

CONSTRUINDO A PAULISTANEIDADE

As representações do feminino e do masculino no discurso médico-eugênico, São Paulo (1890-1930)

*Maria Izilda Santos de Matos**

Resumo

Este estudo analisa as representações femininas, masculinas e familiares presentes nos discursos médico-sanitaristas, responsáveis pela construção do perfil ideal do ser homem e mulher paulista entre 1890 e 1930. Este período coincide com o arranque da urbanização e com o aumento da ação da medicina na capital paulista.

As recentes preocupações da historiografia com a descoberta de temas, agentes, espaços e temporalidades anteriormente esquecidos favorecem também a focalização dos domicílios, das famílias e dos gêneros, contribuindo para redefinir e ampliar noções tradicionais do significado histórico e permitindo recuperar diferentes sensações e representações, promovendo a descentralização dos sujeitos históricos e procurando articular outras experiências e aspirações.

Nessa perspectiva, este trabalho se propõe a sondar as representações femininas, masculinas e da família que emergiram dos discursos médico-sanitaristas e que construíram todo um perfil ideal do ser homem e mulher paulista, no período 1890-1930, momento de arranque da urbanização, e que coincide com o aumento da ação da medicina na capital paulista.

* Doutora associada do Departamento de História da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

A ação médica, vista enquanto discurso e prática, pode ser identificada como um modelo que indica e ilumina marcas de continuidade e mudança e onde a relação entre mudança e tensão social apresenta-se complexa. Numa tentativa de entender estas relações, optou-se por analisar o discurso médico de descrições normativas, reafirmações e definições de funções, papéis e sexualidade de homens e mulheres dentro da família e na cidade.

O palco

A expansão urbana de São Paulo esteve vinculada diretamente aos avanços e/ou dificuldades da economia cafeeira; em poucos anos a capital paulista consolidou-se como o grande centro capitalista, integrador regional, mercado distribuidor e receptor de produtos e serviços, fatores nitidamente vinculados ao crescimento da produção cafeeira. A política desencadeada pela cafeicultura paulista, ao estimular e promover intensamente a imigração em proporções bem superiores às possibilidades de emprego no campo, favoreceu muito o crescimento da população urbana. Assim, em momentos de queda do preço do café, geadas ou pragas, a evasão dos colonos do campo era acentuada, provocando acúmulo de despossuídos na cidade e gerando um novo perfil populacional.¹

O antigo “ burgo dos estudantes”, onde o ritmo de transformações era lento e o espaço quase estático, alterava-se rapidamente com a urbanização acelerada. Nesse processo coexistiam permanências, demolições e construções, cresciam as obras públicas, espaços passavam a ser redefinidos como novas áreas comerciais e financeiras, além da zona do meretrício. Conjuntamente com a intensificação industrial, quarteirões e bairros diferenciavam-se segundo a predominância das atividades ali estabelecidas; ruas, vilas e cortiços povoados sobretudo por operários, em sua maioria imigrantes, mostravam a latência de um espaço entre a casa e a rua onde ocorriam trocas permanentes, estabelecendo relações dinâmicas entre as famílias e criando novos laços de solidariedade.

A emergência desse processo coincide com o novo regime político – o republicano –, cujo programa, dada a influência da doutrina positivista, concentrou suas atenções no binômio família/cidade, base da proposta de estruturação do Estado, em que o conceito de pátria se baseava na família (Carvalho, 1987, p. 63). Esta era vista mais do que nunca como o sustentáculo de um projeto normatizador cujo desenvolvimento reequacionou seu papel e sua inserção social na cidade, já que a nova família foi estimulada a desenvolver práticas sociais que se adaptassem ao novo regime e ao espaço urbano.

Nesse processo, a problemática da cidade foi delineada enquanto “questão” – a chamada *questão urbana* –, atravessada pelos pressupostos da disciplina e da cidadania, passando a cidade a ser reconhecida enquanto espaço de tensões. A primeira via a focalizar a cidade de São Paulo como uma “questão” foi a higiênico-sanitarista, que conjugou o olhar médico com a política intervencionista de um Estado planejador/reformador. Interligada à questão urbana, constrói-se a questão social com o surgimento da pobreza e a identificação do outro – o pobre, o imigrante.

Um agente transformador

O período de institucionalização da medicina como produtora de um saber enquanto teoria e prática, em São Paulo, coincidiu com esse momento de efervescência do processo de urbanização. O movimento associativo dos médicos se desenvolveu a partir dos anos finais do século XIX, concentrando-se inicialmente em questões pertinentes à regulamentação do exercício profissional, como a condenação do charlatanismo e a definição de um código de conduta médica, temas que propiciaram a convergência dos profissionais em uma entidade da categoria.²

A expansão da teoria de Pasteur e da idéia de contágio transformaram a visão que se tinha da doença, dos corpos e da higiene: era preciso mudar hábitos e atitudes, de tal modo que o papel do médico tornou-se decisivo na configuração das pautas normativas. Assim, o cientificismo imperante neste período permitiu aos médicos expandir o

controle sobre a família, normatizando os corpos e os procedimentos, disciplinando a sociedade, ordenando o sexo e os prazeres. Nesse sentido, o discurso médico apresentou a sociedade como um organismo caótico que necessitava ser regrado, estabelecendo uma oposição entre a desordem real e uma ordem ideal, em que a interferência do médico seria indispensável.

A vasta produção médica consultada inclui textos destinados a públicos diferenciados, e, portanto, dotados de linguagens distintas: desde monografias e ensaios experimentais tecnicamente sofisticados, teses, passando por boletins mensais e anuários, até folhetos explicativos e de divulgação. Nessa documentação, os médicos apresentavam-se como os detentores do monopólio do “conhecimento racional e científico” – a eles caberia indicar como e quando agir, como sanar, quando e como interceder.

Mulher e mãe

O higienismo como uma das bases da doutrina médica da época, criou todo um conjunto de prescrições que deveriam orientar e ordenar a vida nos seus mais variados aspectos: na cidade, no trabalho, no comércio de alimentos, no domicílio, na família, nos corpos. Os costumes e hábitos cotidianos os prazeres “permitidos” e “proibidos” deveriam seguir o parâmetro médico-sanitarista.

O discurso médico propalava a necessidade de impor uma profilaxia antimicrobiana aos lares, nos quais a principal agente era a mulher (Freire Costa, 1979). Cabia à mulher a responsabilidade pela saúde e pelo bem-estar de seus membros, e portanto ampliava-se a esfera de atuação da dona de casa no controle dos mandamentos de higiene, principalmente em relação à infância.

A educação feminina torna-se um ponto-chave para a medicina, pois através dela pretendia-se o aperfeiçoamento físico e moral da mulher, da mãe e das futuras gerações do país. A “nova mulher”, submetida à tutela médica, além de se constituir num agente familiar da higiene social, deveria tornar-se o baluarte da moral da sociedade, e dessa forma as normas médicas deveriam ser transmitidas pelas mães às suas filhas a partir da adolescência e puberdade (Castilho, 1910, p. 30).

Nesse discurso de valorização da criança como elemento-chave da família, os médicos destacavam a culpabilidade das mães em relação à mortalidade infantil, procurava divulgar novos preceitos de higiene, orientar hábitos de nutrição e dietética infantil. Com essas preocupações, as campanhas pelo aleitamento materno foram um dos pontos centrais dos escritos e das ações médicas. Apresentando o aleitamento como um momento de estreitamento dos laços familiares e de manifestação do amor materno capaz de garantir o bom desenvolvimento físico e mental das crianças, denunciavam o egoísmo e a vaidade das mulheres que não queriam amamentar seus filhos, acusavam-nas de causadoras da desnutrição, do raquitismo e da mortalidade infantil (Pascareli, 1926; Magalhães, 1923; Quintanilha, 1927). Surgem então as campanhas em defesa da amamentação materna e contra a amamentação mercenária ou artificial. Mesmo quando a mãe estivesse impossibilitada de amamentar seu filho e a utilização do aleitamento mercenário se fizesse necessária, a seleção deveria ser muito criteriosa.

Amas-de-leite

A questão do aleitamento mercenário preocupava pais e autoridades médicas diante da possibilidade de que as amas infectassem as crianças, principalmente com tuberculose e sífilis. Nesse sentido, sugeria-se a criação de órgãos médicos que examinassem o sangue e o leite das amas, realizassem exames ginecológicos e fornecessem atestados de saúde. Além de arregimentar e catalogar as mulheres disponíveis para essa função, o órgão deveria servir como local de seleção, mantendo listas das que estivessem qualificadas para trabalhar, registrando o número de partos que cada mulher tivera e a data de nascimento de seus filhos.

Nos anúncios de jornais da época eram variadas as candidatas: brancas e negras, nacionais e estrangeiras de diferentes nacionalidades, para dormir na casa dos patrões ou “para amamentar três vezes por dia”. Algumas vinham sem os filhos, outras se faziam acompanhar pela criança, muitas vezes se sujeitando a receber menos por isso. Havia as amas de “primeiro leite” e as já de um quarto ou quinto filho, com leite de um, dois ou até sete meses.

Algumas famílias ainda mantinham o hábito de que as crianças fossem criadas nas casas das amas. Essas "amas criadeiras", como eram chamadas, serviam tanto às mães de família como às instituições públicas. Como não havia orfanatos suficientes para abrigar crianças abandonadas, a própria Santa Casa se utilizava de seus serviços:

(...) amas ou criadeiras, que eram mulheres de origem modesta, residentes nas vilas mais pobres dos arredores da capital e que, recebendo a criança em sua casa, não visavam senão uma remuneração, por pequena que fosse. 'Quem já não ouviu falar das amas de Santo Amaro e Itapecerica? Muito ignorantes, pertencentes a famílias que trabalhavam na lavoura, recebiam da Santa Casa a propina mensal de quatro cruzeiros'... abrigadas em casas primitivas, sem qualquer recurso higiênico, tratadas por pessoas incultas e paupérrimas, as crianças viviam na mais completa falta de cuidados os mais prementes. Daí o seu elevado índice de mortalidade (Bruno, 1983, p. 1.195).

Sucessivamente tentou-se regulamentar essa ocupação, mas talvez o que mais influenciou na gradativa diminuição da utilização das amas-de-leite foram as alterações nas relações familiares. Propalava-se um modelo imaginário de família orientado para a intimidade do lar e que conduzia a mulher ao território da vida doméstica, *locus* privilegiado para a realização de seus talentos, procurando-se introjetar-lhe a importância da missão de mãe. Assim, a designação das mulheres exclusivamente para o espaço doméstico foi correlativa a uma transformação no estatuto da infância, difundida pela puericultura e pelas escolas e, de certa maneira, tardiamente corroborada pela legislação (Rago, 1985; Del Priore, 1991).

As transformações nesse sentido não se efetuaram sem contradições. Higienistas desencadearam rigorosas campanhas contra as condições em que era realizado o trabalho de aleitamento mercenário, cujo controle foi feito paralelamente à difusão de novos princípios da dietética infantil fornecidos pela puericultura, ampliando o quadro de possibilidades de alimentação infantil, através das campanhas pelo leite higienizado e pelo leite de vaca integral. Todavia, a utilização de amas continuou pelo menos até 1930, quando ainda podiam-se encontrar – de forma freqüente, mas difusa – anúncios de procura e oferta de amas.

Maternologia

As altas taxas de mortalidade de mães e filhos e a necessidade de uma ação preventiva levaram ao desenvolvimento da maternologia, impulsionada por médicos, higienistas e reformadores sociais no sentido de uma “profissionalização” da maternidade.

A maternologia vinculava-se às “idéias higiênicas e redentoras” da maternidade e da proteção à infância. Através desta fala o saber médico construía um discurso e uma prática que tinham na criança e na mãe os elementos centrais, incorporando elementos da puericultura e pedagogia. A intervenção médica visava mais diretamente às famílias pobres, que precisavam ser educadas física, higiênica e moralmente. Assim, as campanhas profiláticas e educativas foram encaminhadas de diferentes formas, e a partir dos anos 20 concretizaram-se nos centros de saúde, que passaram a privilegiar o atendimento de crianças e mães (Ribeiro, 1993). Nesses centros eram difundidos os cuidados sanitários, de higiene e de nutrição, que as mães deveriam ter no lar, para si e suas crianças.

Dessa forma, a maternidade deixava de ser uma experiência exclusivamente feminina, transmitida entre mulheres, para transformar-se em um saber que emerge de um discurso profissional da medicina – na verdade, um discurso masculino sobre as mulheres.

O trabalho feminino

O discurso médico freqüentemente representava a maternidade como um “mandado biológico”, mas também como função que “enaltece e glorifica a mulher”, devendo a mulher desenvolvê-la em todo o seu potencial. Todavia, a representação da maternidade também transbordava seu caráter biológico para abarcar uma maternidade social, ou seja o desenvolvimento dos “sentimentos maternos” que justificariam os serviços aos filhos e aos demais membros da família, a filantropia feminina e a sua própria função educativa (Machado, 1925). Qualquer outra atividade feminina que não fosse a de mãe e esposa, realizada no aconchego do lar, passou a ser entendida como subordinada, assessória e desviante.

O trabalho feminino externo provocava indignação nos médicos, revestida, na maior parte das vezes, de preocupações morais. Predominava a representação simbólica ideal da mulher dedicada às tarefas do lar, enquanto o trabalhador masculino deveria assumir seu papel de único arrimo de família. Condenava-se o trabalho extradoméstico das mulheres, que era visto como um desperdício físico de energias femininas e como fator de dissolução da saúde e da capacidade de desempenho das funções maternas, além de elemento nocivo à moralidade, comprometedor da dignidade feminina, responsável pela mortalidade infantil e pelas desordens sociais, tendo como conseqüências nocivas o abandono das crianças, a marginalidade, a tuberculose e a prostituição.

A “fraqueza moral” das mulheres era considerada endêmica à sua natureza, encontrando no trabalho coletivo terreno fértil para manifestar-se. O discurso médico aconselhava a retirada das mulheres da fábrica e de outras atividades, já que eram consideradas mais propensas a cair na prostituição as operárias, costureiras, criadas de servir e empregadas no teatro (Medeiros, 926, p. 70).

Quando o trabalho feminino era indispensável à sobrevivência da família, o discurso médico procurava normatizá-lo, defendendo melhores condições de trabalho e defendendo a licença-maternidade e o aleitamento. Nesse contexto de preocupações de ordem moral, surgiu em 1917, na reforma do regulamento sanitário, uma das primeiras medidas regulamentadoras do trabalho feminino: proibiam-se o trabalho noturno das mulheres, o trabalho durante o último mês de gravidez e o primeiro do puerpério. A legislação procurava desta forma resolver as contradições que envolviam os papéis femininos, mantendo-as como produtoras e, simultaneamente, permitindo-lhes a reprodução.

Perfis de gênero numa paulicéia desvairada

O processo de urbanização permite à mulher uma nova circularidade pela cidade e o processo de industrialização amplia a utilização da mão-de-obra feminina e infantil, tornando necessária a normatização de novos parâmetros “civilizados” dos comportamentos femininos e masculinos. Os comportamentos deveriam ser retificados

conforme um perfil homogêneo de masculinidade e feminilidade adequados ao novo regime e a uma perspectiva sacramental; nesse sentido, a Igreja, o Estado e a medicina convergem seus interesses a fim de disciplinar mulheres e homens. O perfil da masculinidade emergente no discurso médico requer contínuas referências e diferenciações do modelo feminino. Assume-se que o homem é o indivíduo forte e que com sua agressividade e inteligência impôs o desenvolvimento da civilização urbana, ao passo que a mulher, por sua natureza passiva e fecunda, deve perpetuar essa civilização através da maternidade. Destacando as potencialidades masculinas – agressividade, força física e capacidade de dominação – o discurso médico legitima o homem em uma situação de domínio sobre a mulher.

Na construção de um perfil de masculinidade, o discurso médico atua diretamente nas campanhas contra o alcoolismo e contra as doenças venéreas, combatendo os hábitos que poderiam distanciá-lo do trabalho e de sua função de provedor, marido fiel, atencioso com os filhos, trabalhador (Guimarães Filho, 1926).

A fala científica da medicina justifica as funções tradicionais atribuídas aos sexos, alegando que estavam iniludível e irreversivelmente enraizadas na anatomia e na fisiologia masculina e feminina. Assim, as características sociais ideais da mulher teriam suas raízes profundas na base biológica. O útero definia a função social e as capacidades e limitações femininas, determinava seu comportamento emocional e moral, produzindo um ser incapaz de raciocínios elaborados, abstrações e atividade intelectual, mais frágil do ponto de vista físico e sedentário por natureza. Sendo que a combinação de fragilidade intelectual e física e de sensibilidade emocional tornava as mulheres preparadas para a procriação e a criação dos filhos (Roxo, 1928).

Sujeita às limitações da menstruação e da gravidez, tanto física como economicamente, a mulher teria que depender do homem e ser por ele tutelada. A “predestinação biológica” converte a maternidade em obrigação, a representação feminina centra-se na valorização da sensibilidade, da devoção e da submissão, em detrimento das aptidões intelectuais.

Ao homem se reservava a esfera pública, e à mulher, o mundo privado. A representação do lar e da família era feita em termos “naturais”, enquanto a esfera pública, em oposição, era representada, como

instância histórica. Esta separação entre público e privado não pode ser identificada como algo inevitável ou natural, tendo sido construída conjuntamente com a definição das esferas sexuais e a delimitação de espaços para os sexos. Sabendo-se que esses elementos são social, cultural e historicamente construídos, pode-se perceber um movimento progressivo de privatização do espaço, concomitantemente com o fortalecimento do Estado e o processo de urbanização, em que a esfera pública, cada vez mais voraz, estende seus tentáculos até o domínio das intimidades. Desta forma, pensar a família, e nela a mulher, como uma esfera separada do mundo do público é passar por alto as formas pelas quais as dinâmicas sociais das duas esferas afetam-se mutuamente, bem como ocultar a existência de uma dinâmica de poder que age em ambos (Sennet, 1988).

Os médicos, como novos sacerdotes, sacralizam o matrimônio, pois nele a família tem a garantia do nascimento legítimo. A sexualidade feminina torna-se objeto de atenção reforçada, apregoando-se a virgindade como garantia da pureza de sangue, como perpetuação do nome e da propriedade familiar, como elemento de saúde da prole, mantendo a mulher distante do perigo venéreo.

Apesar de haver maior tolerância com os excessos sexuais masculinos, como manifestação de virilidade, passou-se a recomendar a castidade também para os jovens do sexo masculino (Machado, 1925). A castidade masculina antes do casamento e a fidelidade matrimonial passaram a ser pontos centrais para a profilaxia educativa do pós-guerra. A defesa da castidade masculina aparece ligada a um novo argumento: a antecipação da idade de casamento, com a imposição de um exame médico pré-nupcial obrigatório por lei (Moraes Leme, 1926, p. 154; Oliveira, 1924).

O culto da virgindade, a exaltação do pudor e a defesa da castidade para ambos os sexos reforçam a representação do leito conjugal como um altar onde tem lugar o ato sagrado da reprodução. Sendo a procriação a função da família e a maternidade o destino ideal da mulher, o celibato era considerado antinatural e perigoso tanto para homens como para mulheres. Considerava-se que a mulher solteira seria mais propensa a transtornos físicos e emocionais, bem como que o celibato masculino propendia à promiscuidade.

O celibato não dá só lugar a inúmeras moléstias ...n'uma vida por demais irregular, mas também prodigalisa o ócio, pois que o celibatário não tem obrigações directas e restrictas, não tem que attender a deveres imperiosos de esposo e pae, prodigalisa uma vida de machinações sempre prejudicial, dando origem a vícios e até a crimes horrorosos (Campos da Paz, 1909, p. 23).

O evolucionismo e o positivismo, teorias que circulavam nos meios médicos dos finais do século XIX, justificavam com a diferença biológica dos sexos as desigualdades sociais e culturais entre homens e mulheres, mas a partir da década de 20, a teoria da complementaridade entre os sexos, já anteriormente difundida na Europa, provocou alterações na trajetória discursiva, desviando o acento dado à inferioridade feminina para a idéia de que as diferenças biológicas e sociais eram necessárias e complementares.

A teoria da complementaridade entre os sexos, ao contrário de ser emancipadora para as mulheres, reforçava a divisão de áreas de atuação, de divisão sexual do trabalho e do espaço. Aos homens caberia enfrentar a competitividade do mundo público, enquanto as mulheres deveriam continuar voltadas para o privado e para a maternidade, ponto definidor da feminilidade. Dessa forma, mesmo com a defesa de um novo protótipo de feminilidade baseado na figura da mulher moderna e esclarecida, manter-se-ia intacta a representação da maternidade como base da feminilidade.

Os anos 20 também trazem outras diferenças: o discurso normatizador está mais dirigido para os homens, e a representação masculina emergente é sempre negativa. Movido pelo instinto puramente sexual, o homem transgressor da moral precisaria ser reeducado, retornando para o seio da família.

Construindo a paulistaneidade

No pós-guerra o pensamento eugênico emergente também desempenhou influência marcante no delineamento do papel da família e dos perfis de gênero. Suas propostas não se limitaram aos círculos médicos, pois os propagadores da eugenia social eram também políticos

e higienistas que referendavam constantemente a matriz básica de sua argumentação – a medicina eugênica.

Procurando difundir as idéias de melhoria da qualidade da raça, o discurso eugenista apoiou inicialmente a maternologia como iniciativa de promoção da maternidade em condições ideais de saúde e higiene, reforçando que a função social e cívica da mulher era garantir a procriação, a sobrevivência das futuras gerações e o aperfeiçoamento e fortalecimento da raça. Gradativamente, o pensamento eugênico se expandiu e se institucionalizou, ampliando sua ação política e doutrinária.³

Através de um discurso linear e progressista, em que destacava que a humanidade saíra da barbárie para a civilização pelo casamento, a eugenia propalava a necessidade de se galgar um outro degrau: o casamento higienizado, ou seja, a necessidade de assegurar a saúde física e psíquica dos cônjuges. Baseados nos princípios da degeneração e hereditariedade, os médicos justificavam a necessidade de intervir nas uniões conjugais numa tentativa de promover a regeneração do caráter nacional. Assim, defendiam o exame pré-nupcial obrigatório por lei, proibição do casamento entre indivíduos nocivos ao cônjuge e à descendência, a esterilização obrigatória de indivíduos degenerados (Oliveira, 1924, p. 36).

Em São Paulo, o discurso eugênico adquiriu perfis próprios. O intenso processo imigrantista numa sociedade recém-egressa da escravidão, onde os conflitos étnicos e a xenofobia tinham manifestações cotidianas, fez com que o pensamento eugênico se preocupasse com a expansão do número de famílias imigrantes (Antunes, 1926). Em geral, considerava a imigração um benefício para o Brasil “como factor eugênico e de progresso”, uma contribuição ao aumento do sangue ariano num país marcado pela negritude,⁴ mas ponderava que deveria ser regrada, evitando-se a introdução de moléstias exóticas e de elementos que levassem à desorganização social – “os muito velhos, tarados, loucos, criminosos, degenerados, vagabundos, desordeiros, anarquistas, indesejáveis politicamente”. Dever-se-ia selecionar o imigrante, preferindo os mais assimiláveis. Nesse sentido desaconselhava-se a imigração de

pretos e amarelos (...) pois poderiam constituir um factor prejudicial augmentando a complexidade da nossa formação ethnica já de si tão complicada (...) uma colcha de retalhos. O único immigrante que nos serve (...) é o branco europeu em particular os portuguezes, italianos e hespanhoes (Guimarães Filho, 1926, p. 175).

O questionamento da imigração aparece vinculado à sugestão de substituição do subsídio à imigração pelo subsídio à procriação, com recompensas aos nacionais que tivessem certo número de filhos, “concorrendo para augmentar a população do nosso pais”(Oliveira, 1924, p. 23; Godoy, 1927, p. 23).

O discurso eugênico apresentava alguns pontos básicos que visavam à regeneração social e moral dos cidadãos paulistas: a luta contra a sífilis vinculada à defesa da abstinência sexual antes do casamento e à fidelidade conjugal como elementos saneadores da sociedade; o combate à prostituição e ao uso do álcool e das drogas; a apologia da educação sexual; a moralização dos costumes; o aperfeiçoamento de medidas legislativas de higiene; o exame pré-nupcial obrigatório por lei e a regulamentação da imigração (Medeiros, 1926, p. 26; Godoy, 1927, p. 25; Kehl, 1930).

Defendia-se a esterilização eugênica em questões que envolviam relevância pública, como a difusão de enfermidades então consideradas hereditárias (especialmente a tuberculose e lepra) e venéreas ou de degenerações. A castração deveria ser “aplicada compulsoriamente, de modo permanente”, devendo se tornar lei “para a melhoria physica, moral e intellectual dos nossos semelhantes” (Kehl, 1921).

O discurso médico centrava suas preocupações na “sagrada família” e no casamento monogâmico, sendo o lugar da mulher o lar e sua missão a de mãe e esposa (Machado, 1919, p. 110). Assim, desqualificava as mulheres que não desejavam ser mães, questionava o aborto, denunciava como alarmantes as práticas abortivas, pregava uma política de punição à prática clandestina, sendo preocupação de alguns o estabelecimento de um serviço de planificação familiar.

Na questão dos métodos contraceptivos, o discurso eugenista não apresentava unanimidade, mas na maior parte dos casos rejeitava a opção voluntária da maternidade, ou seja, a “maternidade consciente”, o controle da natalidade e os métodos contraceptivos, argumentando que

as mulheres que evitavam a gravidez estariam provocando o “suicídio da raça”, cometendo assim um pecado perante Deus e causando um mal ao país. Por “maternidade consciente” entendia-se a possibilidade de escolha do momento propício para a maternidade, permitindo o planejamento familiar. Sua difusão vinculava-se à utilização de métodos contraceptivos, entre os quais eram referendados o coito interrompido, as duchas de água e vinagre, as esponjas umedecidas com desinfetantes e colocadas no fundo da vagina, as camisinhas de tripa e de borracha e as tabelas de controle.

A Igreja recusava-se a aceitar a maternidade consciente, e entre os médicos não havia unanimidade, a maioria deles considerava que os diferentes métodos contraceptivos eram danosos, antinaturais e podiam repercutir na degeneração da saúde mental e física. Além de aumentarem os impulsos lascivos e os excessos sexuais, poderiam provocar lesões ginecológicas, transtornos, perda de memória, enfermidades do coração e a própria esterilidade (Machado, 1991, p. 116).

Já alguns poucos médicos defendiam a “maternidade consciente” no sentido de se evitar a miséria: um casal só deveria procriar os filhos que pudesse sustentar, e para tanto deveriam ser encaminhadas campanhas de divulgação dos métodos contraceptivos (Andrade, 1929, p. 7). Todavia, a defesa da maternidade consciente foi formulada mais diretamente em núcleos minoritários de pessoas vinculadas com o movimento de eugenismo social e, de forma mais generalizada, nos meios anarquistas que pregavam a reforma sexual (Nash, 1984).

Trama e poder

O conjunto dos discursos produzidos pela medicina paulista apresentou um caráter repetitivo de certas informações, idéias e argumentos, atestando a existência de um certo elemento tido como apropriado a uma narrativa médica, bem como de um certo padrão de explicação da realidade. Focalizando particularmente a família, e dentro dela a mulher, sua preocupação era a de vigilância e controle, o que se fez mais diretamente através das campanhas de aleitamento, da expansão de uma nova imagem de maternidade e também através das campanhas contra as moléstias venéreas e a contracepção.

O discurso médico higienista se caracterizou simultaneamente pela continuidade e pela ruptura, apresentando-se de forma pendular, num ir e vir. Assim, três componentes básicos emergiam neste discurso: a separação de esferas de participação de homens e das mulheres, a idealização da mulher-mãe e a moral sexual fundada no casamento monogâmico.

O discurso dos médicos compreendia uma rede intrincada de significados, caracterizando-se por contínuos mecanismos de ajustes e reformulações, em que perfis de gênero se construíram mediante a tecedura de uma trama em que estiveram presentes as relações de poder, constituindo-se um processo dinâmico em que estes perfis se faziam, desfaziam e refaziam por *diferenciação* e também por *integração*. As representações do masculino e do feminino se constituíram num processo interno de influência mútua, ou seja, simultaneamente constituintes e constituídas, ao mesmo tempo produto e processo de sua representação.

Destacando que a mulher tem na sua natureza aptidões para os cuidados com a infância e é responsável pela família, o discurso médico lhe conferiu uma valorização positiva dentro do lar, ampliando os poderes femininos no âmbito do privado, tornando a mulher mais operante, delegando-lhe um novo estatuto, fazendo com que as mulheres se reconhecessem dentro dessa esfera e se esforçassem dentro da unidade familiar e não fora dela, mas em contrapartida privilegiava-se o papel dos homens no espaço público (Luz, 1982, p. 11).

As representações masculinas e femininas construídas nesses discursos não só consolidavam diferenças como continham hierarquias. Eram imagens de poder que explicitavam visões mais voltadas para o “deve ser” do que para o “ser”, num processo de construção das representações de gênero regido por uma dinâmica de relações de dominação e exclusão. Incapaz de pensar a diferença, o discurso médico definia a mulher em oposição ao homem e vice-versa, e dessa forma acabava subordinando a mulher à órbita da posição central ocupada pelo homem. Assim, a mulher carregou a representação que a desqualifica enquanto pessoa e a subordina a uma matriz biológica e procriadora, reforçando concepções negativas sobre a condição feminina, principalmente ao recorrer a métodos supostamente científicos.

Assim, o discurso médico contém leis e normatizações de procedimentos para determinar os papéis sexuais. Esse discurso, na repetição e circularidade, reforça que as mulheres não foram feitas para as atividades públicas, ao contrário dos homens. O discurso determina simultaneamente as características ideais do masculino e do feminino. Nesse discurso, *identidade e diferenciação* são faces de um mesmo processo permeado pelo poder, recuperando o arquétipo feminino e masculino: o homem paulistano estava imbuído de um poder e encarregado de civilizar, impor com honra e caráter uma nova ordem, em que a mulher paulistana deveria ter um outro perfil – passiva, submissa, recolhida à família e à maternidade, mas como modelo de moralidade e dedicação.

Abstract

This research focuses on the female, male and family representation of the sanitary-physician debates which created the whole ideal profile of the man and woman being in the periode of 1890-1930. This was a special moment of the development in the urbanization process which took place in the instant of the growth of medical influence in São Paulo.

Notas

- 1 De acordo com o censo do ano de 1872, quando a cidade já sofria conseqüências do surto cafeeiro, a população de São Paulo era de 19.347 pessoas. No censo seguinte, o de 1890, elevou-se para 64.934 habitantes, e no início do século XX, em 1908, eram 270.000 moradores, atingindo a cifra de 579.000 pessoas em 1920.
- 2 A Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo foi criada em 1895, e a Faculdade de Medicina, somente em 1913. *Annaes da Faculdade de Medicina de SP*, anno 1926, v. 1, p. 34.
- 3 A Sociedade de Eugenia de São Paulo foi criada em 1918, passando a ter publicações freqüentes a partir de então. Monteleone, Pedro. *Os cinco problemas da eugenia brasileira*. São Paulo: FMSP, 1929.

- 4 Além de “caiar” o país, esperava-se que o trabalhador imigrante reabilitasse o ato de trabalhar e imprimisse uma característica civilizadora ao trabalho, ocupação enobrecedora e pressuposto para o progresso. O imigrante laborioso, inteligente, vigoroso e que aspirava à fortuna representaria o progresso e a civilização.

Referências Bibliográficas

Fontes básicas

- AMERICANO, Jorge. *São Paulo naquele tempo (1895-1915)*. São Paulo: Saraiva, 1957.
- AMERICANO, Jorge. *São Paulo nesse tempo (1915-1935)*. São Paulo: Saraiva, 1957.
- ANDRADE, Geraldo. Concepcionismo inconsciente e mortalidade infantil. *Boletim de Eugenia*, Ano I, n. 12, Dez. 1929.
- ANNAES DA FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO PAULO. v. 1, 1926.
- ANTUNES, Paulo C. Azevedo. *Eugenia e imigração*. São Paulo: FMSP, 1926.
- BARBOSA, Everaldo. *Perturbações da menstruação*. Rio de Janeiro: 1914.
- BOLETIM DE EUGENIA. 1929, 1930, 1931.
- BRUNO, Ermani Silva. *História e tradições da cidade de São Paulo*. São Paulo: Hucitec, 1983.
- CAMPOS DA PAZ, Arthur Fernandes. *A utilidade do casamento sob o ponto de vista higiênico*. Rio de Janeiro: FMRJ, 1909.
- CAPPER, Hugo. Virgindade e gravidez. *Revista de Gynecologia e d'Obstetricia* (Rio de Janeiro), anno XXI, n. 9, set. 1927.
- CASTILHO, Brandão. *Breves considerações sobre a educação sexual*. Salvador: Faculdade de Medicina da Bahia, 1910.
- CORREIO PAULISTANO. São Paulo, 1890 a 1930.
- DIÁRIO POPULAR. São Paulo, 1890 a 1930.
- GODOY, Paulo. *Eugenia e seleção*. São Paulo: FMSP, 1927.
- GUIMARÃES FILHO, Álvaro. *Da higiene mental e sua importância em nosso meio*. São Paulo: FMSP, 1926.

- KEHL, Renato. Certificado médico pré-nupcial – regulamentação eugênica do casamento. *Brasil Médico* (Rio de Janeiro), XLIV, 1930.
- _____. A Esterilização sob o ponto de vista eugênico. *Brasil Médico* (Rio de Janeiro), XXV, n. 1, 1921.
- MACHADO, P. de Alcântara Marcondes. *Um ensaio de moral sexual*. São Paulo: FMCSF, 1925.
- MAGALHÃES, Antonio Simão de. *Do aleitamento materno*. São Paulo FMSP, 1913.
- MEDEIROS, Potyguar. *Sobre a prophylaxia da syphilis*. São Paulo: FMCSF, 1926.
- MEDINA, Jose. A organização e eficiência da Clínica Gynecologica da Faculdade de Medicina. *Annaes da Faculdade de Medicina de São Paulo*, v. 2, 1927.
- MONTELEONE, Pedro. *Os cinco problemas da eugenia brasileira*, São Paulo: FMSP, 1929.
- MORAES LEME, Jose Benedicto. *O problema venéreo*. São Paulo: FMCSF, 1926.
- MOREIRA, N. Machado. A syphilis e o casamento. *Annaes de Eugenia* (São Paulo), 1919.
- OLIVEIRA, Ubaldino Antunes. *Prophylaxia social*. São Paulo: FMCSF, 1924.
- PASCARELI, Vicente. *Da proteção a primeira infância em SP*. São Paulo: FMSP, 1926.
- PERRIN, Genil. Protejamos nossa saúde moral contra os perigos da vida moderna. *Revista de Medicina e Hygiene Militar*, anno XV, n. 2., 1926.
- QUINTANILHA, Ivo Lindemberg. *Hygiene pré-natal*. São Paulo: FMSP, 1927.
- ROXO, Henrique. Perturbações nervosas e mentaes que se observam nas doenças do útero e dos ovários. *Tribuna Médica*, anno XXXII, 1928.

Fontes complementares

- AMELANG, James; NASH, Mary. *Historia y género las mujeres en la Europa moderna y contemporánea*. Valencia: Edicions Alfons el Magnanim, 1990.

- ARAUJO, Rosa Maria Barbosa. *A vocação do prazer: a cidade e a família no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.
- ARIES, P.; DUBY, G. *Historia de la vida privada*. Madrid: Taurus, 1989. v. 7, 8.
- BRESCIANNI, M. Stella Martins. A mulher e o espaço público. In: _____. (Org). *Jogos da política*. São Paulo: Marco Zero, ANPUH, 1992.
- BURKE, Peter (Org). *A escrita da história: novas perspectivas*. São Paulo: Editora UNESP, 1992.
- CARVALHO, José Murilo de. *Os bestializados da República*. São Paulo: Cia. das Letras, 1987.
- DEL PRIORE, M. (Org). *A história da criança no Brasil*. São Paulo: Contexto, 1991.
- DUBY, G.; PERROT, M. *Historia de la mujeres: el siglo XX*. Madrid: Taurus, 1993.
- FAUSTO, Boris. *Trabalho urbano e conflito social (1890-1920)*. 3. ed. São Paulo: Difel, 1983.
- FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.
- FREIRE COSTA, J. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- LENKIEWICZ, Noemi E. El ser mujer: identidad, sexualidad y reproducción. In: OLIVEIRA, Orlandina. *Trabajo, poder y sexualidad*. México: El Colégio del México, 1989.
- LUZ, M. T. Lar e a Maternidade: instituições políticas. In: _____. (Org.) *O lugar da mulher*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- MORSE, Richard. M. *Formação histórica de São Paulo*. São Paulo: Difel, 1970.
- NASH, M. *Presencia y protagonismo: aspectos de la historia de la mujer*. Barcelona: Ediciones del Serbal, 1984.
- NUNES, Sílvia Alexim. *Medicina social e regulação do corpo feminino*. Rio de Janeiro, 1982. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- OLIVEIRA, Orlandina. *Trabajo, poder y sexualidad*. México: El Colégio del México, 1989.
- RAGO, Margareth. *Do cabaré ao lar: a topia da cidade disciplinar, Brasil 1890-1930*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

- _____. *Os prazeres da noite: prostituição e códigos da sexualidade feminina em SP – 1890-1930*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.
- REVEL, J.; PETER, J. O corpo: o homem doente e sua história. In: LE GOFF, J.; NORA, P. *História: novos objetos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976.
- RIBEIRO, Maria Alice Rosa. *História sem fim...inventário da saúde pública*. São Paulo: Editora UNESP, 1993.
- SENNET, Richard. *O declínio do homem público*. São Paulo: Cia. das Letras, 1988.
- SEVCENKO, Nicolau. *Orfeu extático na metrópole*. São Paulo: Cia. das Letras, 1992.
- SHORTER, E. Capitalism, culture and sexuality: some competing models. *Social Science Quartely*, n. 53. set. 1972.