhecido, portanto, era algo que devia ser entendido como objeto de contraste ao padrão de beleza estabelecido pela clínica médica eugênica, isto para determinar a vitalidade e a saúde dos corpos envelhecidos ou que envelheciam de forma saudável e longa. Para Renato Kehl (1923, p. 44), “as boas condições sadias hereditárias são os determinantes para o processo de envelhecimento”. Em outras palavras, as condições do corpo em seu processo de envelhecimento evidenciam as circunstâncias e probabilidades da intervenção médica para assegurar a boa condução das políticas eugenistas.

A partir do século XX, o corpo foi construído pelas aspirações dos poderes e das instituições regentes. Primeiro por suas camadas possíveis de serem investigadas a partir de Freud, em que se permitiu mergulhar no inconsciente do indivíduo, manifestado através das expressões do corpo, em que o “ser” é referenciado como “eu-pele”⁴, a princípio como metáfora, em seguida, como extensão das camadas senso-psíquicas de um indivíduo. Segundo pelo que Edmund Husserl descobre o corpo como “berço original” de significados que constituem os aspectos da vida de um indivíduo de forma individual ou coletiva. Por último, Marcel Mauss, investigando o corpo dentro dos estudos antropológicos, evidenciou como as performances corporais dotaram os indivíduos de poder e estabeleceram comunicações, discursos e disputas dentro dos espaços de convívio e conflitos. “O século XX é que inventou teoricamente o corpo” (Courtine, 2011, p. 7).

.....
4. O conceito do “eu-pele” depois foi desenvolvido como teoria por Didier Anzieu, psicanalista freudiano que pretendeu investigar a construção de subjetividades dos indivíduos a partir da ideia de envelopes psíquicos.

Observando esses três autores, evidencia-se que o século XX não só inventou o corpo, mas também o tornou necessário para o desenvolvimento das ciências, principalmente as médicas emergentes; deu profundidade, criou camadas e o tornou objeto dos discursos e poderes dos governos e das instituições das sociedades ocidentais. “O século XX restaurou e aprofundou a questão da carne, isto é, do corpo animado” (Courtine, 2011, p. 7). Por outro lado, o discurso médico eugenista evidenciou essa animação, denunciou os espaços que esse corpo ocupou e ocupava, os modos, padrões e estilos de consumo e vida, além das condições de beleza e saúde de um indivíduo.

Se o corpo era inventado pelos contextos de desenvolvimento científico para atender às demandas do mundo capitalista, a eugenia percebia o corpo envelhecido como instrumento de evidências de práticas e hábitos de um indivíduo em sua relação e compromisso com a sua saúde e beleza. Portanto, o termo “corpo envelhecido” deve ser desnudado, deve ser contextualizado em sua adjetivação, pois “o corpo é o lugar onde a pessoa deve esforçar-se para parecer que vai bem de saúde” (Courtine, 2011, p. 20).

O corpo envelhecido, para Renato Kehl, estabelecia regras de construção, observação e decifração do subjetivo, do interno, das camadas que compõem a estrutura física daquele corpo enrugado, ocupado por um indivíduo, pois o corpo é morada.

Nesse raciocínio, Renato Kehl, particularmente, estabelecia dois campos de observação sobre o corpo que envelhecia como fatores de diagnóstico das condições de saúde e beleza de um indivíduo: a análise da carga ancestral e a estrutura congênita do indivíduo em relação às suas condições de vida e ao meio que estava inserido. Em outras palavras, o processo de envelhecimento deveria ser observado deste modo: as condições genéticas que permitiam o envelhecimento natural do corpo; e os fatores determinantes de um envelhecimento precoce.

Há indivíduos notáveis pelas condições constitucionais e temperamentais, que atravessam todos os percalços da existência em perfeita forma, que sofrem desta ou daquela doença aguda mesmo crônica, que vivem em situações deficientes de higiene, que se entregam a hábitos viciosos da natureza aforística, como o álcool e vitalidade e vivem longos anos. Outros, ao contrário, apesar de boa aparência de saúde, de vida regrada e fácil, obedientes aos melhores preceitos, envelhecem e morrem precocemente (Kehl, 1949, p. 54).

O processo de envelhecimento, como evidenciado nas palavras Kehl, deveria ser encarado pelo indivíduo como uma sucessão de escolhas que ele faz durante a vida. Aliás, “o homem começa a envelhecer desde o dia que nasce (Kehl, 1949, p. 44)”. Todavia, o processo de envelhecimento é uma construção longa e contínua. Está ligado a hábitos, posturas, intensidades de relações sociais e consciência moral. Cada caso corresponde a uma respectiva necessidade de percepção e vivência, até mesmo de compreensão da sua própria essência corpórea.

Mesmo havendo essa distinção entre o processo de envelhecimento natural e o precoce, é importante discorrer e exemplificar cada um.

No processo de envelhecimento natural, o indivíduo, dotado de seus recursos genéticos, pode melhor alcançar a longevidade e a manutenção da saúde. Para esses indivíduos, Kehl alinhava o comportamento do sujeito à sua relação com a higiene, permitindo que o organismo e sua herança genética turbinassem a resistência do corpo aos organismos externos, os quais poderiam adiantar a sua decadência. Para o médico:

Aquele que nasce com o capital vital hereditariamente deficiente ou comprometido poderá, com os recursos de uma adequada higiene, melhorar as próprias condições e retardar, um pouco, o processo senil; jamais, entretanto, modificar a evolução precoce da senilidade, em correspondência a qualquer outro indivíduo, nascido, hereditariamente, bem prendado (Kehl, 1949, p. 49).

A hereditariedade fora tomada como fator determinante para as boas condições de saúde dentro do discurso eugênico. Por outro lado, o médico procurou estabelecer uma relação entre hereditariedade e higiene que sobrepusesse os indivíduos “bem prendados” aos “maus prendados”, pelos quais os primeiros herdariam, por direito, uma boa e longa saúde do corpo ao envelhecer; e aos segundos, com a ausência de uma boa hereditariedade, a higiene possibilitaria um processo de envelhecimento mais confortável em comparação aos não praticantes das práticas eugênicas.

Neste caso, o discurso do melhoramento da raça também tenderia a recair sobre a população já envelhecida. Aqueles que já se encontravam vivendo a sua velhice, com as mudanças de hábitos postulados pelos discursos dos médicos eugenistas, poderiam alongar um pouco mais a sua existência, desde que fossem observados os seguintes aspectos ditados pela fisiologia clínica: predisposição hereditária; enfermidades; alimentação inadequada; transtornos endócrinos; deficiência funcional dos sistemas neuro-vegetativo; intoxicações e autointoxicações (estas causadas por uso de ervas, alimentos e medicamentos em excesso); desgastes provocados por excessos físicos e psíquicos; sedentarismo, agravado por excessos alimentares; má condição do habitat e da higiene individual; higiene mental (esta última condizente, sobretudo, às emoções e à falta de repouso espiritual); por fim, desajuste social (Kehl, 1949).

Já o processo de envelhecimento precoce é visto por Kehl como uma consequência imediata da não observação das orientações médicas e do descaso com a própria saúde. Para Kehl (1949, p. 53-54), a obesidade e os vícios são os descuidos mais nocivos de um indivíduo para com a saúde e o bem-estar fisiológicos, devido, principalmente, à sobrecarga imposta ao corpo. “Eis, pois, que se envelhece em virtude tanto do aumento como da redução das reservas; no primeiro caso, pelo desgaste dos órgãos nobres, abafados funcionalmente; no segundo caso, pela miséria orgânica” (Kehl, 1949, p. 54).

Essas condições são externadas nas características físicas do indivíduo, tornando-o, aparentemente, feio, fraco, doente e ocioso. Aos olhos do médico, “os indivíduos gordos, flácidos, encharcados de colóides⁵, têm os capilares fracos, friáveis, ao passo que os magros e enxutos apresentam capilares flexíveis e resistentes” (Kehl, 1949, p. 50). A obesidade acelera o processo de envelhecimento, uma vez que os órgãos corporais sofrem com o envenenamento recorrente e lento do organismo por meios de toxinas e excesso de gorduras.

Na visão de Kehl, só a aliança entre o indivíduo e a medicina poderia garantir o retardamento da precocidade do envelhecimento, como também daria condições para uma manutenção bem-sucedida da mocidade e da juventude. Para esse médico, “a medicina, com os vastos recursos de que ora dispõe, pode agir de modo eficaz, no sentido de prolongar a mocidade e evitar, portanto, a ofensiva dos elementos demolidores” (Kehl, 1949, p. 56).

5. Colóides, soluções coloidais ou sistema coloidal são misturas que apresentam aspecto de solução, ou seja, de uma mistura homogênea. Mas, na verdade, eles são misturas heterogêneas. São exemplos de colóides: creme hidratante, iogurte, leite, sangue, tintas e geleia.

Nesse sentido, o eugenista apontava possíveis medidas que poderiam ser adotadas pelos indivíduos para identificarem se o seu processo de envelhecimento estaria sendo precoce: 1. Observar os estados constitucionais e dominantes; 2. Verificar a época das manifestações sexuais secundárias, pois, para o eugenista, “envelhece mais cedo quem mais cedo amadurece” (Kehl, 1949, p. 56); 3. Examinar os aparelhos endocrônicos e circulatórios; 4. Examinar as condições da pele e a data do aparecimento das primeiras rugas, bem com a sua natureza (Kehl, 1949).

Observar esses aspectos do corpo possibilitaria, na visão do médico, uma melhor intervenção nesse processo precoce, o que permitiria um melhor resultado para o retardamento do envelhecimento. Em outras palavras, a medicina dava condições de intervenções diretas e indiretas sobre o corpo que envelhece, desde que o indivíduo soubesse identificar e atentar-se aos sinais que o corpo dava, responsabilizando-se, por fim, pelo restabelecimento do curso “natural” do envelhecimento do corpo.

Qualquer pessoa dotada de conhecimento de biologia poderá, com o próprio critério, verificar qual a sua situação no tocante ao envelhecimento, à idade fisiológica, em contraposição à idade física ou cronológica, e tomar, em tempo, as providências acauteladoras (Kehl, 1949, p. 57).

Enfim, o processo de envelhecimento não seria somente uma escolha, mas também uma responsabilidade assumida pelo indivíduo consigo mesmo e com a tutela da medicina. Partindo dessa concepção, o corpo sofria influências diretas dessas escolhas, retardando ou acelerando o processo natural do envelhecimento dentro das margens estabelecidas pela genética e pela rotina do indivíduo, uma vez que a genética era fator determinante nesse processo (Kehl, 1949, p. 53). Contudo as condições de envelhecimento eram vistas como responsabilidade de cada um.

Em outras palavras, o corpo envelhecido, para o discurso eugênico de Renato Kehl, era resultado de uma lenta e constante construção ao longo da existência de um indivíduo.

A velhice como espaço de pertencimento, o envelhecer como identidade

Neste subtópico, pretendemos tratar a velhice como um “espaço de pertencimento”. Nesse caso, observamos inicialmente a construção da noção da identidade do que é ser “velho” para os discursos médico-eugênicos, problematizando a “velhice” como um espaço de ocupação por esses sujeitos.

A priori, a velhice geralmente é entendida como uma fase de repouso após uma longa jornada pela vida. Na linguagem da sociedade ocidental, a velhice é um espaço circunscrito de pertencimento daqueles que, já fadados e submersos no estilo de vida do mundo capitalista, fazem desse espaço os momentos finais da sua jornada. Maria Leclícia Barreto (1992), ao estudar a velhice como um fenômeno social do século XX, define esse momento da vida da seguinte forma:

Muitos só depois da aposentadoria têm tempo de, pela primeira vez, perguntar-se sobre o sentido da vida. Não encontrar resposta, sentir o vazio existencial provocam dor, também, no bem cuidado do corpo burguês, e nem sempre funcionam a contento os mecanismos de defesa e as rotas de fuga que o *merchandising* oferece (Barreto, 1992, p. 32).

A autora atentou a apresentar uma noção de que a velhice é um campo de experiências múltiplas, heterogêneas e de experiência individualizada, fazendo com que essa fase da vida seja experimentada e referenciada como espaço de solidão. Para Barreto (1992, p. 30), “na velhice, a solidão pesa. Não é apenas um senti-

mento, é um estado, uma maneira de ser – a solitária maneira de ‘ser-velho’ em nossa sociedade”.

Em outras palavras, o “ser-velho” é caracterizado pelos espaços que ocupa e/ou ocupou e pelas identidades construídas. Isso reverbera em vários aspectos das relações sociais, potencializando a exclusão desses sujeitos velhos dos espaços de convívio social. “Muitas vezes, o velho e a velha são destituídos de seu papel de dono-de-casa. Substituídos por seus filhos no comando, são despojados de suas coisas, de suas lembranças, de seu espaço” (Barreto, 1992, p. 30). Ou seja, o “velho” é tomado como um sujeito inativo, inoperante, incapaz de assegurar o sustento de outros e até mesmo o seu próprio. A velhice, para alguns, é, conseqüentemente, a construção de um espaço de exclusão e segregação, de afastamento literal da vida social e, muitas vezes, familiar.

O agravamento desse estado é mais acentuado quando não há a identificação dos sujeitos jovens para com os envelhecidos, mediante a distância que geralmente se estabelece entre os novos e velhos nas entranhas da sociedade.

Nobert Elias, em seu livro *Envelhecer e morrer* (2001), ao assumir o lugar de espectador dessa experiência de envelhecer em/na sociedade ocidental do século XX, afirma que:

A identificação com os velhos e com os maribundos compreensivelmente coloca dificuldades especiais para as pessoas de outras faixas etárias. Consciente ou inconscientemente, elas resistem à ideia de seu próprio envelhecimento e morte tanto quanto possível (Elias, 2001, p. 80).

Essa não identificação dos jovens para com os velhos se dá mediante o silenciamento ou a diminuição do papel desses sujeitos envelhecidos, impostos pelos discursos nos quais estão imersos. De certa forma, há uma negação do corpo envelhecido dentro dos

contextos de padronização que os corpos sofreram e a que foram submetidos ao longo da vida.

Por outro lado, a velhice, nas sociedades ocidentais modernas, é adotada não só como uma fase para o repouso após uma vida inteira de trabalho, mas também como momento em que o indivíduo se encontra com as suas experiências e se permite recomeçar a jornada, agora livre das amarras dos modos de produção. Guida Grin Debert (2008) explica essa visão da seguinte forma:

O curso da vida moderno é reflexo da lógica fordista, ancorado na primazia da produtividade econômica e na subordinação do indivíduo aos requisitos racionalizadores da ordem social. Tem como corolário uma burocratização dos ciclos da vida, através da massificação da escola pública e da aposentadoria. Três segmentos foram claramente demarcados: a juventude e a vida escolar; o mundo adulto e o trabalho. E a velhice e a aposentadoria (Debert, 2008, p. 56).

O que Debert discorre, na verdade, é sobre a concepção de que a vida de um indivíduo é perpassada por escolhas e renúncias, essenciais para a construção das identidades múltiplas que adota ou adotou em sociedade e ao longo da vida, assim como os espaços de pertencimento que tendem a ocupar. Essas escolhas podem ser influenciadas pelos discursos que buscam induzir o indivíduo a adotar determinadas posturas, estilos e padrões em detrimento a outros, à medida que vão se convencendo e se identificando com o que mais lhe convém.

Tomando a velhice como um espaço circunscrito no intervalo da existência e o sujeito velho como uma identidade construída, podemos investigar mais a fundo os mecanismos de exclusão ou de adoção de determinados padrões de estilos de vidas, comportamentos, costumes, hábitos e cuidados adotados pelo indivíduo para

se adequar a essa nova concepção do ser com que o sujeito se depara com o avançar da idade e o processo de envelhecimento promovidos pelos discursos eugênicos, representados por Renato Kehl.

O autor tomava a velhice como algo não só meramente físico, que está sob a ação do tempo e das condições socioeconômicas dos indivíduos, mas também como uma concepção ou estado mental em que as pessoas se encontravam quando chegavam a essa fase da vida. A velhice, para Kehl, era um espaço de pertencimento e de condições morais e espirituais. Por outro lado, o sujeito velho era uma consequência das experiências durante a vida.

A velhice, para o médico, assumia características de múltiplas faces, cada uma com suas problemáticas e maneiras de acontecer. Ser velho seria uma consequência, uma condição, uma construção precisa e contínua do indivíduo, pois:

O aparecimento da velhice está subordinado, precipuamente, à condição individual; secundariamente, às condições vitais e funcionais resultantes do meio e das circunstâncias a que se acha submetido o organismo (vida sedentária ou ativa, alimentação regular, sofrível ou excessiva, etcetera) (Kehl, 1949, p. 28).

Indo nessa direção, a concepção de medicina em Kehl para o corpo envelhecido perpassava a simples aplicação de técnicas para o enfrentamento das enfermidades que recaíam sobre o corpo que envelhecia. Era preciso, neste sentido, entrelaçar a prática médica com a filosofia, ou seja, não só cuidar dos problemas físicos que afligiam o corpo, mas também do que poderiam ser os responsáveis por tais máculas. Era necessário, então, cuidar do corpo e do espírito; em outras palavras, do orgânico e do subjetivo, do velho e da velhice.

Os cuidados para com a velhice se inseriam no campo das preocupações externas ao corpo velho, ou em fase de envelheci-

mento, como ambientes, rotinas, questões climáticas, condições econômicas, sociais e sanitárias, etc.; já os cuidados com o corpo estavam inseridos no campo da higiene pessoal, da cura e prevenção das doenças; do consumo de alimentos e toxinas; e da manutenção do porte físico e da beleza. Nas palavras de Kehl, “enquanto o indivíduo se encontra em condições físicas e psíquicas regulares, com a capacidade para o desempenho das suas atividades costumeiras, não é um velho, na concepção da palavra” (Kehl, 1949, p. 102).

Nesse caso, uma nova ideia de sujeitos envelhecidos e de velhice passou a ser lançada pelo médico: aqueles que se mantinham ativos, mesmo com a chegada dessa fase da vida; e aqueles que se entregavam ao ócio da aposentadoria, tornando-se fardos para os familiares e a sociedade.

Há velhos que constituem verdadeiros problemas para a família e outros que não criam, praticamente, qualquer dificuldade extraordinária, porque se adaptam, regular e tranquilamente, na engrenagem da existência, à proporção que avançam em idade (Kehl, 1949, p. 197).

Nas palavras do médico, era possível notar a distinção entre os “bons velhos” e os velhos que ele chama de “velhos-problemas”. Os primeiros encontram-se na esfera dos bem agraciados hereditariamente, sadios, belos e donos de si, revigorados e ativamente dispostos. Não apresentam risco a si mesmos nem incômodo aos familiares, muito menos são tomados como um fardo social.

Os “velhos-problemas”, ao contrário, não se acomodam com as situações criadas pelas circunstâncias (incapacidade física, redução das possibilidades sociais, doenças de marcha crônica que exigem assistência prolongada e fastidiosa dos parentes, neuroses de desconforto psico-mental)

e, por êsse motivo, sentem-se profundamente infelizes, além de provocarem a infelicidade do meio em que vivem (Kehl, 1949, p. 197).

O “velho bom” e o “velho-problema” se distinguem na forma como enxergam a velhice, o seu corpo e as suas experiências perante a vida. Kehl sentia a necessidade de separar esses dois grupos de sujeitos, essas duas formas de pensar e de ocupar esse espaço da vida chamado de velhice: os que chegam nela ativos e felizes; e os que chegam ociosos e infelizes, tornando, assim, a velhice um espaço de disputa.

Debert (2012), ao estudar o surgimento dessa forma de pensar a bifurcação na concepção do sujeito velho, ao longo do século XX, compreende que essa distinção entre os sujeitos velhos ativos e os inativos representava a criação de novos grupos de produção e consumo para atender às demandas do mercado capitalista.

Acompanha o crescimento desse mercado a criação de uma nova linguagem em oposição às antigas formas de tratamento dos velhos e aposentados: a terceira idade substitui a velhice; a aposentadoria ativa se opõe à aposentadoria; o asilo passa a ser chamado de centro residencial, o assistente social, de animador social; e ajuda social ganha o nome de gerontologia. Os signos do envelhecimento são invertidos e assumem novas designações: “nova juventude”, “idade do lazer”. Da mesma forma, invertem-se os signos da aposentadoria, que deixa de ser um momento de descanso e recolhimento para tornar-se um período de lazer (Debert, 2012, p. 61).

Nesse contexto, quanto mais ativo, forte e preservado o indivíduo fosse, mais distante do espaço da velhice ele estaria. Por outro lado, a velhice passou a ser reservada como espaço de sujeitos, agora considerados pelo discurso médico como literalmente

velhos, ou seja, fracos, inativos, ociosos, doentes e, conseqüentemente, feios. Para Kehl (1949, p. 40), ocupar esse espaço, ou não, era uma responsabilidade de cada um, pois “a velhice – de cada um é o artista – a velhice – que cada um tem a que merece – não constitui decadência ou doença, porém, um passo à frente no ciclo existencial”. A velhice se constituía, para Kehl, como consciência de existência, em que, parafraseando a famosa dita eugênica, “cada um herda o que merece” (Kehl, 1949, p. 40).

A velhice foi sendo construída, pelo discurso eugênico, como espaço a ser evitado por todos aqueles que não queriam ser chamados de “velhos”. Não que a velhice deixasse de ser o destino de todos, mas com o prolongamento da existência proporcionado e herdado pelas boas condições físicas e mentais do corpo, o indivíduo estaria mais longe de pertencer a ela. Primeiro, porque agora ela estava sendo destinada para ser ocupada por corpos indesejados, enrugados, fracos, doentes, sem expectativa de vida. Segundo, porque agora a velhice também seria vista como a fase de decadência vital do corpo. “A velhice representa, pois, o período involutivo, em que todas as funções vão aos poucos se atenuando” (Kehl, 1949, p. 27). Identificar-se com essa fase da vida é um ato de autoconhecimento e reconhecimento íntimo de tudo o que fez ao longo da existência e de assunção das responsabilidades e conseqüências ao chegar a essa fase da vida, pois “os que desejam retardar a velhice devem conjugar todos os esforços para impedir os desgastes inúteis do organismo, assim como evitar as intoxicações de toda e qualquer natureza” (Kehl, 1949, p. 51).

Por isso, as ideias de “longevidade”, “rejuvenescimento” e “retardamento” passaram a ocupar espaços específicos nos discursos eugênicos de Kehl, pois essa nova concepção de velhice intimava o indivíduo a lembrar de que esse corpo que possui um dia iria envelhecer e era preciso cuidar dele o quanto antes, destinando-se, portanto, a se distanciar dos males que assombravam a maioria

dos velhos nessa fase da vida. Kehl, por sua vez assegurava: “Consegue-se ser velho sem ser doente” (Kehl, 1949, p. 223).

Era preciso, pois, deixar clara e definida cada coisa em seu lugar. Era preciso, pois, conscientizar os indivíduos a buscarem adotar um corpo mais resistente aos fenômenos da velhice e que pudesse viver mais, distanciando-se daqueles que estavam fadados a cedo sucumbirem. Neste raciocínio, Kehl apresentava dois tipos de sujeitos que possivelmente herdariam a velhice: “os velhos-moços” (o velho bom) e “os velhos-envelhecidos” (o velho-problema)⁶.

Os velhos-moços eram apresentados por Kehl como sujeitos bem quiostos, cujos corpos eram almejados e requisitados, frutos de uma vida inteira dedicada aos cuidados com a saúde, o equilíbrio emocional e a não submissão aos vícios e exageros da vida. É esse indivíduo que “causa admiração e, para certas pessoas, inveja a exuberante vitalidade de alguns ‘velhos-moços’, evidenciada não só física como espiritualmente” (Kehl, 1949, p. 82). Já os velhos-envelhecidos seriam aqueles sujeitos destinados a terem seus corpos tomados pelas doenças, pela decrepitude e ociosidade, cujo corpo sofria com os excessos e vícios ao longo da vida. Para os velhos-envelhecidos, as problemáticas recaíam sobre o seu corpo de maneira intensa, enfadonha e dolorosa.

A arte de ser velho-moço cabe, pois, àqueles que ultrapassam o altiplano existencial e entram no declive, vencendo a hiperestesia ou, ao contrário, a hipoestesia ocorrentes durante o climaté-

.....
6. Durante todo o livro *Envelheça sorrindo* (1949), objeto de investigação desta pesquisa, percebe-se que Renato Kehl mudava o tempo todo a maneira de como se referia aos “velhos sadios” e aos “velhos doentes”. Resumidamente, nota-se que o médico mudava de termo à medida que ia abordando e detalhando determinados aspectos do seu pensamento sobre os dois tipos de velhos apresentados por ele, evidenciando as múltiplas camadas de percepção e reflexão sobre a velhice e sobre o corpo envelhecido. Esclareço, por fim, que preferi seguir a linha de pensamento do médico em ir discutindo com as respectivas nomenclaturas ofertadas por ele, a fim de clarear as nuances que envolvem o objeto de investigação – o corpo envelhecido e suas complexidades.

rio. Comprazem-se em revigorar o organismo no curso da velhice, alargando promissora este período, confinante com o senil ou décimo segundo ciclo (Kehl, 1949, p. 84).

A arte de ser velho-moço consistia em observar a passagem do tempo sobre o corpo e também atentar para o bom funcionamento do organismo, buscando diagnósticos e técnicas de prevenir problemas de saúde física e psíquica. O próprio Renato, no auge dos seus 60 anos, avaliava-se em relação ao seu quadro de envelhecimento. Em suas próprias palavras, afirmava: “Não sou moço e também, por enquanto, não sou velho” (Kehl, 1949, p. 166).

Por outro lado, o estudioso entendia que a condição de velho-moço era não só construída por aqueles que se mantiveram cuidadosos ao longo da vida com a sua saúde, mas também poderia ser conquistada por todos aqueles que almejassem recuperar a boa capacidade física e mental; e, com isso, experimentar boas experiências de saúde na velhice, desde que ainda tivessem condições para tal feito. Nas palavras de Kehl:

O “velho-envelhecido”, quando dotado de boa constituição, poderá passar espontaneamente ou com o auxílio geronterápico para o período hiperfuncional das glândulas rejuvenescedoras, tornando-se, como disse, “velho-moço”. Outros há que, para evitar a senilidade precoce, necessitam obedecer a certas regras higiênicas ou gerocômicas, graças às quais ensinam um décimo primeiro período bonançoso, produtivo (para intelectuais), como sucedeu a algumas figuras clássicas do quadro das ansiedades gloriosas, ou então de velhices alcandoradas dos *bons viveurs*, exemplares esplêndidos, que gozaram a vida até o *último trago* (Kehl, 1949, p. 83, grifos do autor).

Os cuidados para com o velho-envelhecido venciam a noção de conceber o sujeito velho por um único e simples ângulo: a que o sujeito velho era aquele indivíduo que passou por todas as etapas da vida e que agora tinha as marcas do tempo em seu corpo. O sujeito velho, por este ângulo, começou a ser concebido como uma arrastada construção, iniciada durante a infância e a juventude, ou dentro da própria fase da velhice. Para esta última, recorria aos aspectos identitários com o corpo que começava a apresentar as problemáticas que o envolviam nessa fase da vida.

O fator identitário para a consciência do sujeito velho-envelhecido deveria ser atrelado a algumas características recorrentes sobre o processo de envelhecer. Neste caso, o discurso médico oferecia aos indivíduos estratégias para retardar e prevenir o seu processo de envelhecimento, abrindo espaço para que os discursos médico-eugênicos exercessem influência direta ou indireta sobre eles a adotarem tais posturas em relação ao seu envelhecimento.

Uma das estratégias usada por Kehl foi a de potencializar os aspectos que envolviam as condições físicas e mentais, características pejorativas de um “velho-envelhecido”, direcionando o seu discurso para tentar convencer o indivíduo a se observar e, conseqüentemente, mudar sua postura perante o processo de envelhecimento e a velhice.

Kehl elegeu especificamente alguns elementos para construir essa identidade do “velho-envelhecido”, a fim de fazer com que os indivíduos buscassem cuidar do seu processo de envelhecimento ao notarem determinadas características em si. Um desses elementos é a senilidade. “A velhice nem sempre corresponde a uma involução fisiológica, mas a um estado antecipado de senilidade, que pode ser corrigido e tratado com os atuais recursos da medicina” (Kehl, 1949, p. 85).

A senilidade, para ele, tinha duas faces: uma de característica patológica, herdada pela hereditariedade; e outra de condições me-

ramente físicas, conseqüentes do avançar da idade. Para evitar o surgimento da senilidade, o indivíduo, primeiramente, deveria se reconhecer condicionado a tal problemática; segundo, buscar, enfim, as orientações médicas. No primeiro caso, o indivíduo deveria observar os respectivos sintomas: amnésia, vivacidade aparente, euforia, desorientação auto e alo psíquica, ilogismo e incapacidade de juízo crítico e outros sintomas de desajustamento mental (Kehl, 1949, p. 86). Observando um ou mais desses sintomas, era sinal de que o processo de envelhecimento do indivíduo não estaria se encaminhando de forma natural.

A primeira medida para evitar a evolução precoce da senilidade consiste num acurado exame clínico, a fim de ser revelado qualquer processo insidioso que venha agravar a esclerose (infecções e intoxicações, excessos físicos, intelectuais e sexuais, emoções). Em muitos casos, evidenciam-se, desde logo, os sinais físicos e os distúrbios psíquicos inerentes às senectudes, como sejam as miopragias, as perturbações da motilidade, a decadência intelectual progressiva e as desordens na esfera afetivo-moral (Kehl, 1949, p. 86).

Combatendo o avanço da senilidade, o indivíduo estaria mais perto de alcançar a almejada “velhice sadia”. Por outro lado, para alcançar determinado objetivo, era preciso também superar outro elemento da característica do “velho-envelhecido” – a má condição física, sendo alguns problemas mais recorrentes: tremor das mãos, indisposição física, dificuldades ao falar, insônias, constipação do ventre, diminuição da secreção gástrica, sensação de enfartamento, flatulência e, às vezes, cólicas, etc. (Kehl, 1949).

O sujeito mal condicionado fisicamente estaria sujeito à perda de autonomia, destinado à ociosidade e susceptível às doenças com

mais facilidade, o que dificultaria a obtenção de uma qualificada saúde na fase da velhice. Para evitar tais problemáticas, portanto:

Estabelecidas as linhas do mecanismo, segundo o qual atuam as causas mórbidas, serão instituídos os tratamentos e indicadas as regras higiênicas, especialmente com relação ao repouso, à alimentação, à profilaxia contra os estados emocionais e à adoção de atividades que derivem as preocupações e estimulem o físico, isto é, “ergo-estimolantes” (Kehl, 1949, p. 87).

O controle da alimentação, a adoção de atividades físicas, a busca por orientações médicas, a postura moral e filosófica perante as adversidades da vida passaram a ser ofertados como estratégias para evitar tornar-se um indivíduo velho-envelhecido. Dessa forma, essa estratégia resultaria em trazer para o indivíduo consequências recompensadoras ao adotar as recomendações médicas como elementos norteadores para um bom envelhecer.

Os velhos que, sem quais cuidados, conseguem avançar pela estrada da vida saudáveis e garbosos e os que, com os recursos atuais da medicina e da higiene estabelecem uma favorável *fisiologia dirigida*, não podem ser considerados doentes (Kehl, 1949, p. 87, grifos do autor).

Ser velho-moço, no discurso de Kehl, era ser um sujeito hígido, saudável, atento a si e às mudanças do seu corpo, a fim de se antecipar às problemáticas do processo de envelhecimento e da velhice, como também buscar se manter ativo, bem disposto e revigorado.

O discurso médico-eugênico de Renato Kehl, como vimos, oferecia estratégias de manutenção, retardamento ou prevenção aos males recorrentes na velhice, atentando para a conscientização do

indivíduo para com o seu processo de envelhecimento e as possíveis causas de adoecimento do seu corpo. Esse discurso também buscava levar o indivíduo a conceber a velhice como um lugar ao qual ele não deveria pertencer, ou até mesmo, um lugar a ser evitado, ao atrelar a fase da velhice a um espaço destinado aos corpos doentes, decrepitos, maculados e escassos de vitalidade.

Por outro lado, o discurso médico-eugênico de Renato Kehl se estabelecia como uma política de negação de determinados corpos, a fim de evidenciar outros a serem mais bem requisitados e quistos em sociedade. Era uma estrutura narrativa ofertada a fim de legitimar os indivíduos que mereciam melhor assistência e recuperação, ao mesmo tempo em que tentava silenciar aqueles indivíduos considerados por ele predestinados a se depararem com as consequências dos seus atos durante a vida e/ou com a falta de sorte por não herdarem uma boa genética, fruto da hereditariedade.

Nesse sentido, faz-se necessário adentrar as estruturas do discurso de Renato Kehl, a fim de compreender seus pontos de intervenções diretas e indiretas no corpo envelhecido dentro da sua clínica e suas implicações para o processo de envelhecimento do indivíduo, como explorado no próximo capítulo.

Pressupostos da medicina do envelhecimento proposta por Kehl

Em termos neolamarckianos⁷, o envelhecimento do corpo consiste em “uma realidade natural” que, para Kehl (1949), poderia ser alterada com o processo de envelhecimento precoce, exigindo “uma causa” (seriam os motivos que levavam à precocidade da velhice) e “os efeitos” (seriam as doenças da velhice). Esse processo de envelhecimento aconteceria devido aos agentes que provocavam esse aceleração, de forma mais específica, “a irritabilidade da genética”, modificando a estrutura do “organismo” [sic], ou seja, da “capacidade natural do corpo de gerência” do próprio organismo no processo de envelhecimento (Martins & Martins, 1996, p. 115-140).

Talvez este seja o conceito mais simples para entender as noções eugênicas sobre o envelhecimento e a velhice, se não fosse a aproximação de Renato Kehl com a medicina mendeliana nos fins

.....
7. Vale ressaltar que as ideias de Lamarck vêm sendo revisitadas por vários estudiosos das ciências naturais, contrapondo-se às ideias defendidas por Darwin sobre o processo evolucionista dos seres vivos. Por isso, o termo “neo” acompanhado do adjetivo “lamarckismo” caracteriza as reformulações em torno das ideias de Lamarck e as implicações nas novas formas de observar e entender o processo de desenvolvimento das espécies, até a fase evolutiva atual dos seres vivos, cujas ideias acerca disso consistem na observância da natureza e suas leis, determinadas pelo que ele chama de “fator positivo”, em contraponto ao pensamento darwiniano da “seleção natural” das espécies. Por fim, as ideias de Lamarck foram rejeitadas pelos *idéologues* do seu tempo por causa da sua distância entre o método empírico e a sua práxis, sendo, até mesmo, os seus estudos considerados não científicos e inconsistentes por falta de materialidade que comprovasse as suas hipóteses, por esses pensadores.

da década de 1929, iniciando uma nova fase no pensamento eugenista do médico. Isso contribuiu para o seu distanciamento em relação aos demais médicos eugenistas do período, estabelecendo uma divisão entre os adeptos da teoria de Lamarck e os adeptos da teoria de Mendel (Stepan, 1990).

Para Vanderlei Sebastião de Souza (2006, p. 67):

Ao invés de uma eugenia ao estilo “preventivo” e “positivo”, que de maneira geral dominava o paradigma eugênico latino-americano, seu projeto assimilava progressivamente os pressupostos da denominada “eugenia negativa”, aproximando-se das discussões que formavam o pensamento eugênico alemão e norte-americano.

Porém, a segunda fase da ideologia eugênica de Kehl, a fase mendeliana, que corresponde ao período entre guerras e vai até o pós-Segunda Guerra Mundial, impulsionava uma aproximação desse médico também com outras formas de pensar, conceber e intervir nos corpos dos indivíduos dentro das concepções e práticas médicas, reformulando as antigas e desenvolvendo novas maneiras de tratar e cuidar dos corpos tomados como “doentes” e passíveis de intervenção.

O pensamento de Renato Kehl acerca da eugenia, a partir do final da década de 1920, passou a adquirir um tom mais radical, propondo práticas que podem ser enquadradas dentro do conceito de eugenia negativa. As medidas defendidas pelo autor podem ser mais especificamente apontadas como: a “esterilização dos degenerados”, controle médico/estatal dos casamentos, segregação compulsória (alienados e ex-alienados) por motivo eugênico, proibição da imigração de indivíduos de raça negra e amarela (Souza, 2013, p. 25-26).

A medicina de Kehl ia se aliando, aos poucos, com os ideais eugênicos exaltados em outros países do mundo que adotavam o pensamento mendeliano como base para as suas concepções eugênicas sobre os indivíduos e o futuro das raças “eleitas” como superiores pelos supranacionalistas, adeptos do fascismo, a exemplo de países europeus como Grã-Bretanha, Alemanha e, aqui na América, os Estados Unidos (Souza, 2013). Essa aproximação de Renato Kehl com os pensamentos mendelianos, amplamente divulgados nesses países, possibilitou a esse médico pensar as ideias eugênicas por dois vieses distintos, mas que exerciam influência direta um sobre o outro: a natureza, definida pelos fatores genéticos e hereditários; e a cultura, definidas pelos fatores sociais e econômicos dos indivíduos.

Coincidência ou não, as ideias de R. Kehl se radicalizaram a partir de um contexto em que ascendia no Brasil um movimento nacionalista, de ordem política e cultural, que visava “salvar a nação”. O contexto mundial do entreguerras fomentava a gênese de regimes totalitários como o nazismo alemão, que teria levado a eugenia às últimas consequências (Souza, 2013, p. 25).

No contexto dos anos de 1930 a 1940, Kehl foi amplamente divulgado e acolhido no mundo científico, não apenas no Brasil, como também em países da América Latina, chegando até mesmo a assumir a vanguarda do movimento eugenista latino-americano. Entretanto, com a derrota da Alemanha nazista em meados da década de 1940, os ideários mais radicais da eugenia negativa passaram a ser contestados e combatidos nos campos políticos e científicos em diversas esferas nos países ocidentais, forçando os eugenistas a amenizarem o tom em relação aos projetos de construção de “uma nação eugenizada”. Isso forçou determinadas re-

formulações pontuais a respeito da ideia do “progresso humano” a partir do “melhoramento da raça”.

Nesta direção, mesmo resistente à perseguição sistemática que a teoria eugênica passou a sofrer no mundo, o “pai da eugenia no Brasil”⁸ buscou reformular sua ideologia e, já na passagem da década de 1940 para a década de 1950, foi possível perceber mudanças do médico em relação não só à sua própria ideia de eugenia, mas também às alterações em sua linguagem e prática médica. Kehl passou a se apropriar dos conhecimentos da macrobiótica – filosofia e medicina oriental – e da psicologia (Souza, 2013), como instrumentos de conceber e praticar a eugenia sem modificar ou abandonar por definitivo o real desejo de concretizá-la como peça legítima e indispensável para a salvação da nação.

Esse movimento do autor em adotar tanto a medicina quanto a filosofia oriental e a psicologia dentro da sua clínica deu-lhe a possibilidade de conceber os seus pacientes como seres não só biológicos, mas também perpassados por subjetividades, que se deslocam da concepção meramente genética e hereditária do corpo humano, como defendida pelos neolamarquiístas.

Por outro lado, especificamente a medicina de Renato Kehl voltava novamente para algumas concepções eugênicas definidas e advindas do neolamarquismo, de que as condições genéticas e hereditárias são fatores determinantes para o sucesso biológico do indivíduo. Kehl também não abandonou por inteiro a ciência mendeliana, pelo contrário, as duas ciências deram a ele elementos suficientes para buscar conhecer e se aprofundar nas subjetividades dos indivíduos, ampliando o seu campo de fala agora em/para diversos setores e grupos da sociedade.

.....
8. Termo dado a Kehl por Monteiro Lobato, escritor e, também, divulgador da eugenia no Brasil, um grande admirador das ideias e da figura de Renato Kehl.

Na mesma direção, novas temáticas e objetos foram adotados em suas pesquisas, possibilitando ao médico trabalhar com diversos conhecimentos da época na oferta de uma prática médica eugênica eficaz e, conseqüentemente, que continuasse fazendo com que a eugenia fosse e continuasse sendo vista como a solução para os problemas sociais e hereditários da população brasileira. A exemplo, a pedagogia, a demografia, a pediatria e a geriatria foram especialidades que tiveram papéis importantes dentro da clínica médica de Renato Kehl nessa segunda fase, bem como nas suas propostas para pensar e solucionar problemas de grupos específicos e suas particularidades, a exemplo das crianças, dos velhos, das mulheres, etc.

Foi nesse contexto que, em 1949, Renato Kehl lançou a obra *Envelheça sorrindo*, que tinha como objetivo ofertar aos sujeitos que estavam no seu processo de envelhecimento e aqueles já envelhecidos instrumentos para ter a beleza e a saúde do corpo alcançadas e consolidadas na fase da velhice. Nesse livro, o médico partiu dos conhecimentos da psicologia, da geriatria e da filosofia e medicina oriental como colaboradores da sua proposta para o envelhecer.

Estrutura da proposta de Kehl para o envelhecer

Vale estruturar especificamente a linha de raciocínio da proposta de Kehl para a medicina do envelhecimento:

1. Entende-se que a medicina de Renato Kehl, de forma geral, tinha por base os saberes da medicina hipocrática (considerada a medicina moderna). Neste espaço, o autor propôs que a prevenção ao envelhecimento, a longevidade e o rejuvenescimento se alcançariam com a observação das normas eugênicas: o papel do médico aqui é o de interventor;

2. Kehl alinhava a sua prática e os seus saberes à medicina e à filosofia do Extremo Oriente (macrobiótica), através das quais a prevenção ao envelhecimento poderia ser alcançada de forma individual e subjetiva. Neste caso, o médico não teria poder de intervenção; apenas em caso necessário, o médico seria um mediador durante o processo;
3. Kehl propusera ainda formas de prevenção, tratamento, retardamento ou cuidados com o envelhecimento e a velhice, baseadas em adoção de medicamentos ou alimentos de uso medicinal, preferindo, assim, os de origem ou composição natural para o alcance dos objetivos almejados por essa clínica. Entretanto, nota-se que há uma discrepância quanto ao uso de medicamentos e toxinas na prática médica entre os ocidentais e os orientais. A princípio, é essencial entendermos que os médicos ocidentais, de modo geral, adotam a medicação como uma forma mais direta de intervenção corporal no combate a enfermidades e na restauração da saúde. Já para os adeptos da medicina oriental, a junção da medicina e da filosofia tende a adentrar o cotidiano privado dos indivíduos, estabelecendo hábitos e práticas sadias de virtudes e alimentação, prevenindo e se antecipando ao surgimento da doença, sem a necessidade de consumo de medicamentos, alimentos ou toxinas para o combate das enfermidades que possam vir a macular o corpo.

Dadas as devidas observações, entende-se, pois, que a medicina proposta por Renato Kehl para o envelhecimento não era meramente uma medicina que atenderia à velhice em seus diversos contextos, camadas e complexidades, em que a prática médica deveria buscar soluções para amenizar os efeitos do tempo e as problemáticas que, supostamente, surgem nessa fase da vida; mas

também garantia que cada indivíduo estaria sendo responsabilizado por seu próprio envelhecimento, sendo ele herdeiro das suas boas ou más ações para o cuidado do seu próprio corpo, durante todas as fases da vida até a concretização do seu envelhecimento. Segundo o médico:

Não *merece* lástima, pena, nem frases dolentes, o vencedor da batalha da vida. Merece, sim, consideração e respeito pelas provas e dores por entre as quais conquistou o direito de viver tanto e por tanto tempo! (Kehl, 1949. p. 38, grifo do autor).

É interessante notar a palavra em destaque “merece”. “Merecer”, para o médico, pode significar que a velhice não era ou não deveria ser um estado a ser conquistado por todos. Há, nas palavras de Kehl, a culpabilização daqueles que não observavam o seu próprio processo de envelhecimento e que, muito menos, seguiam as recomendações que eram dadas pelos profissionais que estavam dispostos a ajudar os indivíduos a desfrutarem de uma velhice segura, tranquila e sadia. Além disso, há a ideia de que a velhice, a longevidade e a saúde são conquistas individuais e que poderiam ser alcançadas se todos aqueles que se dispusessem a adotar as orientações contidas em sua obra, tendo em vista que o livro se destina exclusivamente para aqueles que estivessem em seu processo de envelhecimento, pois “os que envelhecem sofrem mais dos que os já envelhecidos” (Kehl, 1949, p. 39).

O livro *Envelheça sorrindo* sinalizava, para Kehl, um marco para a experiência do envelhecer. A obra era vista pelo eugenista como uma ferramenta auxiliar a ser utilizada pelos sujeitos envelhecidos na luta contra os males advindos do envelhecimento. Aos que estavam em processo de envelhecimento, a obra ajudaria a granjear uma longevidade digna aos moldes das propostas da eugenia. A

longevidade, portanto, era sinônimo de vida. Para se alcançar a longevidade, era preciso gostar de viver, e viver bem na velhice era uma conquista e um direito de todos, porém, viver mais era para poucos, pois isso cabia àqueles que, “[...] com o avançar da idade, se tornam moderados nos desejos, dotados de bom caráter e de temperamento doce, suportam sem penas a idade” (Kehl, 1949. p. 81). Em outras palavras, herdariam a longevidade todos aqueles que cuidassem do corpo e do espírito.

“Cuidar do corpo e do espírito”, seguramente, era a máxima que perpassa toda a obra em análise. Portanto, faz-se necessário observar as possíveis dimensões dos discursos de Renato Kehl, que buscava ofertar segurança na adoção de práticas que garantiriam saúde e longevidade aos seus pacientes consumidores. Para uma melhor compreensão, é necessário estabelecer as dadas divisões. São elas: (1) Quando falamos em “cuidar do corpo”, estamos nos reportando à ideia da medicina ocidental, que toma por base a observação do funcionamento biológico e as possíveis intervenções médicas em sua manutenção; (2) Quando falamos em “cuidar do espírito”, estamos nos referindo ao pensamento filosófico com o qual Kehl se reveste para tratar das problemáticas que envolvem os indivíduos em seu estado de velhice ou em seu processo de envelhecimento, como ele mesmo justifica:

Sem o conhecimento e a prática da clínica com espírito filosófico, não é possível a efetivação útil de uma especialidade, seja ela qual for, de acordo com o seguinte postulado: “a experiência da especialidade só se edifica sobre a experiência da medicina geral” (Kehl, 1949, p. 10).

Entende-se, portanto, que a obra em análise seria mais que um simples livro sobre eugenia, seria uma fórmula que tentava casar conhecimentos da medicina ocidental com a filosofia e a medi-

cina oriental, entendidas, nesta pesquisa, como “dimensões” que garantiriam aos seus “futuros” adeptos, bases para envelhecerem sorrindo. Vejamos, pois, cada uma dessas possíveis dimensões.

Primeira dimensão (cuidar do corpo): a medicina hipocrática e a medicina ocidental moderna

A medicina de Hipócrates (séc. V a.C.) consistia, em suma, na interposição do olhar médico sobre o corpo a partir das disciplinas que estabeleciam e determinavam o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico de doenças e males dos indivíduos, rompendo com o olhar místico das enfermidades e potencializando as relações dos indivíduos com a moral e a ética para a restituição ou a manutenção da sua saúde.

Fiel a princípios pitagóricos – de Pitágoras, que ensinava ser a busca do equilíbrio o objetivo da natureza –, Hipócrates repudiou a noção de que as enfermidades eram castigos dos deuses, dizendo serem causadas por agentes naturais, como o calor, o frio, o vento e o sol, alterações do clima, dos ventos, das águas, de desequilíbrios orgânicos e alimentares, e que restituir a saúde dependia principalmente de restaurar as forças naturais do corpo e do espírito. Introduziu visões críticas e racionais numa área antes entregue à magia e à superstição, sistematizou a abordagem ao paciente, introduziu o exame clínico, organizou prontuários com histórias clínicas, registrou sucessos e fracassos de tratamentos (Gottschall, 2007, p. 32).

A medicina de Hipócrates, considerado por muitos como “pai da medicina”, se tornou a base do pensamento e da prática médica do mundo mulçumano no século IX e do mundo ocidental a partir do século XVI. (Gottschall, 2007, p. 32). Anterior a isso, entre o séc. I e o IX, a medicina era baseada no sistema de “4”, que consistia

em observar as dinâmicas do cotidiano dos indivíduos a partir de ciclos que se repetiam continuamente, mas que ditavam o acontecimento da vida de forma harmoniosa, conforme enunciava o *Corpus hippocraticum*, como ficaram conhecidos os tratados médicos de Hipócrates.

A tantos seduziu o número quatro que logo foram enumerados os quatro órgãos principais do corpo: coração, cérebro, fígado e baço. Como já se reconheciam as quatro estações, primavera, verão, outono e inverno, a vida humana também foi fracionada em infância, juventude, maturidade e velhice, e surgiram as quatro virtudes, prudência, justiça, temperança e fortaleza (Gottschall, 2007, p. 42).

Essa dinâmica possibilitava com que a observância do corpo do paciente assegurasse ao médico uma maior precisão tanto na fase diagnóstica, quanto nas demais fases subsequentes ao tratamento (caso necessário ou possível) e, conseqüentemente, no prognóstico. “Hipócrates criou aforismos médicos baseados na experiência e seu juramento continua sendo a pedra de toque da ética médica, tão frequentemente afrontada”. Neste sentido, o “corpo era visto como muito instável, aberto à doença, difícil para diagnosticar e frequentemente impossível de curar” (Gottschall, 2007, p. 40).

Curar, para Hipócrates, significava compreender a doença em suas possibilidades de ocorrência, pensando no corpo, em seu funcionamento e nos espaços que ele ocupava. Era preciso, pois, racionalizar a prática médica a fim de perceber as causas das doenças e os efeitos dela sobre o corpo, inaugurando assim a técnica da racionalização da prática médica.

Portanto, essa racionalização médica permitia que, através do pensamento indutivo, as problemáticas levantadas pela observação do funcionamento do corpo dentro do sistema “causa e efeito” ofertassem respostas para as possibilidades de ocorrência de doen-

ças. Assim, viabilizariam ao médico técnicas e possibilidades de intervenção sobre o corpo doente, a fim de dar-lhes perspectivas de cura, visto que “a fase técnica da medicina é baseada numa suposta relação de causa e efeito, respaldada por um regrismo empírico advindo de observação prolongada” (Gottschall, 2007, p. 33).

Para chegar à cura, técnicas de sangria, instituições de regimes específicos de alimentação e cuidados para com o corpo doente foram agregados à medicina como instrumentos para alcançar o equilíbrio dos fluxos vitais e restabelecer a saúde do indivíduo, enquanto que a observância desse corpo doente também era instrumento de desenvolvimento da medicina ocidental, mesmo sob a absorção da teologia cristã pela prática médica na Europa Ocidental, entre os séculos V e XI.

O reconhecimento de que a saúde depende da qualidade de fatores naturais que cercam o indivíduo criou o conceito de que a doença pode ser vencida ou evitada restaurando-se o equilíbrio das forças naturais que mantêm a sanidade orgânica, como vida saudável, alimentação correta, ar puro, equilíbrio emocional. Trata-se de um princípio eterno ligado a causa e efeito, funcionando sempre que se combate a poluição ambiental, o fumo e outras drogas, usa-se dieta equilibrada sem agrotóxico, vive-se em clima favorável, elimina-se o estresse emocional ou desobstrui-se mecanicamente uma coronária que estava levando ao infarto do miocárdio (Gottschall, 2007, p. 56).

Percebe-se, então, que a medicina e a filosofia vão se distanciando à medida que a primeira se aproxima do mundo biológico, enquanto que a segunda vai se apropriando dos saberes sobre o estado metafísico, moral e imaterial das coisas ao longo dos séculos.

Nas sociedades europeias, a cientificidade médica, iniciada a partir do século XVI, passou a treinar o olhar médico para uma

intervenção direta e bruta do médico sobre o corpo que ele viesse a considerar doente e necessitado da sua atuação. Nas sociedades orientais, a prática médica, mesmo com a observação do corpo, não se distanciava do espírito do doente, priorizando, assim, o indivíduo como “ser” e não como “corpo”.

Nesse sentido, ao contrário do que prega a medicina do Extremo Oriente, que entrelaça os saberes médicos com a filosofia, a Medicina Ocidental, baseada nos pressupostos hipocráticos, começou a instituir-se como ciência a partir do século XVII, com Bacon e Galileu. Apropriou-se do método indutivo e empírico aos modos pelos quais utilizavam os hipocráticos milênios antes, distanciando-se do aspecto filosófico e subjetivo de tratar as doenças e consolidando a intervenção direta e incisiva sobre os corpos dos indivíduos doentes. Sendo assim:

Embora os hipocráticos utilizassem algumas abordagens não científicas pela óptica atual, estabeleceram o hábito de examinar o paciente, anotar os sintomas e achados físicos, fundamentar prognósticos baseados na experiência e tratar seletivamente os doentes com princípios naturais dos quais sobressaíam os remédios de origem vegetal (Gottschall, 2007, p. 56).

Sendo assim, percebe-se que a prática e o discurso médico de Kehl, a partir desse pressuposto da medicina ocidental, dentro do dogma da medicina hipocrática, observava o corpo como um objeto a sofrer interferência direta do médico, procurando investigar e identificar as causas e os efeitos das doenças sobre o corpo enfermo, a partir da vitalidade, dos humores e do naturismo... em outras palavras, o que poderia estar causando a doença e as consequências dela para o corpo dos indivíduos, de modo geral (Gottschall, 2007).

Anteriormente, já havia percorrido que a velhice, para o autor, não era tomada como uma doença em si, mas as condições de saúde e sanitárias em que os indivíduos, em muitos casos se encontravam, exigiam do médico uma observância mais detalhada sobre o envelhecer, o que fomentou essa prática como um dos pilares da sua proposta para o *Envelheça sorrindo*.

Por isso, Kehl (1949), como qualquer bom estudioso de Hipócrates, simulou o movimento de levar o seu olhar médico a se aventurar na busca de possíveis soluções das problemáticas que perpassavam a velhice, até então, segundo ele, desconsideradas pela prática médica, embora fossem fatores observados pelos médicos ao longo do tempo. Para o eugenista, o momento para tal movimento era propício “para despertar a atenção dos que se dedicam à clínica médica para os problemas da idade avançada, como o fazem alguns clínicos por intuição e com a experiência advinda de longa prática” (Kehl, 1949, p. 16).

Entretanto, faz-se necessário observar o seguinte ponto: a prática médica em relação à velhice, até então, era por Kehl associada à intuição de médicos advinda da sua experiência individual, ao tratar talvez problemas que se manifestavam em qualquer idade, mais do que o tratamento das problemáticas específicas dessa fase da vida. Por outro lado, o médico se colocava à disposição para ser uma espécie de “guia” a todos aqueles que quisessem se apropriar desse novo campo da atuação clínica. Para os médicos, “estabelece-se, assim, o circuito das investigações e aplicações práticas da medicina, no tocante aos extremos da existência: a infância e a ancianidade”. Além de tal apontamento, “também os velhos passam a contar, daqui por diante, com um ramo da clínica geral destinado a ajudá-lo a se manterem com os pés firmes nos estribos da vida” (Kehl, 1949, p. 16).

Em *Envelheça sorrindo*, a velhice é investigada como objeto de causa e efeito. Os saberes advindos do *corpus hippocraticum*⁹ possibilitou a Kehl observar o processo de envelhecimento como algo passivo da atividade humana, enquadrada na concepção de que a velhice é um estado natural do ciclo da vida e de que o ideal seria que todos os indivíduos passassem por ela. Por outro lado, Kehl defende que o envelhecimento do corpo é um processo que pode ser acompanhado e sofrer interferências, tornando a consequência desse processo menos impactante para o corpo do indivíduo acompanhado pelo olhar médico. Dessa forma:

Admitida esta concepção, ao tornarmos quarentões, poderemos, com inteligência e com prudência, prolongar por muitos anos a maturidade e, de tal modo, que ao chegarmos aos 60 anos, ainda nos sentimos maduros. Encurtando o passo e reduzindo o ritmo emocional da vida, consegue-se manter o organismo em forma e assim protelar as manifestações que caracterizam a velhice, tais como rugas profundas, perda da elasticidade da pele, enfraquecimento pronunciado da visão, da audição, da olfação, da sensibilidade tátil e do paladar, fenômenos estes que, via de regra, se iniciam aos 70 anos (Kehl, 1949, p. 28).

Kehl observava que o corpo em seu processo de envelhecimento estaria submetido a fatores externos, que impactavam diretamente a dinâmica que deveria ser saudável no processo de envelhecimento. Ele elegeram alguns fatores responsáveis não só pelo aceleração do envelhecimento do corpo, como também pelas consequências não tão agradáveis desse processo, como vida sedentária ou ativa;

.....
9. O *corpus hippocraticum* é o conjunto de escritos de Hipócrates que ditam a prática médica a partir de tratados sobre ética, filosofia, manifestos públicos e demais observações sobre a medicina grega de seu tempo; e que nortearam o desenvolvimento da clínica médica na sociedade ocidental a partir do século XVII. Cf.: Gottschall (2007).

alimentação regular, sofrível ou excessiva; clima; condições econômicas e sociais; observância das medidas de higiene, etc.

Todo esse sistema recai sobre a biologia do corpo, principalmente porque interfere diretamente no funcionamento dos órgãos responsáveis pela manutenção do processo de envelhecimento. Kehl (1949, p. 30) defendia que:

A velhice decorre, especialmente, do deperecimento ou tríplex insuficiência glandular associada: a hipófise como é na vitalidade dos órgãos genitais e organização dos caracteres secundários; ao hipopituitarismo climatérico é atribuída a *engorda* neste período; a insuficiência gônado-glandular resulta, primariamente, da insuficiência hipofisiária, e ao estado hipogônado-glandular atribui-se o aparecimento de pelos nas mulheres; da insuficiência tireoidea na idade crítica resulta o enrugamento da pele, a sua secura, a canície, a queda e a cárie de dentes, flacidez da pele, sobretudo do rosto e da mente.

Nota-se que o discurso de Kehl sobre o processo de envelhecimento é polido pela observância e pelo conhecimento biológico do corpo, seu funcionamento, a função de cada órgão e os impactos de suas práticas cotidianas para a saúde do organismo – como ensina Hipócrates em seus tratados –, e faz jus ao modo de como a medicina ocidental se desenvolveu ao longo dos séculos.

A medicina hipocrática, conforme mostrada no *Corpus*, caracteriza-se por três aspectos: detalhada observação de sintomas, abertura para discussão de ideias e disposição para explicar causas das doenças. A grande variedade de explicações oferecidas, muitas vezes conflitantes, tem por denominador comum considerar saúde e doença como formas de harmonia ou desarmonia orgânicas (Gottschall, 2007, p. 40, grifo do autor).

É interessante observar que, mesmo com os saberes advindos do *Corpus Hippocraticum*, supõe-se que, em *Envelheça sorrindo*, os estudos e a prática médica apegadas apenas aos saberes da biologia e da genética não parecem aquietar o espírito de Kehl ao tratar sobre a velhice. Para ele, a velhice, mesmo sendo parte da natureza de qualquer ser vivo, requeria cuidados específicos para além da boa condução da saúde na juventude e durante todo o processo de envelhecimento. Dado que o trato com a velhice deveria seguir o caminho de se adiantar as problemáticas que envolviam a velhice e o processo de envelhecimento, possibilitaria, assim, uma melhor condução dos problemas que possivelmente viriam a aparecer ou a dificultar a vida na velhice ou a longevidade.

“Prevenção” é a palavra de ordem neste escrito de Kehl. Para o médico, era preciso observar o corpo em todas as suas possibilidades de envelhecimento, desde a infância até a concretização da velhice. Por outro lado, anteceder ao processo de envelhecimento é transgredir a própria prática médica de tratar a doença em sua manifestação. Se não fosse possível parar, o processo de envelhecimento poderia, ao menos, prevenir o corpo das maculas típicas do processo de envelhecimento que tornariam a experiência na velhice mais dolorosa e indesejada.

Neste caso, deveria ser observados alguns fatores que aumentavam a probabilidade do aparecimento de determinadas doenças, tais como hereditariedade, vícios e hábitos nocivos, atitudes morais e desequilíbrios psíquicos, econômicos e sociais.

Este ramo da medicina enquadra-se na clínica médica e visa à corporificação dos conhecimentos, no sentido de particularizar as condições de “ser velho” e “do ser de cada velho”, com base na biotipologia e nas modernas concepções constitucionaliistas, a fim de melhor orientar a profilaxia e a terapêutica das doenças peculiares da velhice (Kehl, 1949, p. 18).

A proposta de Kehl seria a de ofertar aos indivíduos uma nova concepção de velhice. Quando ele fala em “particularizar as condições de ser velho”, ele oferta, então, novas condições para a experiência de envelhecimento que só poderiam ser sentidas por aqueles que adotassem os seus métodos e suas recomendações como estratégia de prevenção às doenças no seu processo de envelhecimento. Por outro lado, cria-se, no discurso de Kehl, uma responsabilização do indivíduo com o seu próprio processo de envelhecimento e, conseqüentemente, com todos os males que pudesse sofrer.

Aí está situado o paradoxo da grande aventura do corpo no século XX. O exibicionismo da doença não é mais admissível, reduzido pelo ideal de decência. O corpo é lugar onde a pessoa deve esforçar-se para parecer que vai bem de saúde. Em compensação, toda arte da medicina, em particular da medicina preventiva, consiste em perturbar essa calma e em denunciar, em cada um de nós, uma desordem secreta. Inventamos exames periódicos, os *check-up* em intervalos regulares, cujo ritmo se acelera em casos de antecedentes familiares (Moulin, 2014, p. 20-21).

A velhice pode ser desassociada do estado de enfermidade que ligeiramente a ela é atrelada, desde que a figura médica esteja acompanhando o processo ou as suas recomendações sejam seguidas.

Por outro lado, “a velhice representa o período involuntário em que todas as funções orgânicas e mentais vão aos poucos se atenuando. Não é uma doença, mas uma conseqüência fisiológica da evolução natural” (Kehl, 1949, p. 28). Neste sentido, Kehl defendia que o médico não poderia garantir a cura da velhice, mas poderia auxiliar no tratamento ou na retardação dos seus sintomas a partir da clínica especializada, neste caso, especificamente, a clínica geriátrica.

Em contrapartida, a clínica médica por si só não daria conta das problemáticas em torno da velhice, muito menos daria algum resultado se só fossem observados os fatores orgânicos e biológicos que envolvessem o corpo nessa fase da vida. Para o autor, vale ressaltar que a velhice era mais que uma fase da vida, ela perpassava não só as condições físicas, psíquicas e biológicas do corpo, mas também os estilos de vida, os sentimentos, os hábitos e as rotinas diárias adotados por indivíduos em todas as outras etapas anteriores da sua existência. Em suas palavras:

A velhice representa a linha avançada da existência, sempre a caminhar para frente, com as suas figuras, continuamente avançadas, constituindo, pela ordem natural, a vanguarda a sustentar o reduto acautelador contra o retrocesso em todos os setores da vida individual, social e política (Kehl, 1949, p. 168).

Entendendo a velhice como uma consequência dos próprios atos e como responsabilidade individual de cada um que cuida bem ou cuida mal do seu próprio processo de envelhecimento, Kehl pretendeu apresentar uma outra faceta da sua medicina do envelhecimento: a face filosófica, a partir dos conhecimentos milenares da filosofia e da medicina da macrobiótica, que deveria proporcionar ao indivíduo condições de bem-estar, não só físico, mas também psíquico na sua velhice. Essa face seria, pois, a segunda dimensão da sua medicina do envelhecimento.

Segunda dimensão (cuidar do espírito): a macrobiótica, a medicina e a filosofia do Extremo Oriente

A macrobiótica consiste em uma dieta baseada em alimentos pré-selecionados, que também correspondem a uma filosofia

e estilo de vida em busca não só do equilíbrio do corpo, mas também, e principalmente, da longevidade. Tem como base a filosofia do Extremo Oriente, que consiste nas forças *Yin* e *Yang*, as quais, quando equilibradas, permitem ao indivíduo alcançar os estados Zen e Satori de espírito, sendo este último o estágio supremo.

Essa medicina começou a ganhar adeptos, aqui no Ocidente, a partir da publicação do livro *Die kunst der menschliche Leben su verlängern* (A arte de prolongar a vida), em 1796, do médico Christoph Friedrich Wilhelm Hufeland (1762-1836). O objetivo desse livro era despertar o interesse popular para as ideias sobre os cuidados e a prevenção de doenças e com a qualidade de vida. Na sua terceira edição, em 1805, o termo “macrobiótica” (*makrobiotik*) foi utilizado especificamente para denominar as técnicas e estratégias para se alcançar o bem-estar e a longevidade. Este livro popularizou-se no Ocidente a partir da sua tradução para a língua inglesa em 1797; e em 1823, conquistou também espaço e consumo no continente americano.

O contexto histórico que cerca essa obra e, principalmente, o seu papel para a medicina moderna ocidental se encontra em uma Europa oitocentista de profundas transformações nos mais diversos aspectos da vida cotidiana e papéis sociais e políticos dos indivíduos.

Desse contexto resultou uma profunda crise de identidade no papel social e utilitário do médico, incompetente para resolver as epidemias e a mortalidade alta de uma população supersticiosa, entregue aos curadores práticos, cujo imaginário era povoado por bruxas, lobos e crianças órfãs: as madrastras eram o centro das famílias alemãs cujas mães sucumbiram no trabalho de parto (Solon, 2014, p. 2).

Nesse contexto de privatização da medicina e de misticidade das doenças, fazia-se necessária uma reforma que rompesse com

a visão cosmológica por trás das curas, o que requeria dos médicos desse período coragem e determinação para elevar a medicina ao patamar de completa cientificidade, sem a contaminação dos princípios e dogmas impostos pelos pensamentos religiosos ainda prevalentes.

Herdeiros da racionalidade setecentista, os médicos reformistas do tardio século XVIII, liderados por Hufeland, elaboraram um programa sofisticado que entrelaçou a tradição com a criação de novas abordagens terapêuticas. Esse entrelaçamento “antigo-moderno” da reforma médica foi traçado dentro de uma perspectiva de ascensão da burguesia germânica (*Bildungsbürgertum*) implicando a parceria de três instituições: Estado, Universidade e Academia (Solon, 2014, p. 3, grifos do autor).

A medicina se reformulava agora com a visão de que era preciso centralizar as preocupações em torno da atuação individual, reconfigurando não só a prática médica, como também a relação do indivíduo-paciente com a doença, os espaços que ocupava e a relação com seu próprio corpo. Isso intuiu, na sociedade ocidental moderna, a individualização da cura a partir da difusão de “esclarecimentos” construídos no âmbito médico sobre a biologia do corpo em sua composição natural de existência. Kant (1974), testemunhando esses contextos, definiu esse momento da seguinte forma:

Esclarecimento (*Aufklärung*) é a saída do homem de sua menoridade, da qual ele próprio é responsável. A menoridade é a incapacidade de fazer uso de seu entendimento sem a direção de outro indivíduo. O homem é o próprio responsável dessa menoridade se a causa dela não se encontra na fal-

ta de entendimento, mas na falta de decisão e coragem de servir-se de si mesmo sem a direção de outrem. *Sapere aude!* Ter coragem de fazer uso de teu próprio entendimento, tal é o lema do Esclarecimento [...] (Kant, 1974, p. 100, grifos do autor).

As questões místicas perderam espaço para que a autoridade médica se tornasse impositiva. Por outro lado, essa individualização da cura permitiu que novas maneiras de se chegar ao fim das doenças que acometiam os indivíduos fossem buscadas: a racionalização, antes restritas aos intelectuais, ao Estado e aos acadêmicos, como Weber (2010), denominada de “desencantamento do mundo”, foi o caminho adotado a partir do século XVIII para esse fim.

Nobert Elias (2001) percebia essa ideia de racionalização. Para ele, a racionalização não corresponde apenas à abertura do conhecimento científico para a população em geral, para além disso, é uma mudança de concepção da própria noção de “razão” adotada pelos indivíduos, o que permitiu essa individualização da prática de curar-se. Em suas palavras:

Só se começa a entender a mudança referida no conceito de racionalização quando se reconhece que uma das mudanças acarretadas é o aumento do conhecimento social orientado para os fatos, conhecimento capaz de conferir uma sensação de segurança. A expansão do conhecimento real e a correspondente retração do conhecimento fantasioso andam de mãos dadas com o aumento do controle efetivo dos acontecimentos que podem ser úteis às pessoas, ou dos perigos que podem ameaçá-las (Elias, 2001, p. 89).

Em tal direção, esse contexto de mudanças nos diversos aspectos da vida social possibilitou que a relação médico-paciente tam-

bém se alterasse, o que fez com que uma nova forma de experimentar a medicina fosse possível e novas terapêuticas desenvolvidas.

Assim sendo, a medicina germânica no final do século XVIII foi marcada pelo debate na construção de uma perspectiva que entrelaçasse história e experiência, no sentido de contrapor as “novidades” terapêuticas que destituíam a experiência de qualquer história e enfraqueciam o papel social do médico. Os médicos se articularam para construir diferentes abordagens na saúde, fundamentadas em perspectivas ortodoxas e não ortodoxas da filosofia natural do século anterior. A integração das relações corpo-alma no interior do conhecimento médico como pertinente à dimensão da subjetividade ficou por conta das vertentes não ortodoxas, ou não convencionais, que assumiram, cada qual ao seu modo, os princípios do magnetismo animal, da imaterialidade e da individualidade na sua epistemologia (Solon, 2014, p. 8).

Essa nova concepção da medicina abriu espaço para que o livro *Die kunst der menschliche Leben su verlängern (A arte de prolongar a vida)*, em 1796, do médico Christoph Friedrich Wilhelm Hufeland, ganhasse espaço nessa sociedade, uma vez que a “macrobiótica” era entendida não apenas como uma técnica médica, mas também como um estilo de vida que entrelaçava medicina e filosofia na composição de uma terapêutica individual na busca pelo autoconhecimento e pela autocura. Isso possibilitaria uma educação popular para o encontro dos indivíduos com a longevidade, pois, para a macrobiótica, “não basta sentir-se saudável, é necessário saber-se saudável, porque a saúde é uma aparência, ela não é a coisa/doença em si” (Solon, 2014, p. 9).

Vale ressaltar que Hufeland se apropriou dos conhecimentos de Emmanuel Kant e se baseou na filosofia do Extremo Oriente para

compor o conjunto de enunciados que ditaram a sua obra e intuíram o indivíduo a se autorresponsabilizar pela manutenção da própria saúde e pelo bem-estar e longevidade do seu corpo. Em Kant, essa responsabilização, advinda das consequências do esclarecimento, implicava compreender a dinâmica da doença em si, “seu determinismo e a onipresença do sujeito como doente” (Kant, 1974).

Na filosofia do Extremo Oriente, Hufeland “busca, na experiência acumulada dos antigos, os meios de desenvolver sua arte de cura e justifica essa arte como radical, porque vai às raízes da patologia” (Solon, 2014, p. 10). Neste sentido, a ideia da autocura se estabelecia por uma busca de si, que compreendia a conquista do equilíbrio entre o biológico e psíquico-emocional, sugerindo assim uma terapêutica que, imprescindivelmente, não necessitaria apenas da atuação médica para a promoção da cura. Nesse quesito, Solon (2014, p. 11), ao se referir a Hufeland (1841), estabelece que:

A partir do diagnóstico, ele apresenta sua concepção de terapêutica, a de que curar é restabelecer o estado normal da vida alterado pela doença; e apresenta sua concepção da vida como manifestação de uma força interior, a *força vital*, que atua de três maneiras: por relações de irritabilidade (contratibilidade e sensibilidade); por relações químicas (química orgânica e viva, assim como o sangue); por relações entre as partes que conservam a unidade (força plástica/criativa na saúde, e *força medicatrix* na doença) (Grifos do autor).

A macrobiótica determinou um novo campo de atuação médica, mesmo que esse novo campo não convencesse tanto os médicos mais dogmáticos da medicina indutiva, proposta por Hipócrates. Na Europa, a medicina se distanciara da filosofia, o que dificultou a adoção da terapêutica macrobiótica de forma massiva. Só em meados do século XIX, a ideia de uma terapêutica baseada

na macrobiótica voltou aos debates médicos com a publicação dos livros *A teoria química da longevidade*, de 1896, e *Dieta para a saúde*, de 1898, do médico do exército japonês, Sagem Ishizuka, após ter se curado de uma doença nos rins através da adoção de um regime alimentar que aderiu a cereais integrais e vegetais como base de sua alimentação.

Seguindo os passos de Ishizuka, George Ohsawa (1893-1966) se dedicou à macrobiótica após se tratar de uma tuberculose adotando os escritos do Shoku-Yo¹⁰ como terapêutica da doença, o que o fez se dedicar ao estudo e à divulgação da medicina macrobiótica até o resto da sua vida, aliando conhecimentos da medicina ocidental com a filosofia do Extremo Oriente.

Kehl, em *Envelheça sorrindo* (1949), buscava se conectar com essa “arte” para estruturar os seus escritos, pois acreditava, ou passou a acreditar, que os alimentos teriam um poder terapêutico e retardatório do processo de envelhecimento, já que os alimentos, nessa medicina, têm sua importância e sua influência sobre o corpo e o espírito. Entretanto, a busca pelo equilíbrio seria algo individual e de responsabilidade de cada um, começando pela composição da dieta adotada e pelas reflexões que essa dieta viria proporcionar.

Sendo assim, o indivíduo que buscava possibilidades de cura para as enfermidades do corpo deveria se resguardar das adversidades que perturbam o espírito, investigando as causas dessas perturbações não só no âmbito do biológico, mas, prioritariamente, no campo psíquico, ético e moral. Ademais a escolha de determinados alimentos poderia ser vista como um exercício indispensável para essa auto busca.

Esses fatores mais subjetivos das vivências humanas, dentro da lógica do pensamento oriental, são determinantes para as condições boas ou más na experiência da velhice.

.....
10. Para os orientais, o termo *Shoku-Yo* significa, literalmente “alimentação saudável”.

A medicina macrobiótica, da longevidade e do rejuvenescimento, é extremamente simples e econômica. Pode ser aplicada em qualquer tempo, em qualquer estágio da vida e sob quaisquer circunstâncias. É mais educativa do que curativa e depende inteiramente de vossa compreensão, de vossa vontade. Ela é, na verdade, o estudo do caminho que leva ao SATORI, autorrealização e libertação. Este estado deve ser alcançado por vós mesmos (Ohsawa, 1965, p. 21).

Dentro dessa filosofia da macrobiótica, a longevidade se alcança a partir do momento em que o indivíduo vai vencendo as doenças, seja pelo meio preventivo ou pelo meio da autocura. Neste quesito, a macrobiótica estabelece um confronto direto com a medicina ocidental de intervenção médica sobre o corpo, cuja cura se dá por intermédio de tratamentos de uso com medicamentos, toxinas, cirurgias e até mesmo isolamentos dos doentes, longe dos demais indivíduos e, de modo geral, da vida pública.

Renato Kehl encontrou, na medicina macrobiótica, uma das bases da sua medicina do envelhecimento. Ele atentou em romper com a ideia de que o médico é o ser responsável em estabelecer o contato do ser humano com a vida e de fazer com que ele permaneça nela por mais tempo. Por outro lado, Kehl (1949, p. 125) procurou “traçar um plano sumário e racional de alimentação para velhos”, buscando limitar-se a expor o que mais interessa aos anciãos:

[...] a fim de melhor se conduzirem para evitar as causas que aceleram a velhice, as que concorrem para a instituição de mazelas ou para a passagem rápida da velhice à senilidade, especialmente no tocante aos regimes alimentares, tão discutidos e contraditórios, haja vista a enorme série de tabus, de restrições e de proibições, sem que se estabeleça um sistema racional, com base científica, des-

dobrável de acordo com a idade, a constituição e as condições dos interessados (Kehl, 1949, p. 125).

Isso mostra os esforços que Kehl empreendeu para diferenciar a sua prática médica das dos demais colegas eugenistas. Por outro lado, ele tentou entrelaçar os conhecimentos da macrobiótica com as ideias eugenistas defendidas por ele, com a justificativa de que:

A medicina encontra-se em plena fase de desenvolvimento de todos os seus ramos. O momento é propício, pois, para despertar a atenção dos que se dedicam à clínica médica para os problemas da idade avançada, como fazem alguns clínicos por intuição e com a experiência advinda de longa prática (Kehl, 1949, p. 16).

Com o olhar médico direcionado para as formas de envelhecer e experimentar o envelhecimento, Kehl acreditava que, com o livro em questão, “os velhos passam a contar, daqui por diante, com um ramo da clínica geral destinado a ajudá-los a se manterem com os pés firmes no estrado da vida” (Kehl, 1949, p. 16).

Voltado para a questão dos alimentos, em seu escrito, Kehl trazia os benefícios de uma dieta baseada na macrobiótica para estabelecer uma prática de cuidado de si em três possibilidades: a primeira seria a manutenção da juventude e o cuidado com o corpo para que as doenças fossem prevenidas ou superadas; a segunda possibilidade seria a tentativa do rejuvenescimento por aqueles que já se encontravam em fase de envelhecimento; e a terceira possibilidade, talvez a mais preocupante para Kehl, seria fazer com que os indivíduos já envelhecidos encontrassem, enfim, a longevidade ou uma sobrevida.

Essas possibilidades poderiam ser alcançadas a partir do estabelecimento de uma dieta que, ao mesmo tempo em que o indiví-

duo se servisse de uma alimentação saudável e adequada para cada necessidade sua, ele também pudesse ter uma prática filosófica que o permitiria experimentar a essência do ditado oriental “*mente sã corpo sã*”¹¹. Para esse fim, “as pessoas de idade precisam comer ou abster-se de certos alimentos, tendo sempre em mente que ‘a velhice se caracteriza pela redução do intercâmbio nutritivo e pela moderação das exigências calóricas’” (Kehl, 1949, p. 127). Isso porque a alimentação impacta diretamente no desenvolvimento do corpo e no processo de envelhecimento, também denuncia os estilos e hábitos das pessoas ao longo da vida, com resultados catastróficos para o processo de envelhecimento e más condições físicas na fase da velhice, mesmo que, durante a mocidade, esses indivíduos tenham desfrutado de boa saúde e forma física. Para Kehl,

Apesar da boa saúde, este desfecho pode ocorrer aos velhos imprudentes que se julgam invulneráveis e dizem com certa basófia, “que nada lhes fez nem lhes faz mal” e que, por isso, comem de tudo e quanto têm vontade, que bebem, fumam e se movimentam imoderadamente, sem atender a qualquer resguardo ou cuidado (Kehl, 1949, p. 125).

Para um envelhecimento saudável e longo, Kehl (1949, p. 127) indicou a seguinte dieta:

A alimentação dos velhos far-se-á, por conseguinte, obedecendo às determinadas prescrições básicas:

.....
11. Esta expressão, na verdade, diz respeito a uma resposta do poeta romano Décimo Júnio Juvenal, em sua Sátira X, à questão do que as pessoas deveriam desejar para a vida. O poeta, portanto, responde da seguinte forma: “[...] est petere in oratione quod mens sana in corpore sano” ([...] é pedir em oração uma mente sã em um corpo sã). Entretanto, a expressão é usada como mantra na prática de atividades de natureza oriental que incentiva a busca do equilíbrio entre o corpo e o espírito para a garantia da longevidade, da saúde, do bem-estar pessoal e da autorrealização.

Redução de albuminas na alimentação, a razão de meio grama por quilo de peso teórico; b) predomínio das albuminas vegetais sobre os animais, com supressão ou redução das purinas ou núcleos-proteídeos, responsáveis pela formação de ácido úrico, quando a sua eliminação se evidenciar deficiente (carnes e tecidos glandulares, rins, fígado, etc.); nesta categoria entram feijão e a ervilha, o café, o chá, que devem ser restringidos ou mesmos abolidos, em certos casos; c) redução dos principais minerais, sobretudo do cálcio e do fósforo, e inversão proporcional destes dois elementos; d) conservação da razão de ferro; e) conservação das vitaminas A, B e C; f) redução pronunciada da vitamina D; g) a base da alimentação far-se-á sobre o consumo de hidratos de carbono úrico no sangue, dificultando a sua eliminação; h) o volume total da alimentação obedecerá às exigências da fome e, caso permaneça a sensação desta, aconselha-se um regime de escasso valor calórico por unidade de peso; i) a ingestão cotidiana de água deverá ser moderada e guiada pela diurese.

Neste aspecto, a consistência da dieta da macrobiótica encontra-se na prática milenar de consumir os alimentos de acordo com o estado do corpo e do espírito. Os alimentos, dentro dessa consciência, se comunicam com o estado emocional potencializando ou diminuindo a intensidade dessas emoções dentro das adversidades do cotidiano. Em razão disso, resulta a importância de escolher e selecionar bem os alimentos a serem consumidos de acordo com o estado de espírito, como pregado pela filosofia do Extremo Oriente. Segundo Ohsawa, “em tudo existe o *Yin e Yang*” (Ohsawa, 1965, p. 30). Ter ainda uma dieta baseada neste princípio possibilitaria alcançar três objetivos:

Compreender, pelo estudo, a ordem do Universo de que ele é uma parte; 2). Aprender a tornar-se consciente de si mesmo (autoconhecer-se) e de duas reações, com relação ao seu ambiente; 3. Pensar, pensar e pensar, durante todo o tempo (Ohsawa, 1965, p. 30).

Seguindo essa lógica, Kehl buscou na cozinha oriental os instrumentos que possibilitassem uma melhor experiência com o processo de envelhecimento, já que o principal objetivo da cozinha da macrobiótica oriental era fazer com que os indivíduos encontrassem um elevado grau de saúde e de felicidade que só pode ser alcançado se a comunhão entre corpo e espírito estiver acontecendo de maneira harmoniosa e equilibrada, segundo os princípios da medicina oriental.

Tal medicina também foi apresentada por Kehl a partir do momento em que ele estabeleceu a necessidade física dos sujeitos envelhecidos de uma dieta balanceada que proporcionasse uma melhor relação do indivíduo com o seu corpo. Para tal propósito, fazia-se necessário cimentar essa relação na observação das características orgânicas e biológicas de cada um que se dispusesse a adotar determinada dieta. Em síntese, Kehl apresentou as seguintes ponderações:

As pessoas idosas preocupam-se, extraordinariamente, por conseguinte, com o trânsito normal dos alimentos intestinais, por conseguinte, com o trânsito retardado (prisão de ventre ou obstipação) e com o trânsito acelerado (desarranjos ou diarreia); para o primeiro passo caso, melhor corretivo é a dieta com alimentos que estimulem a motilidade intestinal (frutas cítricas, como laranja, côco da Bahia; leite ácido, kefir de um dia (nº 1) e

lhudas, frutas de bagaço, que podem ser ingeridas quase integralmente e, sobretudo, pão integral e o pão mão verde, as frutas secas cristalizadas; ameixa é muito indicada assim como o mel, devendo ser usados *intermitentemente* com moderação para evitar fermentações (Kehl, 1949, p. 128).

Portanto, fazem-se necessários ainda os seguintes esclarecimentos. Primeiro, a cozinha macrobiótica tende a aproveitar as propriedades dos alimentos e adequar o consumo deles de acordo com a harmonia ou o sentimento do consumidor/paciente. Ou seja, para momentos que requerem intensidade de emoções quentes¹² e habilidades de força e agilidade física, o consumo de alimentos de particularidade *Yang* é o mais recomendado. Já para os momentos que requerem calma, pacificidade, atenção e concentração mental, além de repouso físico, os alimentos de características Yin são os mais adequados. Isso porque *Yin* é a “força centrífuga”; e *Yang*, a força centrípeta, o que corresponde a “forças antagônicas, porém, complementares” (Ohsowa, 1965, p. 26). Ainda podemos destacar essas duas forças da seguinte maneira: uma força é expansiva (*Yin*) e a outra é contrativa (*Yang*).

O segundo esclarecimento consiste que essas características da cozinha da macrobiótica são encontradas nos estudos de Kehl. Isso nos permite estabelecer, entre ele e a medicina oriental, o contato imediato do médico com um pensamento voltado para a construção de um campo de atuação em que os pressupostos da

.....
12. Segundo a filosofia do Extremo Oriente, as “emoções quentes” estão relacionadas a um momento em que o indivíduo está sob a influência de sentimentos mais instintivos, como a raiva, a paixão, o desejo sexual, a ira, a pressa, etc. Já as “emoções frias” estão ligadas a sentimentos que deixam o indivíduo em um estado mais reflexivo, como a dor, a angústia, o luto, a ansiedade, etc. Com isso, o consumo dos alimentos numa perspectiva *Yin* e *Yang* se condiciona a esses estados, preferivelmente, impulsionando a percepção de uma emoção oposta ao que se está sentindo no momento da refeição, possibilitando o equilíbrio emocional através da alimentação.

medicina eugênica se mantivessem vivos e permitissem um maior controle sobre o corpo do indivíduo na fase da velhice.

Nesse caso, Kehl estabeleceu os alimentos que deveriam ser recomendados a partir da observação da ação das substâncias sobre o corpo em dadas circunstâncias e qual deveria ser o seu consumo de forma correta e coerente com o estado de espírito do consumidor. A citar, um café amargo com açúcar poderia representar um desequilíbrio alimentar que coloca em risco a sensação de bem-estar do indivíduo, levando em conta que os alimentos amargos são, dentro da cozinha macrobiótica, para momentos mais leves, e o doce para momentos mais intensos. Assim, como o arroz é para momentos que exigem maior desprendimento de forças e energias, as uvas-passas são para momentos mais suaves e alegres.

Desse modo, Kehl (1949, p. 127) alertou para a importância da observação das características e funcionalidades de cada alimento na dieta dos velhos e dos que desejavam retardar o processo de envelhecimento. Para o médico, “as pessoas de idade precisam comer ou abster-se de certos alimentos, tendo sempre em mente ‘que a velhice se caracteriza pela redução do intercâmbio nutritivo e pela moderação das exigências calóricas’” (Kehl, 1949, p. 127).

Kehl defendia também que o cuidado para com a alimentação deveria se fazer presente não só na velhice, mas também em todas as fases da vida. Entretanto, ele salientava que o alimento em si não era uma ameaça à saúde ou ao processo saudável de envelhecimento, muito menos haveria alimentos específicos a serem consumidos em cada fase da vida. Deveria, pois, observar apenas o consumo desses alimentos em determinadas situações do cotidiano, uma vez que:

Não há alimentos, propriamente nocivos. O abuso que deles se faz, a desatenção às dietas de equilíbrio, às dietas de consolidação e às dietas de cura, designações adotadas para facilitar o enquadramento dos

diversos regimes, é que se tornam prejudiciais (Kehl, 1949, p. 126).

Dessa forma, o terceiro esclarecimento é em relação aos tipos de alimentos, cujo uso deve ocorrer de acordo com o pressuposto da medicina oriental, que entende a funcionalidade dos alimentos em três campos de regulações: de cura (ervas medicinais, principalmente), de equilíbrio emocional e de bem-estar físico.

Elencam-se, portanto, os alimentos mencionados por Kehl, segundo o *Almanaque da Medicina do Extremo Oriente*, mencionado por Ohsawa (1965, p. 29), que diz:

- Os cereais são sempre usados como base de uma refeição.
- Os vegetais são usados como suplemento dos cereais, mas em menores quantidades e menos frequentemente;
- O peixe é usado em quantidade ainda mais reduzidas e ainda menos frequentemente;
- Os alimentos de origem animal, os laticínios, as frutas e demais alimentos miscelâneos, [...] devem, por sua vez, ser usados em quantidade sucessivamente e ainda menos com frequência.
- Todas as bebidas [...] classificadas tanto como *Yin* ou *Yang*, devem ser usadas nas mínimas quantidades e menos seguidamente. Se possível, não beba líquidos em quantidade superior a um quarto de litro (3 xícaras) por dia.

Essas considerações trazem a reflexão de que os alimentos tinham uma atenção central para a compreensão da constituição da medicina do envelhecimento proposta por Renato Kehl. Essa proposta teve influência direta dos escritos dos médicos alemães Friedrich Hoffmann (1660-1745) e Cristóph Wilhelm Hefeland (1762-

1836). O primeiro tinha como meta apresentar ao homem maneiras de “se preservar da morte prematura, com recursos da higiene, então conhecidos, e pela prática ordenada da vida”; e o segundo “apresentou as medidas para alongar a vida a existência e defender a saúde dos velhos contra as enfermidades que lhes são comuns” (Kehl, 1949, p. 13).

Entretanto, ambos se utilizaram do conhecimento da medicina oriental para formularem suas teses, sendo os primeiros estudos no mundo ocidental com preocupação centrada nos sujeitos envelhecidos e nas formas de alcançar a longevidade.

Desde Hipócrates os problemas relativos à velhice preocupam os médicos. Só no século XVIII, porém, esses problemas e os correspondentes estudos, bem assim os conhecimentos adquiridos, foram aos poucos se acumulando e deram origem à criação deste departamento da clínica médica (Kehl, 1949, p. 12).

Na medicina oriental:

Todos os alimentos e bebidas devem ser naturais, isto é, nunca industrializados ou artificialmente preparados. Devem ser evitadas as carnes de aves, frangos, perus, patos, etc. que tenham sido alimentados quimicamente, bem como os ovos de tais aves.

Os ovos fertilizados, destinados à produção de pintos, são os que a galinha põe depois de ter sido fertilizada por um galo. Os que ela põe normalmente, não fertilizados, são os que estão à venda e usados pela grande maioria dos consumidores hoje em dia. São destituídos de vida, biologicamente falando, e não são usados na dieta macrobiótica (Ohsawa, 1965, p. 33).

A relação alimento-vida é o pressuposto fundamental da medicina macrobiótica. Faz-se necessário, portanto, lançar luz sobre alguns termos: quando tratamos do termo “cozinha macrobiótica”, entendemos das técnicas, receitas e instruções para preparar pratos de acordo com a filosofia macrobiótica; já para falar de “medicina macrobiótica”, sugerimos, então, apreender sobre as funcionalidades de cada alimento e cada substância com uso terapêutico, preventivo e curativo dos alimentos utilizados na cozinha macrobiótica; e quando tratamos da “filosofia macrobiótica”, compreendemos as reflexões e relações que os indivíduos estabelecem consigo e com a cozinha macrobiótica para encontrar a “longevidade” e a “felicidade pessoal”, pois “a felicidade é, neste mundo, o objetivo de cada um de nós” (Ohsawa, 1965, p. 3). No entanto, a medicina macrobiótica é sustentada pelas outras duas, a filosofia e a cozinha.

O sistema macrobiótico é muito simples na prática. Qualquer um pode adotá-lo na vida diária, em qualquer ocasião e onde estiver, sempre que genuinamente queira libertar-se de todas as dificuldades fisiológicas ou mentais (Ohsawa, 1965, p. 4).

Mesmo que a medicina macrobiótica defenda que cada indivíduo é responsável por sua própria velhice e pelas consequências que recaiam sobre ela, Renato Kehl defendia que a intervenção médica se fazia necessária, desde que fosse observado que:

A medicina, com vastos recursos de que ora dispõe, pode agir de modo eficaz no sentido de prolongar a mocidade, de evitar, portanto, a ofensiva dos agentes demolidores. Depende o sucesso, em grande parte, do médico, que deve agir, “filosoficamente”, dentro da medicina geriátrica, sem intervenções violentas e intempestivas, sem o exagero de medicações, levando em alta conta “o *primum non nocere*” (Kehl, 1949, p. 97).

O uso de medicamentos, toxinas, produtos químicos e enlatados é bem combatido também no seio da medicina macrobiótica. Isso devido ao fato de que a medicina oriental acredita na cura do corpo a partir do equilíbrio das forças vitais e no estabelecimento do bom contato com a natureza.

A medicina ocidental, para os orientais, por outro lado, mutila o corpo, adoece o espírito e não proporciona “a verdadeira cura aos indivíduos”, isso porque, para a medicina oriental, nós ocidentais “somos todos doentes fisiológica e mentalmente”, pois “*ignoramos completamente a causa real de todo o sofrimento, suas raízes fisiológicas, biológicas, morais e psicológicas*” (Ohsawa, 1965, p. 5). Kehl se apropriou desses ensinamentos para a construção da sua medicina do envelhecimento, propondo alternativas ao uso dos medicamentos por pessoas acima dos 60 anos de idade.

Com relação às pessoas idosas e do ponto de vista da terapêutica geriátrica, é mais importante saber *o que se não deve fazer*, do que *o que se deve fazer* ao tratá-la. Adotando o repouso e uma alimentação adequada, é preferível, em muitos casos, a simples medicação de “escora” a qualquer medicação especificamente aconselhada aos indivíduos não envelhecidos (Kehl, 1949, p. 105).

Neste caso, algumas medidas, em substituto aos medicamentos, deveriam ser adotadas, tais como:

Evitar a polifarmácia e, sobretudo, resguardar os pacientes das insinuações daqueles que se arvoram em médicos e pretendem curar os doentes amigos com receitas que deram tantos resultados com outros ou, então, propinar remédios caseiros, chás, tinturas, ervas ou mesmo preparados, que se multiplicam na razão geométrica dos sucessos propagandísticos e charlatanescos.

Deve-se recomendar aos doentes evitar as emoções, sejam de que natureza forem; não se preocupem com a tomada freqüente de pressão, que se está transformando em hábito vicioso e de péssimo efeito psicológico sobre nevropatas. [...] os velhos hipertensos devem permanecer em sossego no local onde se adaptaram favoravelmente e onde estão acostumados a viver (Kehl, 1949, p. 106).

A proposta consistia em evitar que o corpo, em seu estado de envelhecimento, se envenenasse, se intoxicasse pelo uso de medicamentos e, conseqüentemente, tornasse a velhice um estado complexo de enfermidades e decrepitudes. Neste sentido, para Kehl, uma velhice doente era uma velhice construída pelos hábitos e usos de substâncias de forma irregular e desproporcional durante a mocidade, pois “a velhice, em si mesma, não é uma doença” (Kehl, 1949, p. 102). O consumo de alimentos e produtos de forma desregulada tornaria, portanto, o processo de envelhecimento mais curto, cheio de tensões e problemas.

A partir dessas reflexões, entende-se que o desenvolvimento das ideias de Renato Kehl, para uma proposta de medicina voltada para os velhos, consistia, para o médico, em uma mescla de duas práticas médicas milenares. Unia o que havia de mais relevante das medicinas ocidental e oriental para o cuidado com o corpo e com as formas de envelhecimento dos indivíduos em sociedade na época.

Em síntese, percebemos que a medicina do envelhecimento de Renato Kehl, ao mesmo tempo em que fornecia aos indivíduos as formas de prevenção, cuidado e retardamento de envelhecimento, tentava ofertar práticas cotidianas que possibilitassem a autocura, o bem-estar e a longevidade àqueles que viessem a ter contato com a sua obra.

No capítulo seguinte, proponho explorar os enunciados do livro *Envelheça sorrindo*, cujos discursos intrínsecos apresentam o

interesse do médico em criar uma estratégia médico-pedagógica para com os cuidados do corpo no envelhecer, discutindo algumas das formas de intervenção, modelos padrões e tipos de corpos a serem angariados a partir das concepções médicas eugenistas.

Uma pedagogia da velhice em *Envelheça Sorrindo*

O livro *Envelheça sorrindo* (1949), de Renato Ferraz Kehl, foi escrito dentro da fase mais pessimista e radicalizada de suas ideias eugenistas e segregacionistas, no período entre 1930 e 1950. Nessa fase, as ideias do autor sobre o processo de envelhecimento dos indivíduos se alinhavam aos pensamentos dos intelectuais eugenistas alemães e norte-americanos, que defendiam uma prática médica entrelaçada ao Estado, que não deveria poupar esforços para implementar as políticas que assegurassem o melhoramento da raça por meio da seleção social.

Neste sentido, ao invés de uma ampla reforma do meio, como propunha a imensa maioria dos médicos, eugenistas e higienistas brasileiros, Renato Kehl entendia que a regeneração nacional só ocorreria a partir do momento em que o governo não abrisse mão de uma radical política biológica, que envolvesse a esterilização dos degenerados e o incentivo à procriação dos mais aptos (Wegner, 2011, p. 11).

Do outro lado, os médicos defensores da eugenia positiva defendiam a ideia de que a população brasileira deveria ser conscientizada quanto à importância da eugenia para o cuidado com o corpo, de que uma ampla campanha de ações de conscientização

deveria ser empreendida pelos governos, assim como a oferta de uma educação eugênica, que deveria nortear os passos da nação rumo à sua possível regeneração (Stepan, 2004, p. 369). Neste quesito, a fase negativa de Kehl, além de se alinhar aos princípios da eugenia extremista, como a impetrada na Alemanha nazista na primeira metade do século XX, orientava a oferta de mecanismos para o controle da natalidade e a esterilização da população pobre, políticas que necessitavam ser adotadas pelo Estado brasileiro como impulsores do aprimoramento da raça (Wegnwe, 2011, p. 6).

O desejo de Kehl era de que o Brasil se povoasse de “gente sã física e moralmente”, a exemplo da Grécia Antiga, que no seu entender havia encontrado o equilíbrio do corpo e do espírito expressos na civilização ideal. Olhando para o passado como um reflexo no espelho, o eugenismo de Renato Kehl via a sociedade através da beleza plástica, da retidão moral e da divisão social de maneira idêntica àquela dos gregos antigos (Diwin, 2015, p. 126).

A escrita de Kehl estava embasada em pressupostos filosóficos e médicos de Hipócrates (séc. V a.C.), que consistiam, em suma, na interposição do olhar médico sobre o corpo a partir das disciplinas que estabeleciam e determinavam o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico de doenças e males dos indivíduos. Tais pressupostos rompiam com o olhar místico das enfermidades e também os pressupostos da medicina e da filosofia oriental, potencializando as relações dos indivíduos com a moral e a ética para a restituição ou a manutenção da sua saúde.

A leitura das obras do médico eugenista, assim pensava Kehl, seria mais que um exercício de erudição, era, portanto, um instrumento/dispositivo de autodesenvolvimento moral e de autoprevenção contra as doenças do corpo e do espírito. O livro *Envelheça sorrindo* delineava-se como uma expressão do incômodo que as

dicotomias vida-morte / juventude-velhice se apresentavam nos pensamentos do médico.

O livro, já em seu subtítulo, apresenta o seguinte trecho: “É preciso envelhecer como se faz mister saber viver na velhice” (Kehl, 1949, s.p.). Aqui, Kehl deixava claro o seu descontentamento com a juventude que ele considerava desgarrada, fora de controle, com hábitos exagerados e consumos inconsequentes.

A mocidade não aprecia os que trazem óbices à sua alegria e disposição para gozar a vida; não estima os “velhos gastos”, derrotistas, que a todo propósito gabem o seu querido passado; que lançam desânimo e pessimismo em torno de si; os velhos impertinentes, inadaptáveis aos hábitos e aos costumes da época, sem capacidade para assimilar as novas aquisições e reconhecer as vantagens do progresso. Tornam-se, por este motivo, impermeáveis à realidade e aos novos rumos da vida (Kehl, 1949, p. 2013).

Por outro lado, ele apontava uma possível proposta que cativasse o indivíduo para uma melhor vivência na sua fase da velhice.

A todos cumpre preparar-se para a velhice, tanto sentido social e econômico como psicológico, com o objetivo de reduzir as asperezas da vida diuturna, assim como de evitar os motivos que concorrem para as malquerenças e animadversões. É mister um ambiente de tolerância, em especial com relação aos moços que não querem ser impedidos nos seus desejos de movimentar-se, de divertir-se e de rir. (Kehl, 1949, p. 212).

A proposta de Kehl perpassava a concepção da velhice, dando às suas ideias uma conotação pedagógica. Era o viver na velhice que distanciaría a ideia de morte da dicotomia velhice-morte. Eis

então a ideia do livro de Kehl, que funcionava como uma apresentação do pensamento do autor em todo o corpo textual da obra. Entretanto, a pedagogia de Kehl exigia um compromisso do leitor consigo mesmo para *Envelheça sorrindo*:

Para tal fim, recomendo, inicialmente, pensarem e agirem de modo que a idade, ao invés de ser um fator negativo, um embaraço para o desfrute de existência, se transforme num elemento positivo de atração e de benemerência (Kehl, 1949, p. 212).

Entende-se que a ideia do livro era a de convidar os indivíduos a se educarem sobre o processo de envelhecimento, o funcionamento do corpo durante esse processo e as consequências dos cuidados antes, durante e depois dessa fase. Para Kehl (1929c, p. 222), citado por Kern (2020, p. 315), “instruir é eugenizar!”.

Kehl, portanto, pretendia fundamentar uma “Medicina da Velhice” e alinhava o seu conhecimento de medicina ocidental de formação de seus anos de pesquisa às ideias da medicina oriental da macrobiótica com um estilo de escrita pedagógica. Subentende-se que seu olhar percebia e lia as problemáticas do envelhecimento do corpo humano para além da medicina convencional de sua época. Kehl buscou, na geriatria, uma maneira de adentrar o mundo dos velhos e, a partir dela, compreender o seu funcionamento. Para esse médico:

Na “medicina dos velhos” verifica-se o entrelaçamento dos diferentes ramos da medicina geral com a acentuação, como afirmei, da geriatria, propriamente dita, dentro da qual o médico se ocupa em conhecer a fundo o organismo precocemente envelhecido e o organismo dos anciãos, as suas capacidades e as suas reservas, bem como as peculiaridades organo-fisiológicas, sempre de acordo com a idade e com o estado mórbido em vista (Kehl, 1949, p. 11-12).

Abro um parêntese para elucidar que a geriatria, nas primeiras décadas do vigésimo século, vinha se construindo, timidamente, como um campo novo de especialização no Brasil, embora sua consolidação e reconhecimento como ciência médica só se efetivou a partir da segunda metade do século XX. Dessa forma, o silenciamento ou a lacuna dessa especialidade dentro da clínica médica demonstrava um acentuado desinteresse de parte da classe médica pela população velha. Para Santos (2015, p. 225), para que um novo pensamento científico despertasse o interesse dos médicos, era necessário que esse saber negociasse com outras especialidades dentro da esfera de preocupação dos esculápios.

A geriatria, portanto, foi uma das preocupações de estudos de Renato Kehl na primeira metade do século XX. Para Kehl (1949, p. 10), a especialização clínica em uma área que estudasse essa “deradeira fase da vida” era de extrema importância para a progressão do saber e da prática médica, uma vez que a geriatria:

Como natural e implícito, não se trata de “mais” uma especialização estanque, dessas que se restringem a este ou àquele órgão, mas que enseja a acentuação particularizada de conhecimentos, *dentro da clínica médica* (Kehl, 1949, p. 11, grifos do autor).

Kehl defendia a ideia de que, para que a ciência médica progredisse, seria necessário que todas as fases da vida estivessem dentro do campo das preocupações médicas. Logo, os cuidados com a velhice e com o envelhecer precisariam ser pautados também pela ciência médica eugenista.

Isso fica evidente quando se percebe que, nesse momento do século XX (1920-1950), muitas ciências médicas começavam a despertar o interesse dos clínicos que buscavam se especializar dentro de um contexto em que as ciências médicas se iniciavam no Brasil.

“A emergência do nôvo e do jovem que passaria a exigir a imergência do velho e obsoleto, do arcaico e tradicional, do antiquado e fora de uso” (Filizolla, 1972. p. 165), dentro do projeto de eugenia e higienismo da população brasileira.

Kehl lançou-se como dedicado investigador das causas do envelhecimento, dos tipos de velhices, dos problemas a elas relacionados; e preocupou-se com a oferta de mecanismos de manutenção, prevenção e retardamento contra o processo de envelhecimento e de práticas a serem introduzidas na clínica médica, como apresenta no próêmio de *Envelheça sorrindo*:

Com as sùmulas da velha macrobiótica, bem assim com os ensinamentos da geriatria, ultimamente sob a instigação e a orientação da moderna psico-somática, cujas raízes, aliás, vêm desde os tempos hipocráticos, presumo ter elaborado uma obra útil, por meio da qual convido os leitores a se disporem ao melhor ânimo – *para envelhecer sorrindo* (Kehl, 1949, p. 7, grifo nosso).

A última expressão, “para envelhecer sorrindo”, dita na titulação da obra, aparece também em quase todos os finais de capítulos. Isso porque Kehl propunha, dentro dessa “medicina dos velhos”, uma pedagogia específica e direcionada, cuja finalidade estaria entrelaçada aos ideais eugênicos de melhoramento da raça a partir do corpo dos seus pacientes. Até mesmo para esse médico, o justo seria que um corpo sadio vivesse por mais tempo. Para isso, era preciso ocupar-se do cuidado de si, observando não só as particularidades do processo de envelhecimento biológico do corpo, mas comprometendo-se, também, a buscar na medicina e em suas especialidades o auxílio necessário para a consolidação de uma “boa velhice”. Em suas palavras, “quem assim proceder, com higiene física e psíquica, com método e moderação, poderá preparar-se para uma velhice sadia e bonçosa” (Kehl, 1949, p. 182).

Uma pedagogia nos enunciados de *Envelheça sorrindo*

Dentro do contexto em análise, o corpo velho era o alvo a ser alcançado e educado pelo discurso médico-eugenista da obra em questão. Era esse corpo que deveria ser disciplinado, controlado e observado em suas particularidades, a partir da pedagogia proposta nos enunciados de *Envelheça sorrindo*, pois:

A educação eugênica, agindo a partir de fora do organismo vivente, produziria efeitos favoráveis ao melhoramento racial, contribuindo para a normalização biológica projetada pelo discurso eugenista. Uma educação atenta aos preceitos biopolíticos da eugenia incutiria os devidos “sentimentos de responsabilidade racial” na consciência da população nacional (Kern, 2020, p. 314).

Neste sentido, além de se fazer um “médico-pedagogo”, Kehl se construía como um estudioso dedicado de seu objeto: a velhice. Talvez com a obra Kehl não quisesse apresentar apenas mais um escrito sobre noções de eugenia. Com os seus escritos sobre a velhice, Kehl quis ir mais além das questões de raça, sexo e fealdades, no entanto esse livro denunciava coisas mais subjetivas e sentimentais do autor. Eis a dedicatória:

Reservo esta página em homenagem a minha Mãe, Rita de Cássia Ferraz Kehl, falecida tão jovem, quando tudo a fazia sorrir diante da vida, e a meu Pai, Joaquim Maynert Kehl, exemplo invulgar de bondade e de dedicação, cuja longa existência transcorreu segundo a divisa heráldica da família – merece o que herdašte – e que, confirmando os predicados do tronco de origem, lutou, sofreu e venceu, mantendo até os últimos dias de sua bela velhice, o bom humor e a alegria de viver. R. F. K. (Kehl, 1949).

O trecho em questão aparece como uma delicada despedida de seus pais. Por outro lado, a citação acima transfigura a dor da não aceitação da partida precoce da sua mãe ainda na juventude. É possível notar que o médico buscou fazer dois comparativos que prontamente denunciavam isso: em um primeiro momento, a referência à mãe, que partiu cedo; e ao pai, que desfrutou de sua velhice. Depois, a citação à morte da mãe e a lembrança da “boa herança” do pai quando coloca em destaque a seguinte expressão, muito vinculada aos eugenistas: “merece o que herdaste”.

Percebe-se que a velhice do pai foi anunciada como uma conquista pessoal e custosa; e a sua boa experiência da velhice, como um bom resultado de virtudes e práticas adotadas ao longo da vida. Na concepção do eugenista, uma velhice bem assistida, desenvolvida e tranquilamente desfrutada era, pois, a recompensa àqueles que se mantinham (e se mantiveram) fiéis aos ideários eugênicos: “Tudo se resume em poder e em saber envelhecer sorrindo, para depois sorrir, envelhecido” (Kehl, 1949, p. 225).

A comparação que Kehl faz entre as maneiras de morte dos pais, a da mãe entendida por ele como algo precoce, e a do pai, exemplo de longevidade, considero que talvez tenha sido um dos impulsos ao qual Kehl se apegou para a escrita do livro: tentar evitar que mais pessoas cometessem os mesmos erros ou morressem da mesma forma que a sua mãe morreu pode ser uma possibilidade a ser considerada.

Uma segunda ideia também pode ser frisada: outro impulso para a escrita do livro estava ligado, exatamente, à constante observância do médico sobre os cuidados com o processo de envelhecimento do seu pai, o que pode ter alimentado, em Kehl, o desejo de criar, na sociedade brasileira de época e posteriores, práticas que possibilitassem o alongamento da vida, o retardamento da velhice ou, até mesmo, a inexistência dela.

A velhice para ele era arquitetada como um campo a ser explorado, estudado e de resoluções possíveis. Técnicas de envelhecimento, estilos de vida e hábitos deveriam ser adotados por seus pacientes e leitores, além de cultivo de virtudes e conhecimentos, o que fez com que Kehl desenvolvesse um senso próprio de justiça perante o corpo que envelhecia, um compromisso que o médico assumiu diante dos seus consumidores¹³ e da medicina, como denuncia o trecho seguinte:

Ao entregar este livro aos patricios que se acham no altiplano da existência, e de lá antevêm aos declives da idade, bem assim aos já avançados em anos e, por conseguinte, mais familiarizados com a realidade, muitas vezes dolorosa, tive em mente oferecer-lhes mensagem de animação e de bom humor, certo de que a velhice não é tanto um estado físico, quanto um estado psíquico (Kehl, 1949, p. 7).

Ressalto que o livro *Envelheça sorrindo* (1949) é composto por vinte capítulos, que debatem assuntos da medicina ocidental, da medicina e filosofia oriental, partindo da macrobiótica e da geriatria. Em cada capítulo, há um pequeno resumo dos temas a serem abordados neles. É um livro que, para o próprio autor, deveria ser adotado como um manual antienvelhecimento por todos aqueles que pretendiam envelhecer bem, de forma saudável, ou que queriam ter uma experiência na velhice sem dor e protegida do avançar do tempo. Ou ainda poderia ser recomendado por seus pares nos tratamentos preventivos e interventivos contra o processo de envelhecimento dos seus pacientes.

.....
13. Friso que os “consumidores” ao qual me refiro incluem aqui tantos os seus colegas eugenistas quanto os seus pacientes, tendo em vista o respeito de autoridade que os escapulários e pacientes tratavam Renato Kehl.

O livro destinava-se, portanto, “aos patrícios”¹⁴ e “já envelhecidos”. Era um elixir que pretendia cativar o consumidor para uma juventude responsável e uma velhice bem vivida. O livro, em síntese, era apresentado e concebido por Kehl como uma verdadeira “fonte da juventude”. Essa concepção da sua própria obra visava despertar o interesse do seu público-alvo, “os patrícios”, para as problemáticas envolvendo o processo de envelhecimento de seus corpos.

Para Stepan (1999), os discursos eugenistas eram mais fáceis de circular nos segmentos mais abastados da sociedade, dado o receio que elas tinham em relação à degeneração da raça à qual pensavam pertencer. Considero que isso demonstrava um certo desconforto dessa parcela da sociedade em relação a uma concepção negativa da velhice e do processo de envelhecimento do corpo por parte dessa classe.

Vale ressaltar que esse incômodo, o qual as elites já apresentavam em relação ao envelhecimento, encontraria no seio da medicina eugênica uma possível solução, tendo em vista que o corpo que estava fora desse grupo era tomado como um corpo indesejado e que deveria ser contido “para o bem e progresso da sociedade brasileira”, como almejavam os eugenistas. A classe médica apegava-

.....
14. Por bem, faz-se necessário esclarecer que “os patrícios”, na Roma Antiga, era a camada de maior prestígio social, político e econômico, que, segundo eles, descendiam diretamente dos fundadores de Roma e, por isso, eram considerados herdeiros e superiores às demais classes sociais, como os “plebeus” e os “clientes”. Nesse sentido, interessante notar que, possivelmente, Kehl direcionava o seu livro aos “consumidores” pertencentes ao seu grupo social. Outra linha de interpretação sobre esses patrícios também pode ser considerada quando limitamos esse direcionamento aos pares do médico e praticantes da medicina. Porém, Kehl expande o direcionamento também aos “envelhecidos”, o que amplia o campo de influência do livro. Uma última possibilidade seria também considerar a interpretação dos corpos dos “envelhecidos”, da forma como cita Kehl, limitados apenas aos patrícios. Neste caso, o livro teria o seu direcionamento para todos os indivíduos, independentemente da sua relação com a medicina, desde que esses indivíduos pertencessem a uma distinta classe social à qual o próprio médico pertenceria.

da aos pensamentos eugênicos se apresentava como tutor para as soluções dessa problemática, o que atraía também parte das elites brasileiras, já que:

Tradicionalmente, as elites educadas recebiam a violência e o perigo que representavam os negros e mulatos, retratados como preguiçosos, doentes, bêbados e em permanente estado de vagabundagem. [...] a eugenia atraía uma classe médica em expansão, cujos membros ansiavam promover seu papel como especialistas na conformação da vida social e nutriam um ingênuo otimismo sobre sua própria capacidade de fazer o bem. Era um grupo pouco afeito a análises revolucionárias das raízes raciais e econômicas das misérias sociais brasileiras (Stepan, 1999, p. 337-338).

Eis, então, o percurso a ser feito pela obra, o de incorporar esses discursos sobre o corpo envelhecido e suas implicações no seio social.

A velhice, no seio do discurso de Kehl, agora era apresentada como uma preocupação que também deveria ser observada por todos aqueles que almejavam um envelhecimento pleno, sadio e responsável. Kehl assim cativava os seus pares a apresentarem aos seus pacientes uma solução para o que seria tomada, a partir daí, como uma demanda social, além de possibilitar um tratamento possível e eficaz aos pacientes que tenderiam a optar pelas práticas e recomendações ofertadas por médicos a partir da obra de Kehl.

Por outro lado, os escritos contidos em sua obra destinavam-se, também, a todos aqueles “já envelhecidos”. Dentro do contexto social de época, poucos desse grupo teriam acesso a esse mais novo recurso médico que auxiliaria na eugeniização dos corpos, pois o que dificultava o alcance e o consumo das ideias eugenistas, por um número maior de indivíduos, eram as condições de letramento

e o acesso às informações contidas nos veículos impressos de informação por parte da parcela menos abastada da sociedade brasileira do início do século XX.

Stepan (1999), ao analisar a influência das ideias eugenistas nos projetos de educação dentro da Constituição do Estado Novo (1937-1945), instituído por Getúlio Vargas, relata que 90% da população brasileira de época era de analfabetos. Esse dado evidencia mais uma característica peculiar da obra de Kehl: as suas ideias circulavam em um espaço delimitado e pequeno dentro das camadas sociais brasileiras da primeira metade do século XX. Em outras palavras, para que “se envelhecesse sorrindo” era preciso, primeiro, ser abastado financeira e socialmente, e depois ser letrado, já que a principal ferramenta de divulgação das ideias eugênicas de Kehl para um envelhecer saudável e demais ideias higiênicas era em escritos. Essa consideração é extremamente relevante para questionar o quanto os escritos sobre a eugenia interferiam nas concepções e estilos de vida das pessoas no seio social.

Em consonância com essa questão, outra problemática surge: como a obra em análise implicava o acesso da população não abastada às ideias e práticas eugenistas propostas por Kehl sobre a velhice? Esta é uma questão que merece investigações futuras.

Por outro lado, “a causa da ‘educação eugênica’ tem mais significância pela importância simbólica que conferiu à eugenia que por seus resultados práticos” (Stepan, 1999, p. 375), já que não é possível dizer, por enquanto, e dentro dessa presente pesquisa, se os dados demográficos da população envelhecida projetada dentro do percurso do século XX sofreu impacto da intervenção médica na velhice.

De tal modo, percebo que grande parcela da população não estava dentro do alcance das ideias eugenistas como consumidora, especificamente, mas como objeto do discurso eugênico, revelando a face segregacionista da medicina de Renato Kehl. Por isso, o livro se destinou diretamente aos “patrícios”, considerados indiví-

duos de boas condições sociais, morais e econômicas, candidatos a “herdarem” e desfrutarem os tão desejados tempos áureos para a “nação” brasileira.

De outro modo, Kehl se incomodava com a projeção demográfica da velhice em constante crescimento populacional, o que apontava para uma crise e colapso social devido aos problemas econômicos, sociais e sanitários que recairiam sobre a população envelhecida. Kehl acreditava que:

Novos problemas surgirão em virtude da redução da ala moça e do aumento da ala velha. Os velhos ver-se-ão forçados a participar com mais eficiência no próprio sustento, em virtude de se conservarem na ativa até idade bem mais avançada do que presentemente. [...] os que atingirem o ano 2.000 confirmarão, êstes augúrios, a não ser que um fator cataclismal venha alterar a marcha da coletividade (Kehl, 1949, p. 204).

Devemos esclarecer dois focos: primeiro, o crescimento demográfico da velhice estaria ligado, de forma direta ou indireta, ao combate da mortalidade infantil, assim como à higienização e à eugenia da educação das crianças. Em segundo, a longevidade em Kehl é entendida como uma construção individual e sobreposta ao tempo habitual da expectativa de vida de um indivíduo, que é caracterizada por padrões alimentares, vícios, condições e determinantes genéticos, morais, econômicos e sociais, etc. Neste caso, compreendemos que o crescimento demográfico de sujeitos envelhecidos preocupava Kehl por se tratar de uma parcela da sociedade que não teria condições de acesso aos seus e de tantos outros escritos eugênicos, e muito menos de praticar as suas recomendações.

Por outro lado, Kehl se via pressionado a apelar para um plano de contingenciamento do crescimento demográfico dessa popu-

lação, em específico, para que só assim pudesse dizer que a boa velhice, a partir das práticas e recomendações eugênicas, poderia ser sentida e experienciada no seio social. Em suas palavras, esse plano de contingenciamento:

Não se tratará, por conseguinte, de apenas fundar asilos e “depósitos” para velhos, mas de criar desde já, com base nos atuais dados demográficos e nas investigações realizadas no campo da medicina geriátrica e da psicologia social, uma consciência previsora para a função de um “instituto misto eugênico-gerocômico”, que vise, de um lado, a proteção de indivíduos “bem dotados” e, de outro, a proteção de indivíduos “bem vividos”, capacitados para subir e descer a escarpa da vida dentro das normas eurítmicas (Kehl, 1949, p. 204).

Considero, pois, que Kehl não visualizava, muito menos defendia, que todos pudessem alcançar uma longevidade dentro de uma boa velhice. Ele distinguia que os “bem envelhecidos” gozariam de satisfatórias condições para explorar e participar ativamente dos espaços sociais. Mas haveria uma parcela grande de indivíduos que não herdariam as mesmas condições e a “boa sorte”.

Portanto, as medidas audaciosas propostas pelo médico objetivavam, desde cedo, tratar a diferenciação entre “bons” e “maus” indivíduos que deveriam receber assistência adequada em seu processo de envelhecimento. O que sua fala não revela abertamente no trecho é que, aos “maus dotados” e aos “maus vividos”, caberia arcar por conta própria com o débito advindo com uma “má velhice”, já que:

Compete aos que estão envelhecendo preparar-se, individualmente, para adaptar às futuras condições da vida, de modo a poderem viver sem tornarem “fardos” indesejáveis e, altruisticamente,

beneficiarem as futuras gerações de velhos com as instituições que lhes proporcionem os recursos que se ressentem as atuais (Kehl, 1949, p. 204).

Destarte, entendo que o discurso de Kehl a esse respeito segue por duas linhas; uma objetiva, ironicamente, a tratar de medidas institucionalizadas, com a parceria de determinados órgãos e Estados. Na outra, caberia uma intervenção direta da medicina eugênica em espaços e corpos cruciais e determinantes para a conscientização dos indivíduos na tentativa de barrar esse exacerbado crescimento demográfico da população velha, predito por Kehl. Algumas dessas intervenções são direcionadas à infância e às mulheres, como tratamos nos exemplos a seguir.

Intervenção na infância

Antes de delongar sobre o que seria essa intervenção médica na infância, façamos o seguinte exercício de imaginação.

Imaginemos que colocamos uma mangueira no fundo de um balde de água suja. Ao ligarmos a torneira, à medida que o balde for transbordando, irá eliminando toda a sujeira da água, tornando-a límpida. Digamos, pois, que a mangueira (o objeto condutor) seja o médico, o balde de água suja pode ser entendido como a sociedade, e a água pura que transcorre pela mangueira sejam as ideias eugenistas. Consideremos, também, esse balde como os velhos, os desvalidos, os loucos, os doentes, os inválidos, etc., já que a água suja representa as impurezas e mazelas sociais que “maculam a nação” e “impediam o seu progresso”.

Ainda neste exercício, imaginemos as crianças que, sob a orientação e a intervenção dos discursos e das práticas eugênicas por médicos, cresçam e vão se proliferando como sujeitos “rege-

nerados” ou “novos sujeitos”, mais belos, hígidos e vigorosos por toda parte, herdando os espaços sociais e ocupando todas as faixas etárias.

Kehl (1949, p. 164) levantava uma problemática sobre essa ideia: que a intervenção eugênica na infância, à medida que os anos passavam, “aumentava nessa progressão o número de anciões” e, conseqüentemente, “decaía o número de crianças”, o que era considerado pelo médico como um perigo catastrófico para o futuro da nação, uma vez que “a comunidade, pois, envelhece e deperece!”. Ou seja, a visão pessimista de Kehl a respeito da longevidade alertava que era preciso investir na promoção da saúde e bem-estar na infância, o que demandaria, também, um investimento em todas as etapas da vida para que a população tivesse garantia de um bom processo de envelhecimento.

Mais que isso, era necessário também investir em políticas de manutenção da saúde dos indivíduos desde a infância até a etapa da velhice, o que elevava a percepção dos médicos adeptos da eugenia sobre a saúde e as doenças do corpo a um novo patamar de discussão.

Por outro lado, dentro dessa questão demográfica da velhice, é preciso considerar em nossas análises que havia um projeto de nação em curso, a ser adotado pelos eugenistas capitaneados por Kehl. Era necessário, aos olhos do médico, que fossem estabelecidos padrões e critérios específicos a serem adotados por médicos na intervenção desses corpos dentro das classes sociais de época.

Desse modo, os discursos eugenistas tendiam a potencializar a sobrevivência dos corpos bem dotados com a hereditariedade da boa genética a partir da educação eugênica e das medidas sanitárias promovidas pelos discursos e intervenções eugenistas. Por outro lado, a longevidade só seria alcançada por aqueles que tivessem essas condições biológicas. Os que geneticamente não tivessem essas condições seriam peneirados com o avançar da idade, evi-

denciando por fim os “herdeiros” da boa raça. Para isso, alguns fatores deveriam ser considerados: a baixa taxa de fecundidade e a de mortalidade infantil eram alguns deles.

A baixa taxa de fecundidade e de mortalidade infantil aparentava, em um primeiro momento, ser o núcleo da percepção pessimista de Kehl em relação à longevidade dos velhos no século XX. A taxa de fecundidade da população brasileira estava em torno de 6,5% entre as décadas de 1930 e 1940, caindo para 6,3% nas décadas de 1940-1950, chegando ao decréscimo de 5,8% na década de 1970¹⁵. Para ele, isso não era um bom sinal para o progresso e o desenvolvimento da sociedade a um longo período: “A proporção de velhos aumenta. Dentro de poucos anos, representarão 20 ou mais por cento da população. Terão êles, fatalmente, de influir nas diretrizes políticas e sociais” (Kehl, 1949, p. 202).

É certo que o aumento na taxa da longevidade da população estaria ligado ao bom e sadio desenvolvimento na infância. Kehl (1923) colocava que não haveria “nação” se não houvesse “cuidados com a infância”. Essa sua preocupação estava resguardada dentro da perspectiva de que as mortes de crianças, entre as décadas seguintes a 1920, continuariam acontecendo em taxas alarmantes em várias regiões do país. Conseqüentemente, Kehl alegava que esse movimento:

Aumenta nessa progressão o número de anciões e decai o número de crianças, sendo que, dentre estas, para desgraça da espécie humana, não decresce o número das que nascem estigmatizadas por males hereditários e congênitos! Sabe-se quais são os inconvenientes do acréscimo de indivíduos, quando nenhuma atenção é dada à sua

.....
15. Dados obtidos em: CARVALHO, J. A. M. de. Tendências regionais de fecundidade e mortalidade no Brasil. In: BARRETO, M. L. *Admirável mundo velho: velhice, fantasia e realidade social*. São Paulo, SP: Editora Ática, 1992. p. 16.

qualidade. A comunidade, pois, envelhece e depece! (Kehl, 1949. p. 164).

Na década de 1940, a quantidade populacional de pessoas idosas no Brasil era de 1.675.534, o que correspondia a cerca de 4,1% da população. No fim da década de 1950, o número da população com mais de 60 anos de idade esbanjava a casa dos 2.205.341¹⁶, o que representa um crescimento de 32% da população idosa dentro das duas décadas. Dirceu Nogueira Magalhães, que se dedicava a acompanhar e analisar o crescimento populacional da pessoa idosa no Brasil, justificava que o crescimento da população velha estava ligado às condições e estratégias que os indivíduos adotaram ou em que estavam inseridos ao longo da vida. Segundo ele:

O envelhecimento e as condições que o indivíduo chega a ser velho resultam de uma longa existência onde saúde, educação, lazer, alimentação, etc. entram no somatório dos ganhos e perdas de cada um, a partir do seu nascimento. Pensar uma velhice saudável é pensar sobretudo nas condições que permitem ao adulto bem envelhecer, assim como pensar o adulto como resultado do jovem e deste, como a continuidade da criança (Magalhães, 1987, p. 50).

Com o crescimento da população envelhecida, Kehl preocupou-se, também, com os aspectos físicos e morais daqueles que conseguiram atingir essa fase da vida, vista por ele como uma ameaça ao bem estar-coletivo, já que hereditariamente “os maus nascidos” em zonas de riscos sucumbiam nas “imoralidades” impostas pelos meios sanitários e sociais em que essas crianças estavam inseridas, ocupavam o espaço de legitimidade dos “bem-nascidos” e, por isso, merecedores dos louros de uma boa velhice. Destaca-se também

.....
16. Cf.: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (1980).

que uma outra preocupação subjacente de Kehl era para com os “que nascem estigmatizados por males hereditários e congênitos” (Kehl, 1949. p. 164), o que dificultaria ainda mais a concretização do projeto eugênico de uma sociedade longeva, bela e sadia.

O estudioso considerava, por outra via, que os discursos médicos eugenistas, até então, ocupava-se de forma mais direta com a classe adulta em diante e, agora, ele apresentava uma manobra para plantar, no seio da medicina eugênica, a ideia de que a clínica médica precisava penetrar em um outro campo de influência social, de maneira mais rápida e eficaz: a educação sanitária das crianças.

A necessidade de difundir a educação para toda a sociedade, “julgavam que o ensino seria mais produtivo na escola, pois criaria hábitos, multiplicaria práticas higiênicas, chegaria às famílias através dos estudantes. Desse modo, a educação sanitária escolar visava à formação de ‘pequenos higienistas’” (Santos, 2015, p. 234).

Dentro dessa perspectiva, observa-se que o discurso da eugenia na educação infantil visava educar as crianças e ensiná-las a cuidarem do seu corpo e se protegerem das doenças, crescendo sadias e fortes. Para isso, a eugenia foi se alinhando à política para garantir que as bases da educação fossem estruturadas em um projeto de nação eugênica e higienizada (Góes, 2015). Não se pode dizer ainda se as medidas de eugenização na infância recaíram ligeiramente sobre os resultados estatísticos da taxa de envelhecimento, sendo isso uma instigante questão.

Por outro lado, se assim o fosse, os efeitos dessas intervenções eugenistas na infância só puderam ser percebidas a partir da segunda metade do século XX, quando a projeção se fazia em torno de 2,2 milhões de velhos brasileiros em 1950, com uma taxa de crescimento que poderia chegar a 33,8 milhões de pessoas velhas

morando no Brasil em 2025 (Barreto, 1992). Desse modo, surgiram preocupações para com a velhice, as quais variavam desde fatores sociais e econômicos, perpassando por fatores culturais, impactando direta ou indiretamente a qualidade e a sobrevivência dos indivíduos a partir da atuação da clínica médica nos âmbitos dos espaços e fases da vida.

Nesse sentido, Kehl (1949, p. 168) advertia que:

Comprovado o facto de que o número de anciãos aumenta, cumpre, desde o presente, estudar um plano para resolver o problema de sua acomodação futura. Não se podem eles continuar, como actualmente, sem uma entidade que nos ampare no sentido “positivo” de os aproveitar para uma atividade profícua, em próprio benefício, sobretudo a fim de que consigam prover-se, ao menos em parte, no que diz respeito à sua manutenção.

No trecho citado acima, Kehl, além de alertar para a necessidade de políticas voltadas para a assistência à velhice futura, denunciava o isolamento que esses sujeitos envelhecidos sofriam e sofreriam em sociedade, mesmo tendo consciência de que as suas ideias estabeleciam uma espécie de segregação social entre os bens nascidos (os que conseguiam hereditária, social e/ou economicamente um bom envelhecimento) e os maus nascidos (os desprovidos da boa genética e de condições higiênicas e econômicas). Entende-se, dessa forma, que isso possibilitava a criação de um campo de compreensão de que, até mesmo na infância, os sobreviventes eram determinados por sua herança genética, tendo as questões socioeconômicas e higiênicas como fatores determinantes do desenvolvimento desses herdeiros nas demais fases da vida. Em outras palavras, para Renato Kehl, a separação do joio e do trigo deveria já começar na infância.

Nesse sentido, notamos as contradições dos pensamentos de Kehl em relação à velhice e ao processo de envelhecimento: o fator da hereditariedade, tão presentes nos discursos dos médicos eugenistas, confronta-se com os demais aspectos da proposta médica de Kehl, voltada para a observância do processo de envelhecimento e para as dietas e receitas indicadas para essa fase da vida. Para Kehl (1949, p. 82):

Os indivíduos bem prendados, que receberam por herança, através dos *gens* paternos, ótimo patrimônio vital, atingem a velhice tardiamente, independente de quaisquer cuidados extraordinários e mesmo sem cuidado algum.

De forma direta, não adiantaria estabelecer dietas e evitar os vícios se o processo de envelhecimento e a velhice já estivessem definidos pelas determinantes genéticas. Por outro lado, a longevidade, embora transmissível de pai para filho, poderia ser estendida ou encurtada de acordo com as condições higiênicas que o indivíduo estivesse submetido. Para Kehl:

As influencias da hereditariedade e do meio ambiente e social acham-se associadas, seja para elevar ou para reduzir a longevidade de certos indivíduos e grupos de indivíduos. Está firmado o fato de que a inteligência, a posição social, as boas condições econômicas muito concorrem para a maior duração da vida, sendo que os trabalhadores braçais morrem cedo, portanto, apresentam índice de mortalidade mais elevado, em contraste com os trabalhadores intelectuais, cujo índice de mortalidade é francamente inferior à média (Kehl, 1949, p. 62).

Nessa direção, observo que novas possibilidades de intervenção médica sobre o corpo passaram a ser pensadas e consideradas por Kehl a fim de garantir o bom desenvolvimento da nação, baseadas nos valores da “moral”, do “progresso” e da “civilização” (Santos, 2015, p. 235), sendo a educação sanitária na infância necessária para a promoção do desenvolvimento de corpos saudáveis, limpos, fortes e longevos. Isso mostra que “a higienização da infância por meio da educação sanitária escolar se apresentava aos escúlianos como mais um caminho para intensificar a penetração social do saber médico” (Santos, 2015, p. 235). Segundo Góes (2015, p. 162):

Kehl identifica na educação o método de viabilização das ideias eugênicas para melhorar as “proles” e, somente a partir de um método moral, na crença de que os homens venham a se preocupar com a posteridade e a “responsabilidade” com a coletividade e, ainda, um método legislativo e econômico, visando ao estabelecimento de leis e medidas capazes de assegurar a “multiplicação menos rápida das proles inferiores, a fim de que as das linhagens superiores as “sobrepõem” (Kehl, 1929, p. 209). É necessário afirmar que seu plano educacional engloba orientação tanto no âmbito da saúde, como nas relações sexuais, somando-se os cuidados do casamento para que não seja realizada a união entre eugênicos e disgenéticos.

A educação na infância tinha um objetivo de massificar as informações eugênicas no corpo social. Para este fim, a escola foi o espaço escolhido pelos eugeniastas devido ao contato das crianças com a formação eugênica. E a partir daí, estabeleciam um movimento de circularidade das ideias eugeniastas dado o repasse dessas informações dentro dos seus lares e outros espaços de convivência. Em outras palavras, à medida que as crianças eram formadas, elas também eram formadoras. Segundo Góes (2015, p. 164):

Por essa razão, [Renato Kehl] acreditava que a educação teria um papel fundamental para a realização do projeto eugênico, pois, somente com ela é que seria efetivada a eugenia no Brasil, por meio de homens cultos, límpidos. A eugenia seria uma maneira de aperfeiçoar os homens, daí a sua conclusão em relação ao projeto de educação eugeniasta, ao frisar de maneira otimista: “Formemos, pois, a nossa ‘elite’, que tudo o mais temos a sobrar!”. E continua: “É por assim pensar que preferimos, a 1.000 escolas para alfabetizar, 1 boa escola para educar” (Kehl, 1933, p. 223).

A educação, dentro do pensamento eugeniasta, deveria corresponder, sobretudo, a uma seleção massiva dos indivíduos deduzidos como “herdeiros” da nova e superior sociedade a nascer. O desejo de “educar” em detrimento da ideia de “alfabetizar” está ligado diretamente à distinção que Kehl fazia entre os “bem” e “mal” nascidos. A segregação na educação escolar perpassava não só o acesso à escola, mas a negação desse espaço para aqueles que dele não eram dignos de pertencer. Por outro lado, começava o aumento não só da demanda de problemáticas no tocante à medicina eugênica, como também à requisição de novos campos de atuação por partes dos médicos para atender aos novos chamamentos da prática clínica: o envelhecimento do corpo, as causas da velhice e a prevenção a ela, ao passo que os corpos das crianças da elite se eugениzavam.

De todo modo, o processo de envelhecimento e o espaço da velhice tendiam a demandar atenção e tratamentos especializados, agora como questões circunscritas a uma determinada fase da vida, exigindo atenção e cuidados que os médicos eugeniastas, aparentemente, ainda ou não estavam prontos ou não tinham como preocupação as questões ligadas à velhice.

Por isso que a infância foi um dos principais espaços buscados para a atuação dos discursos médicos eugeniastas. Essa prática, por

si só, já asseguraria um processo de envelhecimento sadio a partir dessa fase da vida, já que as determinantes hereditárias poderiam ser melhoradas circunstancialmente. O notável, então, seria que, com a apresentação do livro *Envelheça sorrindo*, Kehl amplificava e assegurava melhores condições de contorno ao processo de envelhecimento e melhor gerência das questões ligadas à velhice.

Sendo assim, a infância foi o alvo dos discursos dos médicos por um motivo simples: quanto mais se investisse na base social da nação – compreende-se a infância –, mais próximo a população estaria de alcançar cada vez mais a sua longevidade. A resolução das problemáticas que levavam às doenças e às numerosas mortes das crianças era a garantia de uma nação longeva e sadia.

Na fase infantil e juvenil, como na de declínio ou involução, pode o organismo ser comparado a um relógio, cujas peças são de tal forma ajustadas que permitem um funcionamento mais acelerado ou mais retardado. Tendo como “regulador” ou “chave” os cursos endócrino-vegetativos, atualmente conhecidos, os recursos dietéticos, os vitamínicos e, finalmente, as medidas higiênico-profiláticas de natureza gerocômica, pode o médico deter as principais causas de senilidade precoce, oriundas da própria constituição ou de fatores exógenos, responsáveis pelas aludidas desordens que acarretam a decadência física e a miopragia ou debilidade funcional (Kehl, 1949, p. 84).

A educação eugênica na infância, seria, portanto, o passaporte para fazer com que o darwinismo social¹⁷ acontecesse. Os bens nascidos cresceriam com todo o suporte e educação necessária para o desenvolvimento do corpo e da moral, aptos para assumirem os

.....
17. Resumidamente, defendido por Francis Galton, esse conceito é desenvolvido considerando a teoria da “seleção natural das espécies”, defendido por Charlie Darwin, sendo aplicado, portanto, no corpo social no qual os indivíduos estão inseridos.

seus lugares de direito. Isso, na mente do médico eugeniستا, funcionaria como um tipo de filtro entre os bem e mal nascidos que herdariam, no futuro, a longevidade e uma boa experiência na velhice, como almejava Kehl.

A questão do envelhecimento feminino dentro do discurso eugênico

Em seu livro *Envelheça sorrindo* (1949), Renato Kehl tratou do processo de envelhecimento do corpo masculino em geral, dedicando-se a escrever um capítulo exclusivo para tratar da problemática do envelhecimento feminino, mesmo que “quase todos os conselhos, regimes alimentares e indicações psicoterápicas podem ser por ela [a mulher] adotadas sob orientação médica” (Kehl, 1949, p. 186).

Entendia que eram as mulheres que, preferencialmente, deveriam atentar para as orientações e reflexões presentes por todo o livro para a garantia de uma experiência sadia e bem-sucedida na velhice. Isso porque, “pela regra, todas as mulheres, passado o trigésimo aniversário, nunca olham o espelho sem procurar com ansiedade os primeiros indícios de envelhecimento” (Kehl, 1949, p. 186).

O médico entendia que o envelhecimento feminino acontecia de forma mais rápida que a masculina, requerendo, neste caso, o eventual uso de substâncias que possibilitassem o retardamento dos efeitos do avanço da idade sobre o corpo, observando os sinais da chegada do envelhecimento que o corpo apresentava. Neste caso, a mulher:

Têm as rugas como sinal certo de declínio, de desencanto e de desengano. Qualquer manifestação, mesmo insignificante do envelhecimento, incute-lhes um sentimento depressivo, tanto mais pronunciado nas predispostas às nevroses (Kehl, 1949, p. 186-187).

Kehl já havia delongado sobre o processo de envelhecimento da mulher em outra oportunidade, na obra de 1923, *A cura da fealdade*. Na ocasião, o detalhamento desse processo de envelhecimento foi apresentado como forma de garantir que as mulheres desenvolvessem e protegessem suas potencialidades reprodutoras, já que a reprodução de indivíduos saudáveis, fortes e belos era a sua principal função em uma sociedade em progresso. Para Kehl (1923, p. 78):

As mulheres, nestas condições, como elemento poderoso de vitória, devem esforçar-se por ser bellas, fortes, educando o organismo no regime do aprimoramento eumorphogenico, pela pratica dos exercicios gynnaísticos. Por meio destes, não só reuberão o corpo como presumil-o-ão de vícios de atitudes, e poderão mesmo corrigir certas deformidades resultantes de descuidos durante a infância e a adolescência.

Segundo Kehl, o cuidado com o corpo das mulheres também deveria atender, principalmente, para o bom funcionamento dos órgãos reprodutores. A alimentação deveria dialogar com a prática de exercícios físicos para que, assim, erros cometidos durante as fases da infância e da mocidade fossem corrigidos; e futuramente também os erros genéticos decorridos da hereditariedade.

Por esse meio solidificam-se as formas presimindo-as [sic] contra o envelhecimento precoce. Muitas mulheres, para impedir o desenvolvimento muscular, evitam os movimentos, abstêm-se dos esportes, deixando-se atrofiar no sedentarismo. Em consequencia disso atrofiam-se os músculos, cobrem-se de adiposidades, ficam com ventre flácido e proeminente, com os seios relaxados e pendentes (Kehl, 1923, p. 78).

O cuidado que as mulheres deveriam ter com os seus corpos deveria ser incentivado desde a fase infantil, preparando-se para desempenhar não só a “sua função” como reprodutora, como também a de se tornarem belas moças cativantes e merecedoras da preferência dos mais belos rapazes, estes responsáveis, posteriormente, pelo alvorecer de uma nova sociedade, já que “a mocidade é a idade da beleza” (Kehl, 1949, p. 187).

Neste caso, observa-se que, para Kehl, o papel feminino estava ligado a dois objetivos bem direcionados: a reprodução de indivíduos saudáveis e a construção de uma nação saudável e forte, representada na *persona* feminina “bela, recatada e do lar”. Segundo Góes (2015, p. 171), para Kehl, a mulher teria de ser “perfeita”, ausente de deformidades. No pensamento do eugenista:

As mulheres para serem belas devem ser fortes, educando seu organismo para aprimorar a sua modelagem (morfogênese), por meio de exercícios físicos (ginásticas), pois o robustecimento do corpo terá resultados satisfatórios, além de prevenir-se de vícios, de atitudes contrárias aos “bons costumes”, corrigindo os descuidos que a mulher adquiriu em seu período de infância. São essas condições que podem assegurar a consolidação de mulheres “belas” (Góes, 2015, p. 171).

A figura feminina era colocada, por ele, em um espaço secundário no campo social. Não é porque cabia a elas dar à luz herdeiros da “boa genética” que deveriam ocupar os mesmos espaços que os homens.

No raciocínio de Kehl, o que leva a mulher a ser “inferior” é a sua timidez, e devido ao homem “cumprir” um papel histórico na sociedade, isso faz com que a mulher não ocupe funções expres-

sivas na sociedade. Outra preocupação é a de que, caso a mulher venha a ocupar uma posição intelectual de destaque, os homens e a sociedade como um todo seriam prejudicados, mas, na perspectiva do autor, a mulher não conseguiria galgar ao ponto de se equiparar aos homens, pois, a sua submissão a este já está comprovada (Góes, 2015, p. 172).

A comprovação dessa inferioridade, a que se reporta Góes, era o embasamento que Renato Kehl se sustentava nos estudos biológicos das primeiras décadas do século XX, os quais tentavam legitimar a condição de inferioridade feminina perante os homens. Em outra ocasião, Kehl apelava à ideia de que a mulher seria “definitivamente incapaz de nivelar-se ao homem” (Kehl, 1923, p. 241).

A velhice feminina, de outro modo, ocupava um espaço de preocupação dentro do discurso eugênico de Kehl, que tomava a estatística do processo de envelhecimento do corpo feminino como um indício das diferenças nas condições sociais que perpassavam as questões dos mencionados gêneros. Segundo Kehl (1949, p. 188), “via de regra, a mulher vive mais que o homem; envelhece, entretanto, mais cedo, sentindo a aproximação da velhice com mais intensidade, por uma questão apenas de vaidade”. Viver mais que os homens representava mais que uma questão subjuntiva de percepção do envelhecimento do corpo reflexionada pelas mulheres, a representação dessa longevidade feminina espelhava, também, uma problemática de cunho socioeconômico, uma questão que despertava incômodo no pensamento eugênico de época a ser pensado e resolvido.

Dentro da demografia da velhice, os estudos apontavam que estatisticamente as mulheres envelheciam mais cedo. Dez anos de distância entre o começo do envelhecimento feminino para o masculino. Segundo as análises de Kehl:

O homem, contudo, começa a envelhecer desde o dia que nasce. Os primeiros sinais de envelhecimento, porém, só surgem quando cessa de crescer, ao transpor o 25º ano. O mais evidente só se patenteia depois dos 45 anos, nos indivíduos do sexo masculino e depois dos 35 anos, entre os do sexo feminino (Kehl, 1949, p. 44).

Destarte, poderia ser considerada uma mulher “velha” já nas casas dos 30 anos de idade, ainda nos primeiros sinais de presença de rugas e varizes. O corpo feminino, portanto, viveria mais tempo na velhice e, conseqüentemente, experienciaria de forma mais acentuada as problemáticas do envelhecimento do corpo.

Pela regra, todas as mulheres, passado o trigésimo aniversário, nunca olham o espelho sem procurar com ansiedade os primeiros indícios de envelhecimento. Têm as rugas como sinal de declínio, de desencano e desencanto (Kehl, 1949, p. 186).

O termômetro definitivo para sinalizar o envelhecimento do corpo feminino seria a chegada da menopausa. Isso porque a essa altura, a sociedade alimentara na mulher, desde a sua infância, que o seu papel era circunscrito à reprodução e aos cuidados domésticos; e, por muito tempo, esse discurso foi mantido e fortalecido. Kehl buscava justificar a associação da chegada da menopausa com o avançar da velhice feminina, afirmando que:

A maioria das mulheres, conquanto sinta e sofra a crise da menopausa, não se deixa, para felicidade delas, levar para os deslizes nevropáticos de se considerarem diminuídas, vencidas, sem nada mais poder esperar da vida (Kehl, 1949, p. 182).

O que Kehl, na verdade, quis dizer é que a chegada da menopausa anunciava o fim do ciclo útil da mulher na sociedade, pois para ele, a menopausa, biologicamente, ameaçava o fim do ciclo reprodutor feminino. Logo, as mulheres precisavam de mecanismos e estratégias para compensar os danos psíquicos advindos junto a essa nova fase da vida.

Uma das estratégias adotadas pelos eugenistas, inclusive, foi propor a criação da “Escola das Pequenas Mães”, cujo objetivo era educar e conscientizar, desde cedo, as meninas para o seu papel social e compromisso patriótico. Essas escolas tinham como meta ofertar uma formação direcionada para a sua “futura e primacial função na existência – a procriação” (Carvalho, 2015, p. 101). Os discursos eugênicos, por sua vez, além de justificarem essa visão dentro do campo biológico, relacionavam o período menstrual ao período social útil feminino na sociedade. Nas palavras de Kehl:

Os distúrbios na idade crítica decorrem, geralmente, das maneiras pelas quais se desenvolveu a vida da paciente na mocidade. As mulheres que seguiram a vida maternal, que se dedicaram à prole e ao lar, tiveram quase sempre o fluxo menstrual regular e um climatério desprovido de qualquer anormalidade. O mesmo não acontece, porém, com as mulheres de atividade social, aplicadas à ciência e à arte, cuja cessação definitiva do fluxo mensal se apresentou mais precoce e pobre em sintomas; já não se pode verificar o mesmo com as de vida amorosa muito ativa, vida galante, de luxo e de inquietação, cujo término do ciclo apresentou-se tardio e aparatosamente acompanhado de desordens de várias naturezas (Kehl, 1949, p. 188).

A vida no lar, para o eugenista, é uma condicionante do processo de envelhecimento feminino, devido à questão moral por

trás do discurso do médico que estabelecia uma diferenciação nos diversos estilos de vida adotadas pelas mulheres e, conseqüentemente, as formas boas ou más na cessão do fluxo menstrual. Assim, as atividades femininas deveriam ser medidas e empenhadas dentro da base do ciclo fértil: “A boa ou má disposição de saúde das mulheres depende, pois, em alto grau, da maneira pela qual vivem dentro de um regime salutar ou não”. Era preciso seguir o regime de toda forma. As que não seguissem, a elas estaria imputada uma velhice longa, solitária e doente. As mais conscientes do seu papel “resistiriam mais, pois contariam com a família (a descendência) para protegê-las melhor do que as ‘solteironas da mesma idade” (Freitas, 1924 *apud* Carvalho, 2015, p. 88).

Portanto, a procriação era um papel patriótico de homens e mulheres, que, dentro da lógica eugenista, era a garantia de que as condicionantes para o desenvolvimento de indivíduos bem dispostos e aptos para o processo de regeneração acontecesse de forma mais segura e concreta. De todo modo, “a educação física da mulher deveria pantear-se na ginástica sueca, na natação e na dança clássica. A cultura física da mulher era o capítulo primordial para a regeneração física (Carvalho, 2015, p. 93). A chegada da velhice, entretanto, sinalizava para um distanciamento desse papel, uma vez que as condições femininas para a procriação se tornariam mínimas e arriscadas. Não para a mulher, diga-se de passagem, mas para o fruto, resultado da gestação (Freitas, 1924 *apud* Carvalho, 2015, p. 98).

Uma vez dada a tal específica condição reprodutiva, a mulher teria descumprido ou se distanciado do seu papel social e patriótico. Inclusive, esse chamamento constante para que a mulher aceitasse com louvor tal responsabilidade se tornaria uma campanha obstinada de conscientização dos médicos eugenistas. Kehl inclusive remeteu uma carta à professora e poetisa Cecília Meireles, também assídua nessa missão de “conscientizar as mulheres de seu papel patriótico”, convidando-a para a “Quinzena da Eugenia”, a

ser realizada em maio de 1933. Na ocasião, Kehl reservou a Cecília o seguinte tema: “O papel da mulher perante a eugenia”, cujo sumário estava organizado nos seguintes tópicos: Função eugênica da mulher; A defesa da prole; A mulher como fator principal na defesa da nacionalidade; A mulher mãe e a mulher cidadã; e O que devem fazer as mulheres pela “higiene da raça”. Os tópicos tinham por objetivo discutir o “ser mulher” e o seu papel na sociedade eugênica.

A mulher era uma figura central para o projeto de eugenia, que perpassava determinados setores da política e da medicina de época.

Educada e protegida, a mulher compreendia o valor do que ensinava a higiene na defesa contra as contingências do meio e, desta maneira, complementaria a eugenia na defesa da raça contra as taras físicas ou as deformidades que a herança eterniza ou agrava (Carvalho, 2015, p. 102).

Entendemos, nesse caso, que a figura feminina era transpassada por discursos que cobravam e exigiam delas uma significativa correspondência aos meios eugênicos, o que as dotava de concreta responsabilidade, quanto à pregação da máxima difundida o tempo todo de que “mulheres fortes fazem uma raça forte” (Azevedo, 1920 *apud* Carvalho, 2015, p. 93). Dentro desse contexto, Kehl não estava sozinho na questão que envolvia o corpo feminino. O corpo da mulher estava em constante observação e vigilância porque a ela era atribuída a prosperidade de uma nascente e ideologizada forma corpórea, destinada a assumir e a consolidar uma nação definitivamente regenerada.

Fernando de Azevedo, jurista eugenista, defendia uma educação física específica para educar o corpo feminino, para o que ele chamou de “dever patriótico”. Isso pode ser conferido em um

trecho trazido na dissertação de mestrado de Joice Anne Alvez de Carvalho (2015):

A regeneração física da mulher brasileira seria certamente o meio mais lógico, mais seguro e mais direto de obter-se de futuro uma geração sadia e robusta, em substituição a esta de hoje, que, em geral, gera uma prole franzina, que surge, muitas vezes, sobre as ruínas da saúde das mães, quando não seja o sacrifício de sua própria vida (Azevedo, 1920 *apud* Carvalho, 2015, p. 94).

O corpo feminino, entretanto, estaria dotado de significações dos discursos eugênicos que se encontravam em constante latência, não só no meio médico, mas também nos vários campos da cientificidade da época. O corpo da mulher, portanto, deveria se manter sempre jovem, belo, saudável, nutrido e moralizado: “A nova mulher, submetida à tutela médica, além de ser uma agente familiar da higiene social, tornava-se suporte da moral da sociedade” (Matos, 2003, p. 110). Uma personificação exemplar da máxima: *mens sana in corpore sano*, que também fora adotada por Renato Kehl.

Dentro desse contexto, toda uma atuação social era pensada para o corpo feminino: escolas das pequenas mães, como já mencionado, tipos de exercícios físicos, regimes alimentares e códigos morais e de posturas. Tudo para que a tutora dessa “nova sociedade” a nascer garantisse a ela as boas condições de darem bons herdeiros da eugenia.

As condições da velhice, dentro do discurso eugênico, estavam ligadas não só ao processo de envelhecimento em si, mas também aos papéis e objetivos dos indivíduos em sociedade: “O contexto do debate brasileiro, o importante não eram os indivíduos em si, mas sua colaboração para o bem da sociedade” (Carvalho, 2015, p. 88).

Isso significava que os corpos em sociedade deveriam estar sempre preparados para os sacrifícios individuais em prol do coletivo. As mulheres, inclusive, como podemos perceber, tornaram-se um dos principais alvos do discurso médico contra o envelhecimento devido à tal “missão social” que a ela fora atribuída, e também à sua grande capacidade de alcançar a longevidade, sempre acima da média da expectativa de vida dos indivíduos do sexo masculino.

Por outro lado, haveria também que se respeitar o limite dessa fecundidade, a fim de evitar a nascer de degenerados e desnutridos, por terem sido gerados fora do período determinado para tal condição. Ou seja, a mulher não poderia ser considerada nem nova demais nem velha demais para tal feito.

Carvalho (2015, p. 98) exemplifica bem essa noção ao apresentar trechos de uma tese de doutorado defendida na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1924, pelo médico em formação Jayr Athayde de Freitas, ao estudar a gravidez em diferentes faixas de idade. A esse respeito, o aspirante a médico desenvolveu uma tese sobre a gravidez, especificamente, na velhice. Para ele:

É evidente que os riscos não ficariam adstritos à mãe, os malefícios ocasionados pela parturição em idade avançada também afetariam o feto, e de facto os filhos das mulheres idosas comumente nascem prematuros ou mesmo mortos, como mostram as estatísticas. [...] quando escapam os filhos dos velhos tem um aspecto característicos: “tristes, apáticos, franzinos, eles não têm a seiva, a exuberância das outras crianças e carregam de algum modo o estigma da sua origem” (Freitas, 1924 *apud* Carvalho, 2015, p. 98).

Dentro dessa condição de “progenitora de bem-nascidos”, nota-se que havia uma ala da sociedade adepta do pensamento eugenista que insistia constantemente sobre a moralidade dos atos

femininos, culpabilizando a mulher por determinadas condições físicas ao chegarem à fase da velhice. Primeiro, para essa sociedade, não é da natureza humana a árvore feminina passar a sua existência sem gerar frutos. Depois, a árvore que não gera frutos é uma árvore seca, anormal e doente. “Na complexidade infinita das ações humanas, seria [...] a reprodução, o fio condutor, a razão explicativa de todos atos e aspirações de qualquer natureza que seja” (Carvalho, 2015, p. 97).

Grosso modo, a expectativa de vida da mulher dentro de uma sociedade eugenista estaria ligada ao ciclo vital de seus períodos férteis. Passada dessa fase, a mulher estaria relegada a desfrutar de uma boa e tranquila velhice ao lado da sua descendência, ou assumir e se acostumar com a situação que a sua própria condição da não maternidade lhe impusera, a solidão, como defendia Freitas (1924 *apud* Carvalho, 2015, p. 99), em sua tese: “As velhas viúvas resistiriam mais, pois contariam com a família (a descendência) para protegê-las melhor do que são protegidas as solteironas da mesma idade”.

Os discursos eugenistas, em síntese, estabeleciam uma condição psicológica na mulher: a responsabilização moral e social de sua velhice. Com isso, criou-se na mulher uma definida condição de consulta à sua consciência sobre seu próprio processo de envelhecimento, tornando-a advogada e juíza de seu próprio corpo.

Renato Kehl construiu um consistente arcabouço teórico sobre as práticas médicas, partindo das ideias eugenistas e sanitariastas que se propagaram pelo mundo a partir do século XIX, consolidando-se como um dos mais importantes divulgadores da eugenia no Brasil, no século XX.

Nesse sentido, o esquema que Kehl possibilitou a reformulação de conceitos técnicos, à época, acerca não só do corpo dos indivíduos, como também da própria maneira de se relacionar com o próprio corpo e com o processo de envelhecimento, seu e do outro, nos espaços sociais e demais etapas da vida. Renato Kehl propôs, então, manuais, dietas, receitas, estilos de vida e modelos de corpos para que os indivíduos evitassem o aceleração do processo do envelhecimento, assim como buscassem um melhor cuidado de prevenção ao envelhecimento, com a manutenção da saúde, da beleza e da juventude.

O livro *Envelheça sorrindo* (1949) é fruto de uma construção discursiva das ideias eugênicas de Renato Kehl que potencializou uma visão negativa sobre o envelhecer dos indivíduos. Por um lado, a velhice, para o eugenista na obra em questão, passou a ser um lugar de pertencimento a ser evitado por todos aqueles que buscavam nas recomendações médicas a beleza, a saúde e a longevidade. Por outro lado, os discursos eugenistas de Kehl tinham forte potencial de fomentar uma depreciação da identidade do sujeito velho como indivíduo, uma vez que passou a associar o corpo desse sujeito ao que é feio, sujo e inválido, estabelecendo um parâmetro de uma

segregação silenciosa na sociedade entre o corpo considerado velho e um corpo considerado vigoroso, jovem e/ou rejuvenescido.

Os focos dos discursos eugenistas sobre o corpo envelhecido foram a infância e o corpo feminino. A primeira, por estar ligada diretamente à formação pedagógica e social dos indivíduos, que, segundo a lógica dos médicos eugenistas, tenderia a consolidar o projeto de eugenia da população brasileira a partir da seleção e substituição de hábitos e condutas, possibilitando assim a proliferação de novos padrões de corpos hígidos e eugênicos a transitarem em sociedade. Já o segundo era responsabilizado pela reprodução dos herdeiros da boa genética, por isso, deveriam estar sob a tutela e a vigilância médica e social para a garantia de que a lei da hereditariedade assegurasse a propagação e a preponderância dos “bens nascidos” em sociedade.

O estudo sobre a citada obra possibilitou identificar, nos tratados dos discursos eugênicos do médico Renato Kehl, evidências do surgimento dos discursos etaristas que recaem, ainda hoje, sobre o corpo envelhecido na nossa sociedade, comumente tomado como um corpo inválido, sujo, feio, fraco, mórbido e doente, que deve ser evitado.

Isso requer de nós, pesquisadores dos mais diversos campos científicos, o empreendimento de toda a força necessária para minguarmos e dissiparmos o preconceito contra o corpo que envelhece em sociedade, denunciando a omissão e o silenciamento para com a velhice, o corpo envelhecido e o sujeito velho nos tratados científicos e nas políticas sociais ao longo da história do nosso país.

O recorte temático em torno da obra *Envelheça sorrindo*, amparado pelo recurso metodológico ofertado pela análise do discurso em Michel Foucault, alinhado aos estudos sobre a história do corpo de diversos autores especialistas no tema e referenciados ao longo do texto, expõe claramente a necessidade de aprofundamento das investigações historiográficas sobre o tema. Sendo assim, podere-

mos compreendê-lo melhor e assim apresentar respostas lógicas e eficazes às problemáticas e inquietações em torno da temática da velhice e do lugar do sujeito velho perante a história.

Faz necessário observar a existência de algumas lacunas que persistiram durante o processo de investigação e escrita, a exemplo: o impacto dessa obra dentro e/ou fora do meio médico e social, assim como o seu consumo e a circularidade das suas ideias; a necessidade de investigação do “ser velho” e as formas de envelhecimento a partir das recomendações médicas como parte de um projeto biopolítico sobre os cuidados de si, com o corpo, bem como a promoção ou negação da vida; a importância de catalogar e problematizar a circulação de saberes e práticas educativas trocadas entre os médicos sanitaristas brasileiros sobre um modelo eugênico que vislumbrava educar os corpos contra a velhice; além de elencar, investigar e problematizar os espaços sociais destinados ao corpo envelhecido, assim como as políticas públicas, médicas e sanitárias para o sujeito velho em sociedade, ao longo do século XX.

Investigar sobre a velhice e sobre o corpo envelhecido desperta em mim uma potência de viver, uma vez que a velhice e o corpo envelhecido tendem a ser temidos por muitos que, respectivamente, a ela pertencerem e que o possuírem, fazendo-me questionar sempre o motivo de tanto pavor em se encontrar em uma fase da vida que deveria representar a apoteose da experiência e da existência humana, pois, como diz Nelson Rodrigues, “até os canalhas envelhecem”.

Por isso, incansavelmente, a investigação histórica sobre a velhice e o corpo envelhecido me faz concordar cada vez mais com o literário Charles-Augustin Sainte-Beuve quando diz que “envelhecer ainda é a única maneira que se descobriu de viver muito tempo”. A essa frase, acrescento que “escrever a história é ainda a única maneira de se descobrir como sujeito existente n’ela, isso sim, me permite viver muito tempo”.

a) Bibliografia

AGRA DO Ó, A. *Velhices imaginadas: memória e envelhecimento no Nordeste do Brasil (1935, 1937, 1945)*. Tese (Doutorado em História - Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Recife, 2008).

ARAÚJO. E. M. N. de. “*Espelho meu, agora a mais bela sou eu*”: cartografias da história da beleza no Brasil. Tese (Doutorado em História) - Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Recife, 2008.

ALBUQUERQUE JR., D. M. de. *História: a arte de inventar o passado*. Ensaios de teoria da história. Bauru, SP: Edusc, 2007. 256p.

ALBURQUERQUE JR., D. M. de. Raros e rotos, restos, rastros e rotos: os arquivos e documentos como condição de possibilidade do discurso historiográfico. *ArtCultura*, Uberlândia, v. 15, n. 26, p. 7-28, jan./jun. 2013.

ALVES, K. N. *De carne, pedra e desejos: imagens de corpos femininos no cotidiano urbano de Jacobina-BA (década de 1930)*. 2016. 134 f. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Centro de Humanidades, Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2016.

ARIÈS, P. *História social da criança e da família*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.

ARIÈS, P. *História da morte no Ocidente*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012.

BARRETO, M. L. *Admirável mundo velho: velhice, fantasia e realidade social*. São Paulo: Ática, 1992.

BARROS, J. D. *Teoria da História*. v. 1. 5. ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2014.

BARROS, J. D. *Teoria da História*. v. 3. 3. ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2013.

BONFIM, P. R. (2019). Educação eugênica: as recomendações de Renato Kehl a educadores, pais e escolares. *History of Education in Latin America - HistELA*, 2, e17449, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.21680/2596-0113.2019v2noID17449>. Acesso em: 20 jul. 2022.

BLOCH, M. *Apologia da História: ou o ofício de historiador*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

BULFINCH, T. *O livro de ouro da mitologia: histórias de deuses e heróis*. Rio de Janeiro: Agir, 2015.

BURKE, P. Abertura: a nova história, seu passado e seu futuro. In: BURKE, P. (Org.). *A escrita da história: novas perspectivas*. 2. ed. São Paulo: Editora Unesp, 2011. p. 7-38.

BURKE, P. *O que é história cultural?* Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BOURDÉ, G.; MARTIN, H. “Michelet e a apreensão ‘total’ do passado”. In: BOURDÉ, G.; MARTIN, H. *As escolas históricas*. Lisboa: Europa-America, s.d.

BRENTON, L. D. *Sociologia do Corpo*. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

CAMARANO, A. M.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*. v. 27 n. 1, São Paulo, jan./jun. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-30982010000100014>. Acesso em: 12 abr. 2021.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CARVALHO, J. A. A. *O discurso sobre o “ser mulher” e seus outros na construção do projeto de Brasil eugênico 1910-1940*. Dissertação (Mestrado em xxxxx) - Universidade Federal de Santa Maria, UFSM, Santa Maria, RS, 2015.

CASTRO, E. *Introdução a Foucault*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017.

CERTEAU, M. *A escrita da história*. 1. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.

CERTEAU, M. *História e psicanálise: entre a ciência e ficção*. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora. 2016. (Col. História & Historiografia, 3)

CHARTIER, R. *A história cultural entre práticas e representações*. Trad. de Maria Manuela Galhardo. Lisboa: Difusão Editora, 1988. 244 p.

CHARTIER, R. *A História ou a leitura do tempo*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

CÍCERO. *Saber envelhecer*: seguido de a amizade. Porto Alegre: L&PM Pocket, 1997.

COURTINE, J-J. *História do corpo 3*: as mutações do olhar. O século XX. 4. eEd. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2011.

DEBERT, G. G. *A reinvenção da velhice*: socialização e processos de reprivatização da velhice. 2. ed. São Paulo: Edusp/Fapesp, 2012.

DEL PRIORE, M.; AMANTINO, M. (Orgs.). *História do Corpo no Brasil*. São Paulo: Unesp, 2011. p. 427- 452.

DIWAN, P. *Raça pura*: uma história da eugenia no Brasil e no mundo. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2015.

ELIAS, N. *A solidão dos moribundos*: seguido de envelhecer e morrer. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

EL-DINE, L. R. Renato Kehl, a eugenia brasileira e suas conexões internacionais. *História, Ciências, Saúde*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, jul./set. 2020. p. 1006-1008.

FARGE, A. *Lugares para a história*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2015.

FARGE, A. *O sabor do arquivo*. São Paulo: Edusp, 2009.

FAURE, O. O olhar dos médicos. In: CORBIN, A.; COURTINE, J-J. *História do Corpo 3*: as mutações do olhar. O século XX. 4. ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2011.

FILIZZOLA, M. *A velhice no Brasil*: etarismo e civilização. Rio de Janeiro: Cia. Brasileira de Artes Gráficas, 1972.

FONSECA, M. A. “Fazer viver e deixar morrer”: as sociedades modernas e a tipologia de seus poderes. *Rev. bras. Ci. Soc.* v. 15 n. 44, São Paulo, out. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092000000300013. Acesso em: 16 set. 2019.

FORATTINI, O. P. A ciência e a sociedade. *Rev. Saúde Pública*, v. 33, n. 1, p. 107-108, 1999.

FOUCAULT, M. *A arqueologia do saber*. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

FOUCAULT, M. A cultura de si. In: FOUCAULT, M. *História da sexualidade 3*: o cuidado de si. 7. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2002. p. 43-74.

FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade*: curso no Collège de France, 1975-1976. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 26. ed. São Paulo: Graal, 2013.

FOUCAULT, M. *A ordem do discurso: aula inaugural no College de France*. Pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 24. ed. São Paulo: Loyola, 2014.

FOUCAULT, M. *Isto não é um cachimbo*. 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2014.

FOUCAULT, M. *Os anormais: curso no College de France (1974-1975)*. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2014. (Coleção Obras de M. Foucault)

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

FOUCAULT, M. *História da sexualidade 1: a vontade de saber*. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2015.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. 7. ed. Rio de Janeiro: Gen/Forense Universitária, 2017.

GÓES, W. L. *Racismo, eugenia no pensamento conservador brasileiro: a proposta de povo em Renato Kehl*. Dissertação (Mestrado em xxxxx) - UEP, Marília, 2015. 276p.

GOTTSCHALL, C. A. M. *Medicina hipocrática: antes, durante e depois*. Porto Alegre: Stampa, 2007. (Coleção Cremers).

GOULD, S. J. *A falsa medida do Homem*. 3. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2014.

HEGENBERG, L. *Doença: um estudo filosófico*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. 137p. [online].

HOBBSAWN, E. *A era dos extremos: o breve século XX 1914-1991*. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1975.

HOBBSAWN, E. *Sobre a História*. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

KERN, G. da S. *A educação eugênica nos Annaes de Eugénia*. *Revista Linhas*, Florianópolis, v. 21, n. 45, p. 301-321, 2020.

KINISHITA, C. T. *Um D. Quixote científico a pregar para uma legião de Panças: os manuais escolares de higiene à sombra da eugenia (1923-1936)*. Dissertação (Mestrado em Educação) - Unicamp, Campinas, SP, 2013. 182p.

LANGUÉ, F. (Org.). *Sensibilidades na História: memórias singulares e identidades sociais*. Porto Alegre: UFRGS, 2007. p. 7-21.

LE BRETON, D. *A sociologia do corpo*. 2. ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2006.

LE GOFF, J. *As doenças têm história*. Lisboa: Terramar Editora, 1985. (Coleção Pequena História)

LE GOFF, J. *História e memória*. Campinas: UNICAMP, 1994.

LE GOFF, J. Documento e Monumento. *In: LE GOFF, J. História e memória*. 6. ed. Campinas, SP: Editora Unicamp, 2012. p. 509-523.

LÖWY, M. "A contrapelo": a concepção dialética da cultura nas teses de Walter Benjamin (1940). *Lutas Sociais*, São Paulo, n. 25/26, p. 20-28, 2. sem. 2010 e 1º sem. 2011.

LUCA, T. R. de. “História dos, nos e por meio dos periódicos”. In: PINSKY, C. B. (Org.). *Fontes Históricas*. 2. ed. 1. reimp. São Paulo: Contexto, 2008.

MAGALHÃES, D. N. *A invenção social da velhice*. Rio de Janeiro: SESC, 1987.

MARQUES, V. R. B. *A medicalização da raça: médicos, educadores e discurso eugênico*. Campinas: UNICAMP, 1994.

MARLEBA, J. (Org.). *A História Escrita: teoria e história da historiografia*. São Paulo: Contexto, 2006.

MARTINS, L. Al-C. P.; MARTINS, R. de A. A metodologia de Lamarck. *Trans/Form/Ação*, São Paulo, v. 19, p. 115-140, 1996.

MASCARO, S. A. “O Que é Velhice”. 1. ed. São Paulo: Editora Brasileira, 1997. Coleção Primeiros Passos

MILANEZ, N. *As aventuras do corpo: dos modos de subjetivação às memórias de si em revista impressa*. Tese (Doutorado em xxxxx) - Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho, UNESP, Araraquara, SP, 2006.

MINAYO, M. C. Visão antropológica do envelhecimento. In: MINAYO, M. C. (Org.). *Velhices: reflexões contemporâneas*. v. 1. São Paulo: SESC/PUC, 2007. p. 47-60.

MIRANDA, C. A. C. Uma busca pela regeneração integral da natureza humana. In: MOTA, A.; MARINHO, M. G. S. M. (Orgs.). *História e História: ciência, educação e regionalidades*. São Paulo: USP, 2013. Coleção História, Medicina, Saúde e História, 4

MIRANDA, W. A. Vida e obra de Renato Ferraz Kehl. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, São Paulo, v. 39, n. 97, p. 296-302.

MOULIN, A. M. O corpo diante da medicina. In: COURTINE, J.-J. *História do Corpo 3: as mutações do olhar. O século XX*. 4. ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2011.

MORAES, A. O Corpo no Tempo: velhos e envelhecimento. In: DEL PRIORE, M.; AMANTINO, M. (Orgs.). *História do Corpo no Brasil*. São Paulo: Unesp, 2011. p. 427-452.

MUSSALIN, F. Análise do discurso: da objetividade científica ao terreno fluído da interpretação. In: FERNANDES, C. A.; SANTOS, J. B. C. dos (Orgs.). *Análise do discurso: unidade e dispersão*. Uberlândia: Entremeios, 2004. p. 71-94.

NORA, P. O retorno do fato. In: LE GOFF, J.; NORA, P. *História: novos problemas*. Rio de Janeiro: F. Alves, 1995. p. 179-193.

O'BRIEN, P. História Cultural de Michel Foucault. In: HUNT, L. (Org.). *A nova História Cultural*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

OLIVEIRA, I. B. de. A Penna de Belisário: narrativas nas correspondências de Belisário Penna. In: XXV SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, ANPUH, Fortaleza, CE, *Anais* [...], 2009.

OLIVEIRA, I. B. de *et al.* “A ordem antes do progresso – o discurso médico-higienista e a educação dos corpos no Brasil do início do século XX”. *Fênix – Revista de História e Estudos Culturais*, v. 9, ano IX, n. 1, jan./fev./mar./abr. 2012.

ORLANDI, E. *Análise de discurso: princípios e parâmetros*. 6. ed. Campinas, SP: Pontes, 2009.

PEREIRA, A. C. S. *Admirável corpo novo: discursos sobre o corpo envelhecido no Jornal do Brasil (1970-1974)*. Monografia (Graduação em xxxxxx) - Universidade Estadual da Paraíba, UEPB, 2018. Disponível em: <https://sistemas.uepb.edu.br/sicb/>. Acesso em: abr. 2021.

PESAVENTO, S. J. *História & História Cultural*. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

PESAVENTO, S. J. Sensibilidades no tempo, tempo das sensibilidades. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos [En ligne]*, Colloques, 04 fev. 2005. Acesso em: 12 jun. 2016.

PINSKY, C. B. (Org.). *Fontes históricas*. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2008.

PINTO, D. C. Olhares discursivos sobre o corpo. In: II SINALEL, UFG, 2011. p. 217-228.

PORTER, R. História do corpo. In: BURKE, P. (Org.). *A escrita da história: novas perspectivas*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1992.

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

ROSEN, G. *Da polícia médica à medicina social: lutas urbanas e controle sanitários, origens das políticas de saúde no Brasil*. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1985. 121p.

ROZENDO, A. da S. *Construção social do envelhecimento e experiências da velhice*. 2010. 106 f. Dissertação (Mestrado em xxxxxxxxx) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras de Assis, 2010.

SANTOS, A. R. “Quando a eugenia se distancia do saneamento: as idéias de Renato Kehl e Octávio Domingues no Boletim de Eugenia (1929-1933)”. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005. 208p.

SANTOS, D. F. *Caminhos da higiene da cidade da Parahyba do Norte (entre 1895-1911)*. Monografia/TCC (Graduação em História) - Universidade Estadual da Paraíba, UEPB, Guarabira, PB, 2018. 25p.

SANTOS, R. A. dos. Quem é bom, já nasce feito? Uma leitura do eugenismo de Renato Kehl (1917-37). *Revista Intellectus*, Ano 04, v. II, p. 1-10, 2005.

SANT'ANNA, D. B. *Corpos de passagem: ensaios sobre a subjetividade contemporânea*. 3. ed. São Paulo: Estação Liberdade, 2001.

SANT'ANNA, D. B. (Org.). *Políticas do corpo: elementos para uma história das práticas corporais*. 2. ed. São Paulo: Estação Liberdade, 2005.

SANT'ANNA, D. B. de. Higiene e higienismo entre o Império e a República. In: PRIORE, M. del; AMANTINO, M. (Orgs.). *História do corpo no Brasil*. 1. ed. São Paulo: Editora Unesp, 2011.

SARGENTINI, V.; NAVARRO, B. P. (Orgs.). *Foucault e os domínios da linguagem: discursos, poder, subjetividade*. São Carlos: Claraluz, 2004.

SCHWARCZ, L. M. *O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil, 1870-1930*. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SILVA, A. L. dos S. *A perfeição expressa na carne: física no projeto eugênico de Renato Kehl – 1917 a 1929*. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, Porto Alegre, 2008. 141p.

SILVA, A. L. dos S. *Nos domínios do corpo e das espécies: eugenia e biotipologia na constituição disciplinar da Educação Física*. Tese (Doutorado em Ciências do Movimento Humano) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, Porto Alegre, 2012. 260p.

SILVA, F. A. A. M. *O pensamento eugênico de Renato Kehl nas décadas de 1940-1950*. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Federal de São João Del-Rei, UFSJ, São João Del-rei, 2019.

SILVA, L. R. F. *Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento*. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 155-168, jan./mar. 2008. p. 155-168.

SOARES JÚNIOR, A. dos S. *Corpos hígidos: o limpo e o sujo na Paraíba (1912-1924)*. 2. ed. Rio de Janeiro: AMC Guedes, 2016.

SOLON, L. R. *A arte de prolongar a vida de Christoph Friedrich Wilhelm Hufeland (1762-1836)*. In: 14º SEMINÁRIO NACIONAL DE HISTÓRIA DA CIÊNCIA E DA TECNOLOGIA – 14º SNHCT, Belo Horizonte, Campus Pampulha da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, *Anais [...]*, 08 a 11 de outubro de 2014.

SOUZA, F. M. B. de. *Eugenia negativa no Brasil: Renato Kehl e suas lições de eugenia*. Monografia (Graduação em História) - Universidade Federal do Paraná, UFPR, Curitiba, 2013. p. 45.

SOUZA, V. S. *A eugenia no Brasil: ciência e pensamento social no movimento eugenista brasileiro do entre-guerras*. In: ANPUH – XXIII SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, Londrina, *Anais [...]*, 2005, p. 1-8.

SOUZA, V. S. de. *A política biológica como projeto: a “eugenia negativa” e a construção da nacionalidade na trajetória de Renato Kehl (1917-1932)*. Dissertação (Mestrado em História das Ciências) - Casa de Oswaldo Cruz, 2006.

STEPAN, N. L. *Eugenia no Brasil, 1917-1940*. In: HOCHMAN, G.; ARMUS, D. (Orgs.). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. p. 330-391. História e Saúde Collection.

STEPAN, N. L. *“A hora da eugenia”*: raça, gênero e nação na América Latina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

VANASSI, F. B. *Do eu-pele ao corpo próprio: corporeidade e subjetividade em Anzieu e Marleu-Ponty*. Dissertação (Mestrado em xxxx) - PUC Rio de Janeiro, RJ, 2017.

VIGARELLO, G. *História do corpo: da Revolução à Grande Guerra*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

VIGARELLO, G. *et al. História do corpo: as mutações do olhar*. O Século XX. v. 3, 4. ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2011.

WEGNER, R. Renato Kehl, a eugenia alemã e a doença de Nietzsche. In: ANAIS DO XXVI SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA – ANPUH, São Paulo, *Anais [...]* jul. 2011.

WILLIAMS, J. *Pós-estruturalismo*. 2. ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2013. (Série Pensamento Moderno)

b) Produções de Renato Kehl

KEHL, R. F. Conferência de propaganda eugênica. *Annaes de Eugénia*, Revista do Brasil/Sociedade Eugênica de São Paulo, p. 67-79, 1919.

KEHL, R. F. *A cura da fealdade: eugenia e medicina social*. Monteiro Lobato & Co. Editores: São Paulo, 1923.

KEHL, R. F. *A fada hygia*. 2. ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1925.

KEHL, R. F. Arquivos Brasileiros de Hygiene Mental. *Periódico da Liga Brasileira de Hygiene mental*, Rio de Janeiro, 1925-1940.

KEHL, R. F. *Boletim da Academia Nacional de Medicina*. Rio de Janeiro, 1923/1925.

KEHL, R. F. *Bíblia da saúde (Hygiene)*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1926.

KEHL, R. F. *Actas e Trabalhos*. Rio de Janeiro, v. 1, 1929.

KEHL, R. F. A eugenia no Brasil: esboço histórico e bibliográfico. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EUGENIA, Rio de Janeiro, *Anais [...]*, jul. 1929.

KEHL, R. F. *Boletim de Eugénia*. Rio de Janeiro, jul. 1929/ dez. 1931.

KEHL, R. F. *O Brazil-Médico*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1929.

KEHL, R. F. *Educação moral: falando aos jovens da minha terra*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1937.

KEHL, R. F. *Pais, médicos e mestres*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1939; Sociedade Eugênica de São Paulo, 1919.

KEHL, R. F. *Envelheça sorrindo: ensaios de macrobiótica ou arte de prolongar a vida e de geriatria ou “medicina dos velhos”*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1949. 231p.

Formato *15x21 cm*
Tipologia *Alegreya*
Nº de Pág. *167*

Editora da Universidade Federal de Campina Grande- EDUFCG

