

**CORPOS NUMA PAULICÉIA DESVAIRADA:
MULHERES, HOMENS E MÉDICOS
SÃO PAULO, 1890-1930**

*Maria Izilda S. de Matos**

Resumo

As recentes preocupações da historiografia com a descoberta de temas, agentes, espaços e tempos anteriormente esquecidos vêm favorecendo também a focalização dos corpos, contribuindo para redefinir e ampliar noções tradicionais acerca do significado histórico, criando possibilidades de recuperar diferentes sensações e representações. Nessa perspectiva, este texto se propõe a sondar as representações dos corpos femininos e masculinos, do casamento e da sexualidade, que emergem dos discursos médicos formulados no período de 1890-1930, momento de arranque da urbanização e que coincide com a ampliação da ação da Medicina na capital paulista.

Palavras-chave

Corpos; médicos; feminino; masculino; cidade.

Abstract

This piece of research focuses on the representations of the female and male bodies, of marriage and sexuality that emerge from the medical discourse formulated in the period between 1890 and 1930. This was a special moment in which the urbanization process suffered a strong development that took place in the instant of the growth of medical influence in the city of São Paulo.

Key-words

Bodies; doctors; feminine; masculine; city.

Vivia-se a euforia da chegada de um novo século – o XX. Em São Paulo, começava-se a conviver com as referências da modernidade e do progresso. Nas novas avenidas da cidade, recém-iluminada pela *Light and Power*, no lugar dos antigos carros de parrelha, tífburis e bondes a burro eram encontrados os bondes elétricos circulando juntamente com os primeiros automóveis. Os motores movimentavam as fábricas, as máquinas fotográficas registravam o processo; também despontava o cinema, reproduzindo na tela a vida em contínuo movimento. Os ritmos e os fluxos da cidade se alteravam, as ditas conquistas tecnológicas acenavam que o mundo nunca mais seria o mesmo.

O desejo de modernidade expandia-se e generalizava-se sob o influxo do crescimento comercial e financeiro. A expansão urbana de São Paulo esteve vinculada diretamente aos avanços e/ou dificuldades da economia cafeeira. Aos poucos, a capital paulista se consolidava como centro capitalista, integrador regional, mercado distribuidor e receptor de produtos e serviços, fatores vinculados ao crescimento da produção do “ouro verde”.

O antigo “burgo dos estudantes”, onde o ritmo de transformações era lento e o espaço quase estático, alterava-se rapidamente. Sob a administração do Conselheiro Antônio Prado e do Barão Duprat, a cidade procurou assumir seu destino de metrópole. Assim, foram feitas intervenções, procurando embelezar o centro, remodelando a Praça da República, a Avenida Tiradentes e os Vales do Anhangabaú e do Tamanduateí. Aspirando ao cosmopolitismo de padrões europeus, em novos bairros com praças e avenidas bem cuidadas, a elite erguia palacetes, réplicas de construções estrangeiras.

Num processo desenfreado e excludente, 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 política desencadeada pela cafeeira 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.¹ Assim, em momentos de queda do preço do café, geada ou pragas, a evasão dos colonos do campo era acentuada, provocando o acúmulo de despossuídos, envoltos num cotidiano de longas jornadas de trabalho, desemprego, carestia e fome, falta de moradia, especulação, epidemias e outros flagelos.

Nesse processo, a problemática da cidade foi delineada como “questão” – a chamada questão urbana –, atravessada pelos pressupostos da disciplina e da cidadania, passando a

cidade a ser reconhecida como espaço de tensões. Nesse mesmo processo, a questão social foi construída com a identificação do outro – o pobre, o imigrante, a mulher, o negro. 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 de intervenção de um Estado planejador/reformador.

O processo de expansão urbana em São Paulo coincidiu em parte com a emergência do regime 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.² 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 à modernidade, ao “civilizado”.

Esse período de efervescência do processo de urbanização em São Paulo coincidiu com o momento de institucionalização da medicina como produtora de um saber como teoria e prática. O movimento associativo dos médicos desenvolveu-se a partir dos anos finais do século XIX, concentrando-se inicialmente nas questões pertinentes à regulamentação do exercício profissional, como a condenação do charlatanismo e a definição de um código de conduta médica, temas que incentivaram a convergência dos profissionais em entidades da categoria.³

Graças às teorias de Pasteur e de Kock, expandiu-se o paradigma microbiano e bacteriológico, que possibilitou outras formas de compreensão das causas das doenças, dos corpos e da higiene, bem como das formas de transmissão das doenças, *da idéia de contágio* e da sua cura. Era preciso mudar hábitos e atitudes,⁴ de tal modo que o papel do médico tornou-se decisivo na configuração das pautas normativas. Assim, o cientificismo imperante nesse período permitiu aos médicos expandir o controle sobre a vida de homens e mulheres, normatizando os corpos e os procedimentos, disciplinando a sociedade, ordenando a sexualidade e os prazeres.⁵ Nesse sentido, o discurso médico apresentava a sociedade como um organismo caótico que necessitava ser regrado, estabelecendo uma oposição entre uma desordem real e uma ordem ideal, e a interferência do médico foi considerada indispensável.⁶

Homens e mulheres numa paulicéia desvairada: sexualidade e casamento

O processo de urbanização permite a homens e mulheres uma nova circularidade pela cidade. Conjuntamente, o processo de industrialização e o crescimento do comércio e dos

serviços ampliam a utilização da mão-de-obra feminina e infantil, tornando necessária a normatização de novos parâmetros de comportamento. Os comportamentos deveriam ser retificados conforme um perfil homogêneo e hegemônico 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.

A masculinidade hegemônica construída por esses discursos médicos requer contínuas referências e diferenciações do modelo feminino. Os discursos médicos explicitavam aspectos de normatização de um imaginário social urbano em transformação, ordenando e classificando o real por meio de categorias que se transformaram em universais e em exemplo de objetividade e racionalidade, impondo uma ordem dualista, com rígidas classificações, que desembocavam no binômio permitido/proibido, na desqualificação de uns e na supremacia de outros.

A fala científica da medicina justifica as funções tradicionais atribuídas aos sexos, alegando que elas 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. Fisicamente débeis, sujeitas às limitações da menstruação e da gravidez, as mulheres teriam de ser protegidas dos perigos públicos, pois se supunha que elas deveriam estar confinadas ao espaço privado, em razão de suas supostas “características biológicas”. A “predestinação biológica” converte a maternidade em obrigação, a representação feminina centra-se na valorização da sensibilidade, *da devoção e da submissão*, em detrimento da inteligência e das especulações intelectuais.⁷

Sujeita às limitações da menstruação e da gravidez, a mulher, tanto física como economicamente, teria que depender do homem e ser por ele tutelada. 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 se afetam mutuamente, bem como ocultar a existência de uma dinâmica de poder que age em ambos.

Assume-se que o homem deveria ser o indivíduo forte e que, com sua agressividade e inteligência, impor a desenvolvimento da civilização urbana, ao passo que a mulher, por sua natureza passiva e fecunda, deveria perpetuar essa civilização com a maternidade. Destacando as potencialidades masculinas, o discurso médico legitimava o domínio do homem sobre a mulher.

Na construção de um perfil ideal de masculinidade, o discurso médico engajou-se na luta contra o alcoolismo e as doenças venéreas, que poderiam distanciá-lo do trabalho e de sua função de provedor e trabalhador.

Apesar de haver maior tolerância com os excessos sexuais masculinos, identificados como manifestação de virilidade, passou-se a recomendar a castidade também para os rapazes.⁸ 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.

No que se refere à sexualidade, o discurso médico também procurou partir de uma dimensão de neutralidade, identificando a sexualidade como objeto de conhecimento e de ação transformadora. Para os médicos, a sexualidade deveria estar restrita ao casamento e o matrimônio era um meio de evitar os perigos da vida moderna.⁹

As restrições sexuais eram mais acentuadas para a mulher, vista como um receptáculo da vivência erótica e sexual masculina. Para os homens, a tolerância era maior, chegando-se a alegar que:

Sem a prática sexual aprendida com a prostituição não adquire o homem suficiente conhecimento da psychologia feminina, o que será um perigo quando se casar (...). O appetite sexual é em geral mais intenso no homem e por isso cabe ao homem a parte activa do coito (...) o papel da mulher no coito é, em geral, meramente passivo, a mulher é na regra common menos sensual, nella o instinto de geração está mais conservado que no homem (...) na mulher domina, sobre o instinto sexual, o instinto maternal (...). Dahi Egas Moniz afirmar que o homem é essencialmente sexual e a mulher essencialmente mãe.¹⁰

A sexualidade feminina deveria ser condicionada ao instinto maternal, como o equivalente feminino ao instinto sexual do homem. Representava-se a mulher grávida como símbolo da maternidade e, simultaneamente, da virilidade do marido; apregoava-se a virgindade como elemento da pureza de sangue, da perpetuação do nome e da propriedade familiar, garantia do nascimento legítimo, da saúde da prole e de manter distante o perigo venéreo. Surgem mais duas representações estereotipadas da natureza da mulher: a passiva e sexualmente inocente e a mulher perigosa sexualmente, identificada com a prostituta.¹¹

Nos anos 20, a trajetória do discurso médico se altera, o foco da ação normatizadora se desloca das mulheres para os homens, e as representações masculinas emergentes são sempre negativas. Movido pelo instinto puramente sexual, o homem transgressor da moral precisaria ser reeducado, retornando para o seio da família.

Os médicos defendem a castidade antes do matrimônio, o casamento monogâmico e a fidelidade conjugal para os homens. Esse ponto se torna o centro de toda uma campanha de profilaxia moral, que objetivava conseguir “*um preservativo realmente infallível*”, que romperia a cadeia de todos os males e sanearia a humanidade, acabando com as doenças venéreas, a prostituição e todos os vícios correlatos: alcoolismo, onanismo, tuberculose e criminalidade.¹²

A castidade masculina, para ser assegurada, deveria vir acompanhada pela antecipação da idade de casamento, precedida pelo exame médico pré-nupcial obrigatório por lei.¹³ Assim, reforçava-se constantemente que o leito conjugal era o altar onde teria lugar o ato sagrado da reprodução, de tal modo que o exercício da sexualidade fora desse objetivo poderia levar ao desvario e ameaçar a ordem social. Condenava-se a prática demasiado freqüente de relações sexuais, cujos “excessos”, além de malefícios morais, poderiam levar a uma fragilidade do organismo feminino e colocar em perigo as futuras gerações. Coibia-se também o sexo após os cinqüenta anos para os homens e depois da menopausa para as mulheres, sob o preceito de que a vida sexual deveria cessar com o fim da capacidade reprodutiva.

Nesse sentido, o celibato era considerado antinatural e perigoso tanto para homens como para mulheres. Considerava-se que a mulher solteira era mais propensa a transtornos físicos e emocionais, enquanto o celibato masculino propendia à promiscuidade.

*O celibato não dá só lugar a innumeras moléstias (...) n'uma vida por demais irregular, mas também prodigaliza o ócio, pois que o celibatário não tem obrigações directas e restrictas, não tem que attender a deveres imperiosos de esposo e pae, prodigaliza uma vida de machinações sempre prejudicial, dando origem a vícios e até a crimes horrorosos.*¹⁴

Assim, em torno do leito conjugal, constrói-se a fronteira do permitido/proibido, com normas que desqualificam as sexualidades periféricas.

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. A partir da década de 1920, a teoria da complementaridade entre os sexos, 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 não pode ser identificada, no entanto, como emancipadora para as mulheres, pois reforça a divisão de áreas de atuação, a divisão sexual do trabalho e do espaço. Mantém, com novos argumentos, as noções de que caberia aos homens enfrentar a competitividade do mundo público, enquanto as mulheres deveriam continuar voltadas para o privado e para a maternidade, ponto definidor da feminilidade. Desta 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.

Corpos femininos: construindo as mães do Brasil

Para o discurso científico da medicina, as funções tradicionais atribuídas aos gêneros estariam iniludível e irreversivelmente enraizadas na anatomia e na fisiologia. Os médicos viam a mulher como produto do seu sistema reprodutivo, base de sua função social e de suas características comportamentais: o útero¹⁵ e os ovários definiam a função social e as capacidades e limitações femininas, determinavam seu comportamento emocional e moral desde a puberdade até a menopausa, produzindo um ser incapaz de raciocínios elaborados, de abstrações e atividade intelectual, mais frágil do ponto de vista físico e sedentário por natureza. E a combinação de fragilidade intelectual e física, sensibilidade emocional e comportamento moral tornava as mulheres preparadas para a procriação e a criação dos filhos.¹⁶

O discurso médico destacava a conexão entre o útero e o sistema nervoso central, bem como as relações entre o ciclo reprodutivo e os estados emocionais femininos. A mulher seria prisioneira de ciclos que determinariam suas capacidades e limitações: um grande ciclo da puberdade à menopausa e ciclos menores representados pela gestação e a menstruação.¹⁷ O cérebro e os ovários não poderiam se desenvolver simultaneamente, de modo que as atividades intelectuais femininas poderiam produzir um ser débil, nervoso, estéril – e talvez, pior ainda, poderiam gerar crianças doentes ou malformadas. Nesse sentido, as jovens não deveriam abusar das atividades intelectuais, canalizando suas energias para o perfeito desenvolvimento de suas faculdades reprodutoras.

A educação feminina torna-se um ponto-chave para a medicina, pois, por meio 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 da puberdade, período do início da vida fértil da mulher, que, portanto, deveria merecer especial atenção.¹⁸

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, tendo em vista uma “profissionalização” da maternidade. A maternologia vinculava-se às “idéias higiênicas e redentoras” da maternidade e da proteção à infância; por ela, o saber médico construía um discurso e uma prática que tinham na criança e na mãe os elementos centrais, incorporando aspectos da puericultura e da 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, concentram-se nos Centros de Saúde, que passaram a privilegiar o atendimento de crianças e mães.¹⁹ Nesses centros, eram difundidos os cuidados sanitários, de higiene e de nutrição que as mães deveriam ter no lar, para si e suas crianças.²⁰

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, elas denunciavam o “egoísmo” e a “ vaidade” das mulheres que não queriam amamentar seus filhos.²¹ Surgem então as campanhas em defesa da amamentação materna, e contra a amamentação mercenária. 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.²²

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. Esse discurso representava a maternidade como um “mandado biológico”, mas também como função que “enaltece e glorifica a mulher”, que deveria desenvolvê-la em todo o seu potencial.²³ Frequentemente, a representação da maternidade transbordava seu caráter biológico para abarcar um significado social, segundo o qual deveriam ser desenvolvidos os “sentimentos maternos” que justificariam a dedicação aos filhos e aos demais membros da família, bem como a filantropia feminina e a própria função de educadora.²⁴

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; 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 se manifestar. O discurso médico aconselhava a retirada das mulheres da fábrica e de outras atividades, já que eram consideradas como mais propensas a cair na prostituição as operárias, as costureiras, as criadas de servir e as empregadas no teatro.

Quando o trabalho feminino era indispensável à sobrevivência da família, o discurso médico procurava normatizá-lo, defendendo melhores condições de trabalho, 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 e 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.²⁵

Corpos masculinos: trabalhador, provedor e pai

Nos discursos médicos, particularmente nos discursos de campanhas,²⁶ a família é identificada como a célula da sociedade, devendo ser regenerada, civilizada e higienizada no processo de construção nacional.

O combate ao alcoolismo por meio de campanhas foi freqüente e constante no período de 1890-1940.²⁷ As campanhas eram majoritariamente dirigidas para os homens, apontando como o alcoólatra sacrificava a profissão, a família e a dignidade, envolto em apatia, indiferente, sem energia, incapaz para o trabalho. Centrando-se na importância do trabalho, procurava-se reforçar a identificação masculina com a atividade profissional, o papel de provedor, logo, de bom chefe de família. Nesse discurso, reforçava-se a necessidade do homem ser resistente, de jamais manifestar dependência, sinais de fraqueza, devendo principalmente ser metódico, atento, racional e disciplinado. Assim, refletem, cristalizam e mandam como mensagem um ideal de masculinidade, exprimindo e condicionando o ser homem e trabalhador nesse período.

Valorizava-se o homem por sua capacidade de ação, praticidade e objetividade, sucesso, força e iniciativa, e vinculavam-se os atributos da virilidade ao trabalho, que deveria desempenhar uma função central em sua vida, fazendo-o se sentir reconhecido e aceito

socialmente. O trabalho cumpria também a função de nomear o mundo subjetivo masculino, por meio de uma tentativa de eliminar o que há nele de duvidoso, impreciso e disforme. Assim, sua função social de provedor seria viabilizada pelo trabalho, fonte básica de auto-realização, veículo de crescimento pessoal, sendo, por seu intermédio, reconhecido como homem. Sem o trabalho, ele não poderia ser considerado como tal. Desta maneira, o sucesso da estratégia discursiva residia no fato de transformar o trabalho – um dos princípios do sistema – em padrão de masculinidade.

O ser trabalhador-provedor vincula-se à paternidade. O pai, além de provedor da alimentação, abrigo e amparo, deveria ser também exemplo, o norte, a bússola. As denominações de bom pai, pai honrado, pai provedor encontram-se sobrepostas às evidências do que seja o masculino, reforçam a imagem que socialmente se espera de um homem.

Além do mais, os filhos de pais alcoólatras recebiam o vício como herança, apresentavam alterações da vontade, persistência, atenção e percepção, perdiam o senso moral, abandonavam a escola, descambavam para o hábito de beber, tornavam-se alcoólatras, caminhavam para a vagabundagem, para o crime, para os hospícios e as penitenciárias.²⁸

O alcoolismo, o jogo, o crime, a vagabundagem e a miséria são atrelados, apontados como consequência direta sobre o homem, sobre sua família e a sociedade. No contraponto da esposa dedicada, boa mãe, responsável pela “encantadora paz do lar”, esboça-se o modelo de pai, associando-o à masculinidade, fortalecendo a imagem de alguém que tem de ser provedor do ponto de vista material, chefe autoritário, fundador da família; tudo deriva dele e tudo vai para ele, pai protetor e temido, com seus olhos fiscalizadores, defendendo a disciplina, a moral e a punição, baseado no cumprimento dos seus deveres e na sua autoridade, querido e respeitado por todos.

O uso do álcool apagava-lhe a inteligência, acentuava a mudança do caráter, provocando uma excitação fugaz, seguida de abatimento nervoso, impulsões violentas, apatia considerável, cólera intensa, principalmente nas discussões – “termina abandonando os seus”.²⁹ O alcoólatra perdia toda a energia, a noção de honra e de conduta pública, do afeto pela família e pelos amigos, das obrigações para a sociedade, podendo caminhar para a obsessão, para o impulso criminoso,³⁰ além dos males que deixava para a prole, degenerando a raça.

Nos discursos antialcoólicos, pode-se perceber características do perfil de masculinidade idealizado, mostrando o “não-deve-ser” masculino, reforçando o que o homem deveria ser. Ao pontuar como o alcoólatra perdia a dignidade, como o álcool imbecilizava os homens, levando-os à bancarrota, à animalização, à perda do sentimento ético, à indisciplina, transformando os homens em “feras”, apregoava-se o homem digno, disciplinado, racional e reto, adepto da perfeição moral, da cultura, do sentimento ético e da ordem,

construtor do progresso pelo trabalho e pela disciplina. “Qual de vós reconhece na palavra de um alcoologista o sentimento de dignidade, que deve preponderar na auréola de um homem que tem brio e que tem honra?”³¹ O álcool, mais que matar, desonrava, feria a dignidade masculina, sua honra, seu brio.

Ao afirmar que o álcool frutifica no espírito dos fracos, o discurso apregoa uma masculinidade em que os homens deveriam se mostrar sempre fortes, racionais e capazes, limitando e ocultando suas expressões de sentimentos, vivendo quase que exclusivamente em campos competitivos; eram educados para serem fortes, trabalhadores, capazes de sustentar a família, para não fracassarem e ter expectativas de relações sexuais heterossexuais.

Era freqüente se estabelecerem as relações loucura/alcoolismo e crime/alcoolismo, havendo uma certa unanimidade de que o álcool levaria à loucura e ao delírio. Assim, na fase mais aguda, apareceria a sistematização de sintomas: o alcoólatra era dominado pelo medo, tinha delírio de perseguição, tornava-se esquivo, covarde, e apresentava delírios de ciúmes, vivendo preso ao despeito e identificando em tudo a infidelidade conjugal. Um dos crimes mais comuns cometidos por alcoólatras eram os denominados “crimes de ciúmes”, decorrentes da “loucura de ciúmes” ou “ciúmes alcoólico”.

As campanhas antialcoólicas consideravam esse problema majoritariamente masculino.³² Embora alguns autores tenham apontado o crescimento rápido do alcoolismo entre as mulheres, devido “aos perigos da vida moderna”, no vasto material consultado as referências de casos clínicos femininos são raras. Os dados disponíveis apontam clara preponderância masculina, mas não se pode deixar de levantar a hipótese de que os casos de mulheres alcoólatras estivessem ocultados.

Se o alcoolismo masculino gerava indignação, o feminino provocava incompreensões ainda maiores. Apontava-se a maternidade como incompatível com a ingestão de álcool; a alcoólatra grávida intoxicava o feto, a lactante viciava o filho (causando convulsões, insônia, irritabilidade nervosa).

O discurso como um todo não isenta a mulher: a esposa é acusada pelo alcoolismo e pelas saídas do marido, ela tem a obrigação de criar na casa um ambiente saudável e acolhedor, onde o trabalhador possa encontrar o aconchego depois de um dia de trabalho. As referências ao feminino falam da esposa, mãe dedicada, vítima do alcoolismo do marido, que é chamada a aderir às campanhas antialcoólicas:

(...) a mulher representa um papel saliente e indispensável na profilaxia do alcoolismo. Talvez seja ela a maior vítima da intoxicação alcoólica, quer sofrendo as brutalidades e as misérias de pais e maridos alcoólatras (...). Ensinada destes perigos e destas desgraças, certo não haverá na profilaxia do alcoolismo colaboradora mais eficiente nem mais devotada.³³

Aponta-se a mulher como uma vítima do álcool, de suas conseqüências, vítima das brutalidades do marido e do pai alcoólatra, vítima de um lar dissipado, tendo a fortuna dilapidada e sendo levada à miséria diante da falta do provedor, somando-se os malefícios físicos, a ela e aos filhos, em decorrência do caráter hereditário do alcoolismo.

Por estar mais presente no espaço público, o homem se encontrava mais próximo dos “perigos modernos”, de forma que precisaria ser reeducado, retornando para o seio da família. Constrói-se um discurso no qual a mulher é identificada como nobre, com bons instintos; dentre as suas responsabilidades, cabe a ela zelar pela saúde e bem-estar dos membros da família, em relação à qual sua função e posição é considerada essencial.

A educação feminina torna-se importante para minimizar os efeitos que os aspectos da constituição feminina possam ter sobre o social. Assim, mediante a educação, pretendia-se o aperfeiçoamento físico e moral da mulher e, por meio dela, do marido e dos filhos.

Destacando que a mulher tem por natureza aptidões para os cuidados com a infância e a responsabilidade pela família, o discurso médico levou-a a uma valorização positiva dentro do lar, ampliando os poderes femininos no privado, tornando-a mais operante e delegando-lhe um novo estatuto, fazendo que as mulheres se reconhecessem dentro dessa esfera e se esforçassem dentro da unidade familiar e não fora dela. Entretanto, enquanto posicionava as mulheres no centro da família, o discurso médico privilegiava os homens no espaço público.³⁴

Os médicos e os corpos: tramas de poder

O conjunto dos discursos produzidos pela medicina paulista apresentou um caráter repetitivo de certas informações, idéias e argumentos. Focalizando particularmente a família e, dentro dela, as mulheres e os homens, sua preocupação era de vigilância e controle. Assim, certos componentes básicos aparecem reiteradamente neste discurso: a separação das esferas de participação dos homens e das mulheres, a idealização da mulher-mãe e do homem-trabalhador-provedor e a moral sexual fundada no casamento monogâmico.

Incapaz de pensar a diferença, o discurso médico definia a mulher em oposição ao homem e vice-versa, e, dessa forma, acabava subordinando-a na órbita da posição central masculina. Assim, a mulher carregou a representação que a desqualifica como pessoa e a subordina a uma matriz biológica e procriadora, reforçando concepções negativas sobre a condição feminina, principalmente ao recorrer a métodos supostamente científicos.

Nas campanhas, em particular, pôde-se perceber que, após a descrição da realidade, organizavam-na num discurso que se procurava coerente, inteiro e fechado, seguido da

formulação de uma proposta, cujo objetivo era sempre o de melhorar a qualidade do real observado. A proposição de uma solução ou alternativa pressupunha um saber que antecedia o conhecimento e a ação; a fala partia deles e para eles retornava, apregoando a ação do Estado.

As representações dos corpos masculinos e femininos nos discursos médicos apresentam uma trama de poder que merece ainda ser desvendada. O dito discurso científico dos médicos circula ativamente, influenciando, mas também captando/filtrando/transformando as representações presentes no cotidiano, que a Igreja difunde, o governo republicano administra, em convergência com interesses políticos emergentes de setores urbanos hegemônicos.

Assim, os discursos médicos compreendiam uma rede intrincada de significados, caracterizando-se por contínuos mecanismos de ajustes e reformulações, em que as representações dos corpos e as especificidades de gênero se construíram mediante a tessitura de uma trama em que estiveram presentes as relações de poder.

Os discursos concentrados na diferenciação das determinações biológicas reforçam uma perspectiva essencialista dos gêneros, com a idéia de que os homens são fortes, viris e talhados para as hostilidades do trabalho e do espaço público, e de que as mulheres são nutridoras, aptas para cuidar das crianças e do lar. Cabe destacar, no entanto, que não há uma masculinidade ou uma feminilidade únicas, modelos universais, válidos para todos os tempos e lugares.

As representações masculinas e femininas construídas nesses discursos não só consolidam diferenças como contêm hierarquias. Ao mesmo tempo em que manifestam críticas à ordem estabelecida, determinam as características ideais do masculino e do feminino. Exagera-se nas diferenças, minimizam-se as características comuns, e assim definem-se e estabelecem-se hierarquias. *Identidade e diferenciação* surgem como faces de um mesmo processo permeado pelo poder. São imagens de poder que explicitam 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.

Recebido em março/2002; aprovado em maio/2002

* Professora titular da Faculdade de Ciências Sociais da PUC-SP, autora de *Por uma história das mulheres*. São Paulo, Edusc, 2000; *Meu lar é o botequim*. São Paulo, Cia. Editora Nacional, 2001; *Cotidiano e cultura*, São Paulo, Edusc, 2002.

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 mil moradores, atingindo a cifra de 579 mil pessoas em 1920.

² CARVALHO, J. M. de. *Os bestializados da República*. São Paulo, Companhia das Letras, 1987, p. 63.

³ A Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo foi criada em 1895; a Faculdade de Medicina, somente em 1913. *Annaes da Faculdade de Medicina de São Paulo*, 1926, v. 1, p. 34.

⁴ Com o aperfeiçoamento do microscópio, o olhar médico sobre os corpos doentes foi redimensionado, já que foi possível a visibilidade do até então oculto, dando a conhecer uma grande variedade de microorganismos patogênicos e iniciando a valorização da profilaxia, da assepsia e da higiene como sinônimos de saúde. Assim, o indivíduo passou a ser visto como principal veículo de propagação, e, gradativamente, as políticas de saúde públicas passaram a ser direcionadas para a educação e a conscientização sanitária, centradas na proposta higienista, valorizando cada vez mais o papel dos médicos como os responsáveis em resolver os problemas do país.

⁵ A ação médica, vista como discurso e prática, pode ser identificada como um modelo que indica e ilumina marcas de continuidade e mudança. Nesse discurso, a relação entre mudança e tensão social apresenta-se complexa; numa tentativa de entender essas relações, optou-se por analisar o discurso médico de descrições normativas sobre os corpos, as reafirmações e as definições de funções, papéis e sexualidade de homens e mulheres dentro da família e na cidade.

⁶ A produção médica consultada constituiu-se de textos destinados a públicos diferenciados e, portanto, dotados de linguagens distintas: desde monografias, ensaios e teses, passando por boletins e revistas, até folhetos explicativos de divulgação. Colocando-se na posição de guias ou mentores, os médicos desqualificavam outras falas, criando um monopólio do discurso autorizado, pois oriundo de um conhecimento aplicado. A eles caberia indicar como e quando agir, como sanar, quando e como interceder. Não se identifica o discurso médico como unidade; ele contém tensões, particularidades e diferenças postas entre sanitaristas, higienistas, clínicos e eugênicos.

⁷ CAMPOS DA PAZ, A. F. *A utilidade do casamento sob o ponto de vista higiênico*. Rio de Janeiro, FMRJ, 1909, p. 33.

⁸ MACHADO, P. de A. M. *Um ensaio de moral sexual*. São Paulo, FMCS, 1925.

⁹ MACHADO, op. cit., 1925.

¹⁰ MORAES LEME, J. B. *O problema venéreo*. São Paulo, FMCS, 1926, p. 81; OLIVEIRA, U. A. *Prophylaxia social*. São Paulo, FMCS, 1924.

¹¹ MACHADO, op. cit., 1925.

¹² MACHADO, op. cit., 1925.

¹³ MORAES LEME, op. cit., 1926; OLIVEIRA, op. cit., 1924.

¹⁴ CAMPOS DA PAZ, op. cit., 1909.

¹⁵ A análise médica sobre a mulher começava e terminava com base em um órgão – o útero –, sob o pressuposto de que qualquer desequilíbrio ou transtorno nesse órgão poderia provocar reações patológicas em áreas do corpo aparentemente distantes. Os males que atingiam as mulheres eram, de início, vistos como algo que dependia exclusivamente de sua anatomia, mas depois se começou a destacar a relação das “enfermidades de mulheres” com hábitos tais como alimentação, higiene e vestimentas. A única diferença de fato detectada entre um discurso feminino e um masculino dentro da medicina refere-se à denúncia dos males da moda, que impunha à mulher vísceras comprimidas, estômagos torturados, úteros fora do lugar, problemas somados a uma vida sedentária.

¹⁶ ROXO, H. Perturbações nervosas e mentaes que se observam as doenças do útero e dos ovários. *Tribuna Médica*, anno XXXII, 1928.

¹⁷ Quanto às enfermidades femininas e às ações de cura, alguns encaminhamentos em comum a ambos os sexos foram identificados, como o isolamento para evitar contágio e a “procura de bons ares” (excursões ao campo, estações de água e montanhas, banhos de mar). O repouso, terapia que era uma mistura de descanso com dieta, foi sem dúvida muito mais amplamente utilizada nos tratamentos de mulheres. Todavia, às enfermidades femininas, na maioria dos casos, aplicava-se tratamento local, isto é, diretamente na vagina e no colo do útero. O útero era uma espécie centro de toda uma medicina da mulher; nele eram realizadas as cauterizações, aplicadas as injeções, sanguessugas e ferros quentes.

¹⁸ Considerava-se que a mãe devia vigiar a educação moral e a boa conduta das filhas, em particular sobre o ponto de vista da sexualidade. Também devia dar às filhas uma boa educação, preparando-as para a missão de futuras mães e esposas. CASTILHO, B. *Breves considerações sobre a educação sexual*. Faculdade de Medicina da Bahia, 1910.

¹⁹ Os centros de saúde concentraram sua ação em três pontos: no atendimento aos tuberculosos, aos portadores de moléstias venéreas e atendimento materno-infantil. RIBEIRO, M. A. R. *História sem fim: inventário da saúde pública*. São Paulo, Ed. Unesp, 1993.

²⁰ TAKESHITA, S. R. C. *Mães, médicos e charlatães: configurações culturais e múltiplas representações dos discursos médicos*. São Paulo, Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2001.

²¹ PASCARELI, V. *Da proteção à primeira infância em São Paulo*. São Paulo, FMSP, 1926. MAGALHÃES, A. S. de. *Do aleitamento materno*. São Paulo, FMSP, 1913; QUINTANILHA, I. I. *Higiene pré-natal*. São Paulo, FMSP, 1927.

²² 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 lhes examinassem o sangue e o leite, 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.

²³ O discurso médico desqualificava as mulheres que não desejassem ser mães, mas alguns poucos médicos defendiam a “maternidade consciente”, entendida como 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, além de tabelas de controle. Todavia, a maioria considerava os diferentes métodos contraceptivos danosos e antinaturais, podendo repercutir na degeneração da saúde mental e física; além de aumentarem os “impulsos lascivos” e os “excessos sexuais”. tais métodos poderiam provocar lesões ginecológicas, transtornos mentais, perda de memória, enfermidades do coração e a própria esterilidade. GUIMARÃES FILHO, A. *Da higiene mental e sua importância em nosso meio*. São Paulo, FMSP, 1926; MACHADO, op. cit., 1925.

²⁴ MACHADO, op. cit., 1925.

²⁵ MATOS, M. I. S. *Trama e poder*. 5 ed. Rio de Janeiro, Sette Letras, 2002.

²⁶ Os discursos de campanha estiveram centrados em três grandes questões: tuberculose, doenças venéreas e alcoolismo. Aqui, a análise estará centralizada nas campanhas antialcoólicas.

²⁷ Várias foram as pesquisas localizadas sobre o alcoolismo, porém, todas são parciais e carregam dificuldades para que se possa efetuar uma análise mais detalhada. Uma, em particular, realizada pelo médico Sampaio Eurico, apresentou um quadro mais completo de informações. Nesta investigação, realizada entre os alcoólatras hospitalizados no Rio de Janeiro em 1922, num total de 280 pacientes, detectou-se: quanto ao gênero, os homens eram o dobro das mulheres; quanto à instrução, 95% eram ou analfabetos ou com instrução rudimentar; quanto à idade, a maioria tinha entre 25 e 55 anos; quanto ao recorte étnico, a presença negra era um destaque (justificada pelo autor como “falta de resistência ao tóxico e tara hereditária”) e, entre os imigrantes, aparecia alto índice de portugueses; quanto à ocupação, os lavradores e os trabalhadores urbanos eram os mais atingidos; e, entre as mulheres, as cozinheiras concorriam com um amplo contingente, seguidas das domésticas e das lavadeiras; quase todos eram elementos oriundos das “classes inferiores”.

²⁸ MONTELEONE, P. *Os cinco problemas da eugenia brasileira*. São Paulo, FMSP, 1929, pp. 61-66.

²⁹ CABRAL, P. Contra o alcoolismo. *Revista Médica de São Paulo*, São Paulo, Escolas Typ. Salesiana, v. 12, n. 23, pp. 467-473, 1909.

³⁰ EGGERS, O. Resultados da sorothepia anti-ethylica. *Archivos de Biologia*, São Paulo, n. 43/44, 1920, ano IV, pp. 713-719, 1920, ano IV.

³¹ VIEIRA, F. M. A hereditariedade alcoólica. *Archivos Paulistas de Hygiene Mental*. São Paulo, Officinas Graficas do Hospital do Juquery, p. 27, 1930.

³² Mesmo com dados esparsos e variáveis, pode-se perceber isso em várias informações, como na investigação realizada no Juquery pelo médico Pacheco da Silva: entre 348 internados do sexo masculino, 130 (37,5%) faziam uso do álcool; das 156 mulheres, somente treze (8,3%).

³³ BRITTO, A. O alcoolismo e a mulher. *Arquivos Brasileiro de Hygiene Mental*, Rio de Janeiro, Typ. Jornal do Comércio de Rodrigues & C., pp. 204-205, 1930.

³⁴ LUZ, M. T. “Lar e a maternidade: instituições políticas”. In: *O lugar da mulher*. Rio de Janeiro, Graal, 1982; NUNES, S. A. *O corpo do diabo entre a cruz e a caldeirinha*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2000.