UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE EDUCAÇÃO

1150090511
FE
UNICAMP
T/UNICAMP R582d

TESE DE DOUTORADO

DO ASILO DOS EXPOSTOS AO BERÇÁRIO: ASSISTÊNCIA E PROTEÇÃO À CRIANÇA ABANDONADA NA CIDADE DE SÃO PAULO (1896-1936)

Autor: JOSÉ FERNANDO TELES DA ROCHA

Orientadora: PROF.ª DR.ª HELOÍSA HELENA PIMENTA ROCHA

Tese de Doutorado apresentada à Comissão de pós-graduação da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Educação, na área de concentração de **.Educação, Conhecimento, Linguagem e Arte**

CAMPINAS - 2010

UNICAMP - FE - BIBLIOTECA

© by José Fernando Teles da Rocha, 2010.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Faculdade de Educação/UNICAMP
Bibliotecária: Rosemary Passos – CRB-8ª/5751

Rocha, José Fernando Teles da
R582d Do Asilo dos Expostos ao Berçário: assistência e proteção à criança abandonada na cidade de São Paulo (1896-1936) / José Fernando Teles da Rocha. – Campinas, SP: [s.n.], 2010.

Orientadora: Heloísa Helena Pimenta Rocha.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação.

1. Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. 2. História da educação. 3. Medicina. 4. Higiene. 5. Saúde. I. Rocha, Heloísa Pimenta. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. III. Título.

11-275 /BFE

Título em inglês: Asylum Exposed to the Nursery: assistance and protection to abandoned children in Sao Paulo (1896-1936)
Keywords: Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; History of education; Medicine; Hygiene; Childhood
Área de concentração: Educação, Conhecimento, Linguagem e Arte
Titulação: Doutor em Educação
Banca examinadora: Profª. Drª. Heloísa Helena Pimenta Rocha (Orientadora)
Profª. Drª. Alcileide Cabral do Nascimento
Profª. Drª. Maria Gabriela Silva Martins da Cunha Marinho
Profª. Drª. Carmen Lúcia Soares
Profª. Drª. Maria do Carmo Martins
Data da defesa: 15/12/2010
Programa de Pós-Graduação : Educação
e-mail: jftr36@hotmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

TESE DE DOUTORADO

Título: DO ASILO DOS EXPOSTOS AO BERÇÁRIO: ASSISTÊNCIA E PROTEÇÃO À CRIANÇA ABANDONADA NA CIDADE DE SÃO PAULO (1896-1936)

Autor: José Fernando Teles da Rocha
Orientador: Heloísa Helena Pimenta Rocha

Este exemplar corresponde à redação final da Tese defendida por José Fernando Teles da Rocha e aprovada pela Comissão Julgadora.

Data: 15 de dezembro de 2010.

Assinatura: Heloísa Helena Pimenta Rocha

Orientador

COMISSÃO JULGADORA:

Heloísa Helena Pimenta Rocha

Adelaide Gabriel do Nascimento

Maria do Carmo Martins

2010

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho

* à minha mãe, que sempre me incentivou a estudar;

* à minha avó, Ana Rosa (em memória), que, apesar da precariedade da vida, criou e educou seus sete filhos;

* e às crianças que foram privadas, nesta vida, do amor materno.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, professora doutora Heloísa Helena Pimenta Rocha. Obrigado pela acolhida e por tudo que envolveu esses quase cinco anos de convivência: desde a confiança que depositou quando da entrevista, as inúmeras leituras de meus textos, as indicações dos livros, pelo tempo despendido e a ajuda nas finalizações necessárias. Seu conhecimento contribuiu para meu crescimento pessoal e profissional. Tenho essa dívida de gratidão para com você.

Ao meu orientador do mestrado: Moysés Kuhlmann Jr. pelo interesse que fez despertar em mim para o universo da pesquisa. O resultado está aqui.

Às professoras da Banca: Alcileide Cabral do Nascimento, Carmen Lúcia Soares, Ernesta Zamboni, Maria do Carmo Martins, Maria Gabriela Marinho, pelas valiosas informações assim como pelas críticas, todas construtivas.

À professora Maria do Carmo Martins: seu profissionalismo, generosidade, apoio, e dedicação, nos últimos dias antes da defesa, foram marcantes. Muito obrigado.

Aos professores doutores do Programa de Pós-Graduação em Educação da Unicamp: Carmen Lúcia Soares, Ernesta Zamboni, Heloísa Helena Pimenta Rocha, Maria Beatriz Rocha Ferreira, Maria Carolina Bovério Galzerani, Maria do Carmo Martins, Maria Evelyna Pompeu do Nascimento, Regina Maria de Souza, Silvio Gallo e Vera Lúcia Sabongi De Rossi.

Às minhas professoras e professores - da primeira à quarta série do primário: Zizi, Deolinda, Nilza, Glorinha. Do fundamental e médio: Ana Lapera, Dalva, Glaucia, Marco Antonio, Wilma. Da graduação: Claudio Bertolli.

Ao Dr. Pedro Luiz Squilacci Leme que, literalmente, abriu as portas para a pesquisa. Os relatórios ganharam fôlego e estão aqui no doutorado.

Ao Dr. Victor Pereira e sua filha Maria Lúcia: tudo começou com vocês... .

Aos colegas do grupo de pesquisa: Carol, Cris, Graça, Dariel, Edvilson, João, Laura, Marisa e Patrícia: aprendi muito com vocês. Da mesma forma, os do mestrado: Aidê, Ângela, Angélica, Fábio, Gianpietro, Mário, Vera e Ana Paula.

Ao amigo Marte Ferreira da Silva: obrigado por apontar a direção para o mestrado. O caminho me trouxe ao doutorado. Muito obrigado, de verdade.

À Nadir Camacho: a excelência e prestatividade de seu atendimento deveriam servir de modelo para todos os funcionários de instituições e órgãos públicos e privados. Obrigado pelas inúmeras declarações, pelos inúmeros favores... . De coração mesmo.

Aos dedicados funcionários do IHGSP, Museu da Santa Casa, Arquivo Histórico, Bibliotecas da UNICAMP, USP e da USF (campus Bragança Paulista), CDHAP: obrigado pela paciência e atenção.

À direção, coordenação e colegas de trabalho da EE "Prof.ª Aracy Bueno Conti" e Colégio Espaço-COC , ambos de Atibaia: grato pelo apoio e incentivo, que sei que são verdadeiros.

À Diretoria de Ensino de Bragança Paulista e seus supervisores, pela atenção dispensada durante este percurso. Assim como à Secretaria de Educação do Estado de São Paulo pelo apoio financeiro.

A todos que, direta e indiretamente, me possibilitaram chegar a esse resultado. Sinceros agradecimentos.

RESUMO

Em meio às inúmeras estratégias postas em cena entre o final do século XIX e as primeiras décadas do XX, tendo em vista a ordenação da cidade de São Paulo e as alterações nos costumes de seus moradores, esta pesquisa se direciona para a problemática das crianças abandonadas. Enfoca, mais especificamente, as práticas de assistência e proteção instituídas pela Santa Casa de Misericórdia, como o Asilo dos Expostos, as amas de leite, a Roda dos Expostos, o Berçário e o Lactário. As análises tomam como base as reflexões de Michel Foucault acerca do biopoder e biopolítica, para discutir as mudanças, intervenções e transformações ocorridas em São Paulo, bem como as questões relativas à caridade, filantropia e à dinâmica do Asilo. As fontes de pesquisa são, basicamente, os relatórios da mordomia, escritos pelos administradores do Asilo, os mordomos dos expostos. Porém, outras fontes primárias são analisadas como jornais e a legislação, na perspectiva de entender a implementação de uma série de serviços que partiram da Santa Casa, seus médicos e administradores, com o objetivo de enfrentar os inúmeros problemas que emergiam na cidade.

Palavras-chave: Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – História da educação – Medicina – Higiene – Infância

ABSTRATC

Among the many strategies put into play between the late nineteenth and early twentieth, with a view to ordering the city of Sao Paulo and the changes in the customs of its residents, this research is directed to the problem of abandoned children. Focuses, more specifically, the practical assistance and protection established by the Santa Casa de Misericórdia, as the Asylum of the Displayed, the wet nurses, the “Roda dos Expostos”, the Nursery and the Breast Pump Room. The analysis takes as the basis of Michel Foucault's reflections on biopower and biopolitics, to discuss the changes, interventions and transformations occurring in Sao Paulo, as well as issues relating to charity, philanthropy and the dynamics of the Asylum. Research sources are basically the reports of fridge benefits written by managers of the Asylum, the exposed’s butlers. However, other primary sources are analyzed as newspapers and legislation with a view to understand the implementation of a range of services that have left Santa Casa, their doctors and administrators, in order to tackle the numerous problems that emerged in the city.

Keywords: Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – History of education – Medicine – Hygiene – Childhood

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 1

PARTE 1 - ***Uma cidade adeantada e rica como São Paulo [...]*** 37

CAPÍTULO 1 – Em meio à nova configuração, os problemas 41
Essa malta de vagabundos 50
Os encarregados deverão humedecer as ruas 59
Vinte quatro crianças enviadas pela policia 75

CAPÍTULO 2 – No novo cenário, a medicina ganha papel de destaque 85

Recolhendo os pequenos entes 91
[...] o numero de óbitos ocorridos na cidade ainda é elevadíssimo 104
Causa-mortis 134

PARTE 2 - ***[...] peccava pela base a assistência que se pretendia dar á creança abandonada*** 139

CAPÍTULO 3 – Protegendo a criança abandonada 143

A compra da chácara Wanderley 145
Roda dos Expostos: agente cego e frio que convida a mãe ao crime 157

CAPÍTULO 4 – Amas de leite*: mulheres rústicas, embora carinhosas* 171

Raparigas pobres mas sadias 195
Tornar mais rigorosa a fiscalização 205

CAPÍTULO 5 – ***Começamos á receber as creanças no novo berçário a 20 de Outubro*** 219

CONSIDERAÇÕES FINAIS 235

BIBLIOGRAFIA 243

QUADROS E FIGURA

QUADRO 1 – *Causa-mortis* das crianças com as amas 1903-1935 135
QUADRO 2 – Mortalidade das crianças com as amas de leite 214

FIGURA 1 – Recibo de pagamento das amas 204

INTRODUÇÃO

A passagem do século XIX para o XX demarca um período no qual a cidade de São Paulo vivenciava um intenso processo de urbanização decorrente, principalmente, do crescimento populacional e da emergência de agrupamentos bastante diversificados de pessoas. Tais modificações contribuíram para que o espaço urbano fosse lentamente se transformando, deixando para trás algumas características típicas de uma cidade provinciana, tornando-se, ao longo do tempo, um importante centro de comércio e mercado.

Esse desenvolvimento exigiu uma quantidade maior de serviços e melhorias que pudessem dar conta de um contingente de pessoas que incluía trabalhadores livres, ex-escravos, viajantes, aventureiros, presentes em São Paulo naquele período, o que implicava numa nova configuração social e no estabelecimento de um conjunto de normas e regras de comportamento e convívio.

Entre essa população, temos a presença significativa de grupos de imigrantes, especialmente italianos, que se destacavam de forma decisiva naquele momento de constituição de um projeto, cujo ideal estava voltado para a configuração de uma nação civilizada, acompanhando o que ocorria em nível mundial. No interior desse processo, parcelas das elites paulistas compostas de médicos, engenheiros, políticos, juristas buscavam, entre outros objetivos, a edificação de uma sociedade moderna.

A configuração da cidade também se modificava, tendo na expansão da economia cafeeira e na intensificação das relações de trabalho pontos principais desse processo de urbanização. Em meio a todo um adensamento urbano e populacional, o espaço urbano ganhava outras dimensões e novos espaços, numa dinâmica diferente da que a maioria de seus habitantes estava acostumada.

Passando por uma série de remodelações, São Paulo estava em obras, sendo que boa parte de seus moradores acompanhava as contradições entre o tradicional e o moderno. Era possível observar, na paisagem de então, as moradias sendo construídas, ruas e avenidas reformadas, os bairros se formando e os meios de transportes e comunicação se modernizando, numa série de novos arranjos físicos e sociais que passavam a fazer parte do dia a dia da capital paulista e de seus moradores.

Junto a essa reorganização e ao crescimento econômico, emergiam os problemas de toda ordem, como a proliferação de cortiços, falta de saneamento básico e o aumento dos surtos de doenças infecciosas, decorrentes do crescimento desordenado, explicitando uma necessidade cada vez maior de melhorias que refletissem as demandas de uma parcela de seus moradores. Muitos deles, aliás, alijados desse projeto "civilizatório".

Toda essa problemática tem a sua contraface no aparecimento de um conjunto de práticas médicas e assistenciais que apontavam para uma nova proposta de intervenção sobre a cidade, configurada com base em mecanismos regulamentadores e disciplinadores sobre a população.

Não podemos deixar de ressaltar que tais estratégias, dispositivos e práticas tinham a ver também com a problemática da ocorrência das alterações políticas, econômicas e demográficas que caracterizam a época aqui recortada, marcada pelo estabelecimento de aparelhos de poder sobre a vida das pessoas, com o objetivo de preservá-las.

O que percebemos é que a reorganização da cidade pressupunha a formalização de padrões de comportamento orientada, entre outros propósitos, pelo objetivo de assegurar um melhor convívio social. A efetivação desse processo colocava em pauta a exigência do estabelecimento de regras e limites de condutas.

Dessa maneira, a população tornou-se alvo de intervenções, justificadas pela necessidade de controlá-la e preservá-la. As estatísticas e as estimativas tornaram-se alguns dos meios utilizados para contabilizar, conhecer e governar essa população, investindo em sua preservação.

Ações dessa natureza voltadas para o objetivo de controle da população podem ser percebidas a partir da segunda metade do século XVIII, na Europa, levando ao surgimento do que Foucault denominou de biopolítica da população ou, nas palavras do autor, trata-se de um "conjunto de processos como a proporção dos nascimentos e dos óbitos, a taxa de reprodução e a fecundidade de uma população, etc" (1999, p. 290).

Na análise que faz da biopolítica, Foucault assinala que uma das maiores preocupações está relacionada ao problema da morbidade, traduzida como a forma, a natureza, a extensão, a duração e a intensidade das doenças numa determinada população. Segundo ressalta, a "biopolítica lida com a população, e a população como problema político, como problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de poder [...]" (p.292). Os mecanismos implantados pela biopolítica vão intervir, principalmente, no sentido de baixar a mortalidade e, em contrapartida, elevar a expectativa de vida da população. Neste sentido, os estudos de Foucault a respeito da biopolítica mostram que, entre seus objetivos, está a regulamentação da vida de uma população no sentido de preservá-la.

O enfrentamento dos problemas sociais que acompanham o intenso processo de urbanização vivenciado na cidade de São Paulo, entre o final do século XIX e início do XX, como as doenças, a falta de infraestrutura das moradias, o aumento da população, entre outros, foi acompanhado da emergência de novas formas de enxergar os indivíduos. Visando resolver tais questões, médicos, juristas, autoridades governamentais lançaram mão de um amplo conjunto de estratégias e práticas as quais incluíram a aprovação de uma série de leis, decretos e regulamentos, que intentaram normalizar a vida das pessoas. Ordenamento legal esse produzido sobre o pressuposto da desqualificação dos modos de viver das parcelas mais pobres da população e pautado em uma série de representações sobre a pobreza.

Sendo assim, a tônica das políticas sociais implementadas na cidade de São Paulo, no período, abrangendo saúde, educação, saneamento,

segurança, entre outros aspectos, orientou-se segundo os objetivos de ordenação e controle. Vale lembrar que, visando alcançar tais ações, a implantação dessas políticas contou com o diálogo e articulação entre Medicina e Estado, por meio de diferentes ações, orientadas cada vez menos "pelo direito de fazer morrer" e cada vez mais "pelo direito de intervir para fazer viver", nas palavras de Foucault (1999, p. 296). Tal articulação se completava no sentido de garantir a disciplina do corpo bem como a regulação da população, visando um investimento maior sobre a vida das pessoas, um investimento com o objetivo da preservação.

Nesse movimento, coube principalmente aos médicos a tarefa de organizar e disciplinar a vida da cidade de São Paulo, uma vez que parte desse grupo procurou ocupar um lugar importante no crescente número de órgãos públicos criados a partir do final do século XIX, entre eles, o Serviço Sanitário, o Instituto Vacinogênico, o Laboratório Bacteriológico, o Instituto Butantã e o Instituto Pasteur. Eram órgãos que se constituíam como uma espécie de "agentes policiais" da higienização das cidades, numa junção entre reforma urbana e sanitária. Aliás, por meio da criação dessas instituições, São Paulo procurou afirmar-se como modelo para o Brasil no que se refere à questão da saúde pública.

A criação de tais instituições pode ser lida como uma estratégia privilegiada para a articulação e legitimação de iniciativas de intervenção voltadas para os propósitos de ordenação da sociedade, na medida em que figuravam, entre os seus objetivos, a orientação dos governos em termos das ações a serem empreendidas nas cidades, de forma a sanear os problemas advindos do crescimento urbano, dentre eles, o da saúde pública.

Em se tratando de São Paulo, nota-se que, a partir do final do século XIX, os médicos-higienistas e sanitaristas assim como os engenheiros voltaram-se para os problemas urbanos, "produziram representações sobre a cidade e seus habitantes, com base nas quais formulariam propostas de intervenção, que visavam subsidiar as ações das autoridades municipais" (ROCHA, 2003, p.31). Tais propostas conferem um lugar de destaque para

o espaço da população empobrecida – justamente a mais atingida – que passou a ser notado de uma maneira diferente. Mesmo porque parte desse grupo social permanecia afastada das articulações em torno de um novo contrato social, fundado nos objetivos de uma parcela das elites. Contrato cujo modelo levava em conta uma pretendida modernização baseada nos exemplos europeus[1].

Entre as representações sobre a cidade e seus habitantes, produzidas por esses grupos, estava a das crianças abandonadas – física e moralmente – cujas imagens, muitas vezes, as configuravam como um perigo à sociedade. Por meio de representações que associam a sua imagem aos perigos de todas as ordens, à indolência, à doença, ao crime, os médicos se apresentaram como os mais legítimos agentes da regeneração da infância, habilitando-se a propor intervenções higiênicas tanto no âmbito governamental quanto na família.

Em suma, autoproclamando-se como detentores de um saber que permitia a eles ocupar um espaço mais amplo na sociedade da época, "lançaram olhares" e produziram representações fundadas em argumentos econômicos, sociais, políticos, higiênicos, as quais se articulavam no sentido de legitimar as intervenções sobre o corpo da criança que objetivavam, segundo os seus formuladores, preservar a vida e a saúde das mesmas.

Nesse contexto, uma das palavras-chave que se fazia presente, na série de mudanças processadas na cidade de São Paulo, era a intervenção, postulada por médicos, juristas, engenheiros, políticos e outros agentes que chamaram a si a responsabilidade de enfrentar os inúmeros problemas decorrentes do crescimento urbano e populacional. E, mais especificamente,

[1] Bresciani, em vários de seus textos, identifica as principais remodelações espaciais, sociais e políticas sofridas pelas cidades – sobretudo Paris e Londres, além de São Paulo – entre o final do século XIX e primeiras décadas do XX. A autora traz importantes contribuições para a compreensão dessas transformações processadas nas cidades que vão modificar, inclusive, as formas de gestão e a relação entre os diferentes grupos sociais. Entre seus trabalhos, podemos citar História e historiografia das cidades, um percurso. FREITAS,M.C. (Org.). *Historiografia brasileira em perspectiva*. São Paulo: Contexto, 1998; *Imagens da cidade – séculos XIX e XX*. Anpuh/SP. São Paulo: Ed. Marco Zero, 1994; Metrópoles: as faces do monstro urbano (as cidades no século XIX). *Revista Brasileira de História*, São Paulo, v.5, n.8/9, set. 1984/ abril 1985.

responder às necessidades de toda ordem, entre elas, a situação da população pobre.

Eram homens, mulheres, velhos, mendigos, crianças, loucos que, presentes nas ruas da cidade, estavam à margem do propalado ordenamento social que se tentava colocar em prática para efetivar tais transformações, segundo concebiam determinadas parcelas da sociedade. A presença dessas pessoas, naqueles locais, sinalizava que estavam fora dos padrões imaginados como desejáveis, colocando em risco um projeto de ordenação pautado em critérios de racionalidade.

Uma das preocupações centrais naquele cenário social e urbano dizia respeito aos elevados índices de mortalidade das crianças abandonadas[2]. Números compreendidos como provas da necessidade de intervenção na vida dos grupos sociais que viviam em precárias condições de saúde, de higiene, em locais insalubres. A discussão em relação ao modo mais adequado de recolhimento e assistência a essas crianças passava a ser objeto de atenção de médicos, juristas e autoridades políticas.

Como observa Rizzini, a presença das crianças nas ruas, nos asilos, nas famílias, nas fábricas e oficinas chamava a atenção de vários setores da sociedade de então, alertando para a urgência do enfrentamento de problemas como a mortalidade e a criminalidade infantil. Não só as cenas, mas também os números preocupavam, "aquecendo as discussões e provocando o surgimento de propostas, projetos, leis" (1993, p.26). O objetivo principal, ainda segundo a autora, era o de proteger e assistir a infância desvalida, além de "aliviar a consciência de uma sociedade envergonhada e ameaçada com a sua presença" (p.26).

[2] Segundo o *Diccionario de Língua Portuguesa* compilado por Antonio de Moraes Silva, edição fac-símile de 1813, publicada em 1922, abandonar significa "deixar de todo, desemparar inteiramente, abrir mão" e "abandono" é "desemparo total" (p.4). Judite Maria Barboza Trindade, em seu artigo intitulado *O abandono de crianças ou a negação do óbvio,* revela que no Brasil, "desde a colônia até a crise do império, no final do século XIX, a criança abandonada era tratada pelos termos 'expostos' e 'enjeitados'. Esses termos correspondiam ao tipo de abandono mais comum para o período, qual seja, o de recém-nascido, e se consubstanciavam nas práticas de enjeitar as crianças expondo-as em locais onde seriam, muito provavelmente, recolhidas. Os locais mais comuns eram as igrejas e conventos e, mais tarde, as 'rodas dos expostos'" (1999, p. 3).

A problemática articulava-se às preocupações com a formação de um adulto exemplar, a ser preparado "adequadamente" para a emergente sociedade urbano-industrial. No âmbito dessa discussão, os médicos e outras categorias profissionais posicionaram-se diante da situação da criança abandonada, tentando encontrar soluções para esse que passava a ser considerado como um problema inadiável. Como um dos focos da discussão, figurava a possibilidade de transformar a criança em mão de obra produtiva, que ajudasse a construir a nação.

Mas qual criança? Principalmente aquela das camadas mais empobrecidas do tecido social, as que ficavam circulando pelos espaços das ruas, filhas de trabalhadores menos qualificados, de libertos, de famílias pobres e que vão se tornar objeto de discursos, práticas e intervenções.

No centro dessas iniciativas, a preocupação com a formação de um novo cidadão que deveria ser "moldado" – desde a primeira infância – e constituído pelo trabalho e pela educação. O atendimento à criança abandonada e a tentativa de diminuir a mortalidade infantil eram dois vértices do projeto de redimensionamento do país e, no caso, da cidade de São Paulo, imaginado pelas elites locais e setores dirigentes.

Importante chamar a atenção para o fato de que somente a partir de 1959, com a Declaração Universal dos Direitos da Criança, a criança passou a ser reconhecida e considerada *sujeito de direito*. Anteriormente a essa data, o abandono dos próprios filhos era tolerado, aceito e até mesmo estimulado, pois se pensava primeiro nos interesses dos adultos e da sociedade (MARCÍLIO, 1998).

Interesses concernentes a uma idade que passava a ser vista como alvo das intenções e intervenções no sentido de cuidar do futuro adulto, do futuro cidadão que deveria ser ordeiro e formado desde criança. Muitas das políticas voltadas para estas crianças se fizeram a partir do final do século XIX, momento no qual se busca diminuir os prejuízos que elas poderiam causar se estivessem em desacordo com o novo contrato social em articulação no período.

Dessa forma, dois aspectos ganhavam cada vez mais espaço na sociedade de então: o abandono e a mortalidade infantil. Nesse período de transição para o século XX, a criança pobre ou mesmo abandonada, foi se constituindo como um grave problema social que demandava uma atenção especial e iniciativas no sentido de minimizar tal situação, considerada indesejável. Para isso, tratou-se de criar uma série de estratégias, dispositivos e práticas, visando atender essas crianças.

Nota-se que o conceito do que é abandono vai se modificando ao longo do tempo abarcando não só o problema da orfandade, mas também questões de ordem material e moral. A esse tripé se junta a idéia de que os meios viciosos e corrompidos nos quais essa criança vivia, poderiam colaborar para que ela se tornasse um indivíduo nocivo à nova ordem social, ocasionando problemas como a vadiagem, mendicância, entre outros. A partir daí, podemos perceber que há também uma certa modificação na forma de assistir e proteger essas crianças, principalmente em relação às instituições que serviam para acolhê-la.

Pesquisando sobre os "filhos ilegítimos" na São Paulo do século XVIII, Eliane Lopes comenta que o ato de abandonar os "indesejáveis" familiares, no final do século XIX e início do XX, ainda era sentido, embora ocorresse por outras razões:

> O moldar da família sob padrões capitalistas, fez com que um considerável número de menores continuassem sendo expurgados de seus próprios lares, pois eram tidos como seres economicamente improdutivos, principalmente nos primeiros anos de vida. Lançados à sociedade, as crianças, então perambulavam sem destino, muitas vezes não encontrando amparo em nenhuma instituição, já abarrotadas de outras tantas, também reiniciadas (1995, p. 95).

Diante disso, três eixos básicos passaram a se configurar em objeto de atenção e intervenção: a família, a criança e a mulher. Esta última, em consonância com as representações sobre o seu lugar na sociedade, que vinham sendo construídas há séculos, passou a ter seu papel materno valorizado pelo saber médico.

A mulher-esposa-mãe passa a ser a grande responsável pelo corpo da criança. Corpo este que deveria ser saudável, perfeito, para atender às necessidades da nação, daí uma verdadeira cruzada no sentido de preservar a vida das crianças e, consequentemente, da população de modo geral.

Exterior a essa tríade – em que se procurava articular a família, a criança e a mulher-mãe – e, caminhando em sentido oposto, estava a criança abandonada. É interessante notar que os casos de abandono na cidade de São Paulo eram bastante frequentes, conforme mostram as pesquisas de Pilotti; Rizzini (1995); Marcílio (1997; 1998) e Venâncio (2001), entre outras.

Tais cenas contrastavam com a imagem que se tentava construir da família, em que esta figurava como um dos pilares do projeto civilizatório, por meio do qual se buscava alçar o Brasil ao nível dos países considerados civilizados em termos de comportamento e até de produtividade econômica. Sendo assim, como organizar a sociedade de modo que essa parcela da população fizesse parte do novo ordenamento social projetado para a cidade e seus moradores?

Em sintonia com o que ocorria na cidade, a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, por meio de suas instituições, como o Asilo dos Expostos[3], também fez parte deste processo histórico, já que milhares de crianças abandonadas ali encontravam abrigo ao longo de suas vidas. Local onde eram alimentadas, recebiam tratamento médico, instrução escolar e profissional, entre outros cuidados.

Essas crianças eram, em sua maioria, filhos de mães solteiras ou abandonadas pelos maridos, de moradores pobres residentes nos bairros

[3] Segundo Ana Maria Melo Negrão, que estudou o Asilo de Órfãs da cidade de Campinas, o "termo Asilo, pelo grego ásylos e pelo latim asylu, por via erudita, significava casa de assistência social onde eram recolhidas, para sustento e educação, pessoas desamparadas, mendigos, crianças abandonadas, órfãos e velhos [...]" (2002, p. 88). No tocante ao vocábulo expostos, segundo o Diccionario da Língua Portuguesa organizado por Antonio de Moraes Silva, exposto é aquele que está "exposto à vista, ao sol, Enjeitado" (1922, p. 801). Na antiguidade clássica, em Esparta, Atenas e Roma, "as crianças que nasciam disformes eram 'expostas'. Esta prática consistia em levar as crianças a um lugar secreto fora da cidade para deixá-las morrer ou afogar-se" (BENVENUTO, 2006, p.231).

mais afastados, ou mesmo de imigrantes, sendo recolhidas, num primeiro momento, por meio da Roda dos Expostos, utilizada pela Santa Casa de Misericórdia[4] para acolher crianças abandonadas na cidade de São Paulo, no período entre 1825 e 1951[5].

A Roda estava instalada em um dos muros da Instituição e as crianças colocadas nela passavam a morar no Asilo dos Expostos, anexo às dependências do Hospital Central[6], até seu envio para serem criadas pelas amas de leite. Ao completarem dois anos de idade, voltavam para a Santa Casa e ficavam institucionalizadas no Asilo. Esta prática de assistência ocorreu até por volta de 1896, quando o Asilo foi transferido para o bairro do Pacaembu. Momento no qual, acompanhando as intensas transformações que ocorriam na cidade, a Instituição começa a modificar o modo de acolhimento das crianças abandonadas.

O que se nota é que coube à Santa Casa, e parte de seus médicos e administradores, um importante lugar na tarefa de organizar e disciplinar a vida da população paulistana, incidindo sobre as diversas dimensões que estavam em pauta. Dimensões, muitas delas, constituídas como problemas passíveis de ser diagnosticados e sanados. Entre eles, o das crianças abandonadas.

---

[4] Khoury explica que o vocábulo misericórdia, "segundo suas raízes latinas, *misere e cordis*, significa *doar seu coração a outrem*. Em *latu sensu*, significa também **doar a quem necessita**, ou ainda **dar amor aos carentes** e, entre os sinônimos mais usados, temos compaixão e piedade" (2004, p. 9 - grifos da autora). Segundo Russell-Wood, a "Irmandade de Nossa Senhora, Mãe de Deus, Virgem Maria da Misericórdia, foi consagrada no dia 15 de agosto de 1498, em uma capela da catedral de Lisboa" (1981, p. 1).

[5] Há um exemplar da Roda dos Expostos no Museu da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

[6] Importante chamar a atenção para o papel desempenhado pelos hospitais ao longo da história e, no nosso caso, a relevância da Santa Casa em relação à trajetória da criança abandonada na cidade de São Paulo. Analisando a história dos hospitais, Foucault assinala que até o século XVIII, o "hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de assistência e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento" (1979, p. 101).

Assim, em meio às inúmeras estratégias e ações postas em cena, naquele momento, tendo em vista a ordenação e intervenção na cidade e nos costumes de seus moradores, nossa pesquisa se direciona para a problemática das crianças abandonadas. Mais diretamente para as iniciativas de assistência e proteção constituídas e postas em ação pela Santa Casa de Misericórdia de São Paulo como o Asilo dos Expostos, a Roda, a contratação de amas de leite, o Berçário e o Lactário.

Chamamos a atenção para o papel desempenhado por essa Instituição em meio às transformações pelas quais passava a cidade. De caráter leigo e com tradição secular, a Santa Casa[7], no final do século XIX, teve um importante papel no atendimento da população paulistana, bem como dos que saíam de regiões próximas e até mesmo do interior do Estado para se tratar em suas dependências.

A Instituição acabou por se tornar o principal local de desenvolvimento do conhecimento médico como também serviu de suporte e "laboratório" para os estudos da medicina. Muitos de seus chefes clínicos tornavam-se

[7] Fundada por um grupo de leigos e por um frade trinitário, sob o governo da Rainha D. Leonor de Lancaster, tinha como objetivo fornecer auxílio material e espiritual aos necessitados. A constituição da Irmandade de Misericórdia em Portugal no século XV, está especialmente relacionada à história da assistência caritativa na Europa, no conjunto das carências sociais que marcaram a crise do feudalismo. Devido principalmente à peste, à fome, à guerra, à pobreza e ao próprio despovoamento agrário, presentes no período, criaram-se irmandades caritativas que cresceram a partir do século XIV, principalmente na Itália e em diversos outros países da Europa. Em Portugal, muitas dessas irmandades serviam como pousadas para peregrinos e albergues que desempenhavam funções de hospitais improvisados e de asilos de pobres e inválidos. Vale destacar que a Irmandade da Misericórdia de Lisboa foi viabilizada, desde seus primórdios, tanto pela expansão do capital mercantil quanto pela expansão ultramarina, num momento em que, devido às transformações profundas nas relações sociais, crescia a demanda por serviços assistenciais. Para Laurinda Abreu, em seu artigo sobre o papel das Santas Casas "dos lugares de além-mar", "uma das poucas certezas que se tem, quanto aos seus primórdios, é a de que se formaram como associações de leigos, por leigos governada [...]. Na prática, as Misericórdias primitivas estavam literalmente abertas a toda a sociedade que, através delas, se transformava numa enorme confraria, benquista da monarquia e do papado" (2001, p. 4). De acordo com Russell-Wood, que pesquisou a Santa Casa da Bahia, a "honra da fundação da primeira Misericórdia no Brasil é disputada pelas capitanias de S.Vicente e de Pernambuco. Os historiadores geralmente concordam em que o galardão deve caber à irmandade de Santos, fundada por Brás Cubas em 1543" (1981, p. 30). O autor comenta ainda que a nobreza metropolitana concedia alguns privilégios às Misericórdias coloniais. Um exemplo é o da Santa Casa da Bahia que poderia enterrar os mortos. Esse tipo de privilégio permitiu, segundo Russell-Wood, que as Misericórdias tivessem uma ascendência sobre as outras irmandades, como por exemplo, as Ordens Terceiras de São Francisco e do Carmo.

professores, difundindo seus saberes e experiências para a formação de outros médicos na cidade e no país. Vale ressaltar também que a Instituição atuava em diferentes frentes, não só na área médica. Suas iniciativas abarcavam a área educacional, de assistência, serviços funerários, jurídicos voltados para a população mais pobre da cidade e do interior do Estado.

Localizada, inicialmente, na Chácara dos Ingleses, de acordo com Carvalho (1996), a construção do primeiro prédio teve início em 1717. Em 1840 foi transferida para a esquina da rua da Glória com a dos Estudantes. Em 31 de agosto de 1884 foi inaugurado o Hospital Central, situado atualmente na rua Dr. Cesário Mota Júnior, Vila Buarque.

A autora, que pesquisou a Roda dos Expostos e as amas de leite na cidade de São Paulo, destaca que na década de 1870 o Hospital Central triplicou o número de atendimento aos enfermos. “Se em 1850 havia recebido 207, no ano de 1872 passara a 620 pacientes atendidos anualmente” (1996, p. 40).

Em 1875, atesta Carvalho, foi apresentado um relatório do médico Antonio Caetano de Campos informando que o Hospital poderia receber três vezes mais doentes, bastando uma organização melhor de suas salas e alas, referindo-se, por exemplo, à necessidade, entre outras, de uma sala para moribundos separada da dos convalescentes. De acordo com seus escritos, algumas melhorias foram realizadas, mas não foram satisfatórias pois, em 1876, “foi proposta a construção de um novo hospital, cujas obras foram iniciadas em 1881” (p. 41).

Discorrendo sobre o lugar da Santa Casa no processo de urbanização das localidades onde a Instituição foi instalada, Márcia Regina Barros da Silva observa que a série de modificações pela qual passava a cidade de São Paulo, naquele período de urbanização crescente, “desempenhou um papel fundamental na reconfiguração também da medicina praticada em terras paulistas” (2007, p. 253). Ainda com base em suas palavras, “novos métodos de atendimento, novos tratamentos e práticas introduzidas no

atendimento médico, podem ser avaliados nas exposições da provedoria [...]" (p.243).

Nas colônias em que foram instaladas, as Santas Casas acabaram sendo referências das cidades mais importantes, "tornando-se ao longo do tempo responsáveis pela quase totalidade do atendimento aos doentes, enjeitados e miseráveis" (SILVA, 2007, p. 252).

Especificamente em relação à criança, segundo Russell-Wood, as Santas Casas espalhadas pelo império português ultramarino "recebiam, alimentavam, vestiam e abrigavam as crianças abandonadas pelas mães" (1981, p. 234). Entretanto, o autor salienta que "essas Misericórdias não tinham a obrigação estatutária de assistir os enjeitados. O Compromisso de 1516 (seguido por muitas filiais ultramarinas) não faz referência à assistência dos enjeitados" (p.234).

Comentando sobre o período relativo ao início do século XIX, Silva acentua que o governo "auxiliava na manutenção do hospital que também lhe prestava serviço" (2007, p.255). Ela explica que, provavelmente, esse era "o procedimento nas demais Santas Casas do interior de São Paulo, o que indica a formação de uma rede até que bastante ampla de serviços, que pode ser apontada como 'pública'" (p.255).

As diferentes atividades realizadas pela Santa Casa, ao longo de sua atuação no Brasil, vêm sendo foco de estudos por parte da historiografia brasileira que acaba dando destaque ao papel desempenhado pelas Santas Casas nas várias cidades nas quais se fez presente.

Entre os trabalhos pioneiros está o de Laima Mesgravis. A autora traça um histórico das Santas Casas, desde sua origem até o século XIX, estabelecendo uma linha evolutiva da história da Instituição, "integrada no contexto sócio-econômico e cultural de diversas épocas" (1976, p. 19). Especialmente em relação à Irmandade paulista, registra as mudanças ocorridas na cidade e o papel desempenhado pela Instituição no interior desse processo de crescimento populacional e econômico.

Uma referência importante é o estudo de Russell-Wood sobre a Santa Casa da Bahia. Em seu livro *Fidalgos e filantropos: a Santa Casa de Misericórdia da Bahia, 1550-1775*, resultado da tese defendida em 1967, o autor analisa a história e o papel social da Irmandade baiana. Traz dados referentes aos mais diversos aspectos, como a questão da caridade, a Roda dos Expostos, bem como as relações de sociabilidade visíveis na cidade de Salvador e na própria região, a partir da presença de pessoas ilustres no dia a dia da Santa Casa. Para ele, a Santa Casa de Misericórdia tem papel central em Portugal e em seu império, não só em termos dos hospitais como nas obras de assistência à população.

Ao pesquisar a história da medicina brasileira, Santos Filho fez um resumo histórico das Santas Casas no Brasil, a partir do século XVI, entre elas a de São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia, Recife e Minas Gerais. Ele explica que, estabelecidas "uma em cada cidade ou vila de categoria", as Irmandades da Misericórdia realizaram "como puderam, as suas 'obras espirituais e corporais' e, assim, instalaram hospitais ou 'Santas Casas [...]" (1977, p. 239). Segundo ele, além de dependência para velhos desocupados, náufragos, "fundaram estabelecimentos para a criação de crianças enjeitadas ou abandonadas – as denominadas 'Casas de Expostos' e 'Rodas' [...]" (p.239).

Maria Luiza Marcílio, que escreveu sobre a *História social da criança abandonada*, apresenta uma retrospectiva sobre o abandono das crianças na Europa e no Brasil com foco, entre outros aspectos, para as causas desse abandono, entre elas, a pobreza e a ilegitimidade. A autora relata que a "história da colonização brasileira está ligada à história das Santas Casas de Misericórdia" (1998, p.147). Entretanto, sublinha que "nem toda Misericórdia brasileira incluiu entre suas obras assistenciais aquela de proteção à criança abandonada. Na verdade, bem poucas a fizeram" (p.147). Acrescenta ainda que a primeira que "criou instituições de assistência às crianças abandonadas no Brasil" foi a de Salvador, na Bahia (p.147).

Conforme revela Henrique Luiz Pereira Oliveira, em seu estudo sobre a assistência aos expostos de Desterro (atual Florianópolis), tanto "em Portugal quanto em seus domínios além-mar, a administração das casas para recepção de expostos ficou, regra geral, entregue à Irmandade de Misericórdia – que eram irmandades de leigos" (1990, p.44). Segundo o mesmo autor, nos séculos XVII, XVIII e início do XIX, "foram implantadas instituições para receber crianças expostas em diversas localidades do Ocidente, ao mesmo tempo em que ocorreu uma profusão de providências para incitar a assistência a estas crianças" (p. 45).

Referência importante sobre o tema, Renato Pinto Venâncio observa que cerca de 50 mil enjeitados foram acolhidos nas Santas Casas do Rio de Janeiro e de Salvador durante os séculos XVIII e XIX. De acordo com ele,

> a inquietação diante do futuro espiritual dos enjeitados partia, por assim dizer, da elite esclarecida: governadores pressionavam Senados das câmaras, e comerciantes ricos e devotos doavam legados pios à Santa Casa da Misericórdia como forma de auxílio (2001, p. 190).

Ao estudar o período compreendido entre 1789 a 1832, Alcileide Cabral do Nascimento, no livro *A sorte dos enjeitados - O combate ao infanticídio e a institucionalização da assistência às crianças abandonadas no Recife*, traz contribuições para o estudo de nosso tema, já que oferece elementos para se pensar a presença do problema dos abandonados antes do período recortado por esta pesquisa.

Examinando as práticas discursivas e não discursivas do Estado, da "Igreja, de religiosos, de letrados e de funcionários reais, para assim poder compreender as forças que passaram a combater os costumes, dentre eles, a exposição de bebês [...]" (2008, p. 19), a autora trabalha com a documentação da Santa Casa/Casa dos Expostos de Recife, abordando inúmeros aspectos relacionados à exposição das crianças, como os motivos do abandono, as práticas infanticidas, a trajetória das crianças abandonadas,

as famílias, o processo de mudanças verificado na região tanto em termos sociais quanto econômicos.

Especificamente em relação à Santa Casa de São Paulo podemos notar que, a partir dessa Irmandade, desenharam-se políticas de assistência e proteção à criança abandonada que seriam implantadas na cidade no final do século XIX. Isso pode ser percebido pela presença e atuação de uma parcela de seus médicos e administradores nas propostas de implantação das políticas sanitárias e higienizadoras elaboradas a partir de então. Muitos de seus membros eram integrantes das elites locais e dos setores dirigentes, como era o caso de Arnaldo e Alberto Vieira de Carvalho, Synésio Rangel Pestana, Francisco Queiroz Mattoso, João Leite de Bastos Júnior, entre outros. Faziam parte, portanto, de grupos que tiveram grande participação nas mudanças processadas em São Paulo, colaborando na elaboração, em nível das idéias, ou participando efetivamente de projetos sociais, obras religiosas e urbanísticas.

Atuando como médicos da Santa Casa ou em cargos no governo criticavam, por exemplo, o modo como as crianças expostas eram cuidadas e chamavam a atenção para os serviços das amas – considerados por eles não condizentes com o modelo que sugeriam –, assim como para as instituições que recolhiam as crianças abandonadas.

Além de ser a responsável pelo atendimento médico de grande parcela da população paulistana e do interior do Estado, a Santa Casa servia como *lócus* no qual médicos, políticos, religiosos, advogados e outros segmentos da sociedade se projetavam por meio da participação direta como conselheiros, mesários, mordomos, provedores ou mesmo como doadores de quantias em dinheiro ou espólios, cujos bens eram passados para a Irmandade e suas instituições.

É o caso do cargo de mordomo. Criado em 1836, segundo Khoury, tinha a "finalidade de melhor administrar a Casa da Roda, que sempre funcionou no Hospital da Misericórdia, na Chácara dos Ingleses, com a denominação posterior de Asilo dos Expostos" (2004, p.675). De acordo com a autora, as

mordomias eram “órgãos diretivos das áreas de atuação da Irmandade (mordomos das Capelas, dos Prédios, dos Hospitais, da Casa de Expostos, dos Cemitérios etc”) (p.38).

Mesgravis destaca que os mordomos eram encarregados “de administrar os respectivos organismos, devendo apresentar relatórios mensais” (1976, p. 112). Ao que parece, a função dos mordomos na Casa dos Expostos de Recife era mais ampla. Como registra Nascimento, eles cumpriam o papel de “fiscais e deveriam denunciar as amas que maltratassem ou não cuidassem bem dos expostos, providenciando sua volta para a instituição ou transferência para a casa de outras amas” (NASCIMENTO, 2008, p. 114).

Em relação ao provedor, Russell-Wood nota que era

> sempre uma pessoa de boa posição social e de posses. Defendia a Misericórdia contra as incursões de autoridades civis e eclesiásticas nos privilégios da irmandade. Também delegava tarefa aos irmãos, mas somente nas decisões menos importantes dispunha de independência para agir. Era obrigado a reunir a Mesa em todos os assuntos de política, de despacho, de petições e de transações financeiras. Para manter-se em contato com as atividades da irmandade, era obrigado pelos estatutos a fazer visitas mensais à prisão, ao hospital e aos necessitados assistidos pela Misericórdia, para assegurar a correta aplicação das esmolas (1981, p. 16).

O autor comenta que o prestígio da Misericórdia era “tal que governadores, vice-reis, inquisidores e ministros da justiça serviam como Provedores” (p.21). Mesgravis cita o artigo 45, do Compromisso da Irmandade de São Paulo, de 1881, o qual prevê que o provedor devia ser “sempre uma pessoa de prudência, virtude e reputação para que os outros irmãos o possam reconhecer por cabeça e lhe obedeçam com mais facilidade” (1976, p.105). Ainda conforme a autora, cabia ao provedor “a direção geral da irmandade e de suas instituições assistenciais” (p. 105).

É possível perceber a movimentação desses homens de relevo e com posição social destacada na sociedade paulistana, imprimindo seus valores e tradição por meio de seus escritos, principalmente em reportagens nas quais

eram entrevistados, ou mesmo "batizando" salas e alas do Hospital Central. Nesses casos, a Instituição servia como um espaço onde esses personagens obtinham maior visibilidade social[8].

Dessa forma, os médicos – muitos deles membros do corpo clínico da própria Santa Casa – articulados com outras categorias profissionais, posicionaram-se em relação aos mais diversos problemas presentes na cidade. Tal atuação pode ser explicada pois ocupavam cargos de destaque e liderança em órgãos públicos e privados, publicavam artigos e livros e trabalhavam também como professores na formação de outros médicos[9].

Visando compreender esse conjunto de mudanças e transformações pelas quais passava São Paulo, em termos econômicos, políticos, culturais, bem como a atuação da Santa Casa e seus médicos no interior desse processo, delimitamos esta pesquisa entre 1896 a 1936.

O recorte inicial, 1896, está relacionado ao fato de que, naquele ano, o Asilo dos Expostos, criado em 1824, como local para abrigar as crianças abandonadas na cidade e, até então, uma unidade anexa à Santa Casa de Misericórdia, foi transferido para o bairro do Pacaembu, permanecendo ali até 1997, ano em que foi desativado. Durante esse período de 100 anos se constituiu como um dos centros de referência à criança abandonada e institucionalizada na cidade.

A transferência fez parte de uma série de mudanças que vinham ocorrendo no espaço urbano e no modo de assistência à criança abandonada, na forma de atendimento a ela destinada e que vai refletir, consequentemente, nas instituições para abrigá-la. No caso do Asilo dos

[8] Tal movimento também pode ser notado entre os membros da Santa Casa da Bahia. De acordo com Russell-Wood, o cargo de provedor e a participação no "corpo de guardiães fora prerrogativa de certas famílias rurais do recôncavo e do sertão no século XVII. A Misericórdia significava para essas famílias bem mais do que uma simples irmandade medieval fundada em Lisboa, em 1498. Era um clube onde elas poderiam encontrar outras pessoas com os mesmos interesses financeiros e a mesma posição social" (1981, p. 123).

[9] Segundo Mazzieri, a formação médica no final do século XIX e início do XX "advinha não só de experiências científicas, e muitos professores tornaram-se reconhecidos escritores e oradores. Em São Paulo, o ensino da medicina tornou-se tema de reuniões de sociedade científicas e cerimônias políticas envolvendo intelectuais sob a égide do positivismo [...]" (2004, p. 14).

Expostos, a Instituição acompanhou a dinâmica de estruturação do Estado na época, assim como a formulação das políticas sociais que se manifestaram a partir de então, envolvendo a problemática do abandono.

Conforme já sinalizamos, no período compreendido entre o final do século XIX e primeiras décadas do XX, a criança das camadas mais pauperizadas é convertida em destinatária de uma série de intervenções ocupando, inclusive, um espaço maior nos discursos de médicos, juristas, políticos que passam a discutir sobre a melhor maneira de educá-la.

No caso de nossa pesquisa, a criança abandonada não era só pensada na condição de órfã[10], mas também em relação às questões morais e materiais, já que a possibilidade de viverem em meios considerados viciosos, como as ruas, poderiam colaborar, negativamente, para a sua formação, conforme já escrito. Daí uma série de ações no sentido de retirá-las desses locais.

As críticas, manifestadas principalmente pelos médicos, quanto à falta de cuidado adequado para com as crianças expostas, à necessidade de abrigar as crianças em um local que respeitasse os princípios básicos de salubridade e ao problema da mortalidade, entre outras, sustentavam os argumentos no sentido de se colocar em prática modificações relativas aos cuidados destinados a elas.

O Asilo dos Expostos, a partir de sua transferência para o Pacaembu, em 1896, proporcionava às crianças abrigadas um leque de possibilidades que iam de sua frequência à escola, existente no interior da Instituição, ao aprendizado de marcenaria, serralheria, bordado e costura.

Tal encaminhamento estava relacionado à possibilidade de inseri-los ao processo produtivo, pois o pensamento filantrópico, do período de final do século XIX, caminhava no sentido de evitar o desperdício de energia, que deveria ser canalizada para o trabalho. As crianças no Asilo dos Expostos

[10] De acordo com o *Diccionario* compilado por Antonio de Moraes Silva, órfão era "aquelle a quem morreu o pai ou a mái; de ordinário se diz dos meninos e moços" (1922, p. 371).

acabavam por aprender ofícios que acabaram por formá-las para o trabalho futuro, momento no qual aprendiam também a disciplina do trabalho.

No que se refere à periodização adotada, a justificativa quanto ao recorte final, 1936, tem a ver com a criação de um novo local para abrigar as crianças abandonadas na cidade, o Berçário. A partir daquele ano as crianças encontradas na Roda dos Expostos, retiradas das ruas ou mesmo recolhidas pela polícia, eram encaminhadas diretamente para lá, onde permaneciam até os três anos e, em seguida, eram institucionalizadas no Asilo dos Expostos. Com esta mudança, as crianças não passavam mais pela criação junto às amas, responsáveis por esse serviço desde 1825, quando a primeira criança foi institucionalizada. Portanto, provavelmente, a instalação do Berçário colaborou para a diminuição e posterior fim dos serviços das amas contratadas pela Santa Casa.

Tomando como ponto de partida o complexo conjunto de problemas envolvendo a assistência à criança abandonada, este trabalho teve como objetivo central compreender as relações da Santa Casa de Misericórdia, seus médicos e administradores, com o processo de modernização da cidade de São Paulo. Procurou, ao mesmo tempo, atentar para a tematização e as intervenções que incidiram sobre a problemática da criança abandonada e da mortalidade infantil, as quais se converteram em temas de interesse dos vários segmentos da sociedade, no período ora recortado. Analisam-se, também, as representações produzidas sobre essas crianças e sobre as amas de leite no interior desse processo de mudanças e transformações, gestado e posto em prática pelos grupos no poder.

Tais questões converteram-se em ponto principal para compreender a dinâmica e as preocupações que envolviam as diferentes esferas da sociedade na época, tornando-se indispensável na compreensão do complexo conjunto de ações que partiram dessa Instituição, com vistas à resolução das problemáticas relativas à criança abandonada. Mesmo porque, no período aqui tratado, podemos perceber diferentes interesses em jogo, com grupos de pessoas procurando se firmar por meio de seus discursos e

práticas, envolvidos que estavam em uma rede de relações sociais e políticas nas quais eram visíveis os diversos conflitos e as complexas negociações sobre os mais diversos assuntos.

Um conjunto de documentos nos serviu como fonte para a constituição e tratamento do nosso objeto. A principal fonte utilizada para responder essas questões foram os relatórios da mordomia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, cujos conteúdos possibilitam analisar – além das representações produzidas pelos médicos e mordomos sobre as crianças e amas – os aspectos que levaram a Irmandade a adotar, em diferentes períodos históricos, meios para recolher e dar assistência à criança abandonada, como a Roda dos Expostos, a contratação das amas, o Asilo, o Berçário e o Lactário.

Escritos pelos administradores das instituições sob responsabilidade da Santa Casa, denominados mordomos[11], eram encaminhados ao provedor da Irmandade para compor a publicação do relatório anual. Raul Votta, que fez um detalhado levantamento da história da Santa Casa de São Paulo, apresentado no Primeiro Congresso Brasileiro de História da Medicina, ocorrido no Rio de Janeiro, em 1951, revela que a Irmandade, em sua origem, era constituída apenas de Provedor, Escrivão, Tesouraria e Irmãos.

Os relatórios escritos pelos mordomos eram apresentados pelo provedor da Irmandade "á Mesa Conjuncta", formada pelo provedor, um escrivão, um tesoureiro, dois procuradores e os mordomos das instituições sob responsabilidade da Santa Casa, como os asilos de Inválidos, Mendicidade,

[11] Não foi possível saber qual o tempo de mandato desses administradores à frente da Santa Casa. O que pudemos levantar é que havia um Compromisso do ano de 1836, reformado em 1881, que regulava a administração da Instituição. O jornal *A Província de São Paulo*, de 1879, registra que houve eleição para a administração da Misericórdia para o período de dois anos, no caso, de 1879 a 1880 (p.2). Entretanto, em 28 de junho de 1880, o mesmo periódico publica o resultado de outra eleição, agora para um mandato de quatro anos. Por meio da lista das pessoas e cargos, foi possível notar que houve mudanças na maioria dos cargos, como o do próprio provedor e de outros mordomos. No caso do mordomo dos expostos, Aurélio Joaquim de Souza Fernandes, observa-se que ele permaneceu no cargo ao longo dos dois mandatos, num total de 6 anos. Distintamente da Santa Casa de São Paulo, é interessante notar que, na Santa Casa da Bahia, todos os membros da Mesa Administrativa da Irmandade eram eleitos para um mandato de um ano, "com exceção dos mordomos, cuja eleição era mensal devido a seus pesados afazeres" (RUSSELL-WOOD, 1981, p. 15).

Santo Antonio, Sanatório Vicentina Aranha, entre outras. Também há casos em que foram escritos por funcionários e anexados ao relatório final produzido pelos mordomos.

Impresso ano a ano, cada volume traz, separadamente, informações diversas como movimento nas enfermarias, na farmácia, número de intervenções cirúrgicas, número de crianças entregues às amas, dados sobre mortalidade infantil, crianças asiladas, número de funcionários, receitas e despesas, entre outros dados que estão registrados em forma de textos, gráficos ou tabelas.

Foram localizados 48 volumes no acervo do Instituto Histórico e Geográfico de São Paulo[12] – principal local de pesquisa para este trabalho e onde se encontra um maior número de livros – que datam de 1902 a 1950. No que diz respeito à quantidade de páginas, há uma variação. O volume do ano de 1902, por exemplo, traz 68, enquanto que o de 1943, 456.

A maioria dos volumes inicia-se com uma folha de rosto na qual está escrito, na parte superior, "Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo". Na página seguinte, um índice. Antes do início do relatório de cada instituição, há impressa uma lista de mesários e definidores[13] eleitos em assembleia geral. Por meio dessa lista de nomes é possível identificar vários membros das elites da sociedade paulistana ligados à Santa Casa e às suas instituições.

Após essa "abertura", na qual são listados os nomes dos "irmãos" e respectivos cargos, inicia-se o relatório com os escritos do provedor. No caso, um resumo dos fatos mais importantes ocorridos nas instituições no ano anterior. Em seguida, são anexadas as comunicações e resoluções das

[12] Parte deste acervo está digitalizada e disponível no site da Fundação Carlos Chagas: http://www.fcc.org.br/pesquisa/educacaoInfancia/EducacaoInfancia.

[13] Definidores, de acordo com Mesgravis, "eram membros antigos da Irmandade, com profundos conhecimentos dos seus negócios e que, em conjunto com os irmãos da Mesa, formavam a Junta convocada para as questões importantes como, por exemplo, alienação ou aquisição de patrimônio" (1976, p. 112).

Mesas Conjunta e Administrativa[14] nas quais há relatos sobre pareceres, compromissos, estatutos, designações, licenças, autorizações.

Segundo Khoury (2004), que produziu um guia sobre os arquivos das Santas Casas de Misericórdia do Brasil, fundadas entre 1500 e 1900, a mesa administrativa tinha o poder de decidir sobre as mais diversas questões em pauta. No relatório da mordomia de 1929 temos que foi "approvado o Regulamento do Asylo Colonia de 'Santo Angelo'" (p.13). Já, em 18 de junho de 1936, "é approvada uma proposta mandando dar a denominação de Asylo 'Sampaio Vianna' ao Asylo dos Expostos" (p. 25).

Nas páginas seguintes às comunicações estão os balanços de cada instituição administrada pela Santa Casa, com as receitas e despesas das mesmas. Em alguns relatórios há fotos de eventos e de personalidades que visitavam a Santa Casa, assim como de inaugurações de prédios e salas, entre outras. Em relação às instituições aqui abordadas, o relatório de 1936 traz oito fotografias do Berçário e duas da Chácara Wanderley, local onde funcionava o Asilo dos Expostos.

Especificamente em relação à Roda, às amas, ao Asilo dos Expostos, ao Berçário e Lactário, os relatórios estão, em sua maioria, divididos em duas partes. Na primeira, escrita pelo mordomo, encontram-se comentários mais detalhados. Compreendem desde o número de crianças institucionalizadas, passando pelas informações sobre donativos, trabalho nas oficinas, situação financeira, reformas de prédios e festividades.

Já, na segunda parte, a responsabilidade pelos textos cabia principalmente ao médico do Asilo dos Expostos, que tecia comentários sobre o movimento de crianças entregues às amas, o sistema da Roda, doenças que afetavam os asilados e até mesmo os óbitos. Em muitos de seus escritos opinava sobre as possíveis formas de recebimento e/ou assistência das crianças abandonadas e, posteriormente, institucionalizadas.

[14] De acordo com Khoury, "Mesa e/ou Junta Administrativa era um órgão colegiado deliberativo máximo da Instituição" (2004, p.38).

Há, ainda, nesta parte, textos das professoras, da assistente social, de mesários e de outras pessoas ligadas à Santa Casa e ao Asilo.

Os relatórios, como já apontamos, eram anuais. Porém, encontramos na documentação algumas lacunas. Neste caso, cabe uma observação: quando havia alguma troca, seja de mordomo ou de provedor, as notícias não eram publicadas no ano corrente, mas sim nos relatórios de anos subsequentes, momento no qual os médicos ou mordomos escreviam extensas retrospectivas sobre a história da Instituição ou mesmo sobre os serviços das amas, Roda dos Expostos, entre outros assuntos, o que permitiu obter informações mais detalhadas sobre determinados aspectos do cotidiano das instituições da Irmandade, assim como em relação à própria história da cidade de São Paulo.

Buscamos indagar sobre essa modalidade de escrita, que marca alguns relatórios examinados, em relação ao funcionamento dessa Instituição. Ao que tudo indica, era uma forma de demarcar a troca na mordomia, já que eram momentos nos quais houve, por exemplo, substituição dos mordomos por morte, renúncia ou licença por motivos particulares, conforme podemos acompanhar pelas resoluções das "mesas conjuncta e administrativa". Provavelmente, o espaço utilizado pela escrita dos recém-empossados mordomos poderia servir para dar um tom memorialístico ao texto buscando, em forma de retrospectiva, acompanhar a dinâmica da Santa Casa e do Asilo dos Expostos e seus membros.

Uma outra leitura pode ser feita, pensando que os responsáveis pela redação dos relatórios, ao escreverem verdadeiras retrospectivas, queriam mostrar uma possibilidade de continuidade dos trabalhos da Instituição. Esse tipo de escrita parece fortemente marcado por esse intento de construir uma memória para a Instituição, frisando a importância de sua atuação.

Com efeito, nossa preocupação, ao utilizar as informações contidas nessa documentação, foi a de entendê-las não como verdades incontestes, mas sim procurando situá-las historicamente na tentativa de evitar uma análise anacrônica.

Para isso, estivemos atentos a questões que nos serviram de norte para a análise dos mesmos, questionando sobre quem os escreveu. Como? Em que circunstâncias e para qual finalidade? A quem se destinavam? Com quem falavam os responsáveis pela escrita? Qual o lugar dessa escrita no funcionamento dessa Instituição? Como os relatórios participam da constituição da legitimidade da Instituição no tratamento da questão do abandono das crianças e de outras questões? Da mesma forma tentamos, ao analisá-los, entender como as ações relatadas podem ajudar a compreender a dinâmica da Santa Casa no atendimento e assistência à criança abandonada.

Questionamentos, aliás, que possibilitaram um melhor entendimento sobre a complexidade da documentação, auxiliando a refletir e compreender sua produção e uso como fonte de pesquisa.

Outra observação importante sobre os relatórios. Há, por falha de encaminhamento, partes dos relatórios que só foram editadas no ano seguinte ao exercício a que se referem, como foi o caso de 1937. Neste documento, o mordomo do Asilo dos Expostos, Guilherme Dumont Villares, se explicou e se justificou relatando que

> por um lamentável equivoco na paginação do relatorio do anno de 1936 deixaram de ser incluídas n'aquelle volume as referencias á morte do saudoso Irmão Protector Dr. João Mauricio de Sampaio Vianna [...]. Fica reparada essa involuntária falta com a transcripção do seu necrológio (RELATÓRIO DA MORDOMIA, 1937, p.255).

Tal explicação por parte do mordomo pode ter a ver com o fato de que a elaboração dos relatórios estava prevista em um regimento interno da Santa Casa pois, segundo registra o relatório de 1902, em relação a essa questão,

> em obediência ao preceito contido no n. 10 do art. 41 do Compromisso actual, tenho a honra de apresentar-vos o relatório do movimento dos diversos serviços a cargo da nossa irmandade, durante anno compromissal de 1 de Julho de 1901

> a 30 de Junho de 1902 (RELATÓRIO DA MORDOMIA, 1902, p. 3).

No mesmo relatório temos a informação de que esse Compromisso estava previsto desde 1836, quando foi aprovada a "Lei provincial" n. 21, de 09 de fevereiro daquele ano. Em 1902, ele foi reformulado, sendo aprovada a "redacção definitiva em 15 de Junho" (p.4). Pelo que se depreende da documentação, tal Compromisso[15] determinava, entre outros aspectos, a obrigatoriedade da escrita dos relatórios, os períodos dos mandatos dos mesários, definidores, tesoureiros, provedores, as aprovações ou reprovações dos pedidos de licenças e renúncias por parte dos integrantes da Mesa ou de diretores da Instituição.

Não podemos deixar de salientar que os relatórios eram encaminhados a um superior – via funcionários ao mordomo e deste para o provedor. Serviam como instrumento para registrar como era o dia a dia das instituições, os sujeitos envolvidos em seu cotidiano, os problemas, as sugestões. Há, em alguns trechos dos textos, críticas mais diretas ao sistema de funcionamento do Hospital e do Asilo, à Roda e amas, escritas principalmente pelos médicos que ali trabalhavam. Porém, em outros momentos, notam-se certas passagens que serviam, provavelmente, para enaltecer a Instituição e seus superiores. São considerações que também levamos em conta ao extrair dos relatórios as informações para a pesquisa.

[15] O primeiro Compromisso da Misericórdia de Lisboa (1516) resgata as 14 obras de Misericórdia (7 corporais e 7 espirituais) para fundamentar as ações caritativas da Irmandade: Espirituais: (1) Ensinar os ignorantes; (2) Dar bom conselho; (3) Punir os transgressores com compreensão; (4) Consolar os infelizes; (5) Perdoar as injúrias recebidas; (6) Suportar a deficiência do próximo; (7) Orar a Deus pelos vivos e pelos mortos; Corporais: (1) Resgatar cativos e visitar prisioneiros; (2) Tratar dos doentes; (3) Vestir os nus; (4) Alimentar os famintos; (5) Dar de beber aos sedentos; (6) Abrigar os viajantes e os pobres e; (7) Sepultar os mortos (MESGRAVIS,1976, p.31). A autora observa que este primeiro compromisso "previa a existência de cem irmãos, sem distinção de classe, exigindo apenas boa fama e honestidade e ao próprio provedor só se pedia que fosse 'honrado, de autoridade, virtuoso, de boa fama e muito humilde e paciente'" (1976, p.32). A partir dos compromissos posteriores, o princípio da igualdade entre os irmãos "foi totalmente corrompido", introduzindo a divisão dos irmãos em duas classes: "os 'nobres' e os 'mecânicos', assessorados pelos 'letrados', sendo que, apenas a primeira categoria podia fazer parte da Mesa diretora da irmandade, formada pelo provedor, escrivão, mordomos, tesoureiros e definidores" (p. 32).

Assim sendo, a análise dessas informações é feita a partir da crítica aos documentos pois, como aponta Jacques Le Goff,

> o documento não é inócuo. É antes de mais nada o resultado de uma montagem, consciente ou inconsciente, da história, da época, da sociedade que o produziram, mas também das épocas sucessivas durante as quais continuou a viver, a ser manipulado, ainda que pelo silêncio. O documento é uma coisa que fica, que dura, e o testemunho, o ensinamento (para evocar a etimologia) que ele traz devem ser em primeiro lugar analisados desmistificando-lhe o seu significado aparente. O documento é monumento. Resulta do esforço das sociedades históricas para impor ao futuro – voluntária ou involuntariamente – determinada imagem de si próprias. No limite, não existe um documento-verdade. Todo documento é mentira. Cabe ao historiador não fazer o papel de ingênuo (1996, p.547).

Convém ressaltar, apoiados em Le Goff, que o exame dessa documentação foi feito tendo em vista que os relatórios foram produzidos no âmbito da própria Santa Casa, originários do interior da Instituição estudada. Com esse cuidado, procuramos compreender a construção das representações presentes nesses documentos, pensando na produção das mesmas em um tempo e espaço determinados, na tentativa de compreender as razões de sua produção e o contexto no qual foram escritos pelos autores, no caso, os médicos e mordomos.

Seus testemunhos aparecem, principalmente, relacionados ao Asilo dos Expostos e aos serviços das amas de leite, com quem permaneciam as crianças em fase de amamentação, possibilitando, assim, compreender as ações da Santa Casa em relação tanto ao Asilo quanto às amas.

Neste sentido, os relatórios – ao mesmo tempo em que mostram particularidades das crianças abandonadas e das amas – sugerem o estabelecimento de diferentes práticas dirigidas a elas, ora pelo seu pertencimento social, racial ou de gênero, ora pelas intervenções sobre seu corpo, sua conduta e sobre sua própria vida.

É possível, ainda, analisando essa documentação, acompanhar um pouco da história da cidade de São Paulo e da dinâmica estabelecida na época aqui tratada, bem como a movimentação de parcelas das elites

locais. Também podemos verificar as tentativas de se colocar em ação políticas de proteção voltadas à criança abandonada e às amas, bem como as práticas sociais e pedagógicas que incidiram sobre elas.

Desse modo, a análise dos relatórios trouxe limitações e dificuldades intrínsecas a essa fonte documental, em especial por se tratar de uma fonte originária da própria instituição estudada, tratando-se, portanto, de uma escrita institucional. Tentamos superar essa questão buscando em jornais, legislação, pareceres e na própria revisão bibliográfica elementos que possibilitassem ora o confronto ora a complementação das informações constantes nos relatórios.

Por conta disso recorremos, em alguns momentos da pesquisa, ao jornal *A Província de São Paulo* (a partir de 1889, *O Estado de S.Paulo*), que traz informações sobre a Santa Casa e seus membros, bem como sobre a própria capital paulista. Por meio desta fonte, foi possível chegar mais próximo do universo da cidade de São Paulo e de seus habitantes, facilitando a compreensão de algumas representações que circulavam nas linhas e entrelinhas desse veículo de informação.

Schwarcz destaca que o jornal, "criado em nome de um grupo e partido, com propósitos explícitos" (1987, p.72), contou com a participação, entre seus subscritores, de José Alves de Cerqueira César, Almeida Prado, Martinho da Silva Prado, entre outros. Eram nomes, pelo que podemos observar por meio dos relatórios, que estavam ligados à Irmandade. Tal vínculo, provavelmente, estreitava a relação entre o jornal e a Instituição quanto à divulgação de notícias da Santa Casa, das festas inaugurais dos prédios e alas do Hospital Central, além de temas ligados à questão da assistência à criança abandonada.

É o caso da família Prado. Referindo-se ao final do século XIX, Silva nota que aquela família "atuava no período tanto definindo os processos econômicos da atividade cafeeira em terras paulistas quanto exercendo a filantropia" (2007, p.253). Ainda segundo essa mesma autora, esse grupo de pessoas, também ligado à Santa Casa, era composto, em sua maioria, de

fazendeiros ou profissionais liberais, ou seja, representantes de parte das elites da cidade de São Paulo que estavam, naquele momento, articulados com o processo de reformulação que ocorria na cidade, bem como com a assistência àquela população pauperizada[16].

A partir da leitura e análise de algumas reportagens do periódico, pudemos perceber a força persuasiva presente em seus conteúdos, as representações sobre a cidade e seus moradores, que perpassam os editoriais, artigos, reportagens ou mesmo as colunas de notas referentes à sociedade da época.

Na análise das representações sobre a cidade e seus moradores e, de modo específico, sobre as crianças e amas de leite, contidas nesse periódico ou mesmo nas outras fontes pesquisadas, é preciso atentar para o fato de que as referências a esses sujeitos não podem ser lidas de forma inocente. Cabe enfatizar que as crianças e amas são comumente associadas às camadas pauperizadas da sociedade, por meio de expressões que evidenciam os modos como eram vistas por médicos e mordomos, num momento de mudanças e redefinições, por meio das quais se buscava demarcar espaços na sociedade e na própria Instituição.

Como lembra Chartier, as representações do mundo social "assim constituídas, embora aspirem à universalidade de um diagnóstico fundado na razão, são sempre determinadas pelos interesses de um grupo que as forja" (1990, p.17). Daí, continua o autor, "para cada caso, o necessário relacionamento dos discursos proferidos com a posição de quem os utiliza" (1990, p.17).

[16] Para Mesgravis, já durante os séculos XVI e XVII predominavam, "à testa da Irmandade, elementos da 'elite' local descendentes dos primeiros povoadores ou a ela ligados pelos laços do matrimônio. Muitos foram bandeirantes e acreditamos que estes tinham um interesse especial em participar da Misericórdia" (1976, p. 57). A autora segue assinalando que "às veleidades aristocráticas dos paulistas do seiscentismo agradaria também pertencer à única Irmandade explicitamente protegida pelo favor real, fato que alegavam quando pediam o reconhecimento de sua nobreza" (p. 57). Luciana Mendes Gandelman, que estudou o Recolhimento das Órfãs da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, explica que a Irmandade era uma confraria carregada de símbolos de poder e prestígio, que buscava tomar para si o lugar de Maria virtuosa e piedosa intercessora perante o Todo Poderoso, promotora da Misericórdia divina e ordenadora da caridade humana" (2001, p. 44).

Para Chartier,

> as percepções do social não são de forma alguma discursos neutros: produzem estratégias e práticas (sociais, escolares, políticas) que tendem a impor uma autoridade à custa de outros, por elas menosprezados, a legitimar um projecto reformador ou a justificar, para os próprios indivíduos, as suas escolhas e condutas (p.17).

Neste sentido, de acordo com o autor, as lutas pela representação do social nos dão a entender "os mecanismos pelos quais um grupo impõe, ou tenta impor a sua concepção de mundo social, os valores que são seus e o seu domínio" (p.18).

Compreender as representações produzidas sobre as crianças e sobre as amas possibilita enxergar imagens mais complexas que envolvem relações de dominação, controle e disciplina, numa "luta de representações", utilizando o conceito de Chartier, que chama a atenção para o fato de que não há apenas uma representação universal de determinado fato, mas sim uma contínua "luta de representações, onde o que está em jogo é a ordenação, logo a hierarquização da própria estrutura social" (p.23).

Uma das preocupações centrais deste estudo foi a de compreender a produção das representações contidas nos relatórios da mordomia da Santa Casa de São Paulo sobre as amas de leite e as crianças. Entender o sentido dessas representações significa apreender que elas não são, de modo algum, ingênuas, conforme já frisamos. São portadoras de intenções que nos obrigam a questionamentos acerca do processo pelo qual foram construídas, sua finalidade, seu lugar de produção.

No caso desta pesquisa, as informações extraídas da documentação foram tomadas como produtos de um processo que as constrói. Resultado, muitas vezes, de interesses particulares e/ou institucionais. E que serviram, possivelmente, para construir uma realidade e justificar um determinado tipo de intervenção e os critérios considerados mais corretos, segundo o discurso

dos médicos e mordomos, de assistência e proteção às crianças abandonadas.

Devemos levar em conta ainda as inúmeras articulações, por parte de uma parcela das elites, com o objetivo de controlar e disciplinar os indivíduos e a população, melhorar os aspectos de salubridade e higiene do meio ambiente bem como colocar vem prática as mudanças na própria cidade que ocorriam no período histórico recortado.

Para analisar as relações de poder, de disciplina, bem como as ações sobre o corpo das crianças e amas, esta pesquisa pautou-se nos diálogos com os trabalhos desenvolvidos por Michel Foucault (1972, 1979, 1988, 1997, 1999, 2008). A perspectiva contida em suas obras possibilita refletir acerca das diferentes abordagens, concepções e práticas do movimento higienista, as relações entre as políticas de saúde pública implantadas no período estudado para a população pobre de maneira geral e, especificamente, para as amas e as crianças abandonadas.

No que concerne às mudanças que ocorreram na cidade de São Paulo e às consequências desse processo, principalmente em termos de um maior adensamento populacional, lançamos mão dos fundamentos teóricos de Foucault, principalmente em relação ao conceito de biopolítica, entendida como a forma por meio da qual se tentou, a partir do século XVIII, "racionalizar os problemas propostos à prática governamental, pelos fenômenos próprios a um conjunto de seres vivos constituídos em população: saúde, higiene, natalidade, raças" (1997, p. 89).

Cabe assinalar que a biopolítica vai centrar no coletivo, na população de modo geral e não mais apenas no corpo do indivíduo. Vai focar nos problemas do meio, nas estatísticas, intervindo nos mais diversos aspectos, como a morbidade e natalidade, por exemplo, numa ação "regulamentadora da vida coletiva". Ou o que Foucault chamou de governamentalidade, que corresponde

> a um conjunto constituído pelas instituições, os procedimentos, análises e reflexões, os cálculos e as táticas que permitem

> exercer essa forma bem específica, embora muito complexa, de poder que tem por alvo principal a população, por principal forma de saber a economia política e por instrumento técnico essencial os dispositivos de segurança (2008, p. 143).

É importante notar que tais problemas fizeram parte de uma série de ocorrências econômicas, políticas, sociais que marcaram o início dos tempos modernos. Ocorrências essas que ganham importância na segunda metade do século XVIII, período no qual, na Europa, a população passou a ser vista como um problema político. Fora essa questão, a cidade, ou melhor, as questões higiênicas básicas para o funcionamento da mesma, passou a ser vista como uma questão primordial no sentido de prevenir as doenças e epidemias que pudessem atingir a população.

Os estudos de Foucault permitem observar como, em função da problemática do adensamento populacional ocorrido na cidade de São Paulo, em fins do século XIX, a criança passou a ser objeto de preocupação, de investimentos que visavam, principalmente, a sua preservação.

Pela leitura dos textos de Foucault é possível estabelecer também, a partir do conceito de biopolítica, uma aproximação à questão da amamentação, ou seja, esta poderia ser uma estratégia biopolítica na medida em que estava ligada à preocupação com a preservação da vida da criança e, consequentemente, da continuidade da própria nação.

Diante desse quadro, a relevância do presente estudo, que toma como objeto as representações e as iniciativas de assistência e proteção das crianças abandonadas em São Paulo, na transição do século XIX para o XX, em suas articulações com os problemas que acompanham o intenso desenvolvimento da cidade, justifica-se quando se tem presente as várias indagações que vêm emergindo a par da ampliação das investigações sobre a infância e sua educação.

Tais reflexões têm tomado como uma das referências principais a obra de Philippe Ariès. Publicada na França, na década de 60 do século passado, é um marco dentro da historiografia da infância e leitura obrigatória para os estudos sobre a história da infância. O autor recua à Idade Média para

historiar, até o século XVIII, o aparecimento da criança como personagem principal da família e sua importância na sociedade. Por meio de várias fontes – como gravuras, objetos do cotidiano como lápides e cueiros, entre outros, e os diários médicos do rei Luis XIII –, observa que as crianças, até o século XVII, eram vistas como "adultos em miniatura", que deveriam estar preparadas para viver fora da família. Essa constatação serviu para o autor desenvolver suas teses: a inexistência de um sentimento de infância na Idade Média e o lugar que ela ocupa no século XVIII. Revelou ainda quanto a infância, como a concebemos nos dias de hoje, é uma invenção recente. Segundo Ariès, na sociedade medieval, o sentimento da infância não existia (1981, p.156).

Chama atenção o fato de Luis XIII, por volta de 1603, com um ano e cinco meses, tocar violino e cantar ao mesmo tempo. Nessa mesma idade jogava malha. Com dois anos dançava todo tipo de música. Aos três anos e cinco meses, começou a aprender a ler e aos quatro, a escrever.

Pelo que se depreende de sua obra, da Idade Média ao século XVIII, a criança não era notada, o que vai mudar somente a partir das sociedades industriais. O estudo de Ariès sofreu críticas que incidiram sobre a linearidade das suas análises e a afirmação da ausência de um sentimento de infância até o século XVIII.

Gélis é um dos autores que se contrapôs a algumas das afirmações de Ariès. Para ele, a "evolução do sentimento de infância não se manifesta de maneira linear" (2002, p.320). Porém, o percurso histórico nos remete ao século XVIII, na Europa, como sendo o momento do início de uma maior preocupação para com a criança. Constrói-se o sentimento de amor a ela e não apenas para assegurar a continuidade da família. O autor argumenta que há diferentes "atitudes com relação à criança", expressões de mudanças culturais que ocorrem ao longo do tempo sem ser possível estabelecer uma cronologia para elas.

Kuhlmann Jr., ao fazer um balanço sobre as pesquisas no Brasil e no estrangeiro sobre a temática da criança e da sua história, chama a atenção para o fato de que

> a visão linear do desenvolvimento histórico, de Ariès, ganha um caráter ainda mais abstrato quando da sua transposição para outros contextos. É o caso dos estudos que pretendem identificar o desabrochar do sentimento de infância no Brasil no final do século XIX. Postulando que nessa época se estaria vivendo um processo semelhante ao que teria ocorrido na França no século XVII – que é onde e quando Ariès localiza o início de uma mudança mais definitiva com relação ao sentimento de infância – essas correspondências entre períodos históricos diferenciados partem da arbitrariedade de que há um caminho pronto para se trilhar na História e, nele, uma defasagem de quase dois séculos a nos separar da realidade européia (1998, p. 21).

Por meio desta citação, podemos perceber que Kuhlmann Jr. também relativiza a afirmação da ausência do sentimento de infância postulado por Ariès. Para ele, deve-se tomar cuidado quanto ao aspecto da linearidade que orienta as análises do autor francês, ao discutir o sentimento da infância. Frisa também o modo como essa questão pode ser verificada em estudos sobre a temática no Brasil, chamando a atenção para os problemas que derivam da pressuposição da existência de um processo semelhante ao que ocorreu na França, no século XVII.

No Brasil, a pesquisa sobre a história da infância teve um impulso importante como uma das vertentes da Demografia Histórica e da "História Nova", "ambas valorizando os excluídos sociais, que possibilitou a descoberta de realidades novas, inusitadas, na nossa paisagem social histórica" (MARCÍLIO, 1998, p.12). Utilizando-se principalmente dos registros paroquiais, a Demografia levantou dados não só sobre as famílias, mas informações sobre as crianças expostas, abandonadas.

Para Kuhlmann Jr. (2004), a história da infância vem recebendo a contribuição da história da assistência, da família e da educação. Segundo o autor, que vem produzindo pesquisas sobre a criança no âmbito da História e da Educação, infância pode ser compreendida como a "concepção ou a

representação que os adultos fazem sobre o período inicial da vida, ou como o próprio período vivido pela *criança*, o sujeito real que vive essa fase da vida" (p.15). Para ele, a história da infância seria a "história da relação da sociedade, da cultura, dos adultos, com essa classe de idade" (p.16).

Neste sentido, a relevância da temática sobre infância tem a ver com a possibilidade de compreensão dos modos como, a partir de um certo momento histórico, a criança foi alçada ao lugar de figura privilegiada e alvo principal de reflexões e de inúmeras intervenções. Intervenções que visavam alterar o quadro negativo em torno, por exemplo, do problema do seu abandono diminuindo, inclusive, os altos índices de mortalidade.

Para entender a dinâmica que caracterizou o período que ora demarcamos, com foco sobre as questões relacionadas à assistência à criança abandonada, em São Paulo, e aos diferentes modos de proteção formulados pela Santa Casa, no caso o Asilo dos Expostos, os serviços das amas, a Roda, o Berçário e o Lactário, este estudo foi dividido em duas partes.

Na primeira, procuraremos discutir as problemáticas presentes na cidade em meio às transformações pelas quais passava, como por exemplo, a mortalidade das crianças expostas e recolhidas pela Santa Casa. Analisaremos, ainda, o lugar de destaque alcançado pela medicina no tocante a uma série de intervenções necessárias, segundo os discursos dos médicos, para organizar o que consideravam como desacertos presentes na sociedade de então.

Pesquisar sobre as iniciativas em termos da assistência e proteção elaboradas e colocadas em ação pela Santa Casa de São Paulo é o objetivo da segunda parte que tratará, para isso, da mudança do Asilo dos Expostos para o bairro do Pacaembu, do sistema da Roda dos Expostos, da instalação do Berçário e do Lactário. Abordaremos, ainda, as representações produzidas, principalmente pelos médicos e mordomos da Santa Casa, sobre as amas, uma vez que foram eleitas por eles as grandes responsáveis pela mortalidade das crianças sob sua responsabilidade.

PARTE 1

UMA CIDADE ADEANTADA E RICA COMO SÃO PAULO [...][17]

[17] O título foi extraído do relatório escrito pelo médico do Asilo dos Expostos, Synésio Rangel Pestana, ao então mordomo dos expostos, João Maurício de Sampaio Vianna (RELATÓRIO DA MORDOMIA, 1912, p. 85).

Conforme sinalizamos na parte introdutória, São Paulo passa, na transição para o século XX, por uma série de modificações que afetam seu espaço. Sobressaindo, na paisagem urbana, continuidades e mudanças graduais nos meios de transporte e de comunicação, na constituição dos bairros e em áreas que serviriam de moradia para as mais diversas camadas da população.

A dimensão da cidade foi transformando-se ora lenta, ora rapidamente, colocando em cena novos hábitos e costumes por parte de seus moradores, bem como uma nova ordem em relação aos espaços de sociabilidade. Tais movimentos destacavam os problemas e mazelas decorrentes dessa urbanização, que ocorria de forma fragmentada e desigual, alijando grande parcela de seus habitantes.

Este conjunto de alterações pode ser pensado levando-se em conta as contradições sociais e os problemas de infraestrutura decorrentes, principalmente, do processo de crescimento e expansão demográfica. Olhar mais detidamente para esse cenário de diferenças e desigualdades, analisando os modos e costumes de seus moradores, e as alterações no espaço físico da cidade é o objetivo a que nos propomos nesta primeira parte do texto.

Ao acompanhar tais ocorrências, analisaremos as mudanças no modo de recolhimento e assistência à criança abandonada entregue à Santa Casa. Por fim, destacaremos o papel desempenhado pela medicina no tocante à série de intervenções concebidas como necessárias para organizar o que passava a ser visto como desacertos presentes na sociedade de então. Desacertos relacionados, muitas vezes, à emergência de uma série de problemas de infraestrutura na cidade que se configurava, e que estavam relacionados a uma demanda populacional. Isso porque São Paulo, no final do século XIX, serviu como porta de entrada para ex-escravos, que chegavam das fazendas, imigrantes e os próprios

trabalhadores nacionais que se direcionaram para a capital em busca de novas oportunidades de trabalho[18].

[18] Birolli revela que entre 1871 e 1920 entraram no Brasil 3.390.000 imigrantes estrangeiros, "cuja maioria fixou residência em São Paulo" (2000, p. 34). De acordo com Segawa (2004), "entre esse formidável contingente de europeus recém-chegados estavam mestres de obras, construtores e uma gama de artífices diversos que ajudaram a melhorar a qualidade da construção – seja ela de gente remediada como daqueles que se endinheiravam com o café e com os negócios daí derivados" (p.367).

CAPÍTULO 1 – Em meio à nova configuração, os problemas

Aos poucos, a capital paulista foi se destacando ora como um espaço receptor, ora distribuidor de produtos e serviços, muitos deles vinculados ao desenvolvimento da agricultura cafeeira[19].

Maria Alice Ribeiro, que estudou as políticas de saúde pública nos governos paulistas de final do século XIX e primeiras décadas do XX, chama a atenção para o fato de que a "multidão tomou conta da cidade de São Paulo somente com a entrada em massa de imigrantes, fenômeno que se agravou ainda mais na segunda metade da década de 90 do século XIX" (1993, p.100).

De acordo com seus estudos, naquela época os "imigrantes abandonaram as fazendas de café e vieram para as áreas urbanas, principalmente a Capital" (p.100), a qual sofreu um crescimento bastante vigoroso.

Ao comentar sobre a expansão urbana na cidade de São Paulo e sua relação com a economia cafeeira, Maria Izilda Santos de Matos verifica que a política desencadeada pela cafeicultura paulista, "ao estimular e promover intensamente a imigração, em proporções bem superiores à possibilidade de emprego no campo, favoreceu em muito o crescimento da população urbana" (2000, p. 77).

Em relação a esse período de final do século XIX, cabe atentar para as considerações do historiador norte-americano, Richard Morse. Estudando a formação histórica de São Paulo, com ênfase no processo de urbanização, ele registrou as impressões de um estrangeiro sobre a cidade, no caso, "um italiano, Dr. Lomonaco", em 1886. Segundo o viajante,

[19] Segundo Telarolli Júnior, "o café ocupou o lugar do açúcar na década de 1830 como principal produto nacional de exportação, quando sua importância se tornou crescente entre os gêneros agrícolas, respondendo por mais de 60% do valor exportado no final da Monarquia" (1996, p. 23). Madel Luz registra que, em termos nacionais, o café será "o grande agente de mudanças que favorecerá o desenvolvimento e a modernização de alguns centros urbanos" (1982, p.40).

> São Paulo não apresenta ainda os aspectos de grande cidade no sentido exato da palavra. Está sujeita, presentemente, a um regime, a uma obra de continuas demolições e transformações, que a melhoram e embelezam de dia para dia e não pode concluir-se em breve lapso [...]. Ao lado de belos palacetes, em condições de figurar em qualquer grande cidade, ainda se notam os casebres baixos e humildes, as casas de taipa construídas pelos primeiros portugueses. Em confronto com algumas ruas, bem pavimentadas, com numerosos edifícios, outras já se apresentam, apenas delineadas e de edificação esparsa, cobertas de hervas rasteiras, ou de chão de terra, impraticáveis desde que chova (LOMONACO,apud MORSE, 1970, p. 243).

Levando-se em conta que se tratava de um viajante europeu, com referências culturais distintas da realidade observada, podemos perceber, pelos seus comentários, que seu olhar poderia estar fixado nas intervenções que visavam transformar a cidade – no caso os bairros, ruas, casas –, eliminando os contrastes entre o novo e o velho na paisagem paulistana. Ao que parece, o viajante lamenta os contrastes e os inúmeros problemas como as “ruas de chão de terra”, presentes em meio ao progresso.

Suas considerações nos levam a pensar a respeito dos traços de continuidade e permanência em meio às mudanças que vinham ocorrendo na cidade. Ou seja, caminhando em sentido oposto ao que se propalava, ao que se queria revelar, na paisagem urbana resistiam à transformação as características tradicionais de seus espaços, de suas moradias e, talvez, o próprio modo de viver de grande parcela da população. O que nos faz pensar que, apesar das inúmeras investidas de ordem governamental ou mesmo particular, muitas das práticas populares persistiram indo de encontro ao que desejavam parcelas das elites. Neste sentido podemos pensar que, embora houvesse um discurso apontando os ares de modernidade presentes na cidade por meio de sua expansão e crescimento, e a tentativa de superar o que era considerado

antigo, tradicional, ao mesmo tempo temos também uma certa resistência ao que se procurava transformar.

A imagem transmitida pelo viajante é indicativa de um processo no qual as mudanças assumiam um valor positivo, expressando-se nas "obras de continuas demolições e transformações, que a melhoram e embelezam de dia para dia". Porém, nossas interpretações caminham justamente para um caminho oposto, enxergando as remodelações na cidade de São Paulo, no período ora recortado, como espaço de tensões, de conflitos, de disputas de poder que coincidem com o aparecimento de uma gama de instituições e de grupos sociais distintos. Enfim, um espaço que se constituía, naquele momento, por meio de uma complexa rede de relações sociais e políticas, na intenção de demarcar lugares na sociedade idealizada por parcelas das elites, numa verdadeira polarização de posições sociais.

Comentando sobre a São Paulo do ano de 1895, o cronista Ernani Silva Bruno enfatiza que já era uma "cidade essencialmente cosmopolita: em números redondos, de seus 130 mil habitantes, 71 mil eram estrangeiros e apenas 59 mil eram brasileiros" (1954, p. 51).

Em 1900, a cidade "possuía cerca de 239.820 habitantes, na sua maioria composta por elementos das camadas inferiores", registra Maria Inez Machado Pinto em seu livro *Cotidiano e sobrevivência; a vida do trabalhador pobre na cidade de São Paulo - 1890-1914* (1994, p.113). Os números são crescentes chegando, em 1920, de acordo com Rocha, a "579.033 habitantes, dos quais 35,5% eram estrangeiros, de diferentes nacionalidades" (2003, p. 27).

Nesse contexto, o espaço urbano estava sendo ocupado por homens, mulheres e crianças; ricos e pobres; trabalhadores e desempregados, nacionais e estrangeiros[20]. Ou seja, um leque diversificado e contrastante

[20] De acordo com Marcílio, no censo de 1890, a "população negra, cabocla e mestiça da cidade era de 17,9%. Ao mesmo tempo, em 1893, a população estrangeira na cidade era de 54,6%; e, destes, 62,7% eram italianos" (2005, p. 118). Em 1900 temos 239.820 habitantes na cidade. De acordo com os dados do Seade, neste mesmo ano, nasceram

de pessoas que procuravam acompanhar uma dinâmica de vida diferente, estabelecida no interior de uma nova configuração urbana e social que norteava a sociedade de então.

Pesquisando sobre a parcela nacional pobre da população, Santos fez um levantamento bastante detalhado dos habitantes de São Paulo, entre o final do século XIX e primeiras décadas do XX, utilizando diferentes fontes, entre elas os Anuários Estatísticos da Seção de Demografia, boletins, recenseamentos e outros documentos demográficos. Segundo ele, havia uma certa dificuldade por parte dos responsáveis pelas pesquisas demográficas de classificar a população brasileira e, no caso, paulistana, "dentro dos modelos preestabelecidos do que seria uma pessoa branca, quase branca e não branca ou preta, quase preta ou não preta" (2003, p. 39). Essa observação do autor diz respeito ao fato de que, nos quadros elaborados por ele, "divididos por cor" se alternavam os termos caboclos, pardos e mestiços.

Ainda de acordo com Santos, em sua análise da composição populacional de São Paulo, referindo-se ao período de virada do século XIX para o XX,

> caboclos, caipiras, negros, índios e mestiços, além de serem freqüentemente ignorados ou inferiorizados em relação a sua participação na composição social e cultural da população paulistana, eram ainda desconsiderados e, em muitos casos, excluídos por um discurso representativo de uma visão que, ao mesmo tempo, apontava quais deveriam ser os trabalhadores idealizados como necessários aos interesses produtivos e às expectativas sociais e culturais dominantes (p.43).

Santos conclui sua abordagem ressaltando que a preferência pelos trabalhadores estrangeiros estava associada a "uma rejeição em relação aos modos de viver da parcela nacional pobre, descritos como inadequados a uma cidade que procurava se desenvolver seguindo os moldes europeus de comportamento" (p. 43).

8.682 pessoas, sendo o óbito geral de 4.108. Houve, no ano, 1.284 casamentos (Disponível em www.seade.gov.br).

Cabe sublinhar os contrastes que se mostravam visíveis naquele momento de transição e que vão ganhando uma dimensão maior na medida em que a cidade cresce. Crescimento que vai ser acompanhado pelas contradições sociais advindas desse adensamento urbano e populacional que se manifestou não só em São Paulo, mas em vários centros do país e do mundo[21].

Tematizando os problemas urbanos que emergem no final do século XIX e nas décadas iniciais do XX, Heloísa Rocha comenta que o "progresso, a civilização, transformando milagrosamente as feições da cidade, colocavam em cena novos personagens a se mover num ritmo febricitante" (2003, p.21). Ela salienta que "levas de novos habitantes", entre eles os enriquecidos fazendeiros de café, os ex-escravos e brancos pobres "vão construindo novos cenários, fazendo surgir elegantes cafés e confeitarias, luxuosas casas comerciais, atraentes vitrines e prósperas indústrias" (2003, p. 25). Porém, como nota a autora, nem só de "luxo e bom gosto se tecem os fios dessa história. Doenças, fome, miséria, desemprego comporão a face menos nobre desse empreendimento civilizatório" (2003, p.25).

Provavelmente, devido ao crescimento acelerado e desordenado, assim como à falta de um planejamento urbano e outros problemas, inclusive de ordem econômica, emergiram na cidade cortiços, casebres, problemas de saneamento básico e as doenças de toda ordem. Ou seja, uma série de questões que são constituídas como problemas principalmente pelos médicos higienistas, sanitaristas, engenheiros, entre outros, legitimando novos dispositivos de intervenção. Eram problemas representados pelas elites políticas, econômicas e intelectuais como

[21] Bresciani chama a atenção para o fato de que "autores críticos das grandes cidades, entre eles Engels, identificam, já na primeira metade do século passado, a relação perversa de criação da riqueza diretamente proporcional ao aumento da pobreza miserável, essa duplicidade é reiterada por pensadores importantes da virada do século XIX para o XX, ao aceitarem o desafio de avaliar o mal-estar inerente ao mundo civilizado" (1998, p. 241).

sinônimos de ameaça à nova ordem urbana exigindo, segundo essas elites, estratégias de intervenção para saná-los[22].

É pertinente ressaltar que tais problemas se agravam ao longo do tempo, conforme podemos perceber pela mensagem enviada ao Congresso do Estado, em 14 de julho de 1914, pelo então vice-presidente do estado de São Paulo, Dr. Carlos Augusto Pereira Guimarães. Ao chamar a atenção sobre a mortalidade na capital, ele aproveitava para destacar que a taxa

> exprime necessidade urgente da pratica de um conjuncto de medidas capazes de fazel-a abaixar a cifra bem menor [...]. Está o governo empregando o maximo esforço no sentido de completar a rêde de exgottos e abastecimento de águas. É o trabalho por sua natureza moroso e dispendioso, e sua importância se mede pelo numero de prédios construídos nos dois últimos annos e que taes melhoramentos vão aproveitar. São elles em numero de 13.484. Os poderes municipais, por sua vez, vão se esforçando por melhorar os serviços a seu cargo, como a limpeza publica, calçamentos, etc (1914, p.8).

Percebe-se, então, a preocupação das autoridades governamentais em relação aos serviços de infraestrutura que permaneciam, em grande parte, precários ou, quando não, ausentes. Eram problemas presentes na paisagem da cidade, como a falta de redes de esgotos, água encanada, que se juntavam às já péssimas condições de vida de uma parcela significativa de seus moradores, causando apreensão por parte das autoridades.

O conjunto de elementos constantes no relatório pode nos revelar algumas das dificuldades enfrentadas pelo poder público para lidar com os mais diversos problemas urbanos. Além, é claro, de mostrar as ações

[22] É importante observar que nuanças dessa mentalidade podem ser observadas ao longo deste trabalho por meio da série de medidas pensadas e postas em prática não só por autoridades governamentais mas também por grupos vinculados a elas, contribuindo para que se notasse, na sociedade de então, uma certa polarização entre os que detinham o poder e os desprovidos dele.

do governo no sentido de resolvê-los. As dificuldades apresentadas pelo vice-presidente podem ser lidas levando-se em conta o processo de expansão de São Paulo que, possivelmente, dificultaria as ações no sentido de resolver os problemas do dia a dia da cidade, entre eles, o da mortalidade infantil.

Segawa revela que não menos "complexa era a questão do saneamento urbano" (2004, p. 348). O autor destaca São Paulo como referência "das atitudes de uma época frente à organização do espaço das cidades, pressionadas pelos fluxos migratórios e o aumento da população sob a égide das idéias da salubridade consubstanciadas no século XIX" (p.348). O que se nota é que, em meio ao processo de acumulação de capital, aumenta a distância entre os que são beneficiados pela riqueza e os que são privados dela, em parte ou totalmente. Especialmente neste momento, interessa atentar para as questões decorrentes da formação dos bairros e da construção das moradias.

Em relação a essa problemática, Carvalho registra que

> a cidade cresceu circundando o centro comercial e ao longo das estradas de ferro, nos bairros da Mooca, Ipiranga, Vila Prudente, Cambuci, Bom Retiro, Luz, Brás, Pari, Barra Funda, e trechos da Água Branca e da Lapa, onde se instalavam as indústrias na cidade (1996, p.50).

A mesma autora chama a atenção para o fato de que o crescimento desses bairros redundou no aparecimento de cortiços e outros tipos de moradias insalubres, responsáveis por boa parte das doenças e epidemias propagadas no período.

Para tentar resolver tal problema da expansão dos cortiços, foram elaboradas leis municipais nos anos de 1897, 1900 e 1908, cujo objetivo era o de incentivar a construção de "vilas operárias baratas e saudáveis em áreas pouco povoadas", ressalta Morse. Entretanto, de acordo com o autor, não houve interesse por parte dos particulares que não viam de bom grado "planos de grande alcance" (1970, p. 297).

Na nova geografia urbana, que surgia em meio a tantas mudanças, muitos dos bairros industriais foram sendo ocupados por cortiços e casebres, enquanto que bairros como Higienópolis, Jardim América e Paulista e o próprio Pacaembu – local onde foi instalado o Asilo dos Expostos, em 1896 – acabaram por ser erigidos, já naquela época, como bairros "nobres", com seus casarões ajardinados, cujos moradores faziam parte da alta sociedade paulistana[23].

No que se refere às mudanças processadas no meio urbano paulista, vale acrescentar a essa discussão o registro de Carlos José Ferreira Santos. O autor traz o relato de um viajante italiano, Alfredo Cusano.

O turista, após visitar a cidade, em 1911, dizia que a "Paulicéia" era dividida

> tão-somente em três áreas: os bairros elegantes, os populares e o centro, que abrigava toda a vida comercial. Em relação aos bairros elegantes, segundo ele, Higienópolis, Campos Elíseos, redondezas da Avenida Paulista etc foram descritos como veredas maravilhosas (CUSANO apud SANTOS, 2003, p. 70).

Muitos desses bairros "elegantes", tinham como moradores uma parcela da burguesia cafeeira. Ribeiro observa que eram

> os Prados, os Penteados, os Pacheco Chaves, grandes proprietários de fazendas de café que não cuidavam exclusivamente dos negócios cafeeiros, mas estendiam seus interesses para outras esferas produtivas urbanas, como o comércio, a indústria, os bancos, as ferrovias, negócios geridos a partir da Capital (1993, p. 104).

Esses capitais aplicados na cidade acabaram por elevar São Paulo a um dos mais importantes centros econômicos e políticos do país. Entre 1899 e 1910, por exemplo, durante a gestão do prefeito Antonio da Silva

[23] Tais características ainda se fazem presentes nos dias de hoje na região, possibilitando perceber sinais desse período em alguns espaços ocupados, em épocas passadas, tanto por uma parcela das elites quanto pelos nacionais pobres, tornando possível, ainda, acompanhar as dimensões de espaço e tempo histórico.

Prado, uma série de empreendimentos podia ser vislumbrada, transformando a capital em um verdadeiro canteiro de obras, da "ponte sobre o Anhangabaú, ligando o Brás a Santa Efigênia e o saneamento da várzea do Carmo e do Tamanduateí", declara Ribeiro (2003, p. 106). Segundo a autora, na gestão do "Conselheiro Prado", foram plantadas mais de 25 mil árvores e teve início também a construção do Teatro Municipal.

Devemos chamar a atenção para um aspecto importante. Em meio ao processo de modernização pelo qual passava o meio urbano paulista, a maioria dos bairros mais pobres permaneceu com as feições de quando foram criados, conforme sublinha Decca:

> Ao longo da década de 20 e início da de 30, os bairros operários mantiveram muitas das suas características iniciais, a despeito da renovação urbana das áreas mais centrais e do crescimento acelerado (início dos anos 30). Os bairros operários e pobres apresentavam aspectos semelhantes: ruas inteiras de casas feitas em série, habitações pobres, habitações coletivas, pequenas oficinas, pequenas ou grandes fábricas, pequeno comércio, sistema deficiente de água e esgotos, etc (1987, p.20).

Nota-se que, gradualmente, a cidade ia modificando sua geografia. O vigor da urbanização bem como do emergente capitalismo industrial trouxe para São Paulo inúmeras alterações. Porém, estas não ocorreram sem problemas: embora casarões que serviriam de moradia para as elites cafeeiras estivessem sendo construídos, as ruas estivessem sendo melhoradas para a passagem de bondes e automóveis, sem falar na própria arquitetura, inspirada em modelos europeus como o francês (Museu do Ipiranga), inglês (Estação da Luz) e italiano (Teatro Municipal), como assinala Sevcenko (1992), a cidade continuava permeada por uma série de problemas advindos, possivelmente, desse crescimento.

"Essa malta de vagabundos"

Pelo que podemos notar até agora o aumento do contingente humano – imigrantes, ex-escravos e os próprios migrantes – resultado, principalmente, do crescimento do capital acumulado pela economia cafeeira, serviu para agravar as diferenças sociais, gerando uma massa de homens, mulheres e crianças, desvalidos, pobres, miseráveis, acentuando ainda mais as contradições que se estabeleciam no meio urbano.

Ocupando o lugar dos "excluídos", dos "marginalizados", as crianças abandonadas e as amas de leite contratadas pela Santa Casa para cuidar delas ajudavam a compor, efetivamente, essa parcela da população pauperizada. No caso das crianças que viviam nas ruas, eram representadas como perigos em potencial[24] e possíveis obstáculos para a constituição dessa sociedade.

A criança foi alçada ao lugar de figura privilegiada e alvo principal de reflexões e de inúmeras intervenções. Como afirma Rago, "a criança foi percebida pelo olhar disciplinar, atento e intransigente como elemento de integração, de socialização e de fixação indireta das famílias pobres [...]" (1985, p.118).

É possível, assim, estabelecer uma relação entre o crescimento da cidade e o aumento no número de crianças abandonadas. Segundo Mesgravis, essa problemática estaria relacionada com a urbanização das cidades, que implicou num maior enfraquecimento dos vínculos conservadores das condutas sociais, resultando em uma maior instabilidade nas uniões conjugais.

[24] Jacques Donzelot, em *A polícia das famílias*, analisa a questão dos trabalhadores sociais e a função desempenhada por eles, na França do século XIX. Ele escreve que os mesmos intervêm, mais diretamente, nas classes "menos favorecidas". E, no interior destas, eles "visam um alvo privilegiado, a patologia da infância na sua dupla forma: a infância em perigo, aquela que não se beneficiou de todos os cuidados da criação e da educação almejadas, e a infância perigosa, a da delinqüência" (1980, p.92).

Fora essa questão, para a autora, que pesquisou a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo entre os séculos XVI e XIX, a "dificuldade dos casamentos, os costumes, a questão da moral e a própria situação econômica, social e cultural de São Paulo podem explicar a problemática do abandono" (1976, p.172).

Oliveira destaca que

> a exposição de crianças recém-nascidas somente se tornou um "problema social" nas áreas urbanas. Igualmente, parece-nos correto supor que a institucionalização de um sistema para assistir as crianças expostas constituiu um equipamento próprio do viver urbano (1990, p. 36).

Venâncio revela que desde o segundo e terceiro séculos de colonização, "surge uma modalidade *selvagem* de abandono". Ele prossegue escrevendo que tanto os meninos quanto as meninas, com dias ou meses de vida, não encontravam abrigo, e eram "deixadas nas calçadas, praias e terrenos baldios, conhecendo por berço os monturos, as lixeiras e tendo por companhia cães, porcos e ratos que perambulavam pelas ruas" (2001, p. 190).

De uma maneira mais ampla, é no período de transição do século XIX para o XX, que a criança sai de "seu anonimato, passando a ocupar o centro das atenções e preocupações dos adultos [...]", declara Rizzini (1993, p.15). Uma das preocupações estava concentrada nas altas taxas de mortalidade infantil advindas, muitas vezes, das situações de precariedade em que viviam ou mesmo do próprio abandono[25].

Como nota Ribeiro, em 1893 a Secretaria de Negócios do Interior, a partir de uma comissão formada pelos médicos Dr. Bráulio Gomes Mello de Oliveira, W. Strain e Bento José de Souza, apontou as principais

[25] A presença significativa de crianças abandonadas chama a atenção, na história, desde a Antiguidade. As justificativas são muitas: de caráter econômico, social, religioso, cultural, entre outras. Compreender essas causas assim como a origem dessa prática é o que tem levado pesquisadores a buscar nas inúmeras fontes informações para tal entendimento. Para Marcílio, "abandonar bebês é fenômeno de todos os tempos, pelo menos no Ocidente. Variaram, apenas, no tempo, as motivações, as circunstâncias, as causas, as intensidades, as atitudes em face do fato amplamente praticado e aceito" (1998, p. 21).

causas da mortalidade infantil na cidade de São Paulo: “nascimentos ilegítimos, alimentação precária, habitações insalubres, abuso do álcool, falta de asseio e oscilações de temperatura e de umidade na atmosfera da Capital” (1993, p. 117).

Uma outra questão preocupante – fora o abandono e o aumento exagerado dessas crianças nas ruas, bem como a mortalidade infantil – era a falta de um local adequado para encaminhá-las. Carvalho chama atenção para o fato de que, no início do século XIX, além do Asilo dos Expostos, os Seminários da Glória e de Sant’Anna eram “as únicas instituições dedicadas ao internamento de crianças e adolescentes” (1996, p.80). Somente a partir do final do século XIX e início do XX é que o número de asilos e casas assistenciais para crianças cresceu[26].

Provavelmente este crescimento no número de instituições poderia estar relacionado, como apontamos, à necessidade de atender à quantidade crescente de crianças abandonadas[27]. Possivelmente, também, esse fenômeno pode ser interpretado como uma forma de retirá-las de circulação.

---

[26] De acordo com Carvalho, no ano de 1900 “a cidade de São Paulo contava com mais seis entidades assistenciais destinadas a órfãos e expostos” (1996, p.81). Ela lista o Asilo dos Órfãos de Nossa Senhora Auxiliadora, o Asilo Bom Pastor, Colégio D. Carolina Tamandaré, o Orfanato Cristóvam Colombo e a Casa Pia São Vicente de Paula. Entram nesse rol também, segundo a autora, o Seminário das Educandas, o Collegio Nossa Senhora da Luz e a Associação Protetora da Infância Desvalida, futuro Instituto D. Anna Rosa.

[27] Para Mesgravis, um dos fatores que impulsionaram a criação das instituições como ordens monásticas, confrarias, irmandades foi a crescente urbanização no final da Idade Média, responsável pela emergência de muitos problemas de ordem social, entre eles o das crianças abandonadas. “Era necessário que se criassem instituições de assistência aos expostos e é natural que surgissem sob a égide da Igreja e nas formas comunitárias do espírito medieval” (1976, p. 168). Como analisa Marcílio, no Ocidente cristão, os hospitais se originaram nas Igrejas, junto às ordens monásticas. Eram locais onde, segundo ela, havia diferentes tipos de assistência, de enfermagem, oferecendo também abrigo aos peregrinos, andarilhos e crianças abandonadas (1998, p. 380). De acordo com Rosen (1994, p. 68), sancionada em 1198, pelo papa Inocêncio III, a Ordem do Espírito Santo estabeleceu e manteve hospitais por toda Europa. E foi exatamente num desses hospitais da Ordem, na Itália, que o mesmo papa, em 1203, chocado com a quantidade de crianças abandonadas e mortas por afogamento, encontradas no rio Tibre, mandou instalar, num dos muros do Hospital, o que seria o “protótipo” de uma Roda dos Expostos.

Em nome de um determinado modelo de progresso, tornava-se necessário procurar soluções para os problemas mais visíveis. Entre eles, o da criança abandonada. Mesmo porque as ruas, praças, lixeiras, calçadas, portas de igreja ou mesmo das casas de particulares eram locais bastante utilizados por pais e mães que desejavam abandonar seus filhos recém-nascidos. Os que tinham uma idade mais avançada eram encontrados em meio à população de desempregados e mendigos, presente nas ruas da cidade.

A preocupação por parte das elites econômicas, políticas e sociais era a de que a criança abandonada, que vivia nas ruas da cidade, pudesse sofrer influência dos meios viciosos e corrompidos. O convívio com indivíduos que viviam na mendicância e delinquência em geral poderia colaborar para a formação de sujeitos também viciados, vadios, ou seja, em desacordo com a nova ordem social e econômica que se intentava construir. Segundo Rago, no discurso médico, a rua era representada como a "grande escola do mal, espaço público por excelência onde se gerariam os futuros delinqüentes e criminosos irrecuperáveis" (1985, p.121).

Salientamos que, de acordo com a análise dos relatórios da mordomia, os altos índices de mortalidade eram interpretados levando-se em conta as condições de moradia e higiene das amas, responsáveis pelas crianças entregues na Santa Casa. Neste sentido, pobreza, vícios, doenças, péssima alimentação, insalubridade, falta de asseio, entre outros, foram alguns dos aspectos listados pelos médicos e mordomos como causas da mortalidade das crianças sob os cuidados das amas.

Podemos perceber então que, no período em estudo, a cidade estava permeada por uma série de problemas. Entre eles, destaca-se o crescimento de uma população pobre e marginalizada, vivendo numa dinâmica diferente daquela prevista no processo de modernização. Os contrastes entre os costumes e as normas, entre a ordem e a desordem,

faziam parte desse conjunto de mudanças, transparecendo na paisagem da época.

Para Santos, por mais que os "agentes dominantes" tentassem

> reformular e atribuir novos valores especializando os espaços e enquadrando comportamentos, a cidade vivenciava uma incessante reacomodação, reinvenção e mesmo retomada de suas ruas, praças e becos por parte daqueles sujeitos (2003, p.134).

Em relação a essas transformações que ocorriam nas cidades, Bresciani assinala que, em especial as grandes capitais europeias e os "nascentes núcleos industriais, ofereceram material abundante para observação e avaliação dos efeitos materiais e intelectuais do crescimento urbano nas suas populações" (1998, p.242). É sobre essa base, continua a autora, constituída pelas pesquisas desenvolvidas na primeira metade do século passado que "intelectuais – acadêmicos e homens do governo – elaboram propostas de intervenção, escolhidas e executadas pela iniciativa privada e pelos poderes públicos" (p.242).

Duas notas jornalísticas que transcrevemos a seguir ajudam-nos a compor esse cenário de transformações. Elas nos servem como pistas para acompanhar alguns problemas que se destacavam em meio às mudanças que vinham sendo processadas na cidade, revelando as permanências dos valores e modos de vida dessa população pobre, possibilitando-nos enxergar algumas resistências ao projeto de mudança.

A primeira nota, de 1890, foi publicada na seção "Reclamações" do jornal *O Estado de São Paulo*, antiga *A Província de São Paulo*[28]. Era um espaço no qual os missivistas poderiam se queixar das mazelas da cidade e de seus vizinhos, cobrar ações do poder público, entre outras

[28] Conforme ressaltamos, o jornal foi criado, segundo Schwarcz, em nome de um grupo e partido republicano com "propósitos explícitos, mas que alegava durante um largo tempo imparcialidade e não-comprometimento" (1987, p. 72). A autora registra ainda que, entre os acionistas, a maioria era composta de fazendeiros ou profissionais liberais, e "pode-se notar rapidamente que representavam a nova região produtora de café, que principiava a se constituir no maior e mais eficiente foco de oposição ao Império" (p.76).

possibilidades de expressão, que remetem às inquietações dos moradores e ao próprio descompasso pelo qual passava São Paulo naquele momento. O conteúdo do texto abre uma possibilidade para pensar a respeito dos modos de vida daquelas pessoas.

> Rogo-lhe o obsequio de chamar a attenção de quem competir para os abusos que se dão á beira do rio Tabatinguera na altura da ponte próxima ao Hospício.
> Diariamente alli se reúne uma malta de vagabundos, brancos e pretos, que levam horas e horas alli á beira do rio, sem respeito algum ás pessoas que alli passam e aos moradores que têm os seus quintaes devassados pela vargem, a dirigir immoralidades as lavadeiras e as mulheres que transitam pela ponte. Além disso, alli jogam o búzio e banham-se á vista do publico.
> Essa malta de vagabundos pode ser indiciada pelos moradores do lugar ao cidadão dr. chefe de polícia que fará bem os mandar á sua presença (1890,capa).

Em 1918, na seção "Notícias Diversas" do mesmo periódico, temos a oportunidade de observar um outro tipo de queixa, agora sobre o futebol, que era uma das brincadeiras preferidas tanto das crianças quanto dos adultos que utilizavam o espaço da rua para sua diversão. Nota-se que aqui é o jornalista quem comenta o fato de estar recebendo um número grande de reclamações por parte dos moradores. Ele ressalta o contraste entre os que trabalhavam e os "desoccupados", apontando para as desordens dos "moleques", que utilizavam as ruas como espaço para suas diversões.

> Já não têm conta as queixas que recebemos contra os menores desoccupados e amantes do "football", que formam partidos e vão disputar renhidos "matches" em plena rua. Essas queixas vêm de todos os pontos da cidade. Ainda hontem, varios negociantes estabelecidos na travessa do Quartel enviaram-nos uma carta reclamando contra o jogo de "football" na praça que fica entre aquella via publica e a rua do Theatro. Os moleques ficam alli o dia todo entregues ao jogo, levantando com as suas correrias grandes nuvens de pó que damnificam as mercadorias expostas nas casas commerciaes. Isso, no coração da

> cidade. Imagine-se agora o que não se dá pelos bairros (p.6).

A questão da vadiagem chama a atenção. Provavelmente, pessoas que não exerciam uma ocupação dentro dos padrões de "trabalhadores honestos", "saudáveis" e "úteis" eram representados como desqualificados, vadios e vagabundos por um discurso que procurava "apagar" uma maneira de viver fora dos critérios imaginados como corretos e condizentes.

Fora esse problema, outro ponto relevante que se destaca é que, apesar de o jogo acontecer no centro da cidade, como registra a nota, a rua continuava sendo de terra. Esse fato nos permite observar que, embora houvesse a representação do moderno, como sinônimo do urbano, em oposição ao antigo – ou seja, a região atrasada e de pobreza das áreas periféricas – a queixa sugere as insuficiências do poder público na composição dessa face de modernização urbana.

Os dois trechos transcritos nos ajudam a compor fragmentos desse cenário paulista, bem como algumas das questões que são constituídas como problemas por segmentos dominantes da sociedade na época aqui tratada.

Dissonantes em relação ao que parcelas das elites desejavam para a sociedade – entre elas a diminuição da criminalidade, e as mudanças de hábitos e costumes – seus conteúdos apontam para práticas sociais e culturais consideradas inadequadas, representadas como sinais de desordem, de desrespeito à ordem pública e até à vida privada, passando longe das normas pretendidas. Transparece, nas citações, a tentativa de ressaltar, como negativos, certos modos de viver considerados indesejáveis ou mesmo inconvenientes, sugerindo um incômodo em relação ao comportamento desse grupo de pessoas.

Especificamente em termos do futebol jogado na rua, neste período inicial do século XX, Sevcenko (1992) relata que o prestígio deste esporte e o "fervor apaixonado que despertava em todo tipo de gente eram tais

que as autoridades alarmadas o declararam fora de controle e instruíram a polícia a tratá-lo como um grave problema de ordem pública" (p.83).

Deste modo, "vagabundos", "desocupados" são designações que poderiam significar uma vinculação aos modos de vida e costumes que se contrapunham ao que se desejava e, por isso, deveriam ser "apagados", já que poderiam se constituir em um certo espaço de autonomia para essas pessoas, indo de encontro à nova ordem urbana.

A citação a seguir, de Maria Izilda Matos, auxilia-nos na compreensão desse quadro de problemas na cidade, em termos do adensamento populacional, da sua infraestrutura, e de vários outros decorrentes do seu desenvolvimento. Segundo a autora, tal 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. Interligado à questão urbana, constrói-se a questão social com o surgimento da pobreza e a identificação do outro – o pobre, o imigrante (2000, p.77 – grifos da autora).

Surge, a partir de toda essa problemática envolvendo a questão do moderno, do progresso, da renovação, uma série de necessidades que demandarão ações no sentido de acompanhar os desníveis entre o que se desejava para São Paulo e o que estava posto.

Para Bresciani,

> a relação entre a formação do mercado de trabalho livre no estado de São Paulo com a população imigrante européia e as epidemias vindas do Velho Continente estimula a correlação pobreza-doença, o que num primeiro momento recai na ênfase à formulação da polícia sanitária, para depois se estruturar como política de saúde (1998, p. 249).

Neste sentido, em relação a esse projeto de intervenção por meio do qual se tentava moralizar os que estavam à margem dos padrões desejados em termos socioculturais é que a cidade passou a ser "motivo de apreensão por parte das autoridades municipais, que terão que se defrontar com as exigências decorrentes do rápido surto de crescimento", relata Rocha (2003, p.26). A autora frisa que eram exigências que expressavam a "urgência de ampliação dos equipamentos urbanos, de modo a dar conta das crescentes necessidades da população" (p. 26).

Ressalta-se que a implantação de tais políticas contou, principalmente, com o diálogo e articulação entre medicina e Estado[29]. Em relação a essa questão, Gondra – que pesquisou as teses defendidas por médicos formados pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, entre 1850 a 1890, na tentativa de mostrar como se deu a constituição da medicina como "campo autônomo" – observa que a "medicina buscou, no século XIX, ocupar um lugar central no seio da sociedade, com vistas a projetar seus princípios e métodos e, desse modo, obter reconhecimento e respaldo social" (2004, p.49).

Cabe destacar que é nesse período de final do século XIX que a corporação médica, em São Paulo, está ganhando destaque, fortalecendo suas ações por meio da criação de instituições como a Academia de Medicina, Cirurgia e Farmácia, em 1891, e a Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, fundada em 1895, por exemplo. Esta última, segundo Ribeiro, reunia profissionais de prestígio na sociedade paulista. "A época da fundação da Sociedade foi propícia à constituição de uma associação de médicos; havia um estímulo ao debate, pois a cidade de São Paulo crescia estupendamente" (1993, p. 149).

Ainda de acordo com a autora, o discurso médico-sanitarista "produzido pela SMCSP convergia para o Estado, mais especificamente

[29] Cristina Campos destaca que "a partir do século XIX, as grandes metrópoles mundiais passam por reformas urbanas guiadas por um novo tipo de orientação técnica ditada principalmente pela medicina que previa, com o saneamento físico do meio, a inclusão da higiene nas cidades, afastando o perigo das epidemias" (2002, p.XV)

para os órgãos estatais responsáveis pela definição e pela execução da política de saúde" (p.148).

Dessa forma, os médicos foram ampliando seu campo de atuação, tomando para si a responsabilidade de organizar e definir os principais aspectos que moviam a sociedade da época abarcando questões morais, educacionais, políticas e culturais. Questões essas voltadas, prioritariamente, para a parcela mais empobrecida da população já que era a mais visada diante das mudanças processadas no espaço urbano. Tal parcela foi identificada e representada, muitas vezes, por parte dos médicos e outros representantes da sociedade que estavam ocupando cargos de poder, como a responsável pela transmissão de doenças, pela sujeira dos bairros, pelo abandono das crianças, pelos crimes, ou seja, pelo leque de problemas de toda ordem resultantes, possivelmente, da forma como a cidade foi crescendo e do modelo de desenvolvimento excludente de amplas camadas da população.

O que podemos notar é que para enfrentar o conjunto de problemas urbanos percebidos em São Paulo – aumento da população, das doenças, das crianças abandonadas, dos serviços das amas, entre outros – foram criados mecanismos que visavam corrigi-los.

"Os encarregados deverão humedecer as ruas"

O crescimento desordenado no espaço urbano e os inúmeros problemas relacionados a ele, como o acúmulo da população mais pobre nos bairros periféricos e a falta de infraestrutura básica dessas regiões, as doenças e epidemias resultantes dessas condições, a mortalidade infantil, entre outros, acabaram por desafiar as autoridades municipais, além de outros setores da sociedade.

Diante de tal problemática, São Paulo torna-se palco de um conjunto de intervenções. Uma leitura possível sobre esta questão pode ser pensada por meio dos estudos de Foucault. Discorrendo sobre a cidade-modelo, a cidade "artificial, a cidade de realidade utópica, tal como não só a sonharam mas a constituíram efetivamente no século XIX", o autor diz

que é possível verificar mecanismos "disciplinares de controle sobre o corpo, sobre os corpos, por sua quadrícula, pelo recorte mesmo da cidade, pela localização das famílias (cada uma numa casa) e dos indivíduos (cada um em um cômodo)" (1999, p. 299).

Serão "recortes", utilizando os dizeres de Foucault, que servirão para normalizar os comportamentos, "espécie de controle policial espontâneo que se exerce assim pela própria disposição espacial da cidade" (1999, p. 299). A esses dispositivos de controle, soma-se uma série de mecanismos "regulamentadores que incidem sobre a população enquanto tal e que permitem, que induzem comportamentos de poupança, por exemplo, que são vinculados ao habitat, à localização e, eventualmente, à sua compra" (p. 299). Mais: mecanismos que incidem sobre "regras de higiene que garantem a longevidade ótima da população" (p.300). Ainda segundo Foucault, a partir disso, é possível perceber mecanismos disciplinares e regulamentadores incidindo sobre a população e seus corpos; mecanismos esses que se articulam uns aos outros.

Foucault procura compreender também por que e como, nessas condições,

> um saber técnico como a medicina, ou melhor o conjunto constituído por medicina e higiene, vai ser no século XIX um elemento, não o mais importante, mas aquele cuja importância será considerável dado o vínculo que estabelece entre as influências científicas sobre os processos biológicos e orgânicos (isto é, sobre a população e sobre o corpo) e, ao mesmo tempo, na medida em que a medicina vai ser uma técnica política de intervenção, com efeitos de poder próprios (1999, p. 301).

Por fim, para o autor, a medicina, por ser um "saber-poder" que incide, ao mesmo tempo, sobre o corpo e sobre a população, "sobre os organismos e sobre os processos biológicos" terá efeitos disciplinares e regulamentadores.

Voltando-se para a realidade de São Paulo, num momento marcado pelo intenso crescimento urbano, os médicos higienistas[30] e sanitaristas movem-se nessa dupla dimensão, na medida em que procuram "diagnosticar" os problemas urbanos e produzir "um discurso sobre a cidade, em que a desordem urbana se traduz em imagens da degradação dos bairros, ruas e casas dos trabalhadores", como assinala Rocha (2003, p.32). Ela completa escrevendo que esses "homens de ciência" vão formular propostas de intervenção, subsidiando as ações das autoridades governamentais.

Assim sendo, as leis criadas a partir do final do século XIX e, mais especialmente, o Código de Posturas de 1886, podem ser pensados como tentativas de normalização da sociedade em termos da cidade, seus moradores, com efeitos regulamentadores e disciplinadores.

Ao pesquisar algumas dessas leis produzidas e postas em prática em São Paulo, a partir do final do século XIX, tentamos apreender o sentido da elaboração das mesmas, bem como as intenções e as várias dimensões expressas em seus conteúdos, sem perder de vista o caráter histórico e político de sua elaboração e os sujeitos responsáveis pela sua produção e aplicação.

Em vigor a partir de 06 de outubro de 1886, o Código de Posturas municipal pode nos ajudar a discutir essa questão das iniciativas do poder público no tocante à regulação da cidade e da vida de seus moradores.

Sua implantação foi uma tentativa de regular e disciplinar a vida da população paulistana no que tange, principalmente, à higiene pública, além de outros aspectos como a preocupação com a imigração e com as doenças. São 318 artigos e, entre outros, determinava-se, por exemplo,

[30] Merisse explica que "o higienismo constituiu-se num forte movimento, ao longo do século XIX e início do XX, de orientação positivista. Foi formado por médicos que buscavam impor-se aos centros de decisão do estado para obter investimentos não só na regulamentação daquilo que estaria relacionado especificamente à área da saúde, mas também no ordenamento de muitas outras esferas da vida social" (1997, p.33). Para Rago, os médicos higienistas se concentraram em três eixos: "a elevada taxa de mortalidade infantil, o problema do menor abandonado e a necessidade da figura do médico na medicalização da família" (1985, p. 118).

> que os vasos de flores não poderiam mais ficar nas janelas, os cavalos não deveriam galopar pelas ruas (exceto a cavalaria e em casos urgentes), as mascaradas públicas só poderiam se exibir nos carnavais (SCHWARCZ, 1987, p.48).

A legislação previa ainda que as "tabernas deveriam fechar às dez da noite, além de criar 'ourinadores' públicos, que serviam como uma espécie de garantia de que ninguém poderia mais urinar nas ruas e praças da cidade" (p.48).

Em relação às construções, a legislação previa para "todos os tipos, em qualquer hipótese, porão com altura mínima de 0,50m para que os soalhos fossem ventilados por baixo e ficassem definitivamente afastados da umidade do chão", registram Ivone Salgado e Simone Capelari (2008, p. 3), ao estudarem o aparecimento das preocupações com o problema da moradia do trabalhador urbano, no contexto do processo de industrialização em São Paulo. Elas acrescentam que, para os cortiços, a medida deveria chegar a 0,20m de altura.

Em meio a todas essas questões, o Código traz cinco artigos que tratam de regular os serviços das amas. No título XX, "Dos criados e das amas de leite", é nítida a intenção de controle sobre as atividades daqueles que eram considerados "criados de servir", incluindo-se nessa categoria as amas de leite. No artigo 263 estabelece-se que:

> Criados de servir, no sentido da postura, é toda pessoa de condição livre, que mediante salário convencionado, tiver ou quizer ter occupação de moço de hotel, hospedaria ou casa de pasto, cozinheiro, copeiro, cocheiro, hortelão, de ama de leite, ama seca, engommadeira ou costureira, e em geral a de qualquer serviço doméstico (1886, p.50).

Já, em seu artigo 279, prescrevia:

> A mulher, que quizer empregar-se como ama de leite, é obrigada, além do que está estabelecido nestas posturas a respeito dos criados em geral a sujeitar-se na Secretaria da Polícia a um exame medico da Câmara Municipal, o qual declarará na caderneta o estado de saúde em que ella se achar.

> Paragrapho único – Será este exame repetido todas as vezes que o patrão o exigir, e sem essa exigência, de 30 em 30 dias, sob pena de lhe ser cassada a caderneta (1886, p.54).

É interessante notar como o texto trata a figura das amas e seus serviços. Caso ela estivesse "fora da lei", o Código previa multa e até prisão. O artigo 281 é exemplar: "As amas de leite não se poderão encarregar da amamentação de mais de uma criança, sob pena de 20$ de multa e de cinco dias de prisão" (p.54).

Segundo o artigo 282, não poderá ser empregada como ama de leite a "mulher, cujas condições de saúde, a juízo do dito medico, não lhe permittirem a amamentação sem prejuízo reconhecido para si ou para a criança. A infractora pagará multa de 30$, além de oito dias de prisão" (p.54).

Por fim, o artigo 283 impõe que a ama poderia ser despedida quando revelasse algum vício que pudesse prejudicar a criança, ou quando da falta de leite, "for este de má qualidade; ou ainda, quando não tratar com zelo e carinho a criança, ou finalmente quando fizer esta ingerir substancias nocivas á saúde" (p.54).

O exame das obrigações quanto ao exercício do ofício de ama de leite permite perceber as articulações entre as preocupações com a questão da "qualidade" do leite e os comportamentos morais da ama, numa vinculação ao seu modo de viver, às condições de suas moradias e ao seu próprio comportamento.

Importante observar que os dispositivos disciplinares em relação ao serviço das amas são associados às multas, a serem aplicadas caso elas não seguissem as prescrições determinadas no Código, num claro objetivo de assegurar o ordenamento e o controle de seus serviços e, consequentemente, da sua saúde e das crianças sob seus cuidados.

As possibilidades das multas, em caso de desobediência, poderiam servir como pressão para o cumprimento das prescrições do Código. Pressão essa que expressava uma preocupação no sentido de proporcionar uma certa defesa e proteção aos indivíduos, à população, à cidade.

Foucault ressalta que toda penalidade do século XIX

> passa a ser um controle, não tanto sobre se o que fizeram os indivíduos está em conformidade com a lei; mas ao nível do que podem fazer, do que são capazes de fazer, do que estão sujeitos a fazer, do que está na iminência de fazer (1999, p. 85).

O autor acentua que a noção de periculosidade significa que o indivíduo deve ser considerado pela sociedade ao nível de suas virtualidades e "não ao nível de seus atos, não ao nível das infrações efetivas a uma lei efetiva, mas das virtualidades de comportamento que elas representam" (p.85).

Examinando os artigos relativos às amas, no Código de Posturas citado, podemos considerar que os mesmos tinham um intuito de controle sobre as "virtualidades de comportamento" aquelas mulheres, procurando regular, controlar e disciplinar seu corpo, suas condutas e seus serviços. Tentando evitar, possivelmente, modos de viver subversivos a uma norma estabelecida. Norma esta constituída por grupos dominantes que intentavam atribuir novos valores, enquadrando, para isso, comportamentos assim como também esquadrinhando os espaços da cidade. Nota-se, ainda, pelo conjunto de artigos transcritos, uma certa relação entre o que se compreende como um comportamento indesejável e o que era considerado infração, cuja punição incluía a prisão.

Devemos sublinhar que a elaboração de uma série de leis por parte da administração municipal pode ser entendida a partir das considerações de Luciano Mendes de Faria Filho. O autor, ao estudar a legislação escolar, chama a atenção para as diferentes possibilidades de análise.

Neste sentido, ele comenta que é fundamental relacionar "toda prática legislativa e os produtos da mesma, as leis, com as relações sociais mais amplas nas quais elas estão inseridas e as quais elas contribuem para produzir" (1998, p. 248). Ainda segundo o autor, a lei é a "linguagem da tradição e dos costumes, do ordenamento jurídico e da prática social" (p. 250).

Pelo que se depreende da leitura do Código, seus artigos estavam relacionados mais diretamente às questões sanitárias da cidade, compreendendo um amplo leque de medidas tomadas pelos governantes no intuito de organizar e controlar o espaço urbano que passava por várias transformações na época.

O que se nota é que a remodelação pela qual passava a cidade – de forma desordenada e fragmentada – favorecia o desenvolvimento de um ambiente que passará a ser visto como insalubre, o que redundará na elaboração de medidas reguladoras voltadas para a prevenção e combate de certas doenças que poderiam atingir a população como um todo.

Neste sentido, podemos considerar o Código de Posturas como um conjunto de normas que vai possibilitar o estabelecimento de regras de comportamento, numa visível preocupação com a questão da segurança e bem estar dos indivíduos, bem como com a preservação da ordem e da saúde pública, num claro controle sobre as atividades, o cotidiano e a própria vida dos moradores da cidade.

Outra iniciativa no sentido de regular o dia a dia dos moradores, bem como da própria cidade e do estado de São Paulo, foi a criação do Serviço Sanitário, em 1892, pela lei n.º 43, de 18 de junho. Este órgão público acabou por se tornar responsável pelo saneamento e pelas políticas de saúde e higienização do Estado.

Segundo Luciana Correia, que pesquisou as políticas sanitárias de São Paulo, com foco no Serviço Sanitário, o órgão contava com uma estrutura maior do que as "existentes nos tempos imperiais e possuía uma diretoria geral e seções subordinadas" (2009, p. 15). Uma das atribuições

desse órgão, de acordo com a autora, era a elaboração de "regras que versavam tanto sobre a organização da própria instituição como sobre o condicionamento dos espaços urbanos paulistas sob a forma de códigos sanitários" (p.15).

Sua atuação "não se restringia ao funcionamento de laboratórios e institutos", salienta Rocha (2003, p.33). Desdobrava-se na formulação de

> um conjunto de prescrições em relação às ruas, casas, fábricas, hospitais, cemitérios, estábulos, teatros e lavanderias, além de normas para a fiscalização de alimentos e bebidas, inspeção das amas-de-leite e orientações quanto aos cuidados com a primeira infância (p.33).

Em relação a esta questão, Ribeiro (1993) frisa que o Serviço Sanitário "era organizado de forma que o inspetor sanitário exercesse controle médico sobre a população em geral (e não só sobre o indivíduo) e sobre a casa, a água, o esgoto, a ventilação e o lixo" (p.46). A autora acrescenta que os "médicos intervinham na organização do espaço da casa e da cidade. Neste sentido, eles foram os organizadores e administradores do espaço coletivo" (p. 46).

Subordinado à Secretaria de Estado do Interior, era composto, quando de sua criação, por um Conselho de Saúde Pública e uma Diretoria de Higiene, tendo um papel fundamental e bastante amplo no que diz respeito às ações relacionadas à intervenção no sentido de "policiar" os aspectos sanitários e higiênicos da cidade.

Podemos considerar então que o Serviço Sanitário se configurava em uma tentativa no sentido de normalizar e regular a sociedade de maneira geral e o comportamento de seus habitantes, "policiando" as mais diversas esferas sociais. Em relação a essa questão, Ribeiro comenta que o conceito de "polícia", na legislação sanitária do final do século XIX, "prendia-se às idéias de fiscalizar e vigiar a população em geral, mas em

especial os pobres, as classes consideradas perigosas pois eram disseminadoras das doenças" (1993, p. 47).

Essa técnica de "policiamento" pode ser relacionada com o aparecimento da população enquanto realidade, dotada de "fenômenos específicos e suas variáveis próprias: natalidade, mortalidade, esperança de vida, de fecundidade, estado de saúde, incidência de doenças, formas de alimentação e habitat", destaca Oliveira (1990, p. 78). Podemos relacioná-la a instrumentos de regulamentação, de vigilância, de disciplina e normalização, numa possível relação com a sociedade disciplinar que se constituiu, segundo Foucault, em fins do século XVIII e início do XIX. Naquela sociedade, a penalidade passava a ser considerada pelo que o "indivíduo possa fazer, pelo que são capazes de fazer, do que estão sujeitos a fazer, do que estão na iminência de fazer" (1999, p.85).

De acordo com o autor,

> o controle dos indivíduos, essa espécie de controle penal punitivo dos indivíduos ao nível de suas virtualidades não pode ser efetuado pela própria justiça, mas por uma série de outros poderes laterais, à margem da justiça, como a polícia e toda uma rede de instituições psicológicas e de correção – a polícia para vigilância, as instituições psicológicas, psiquiátricas, criminológicas, médicas pedagógicas para a correção. Tem a função não mais de punir as infrações dos indivíduos, mas de corrigir suas virtualidades (p. 86).

Analisando a atuação do Serviço Sanitário, Ribeiro declara que esse órgão deveria "fiscalizar o serviço das amas-de-leite, antes feito por anúncios de particulares nos principais jornais da Capital" (1993, p.120). De acordo com a autora, as mulheres que, por meio de "pagamento, amamentavam no seio uma criança na sua casa ou na casa do contratante, passaram a ser obrigadas a fazer registro junto ao Serviço Sanitário para poderem exercer seu ofício" (p.120).

Ribeiro frisa ainda que, embora "regulamentado e normatizado pela Diretoria do Serviço Sanitário, parece que sua aplicação não se deu

imediatamente" (p.120). Somente em 1906, dez anos depois da publicação do regulamento, é que o "serviço de fiscalização parecia estar em funcionamento" (p.120). Ela aponta que os inspetores sanitários[31] faziam a "inspeção das amas-de-leite e atendiam os lactentes filhos de indigentes, no Serviço Sanitário" (p.121).

Vale registrar que naquele ano, ou seja, 1906, o Relatório da Diretoria do Serviço Sanitário do estado de São Paulo, assinado pelo Dr. Emílio Ribas, registra o exame em 105 amas, sendo que "foram classificadas como boas 40, soffriveis 58 e más 7" (p.43). Em seguida, comentava que o consultório de lactantes foi utilizado "por 28 crianças, mas é de crêr que tornando-o mais conhecido do publico, venha a prestar reaes serviços ás classes menos favorecidas, em que predomina tão alto coefficiente de mortalidade infantil" (p.43).

Verifica-se que, quatro anos depois de sua criação, o Serviço Sanitário foi reestruturado pela lei n. 432, de 3 de agosto de 1896, definindo sua estrutura básica "a qual se manterá, com pequenas alterações, até 1911, quando tem lugar a sua reformulação" (RIBEIRO, 1993, p. 28). Entre a criação do órgão, em 1892, e sua primeira reestruturação, em 1911, houve a promulgação do primeiro Código Sanitário (Decreto 233, de 1894), que contava com 27 capítulos e 520 artigos

> reunindo normas de higiene e saúde pública. Regulamentava o espaço público e privado: ruas, praças, habitação, fábricas, oficinas etc. Estendia as normas de higiene para outras esferas da vida dos habitantes da cidade de forma

[31] Ressalta-se que houve certo conflito entre o órgão estadual e a administração municipal no tocante às responsabilidades de cada um, segundo Ribeiro. De acordo com suas palavras, o policiamento sanitário a cargo do município deveria seguir as normas definidas no código sanitário do Estado. "Coube ao município o saneamento básico do meio (águas, esgoto, drenagem etc); o policiamento sanitário das habitações quer particulares quer coletivas; a fiscalização das fábricas e de todos os estabelecimentos que podiam influir na salubridade das cidades [...]. Ao Estado couberam a organização e a execução das intervenções *agressivas* ou d*efensivas* quando a localidade fosse invadida por uma moléstia epidêmica. Nesses momentos, os inspetores sanitários ficariam com a direção e a organização dos serviços, antes dirigidos pela municipalidade [...]. Com essa medida, atenuavam-se os conflitos entre o poder local e o poder das autoridades sanitárias estaduais" (1993, p. 47).

> mais rigorosa do que as das Posturas Municipais (RIBEIRO, 1993, p. 28).

Transcrevemos a seguir alguns dos artigos dessa legislação, por meio da qual se procurava controlar e disciplinar o espaço da cidade, bem como a população em geral, produzindo um "novo traçado urbano, que afastasse do centro da cidade tudo o que era considerado insalubre, fixando um lugar para as coisas e as pessoas" (ROCHA, 2003, p.35).

Entre seus artigos, o de número 17 determinava que a limpeza das ruas e praças "deverá ser feita diariamente nas grandes cidades. Nas cidades e villas secundarias este serviço deverá ser feito três vezes por semana, pelo menos" (p.19). O artigo 19 prescrevia: "Os encarregados deste serviço deverão humedecer as ruas e praças para evitar o incommodo produzido pela poeira" (p. 19).

Em relação aos cortiços, além de proibir a construção dos mesmos, orientava as municipalidades a destruírem os que existiam (Art.138, p. 84). Enquanto isso não fosse feito, o artigo 145 previa que não deve "ser permittida lavagem de roupas no interior destas habitações e, para evital-o, convem que as municipalidades cuidem do estabelecimento de lavanderias publicas" (p. 84).

Especificamente sobre a questão das crianças, o documento traz, no artigo 180, uma determinação em relação ao trabalho. Assim,

> as creanças menores de 12 annos não deverão ser admittidas aos trabalhos communs das fabricas e officinas. As auctoridades competentes poderão entretanto determinar certa ordem de trabalho accessível ás creanças de 10 a 12 annos (p.87).

Notam-se os diferentes níveis pelos quais se tentava controlar os moradores da cidade, evitando a possível desordem vinculada, em geral, ao comportamento de segmentos da população mais pobre.

As preocupações, pelo que podemos perceber por esse pequeno extrato do Código de 1894, iam do perigo da insalubridade das ruas e das casas, à questão do trabalho das crianças, numa tentativa, possivelmente, de regular a vida pública e privada dos habitantes da cidade delimitando, racionalmente, o que era permitido e o que era proibido, tanto em termos da ocupação do espaço, das relações sociais, assim como do trabalho.

Importante mencionar que as tentativas de regular os serviços das amas ganham uma dimensão mais ampla no Regulamento para o Serviço de Amas-de-Leite na capital, baixado em 19 de julho de 1905, pelo Dr. José Cardoso de Almeida, secretário dos Negócios do Interior e Justiça. O documento determinava a instalação, na Diretoria do Serviço Sanitário, de um gabinete de inspeção de amas e um consultório para lactantes e filhos de indigentes.

Em seu artigo 4.º, previa que as amas, para obterem o atestado de boas condições de saúde e estarem aptas para a amamentação, deveriam ser inspecionadas no gabinete da Diretoria do Serviço Sanitário:

> com escripto assignado pelo juiz de paz, delegado ou sub-delegado de policia do districto o seu nome, sobrenome, profissão, naturalidade, estado, domicilio, o nome e a profissão do marido, deverá sujeitar-se ao exame clinico e á analyse qualificativa do leite (1905, p. 2).

O artigo sexto dizia respeito ao exame ao qual a ama deveria se submeter:

> No exame a que proceder o inspector encarregado do serviço, deverá attender particularmente ao estado geral da nutriz, antecedentes mórbidos pessoaes e da familia, cor, cabelos, dentes, gengivas, adenophatias, vestígios de moléstias cutâneas ou outras contagiosas, antecedentes puerperaes, numero de filhos vivos e mortos, conformação dos seios, mamelao, apojadura e a qualidade do leite (elementos phisicos, chimicos e microscopicos) (1905, p.2).

O trecho citado é sugestivo, pois enumera diferentes aspectos físicos e hereditários aos quais os inspetores deveriam estar atentos ao examinar

as amas, inclusive em relação ao exame sobre a qualidade do leite, no caso, “elementos phisicos, chimicos e microscopicos”. Ao que parece, o exame era bastante detalhado, podendo-se notar, inclusive, indícios de questões raciais nas indagações sobre a “cor” da pele e os “cabelos”.

Ao examiná-las, os médicos também poderiam atentar não só para os aspectos físicos e visíveis descritos na legislação. Seus olhares se voltavam para aquilo que não podiam ver, buscando traços de alguma doença contagiosa, transmissível, que poderia, inclusive, afetar as crianças.

Vigarello – que pesquisou as definições, os padrões e as técnicas de limpeza corporal entre a Idade Média e o século XX – chama a atenção para os “monstros invisíveis” que se acreditava existir, na água e na pele. Esta última “carrega germes ocultos” (1996, p.225). Quanto ao corpo, continua o autor, “ele não pode escapar ao micróbio [...]. [...] Até o banho que lava pode favorecer a vida do micróbio” (p.225).

Os textos sobre puericultura produzidos no período oferecem importantes elementos para a compreensão dessas práticas que incidiam sobre as amas e sobre seu corpo. Em termos dos exames que deveriam ser realizados nas amas, o livro de Jorge Sant’Anna e Leonel Gonzaga volta-se para aspectos distintos daqueles que deveriam ser observados pelos inspetores do Serviço Sanitário, o que pode indicar os múltiplos aspectos que foram, ao longo do tempo, sendo incluídos nesse exame ou, ainda, as divergências em relação ao que deveria ser examinado.

Segundo os autores, que escreveram em parceria *Escola de mães. Saúde de filhos*, “é intuitivo que a ama deva ser indemne de qualquer doença transmissível” (1931, p.226). Mais adiante eles comentavam que o “exame meticuloso da ama deve ter por escopo descobrir toda e qualquer doença contagiosa, devendo a attenção do médico dirigir-se principalmente, além da syphilis, á tuberculose aos corrimentos vaginais, ás doenças da pelle etc” (p.228). Ainda segundo eles, não “tem importância practica o exame chimico do leite da ama” (p.229).

Já o médico César Beltrão Pernetta, em seu livro *Alimentação do lactente sadio,* defendia que "pelo exame dos seios não se obtem dados seguros" (1939, p.52). Entretanto, de acordo com suas palavras, são elementos

> indicadores de boa capacidade do órgão, a presença de veias grossas na pele que o recobre, a elevação da temperatura local, a consistência firme da glândula no meio do tecido adiposo mais mole (o que se nota pelo palpar) e o jacto abundante do leite provocado por leve pressão (p.52).

Podemos observar então que as características físicas das amas ou mesmo as doenças de pele mais visíveis eram os principais indicadores que pautavam o texto prescritivo escrito pelo médico.

Pensando nos termos de Foucault, o exame poderia fornecer ao médico os sinais, os traços, os desvios que estavam à vista do "olhar clínico" naquele momento, denunciando algum mal que poderia impedir a ama de se empregar como tal. O exame, na teoria de Foucault, é um dispositivo do poder disciplinar e "cercado de todas as suas técnicas documentárias, faz de cada indivíduo um caso" (1997, p. 170). O "caso" é

> o indivíduo como pode ser descrito, mensurado, medido, comparado a outros e isso em sua própria individualidade; e é também o indivíduo que tem que ser treinado ou retreinado, tem que ser classificado, normalizado, excluído etc" (p.170).

Nota-se, pela citação do médico César Beltrão Pernetta, que o "olhar clínico" estava voltado basicamente para os aspectos externos[32] das amas.

[32] Yalom (1998) revela que Sorano de Efeso (início do século II d.C) estabeleceu critério para a seleção de amas. As candidatas deveriam ter entre 20 e 40 anos, já ter sido mãe de duas ou três crianças, "estar em bom estado físico e, de preferência, ser grande e morena. Os seus seios deviam ser de tamanho médio, flexíveis e sem rugas, de mamilos não demasiado grande nem demasiado pequenos, compactos ou porosos" (p.248). Para Ambrosio Paré, "a mais importante figura médica francesa do século XVI", a ama deve ter um "peito amplo e seios bastante grandes que não sejam flácidos nem pendentes, mas entre o duro e o macio" (p.254). Para a parteira que ajudou no nascimento do rei francês Luis XIII, Louise Bourgeois, as amas deveriam ser examinadas a partir da verificação dos dentes, "a cor do cabelo, a história médica e, especialmente, o caráter da

Este conjunto de formulações que acompanhamos até aqui possibilita analisar as práticas dos médicos e de outros segmentos da sociedade no sentido de se impor, e fazer valer, seu modo de pensar, no intuito de organizar e disciplinar a "vida" urbana de São Paulo e de seus moradores.

Em 1911, foi realizada a reforma do Código Sanitário, que vigorava desde 1894, a qual, entre outras alterações, resultou na ampliação das atribuições do Serviço Sanitário. Ao Estado caberia, a partir de então, fiscalizar as atividades do município. Criou-se também a Seção de Proteção à Primeira Infância. A partir desta reforma, o serviço de amas de leite "ganhou importância pois foi transformado numa seção específica do Serviço Sanitário sob responsabilidade de três médicos, com orçamento próprio, independente da Diretoria do Serviço Sanitário" (RIBEIRO, 1993, p.121).

De acordo com Merhy, a Seção de Proteção à Primeira Infância surgiu com o objetivo de ter uma ação de polícia sanitária junto às amas de leite. Em meados da década de 1910, com

> a intensa piora das condições de vida da população da Capital, houve uma ampliação deste Serviço, que passou a atuar junto às nutrizes e aos recém-nascidos de populações carentes, sendo que em 1918 ele começa a executar ações sanitárias, que apontam na direção da perspectiva médico-sanitarista (1987, p.101).

Ainda para o autor, com a reforma modificou-se o Serviço de Proteção à Primeira Infância e Inspeção de Amas de Leite, criado em 1905, "que passou a ser mais um serviço sanitário à criança do que exclusivamente fiscalizador das amas de leite" (1987, p.83).

Para se ter uma idéia da dimensão dessa problemática da regulação dos serviços das amas de leite, em sua relação com o problema da mortalidade infantil, o Primeiro Código de Menores do país, instituído por

---

futura ama de leite (as que fossem namoradeiras deviam ser cuidadosamente evitadas)" (p. 256).

meio do decreto n.º 17.943 A, de 12 de outubro de 1927, determinava, em seu artigo segundo, que toda criança menor de

> dous annos de edade entregue a criar, ou em ablactação ou guarda, fóra da casa dos paes ou responsáveis, mediante salário, torna-se por esse facto objecto da vigilância da autoridade publica, com o fim de lhe proteger a vida e a saúde (p.90).

Já, em seu artigo sexto, fixava que:

> A pessoa que quizer alugar-se como nutriz, é obrigada a obter attestado da autoridade policial do seu domicilio, indicando si o seu ultimo filho é vivo, e si tem, no mínimo, a idade de quatro mezes feitos, e si é amamentado por outra mulher que preencha as condições legaes (p.91).

Podemos depreender desse registro o intento de um controle cada vez maior sobre os serviços das amas que, para obter licença para trabalhar como tal, eram "obrigadas" a possuir "attestado da autoridade policial". Nota-se o papel da polícia que, pelo que podemos observar, acabava atuando na garantia da salubridade, característica de seu papel em fins do século XIX, quando atuava como polícia sanitária, "intervindo, por exemplo, na vacinação do povo e distribuição dos socorros entre a população" (GIGLIO, 2001, p. 331).

Desse modo, dentre as iniciativas postas em prática por parte das elites dirigentes, no interior do projeto de ordenação do espaço urbano, estavam a aprovação do Código de Posturas, assim como a criação do Serviço Sanitário e a promulgação do Código Sanitário, iniciativas que serviram para legitimar as práticas de intervenção gestadas para a cidade de São Paulo.

"Vinte quatro crianças enviadas pela polícia"

Conforme estamos sinalizamos, o período histórico foi marcado pela tentativa de ordenamento da sociedade de modo geral e, especialmente, da população mais pobre, por meio de intervenções que incidiam sobre os seus costumes e modos de vida.

Tal procedimento foi posto em ação pela imposição de normas sociais, muitas delas efetivadas por conta de práticas policiais que se instauraram no sentido de organizar o meio social e controlar a população. No interior deste processo, percebe-se uma certa "criminalização" do pobre, vista como "necessária" para moralizar a massa.

Marcílio destaca, citando Michel Mollat, que a palavra "mendicante" é marcada por nuanças maldosas, inquietantes, reprovadoras. "O verdadeiro pobre passou a ser comprometido com a turba de vagabundos, preguiçosos, portadores de epidemias, criminosos em potencial [...]" (1998, p. 59).

Não podemos deixar de sinalizar que esse tipo de ação estava ligado também ao modo de enxergar esses indivíduos. Em meados do século XIX, ainda persiste a visão construída no século XVIII, principalmente na França, de que a pobreza deve ser condenada e o pobre visto como um ser incapaz, que precisa ser vigiado, controlado. Uma das iniciativas para lidar com a questão está na criação de asilos, instituições capazes de preservar a sociedade desse "mal".

Donzelot afirma que, a partir do século XVIII, nos países europeus, há o crescimento de "técnicas políticas que irão investir sobre o corpo, a saúde, as formas de alimentar e morar, as condições de vida, o espaço completo da existência [...]" (1980, p.12). Ele prossegue ressaltando que se trata de

> técnicas que, no seu ponto de partida, encontram seu pólo de unificação no que então se chamava *polícia*: não no sentido restritivamente repressivo que lhe atribuímos atualmente, mas segundo uma acepção mais ampla,

> englobando todos os métodos de desenvolvimento da qualidade da população e da potência da nação (p. 12).

De fato, ao tomar a população como problema político, ao perceber que a pobreza, a miséria, poderiam ser obstáculos à ordem necessária, o pobre passa a ser um problema de polícia[33]. No entanto, podemos dizer que a técnica de ação policial ganha força a partir dos séculos XVII e XVIII, possivelmente refletindo os propósitos de uma intervenção racional e reguladora do Estado.

Essa intervenção, entre outros objetivos, estava ligada à preservação da população. Especificamente em relação à criança abandonada, tratava-se de uma prática de assistência, de salvar a vida daquelas crianças. Assim, a assistência e proteção à criança abandonada estava inserida num conjunto maior de práticas da polícia enquanto dispositivo capaz de zelar pelo bem-estar e preservar o corpo da criança, salvando-a da morte por abandono ou mesmo por infanticídio.

Para Oliveira, a "polícia foi um elemento fundamental para a constituição do moderno estado ocidental" (1990, p.73). Sua configuração, continua o autor,

> foi contemporânea ao processo em que, no ocidente, o Estado deixava de restringir-se às funções de defesa da paz e do direito, garantidoras da soberania territorial do Príncipe, para tornar-se um Estado administrativo, caracterizado por uma multiplicação das atividades que passam a ser objeto de intervenção, incorporando funções anteriormente executadas pela Igreja e por particulares (p.73).
>
> .

Neste sentido, buscamos em Foucault elementos para compreender o papel desempenhado pela polícia em um determinado momento e

[33] De acordo com Foucault, "foi na França de Luis XV que se inventou a polícia" (1979, p.161). Ainda segundo o autor, a partir do século XVII, vai-se chamar de polícia, o "conjunto dos meios pelos quais é possível fazer as forças do Estado crescerem, mantendo ao mesmo tempo a boa ordem desse Estado. Em outras palavras, a polícia vai ser o cálculo e a técnica que possibilitarão estabelecer uma relação móvel, mas apesar de tudo estável e controlável, entre a ordem interna do Estado e o crescimento das suas forças" (2008, p. 421).

situação. Para ele, a polícia é organizada a partir de uma sociedade disciplinar e envolve um conjunto de instrumentos, de técnicas, de procedimentos. Segundo o autor,

> o poder policial deve-se exercer sobre tudo não é entretanto a totalidade do Estado nem do reino como corpo visível e invisível do monarca; é a massa dos acontecimentos, das ações, dos comportamentos, das opiniões – tudo o que acontece; o objeto da polícia são essas coisas de todo instante (1997, p. 187).

Especificamente em relação a São Paulo, no período recortado, ganham corpo as discussões em torno dos problemas urbanos de modo geral e, especialmente, em relação à pobreza, às doenças, aos costumes e modos de vida da população empobrecida. Muitas vezes, aliás, sob o domínio da medicina que, articulada com outros setores – como o político, judiciário, policial, por exemplo – colocava em prática uma série de iniciativas no sentido de enfrentar tais problemáticas.

O pobre era, quase sempre, tratado como um criminoso, numa clara estigmatização dessa parcela da população. Daí a adoção de uma série de leis de caráter punitivo para conter e reprimir a possível desordem que sua presença nas ruas significava.

Ao pesquisar sobre a "máquina policial" e o problema da infância desvalida na cidade de São Paulo, nas primeiras décadas do século XX, Netto destaca que "assumindo o caráter curativo e encarando a prevenção de maneira restrita aos interesses das elites dominantes, a polícia atuava como um organismo depurador da ordem [...]" (1988 p. 133).

A assistência aos indivíduos das camadas mais empobrecidas da população, entre eles, as crianças abandonadas e as amas, poderia ser inserida nas práticas de polícia abordadas anteriormente. Isso porque, de modo geral, cabia à polícia administrar o comportamento das pessoas e a moralidade pública, regulando os mais diversos aspectos da sociedade,

com vistas ao bem-estar[34] da mesma, no sentido de preservar a vida dos indivíduos.

Conforme já assinalamos, anteriormente ao período que estamos pesquisando, a "polícia aparece no cenário da cidade como polícia sanitária", declara Célia Giglio (2001, p.189), referindo-se a São Paulo[35]. Isso ocorre em meados do século XIX, período no qual ela foi "encarregada pelo Presidente da Província para expedir as providências necessárias à distribuição dos socorros locais afetados pela epidemia de varíola, especialmente à população desvalida da cidade" (p. 189).

Pelos escritos da autora, que pesquisou a genealogia das práticas educativas na província de São Paulo, em meados do século XIX, a polícia atuava cada vez mais para garantir a salubridade da Província. "A higiene pública será tornada objeto de ação ostensiva da polícia e alvo de regulamentação, principalmente pelas posturas municipais" (p.190). Neste sentido, Giglio comenta que o estabelecimento de regras de vacinação da população e dos "meios coercitivos para regular a expansão das doenças, surgem insistentemente nos discursos policiais" (p.190).

A partir do final do século XIX, a função da polícia foi se modificando, passando a se especializar e a incorporar os princípios das elites locais, transformando-se em um "veículo de formalização e discriminação da sociedade", segundo Netto (1988, p. 131). O autor assinala que sua atitude como órgão público era

> elitista, pois discriminava a classe trabalhadora despossuída. Era ideológica, pois atuava de forma a submeter qualquer

[34] Para Carmen Lúcia Soares, em seu artigo *Escultura da carne: o bem-estar e as pedagogias totalitárias do corpo*, no qual discute as pedagogias contemporâneas que se "encarnam em indivíduos e grupos normalizando e governando os desejos mais íntimos, as ações mais singelas", a expressão "bem estar", cunhada por Foucault, não cessa de se atualizar e de se fazer presente na acepção relativa ao século XVII-XVIII, qual seja, "de um estado individual que reflete no coletivo, mas um estado a ser conquistado por campanhas, políticas, por uma educação e uma cultura do alerta, do detalhe, do perigo, sempre em expansão" (2009, p.63-81).

[35] Sobre as origens da polícia sanitária, cf. TELAROLLI JÚNIOR, Rodolfo. *Poder e saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1996.

> comportamento social que se diferenciasse da ordem estabelecida pela classe dirigente. Amoral e voluntariosa, porque respaldada, fugia dos caminhos essencialmente legais que deveriam reger a sociedade (p.131).

Ribeiro também ressalta que, no final do século XIX, o emprego do conceito de polícia, na legislação sanitária paulista, "prendia-se às idéias de fiscalizar e vigiar a população em geral, mas, em especial os pobres, as classes consideradas perigosas, pois eram as disseminadoras das doenças" (1993, p.43).

Acompanhando o conjunto de modificações em termos da assistência à criança abandonada na cidade de São Paulo, cabe registrar que, alguns anos após ser instalado no Pacaembu, em 1896, o Asilo dos Expostos teve seu perfil modificado, recebendo também crianças encontradas nas ruas, enviadas pela polícia ou pelo Juizado de Órfãos e não somente os abandonados na Roda e os criados pelas amas. Kishimoto localiza em 1906 essa mudança. Segundo ela, em torno daquele ano,

> além da roda, somam-se crianças provenientes da polícia, do Juizado de órfãos ou abandonados nas enfermarias da Santa Casa e ainda de várias outras procedências. Pode-se dizer então que, a partir desta data, o Asilo de Expostos perde sua especificidade, ou seja, a de atender apenas crianças abandonadas na roda e transforma-se também em orfanato ou em asilo infantil para abrigar a infância carente e abandonada (1988, p. 49).

O encaminhamento dessas crianças ao Asilo pode estar relacionado ao distanciamento, por parte da Instituição, de uma função meramente assistencialista. Gradualmente, o Asilo passava a fazer parte, por meio do recebimento das crianças abandonadas, das práticas de atuação da polícia assim como do próprio judiciário. Talvez até pelo fato de que o Estado não dispusesse, na época, de instituições suficientes para abrigar as crianças abandonadas, assim como ao fato da Santa Casa estar cada

vez mais imbricada a esse projeto de ordenação social que vinha ocorrendo na cidade.

Um sinal dessa relação entre as autoridades policiais e o Asilo pode ser encontrado no relatório da mordomia relativo ao ano de 1911. De 69 crianças que entraram no Asilo, naquele ano (42 meninas e 27 meninos), 24 foram enviadas pela polícia, três chegaram devido ao abandono pelas mães na enfermaria da Santa Casa e duas foram encaminhadas pelo Hospício do Juquery. Do restante, 33 foram retiradas da Roda e sete enviadas pela mordomia (1912, p. 101).

Ao que tudo indica, o número é bastante elevado, se comparado à forma até então mais comum de abandono, ou seja, a Roda dos Expostos. Neste sentido, cabe indagar sobre os usos que a população faz das instituições, como o Asilo, por exemplo. Será que o Asilo não vai, aos poucos, sendo visto como um local onde os pais ou parentes deixavam as crianças provisoriamente, retirando-as mais tarde? Ou, então, em que medida a responsabilidade passava a ser do próprio Estado, que deveria encaminhar as crianças abandonadas para a Instituição?

Não foi possível conhecer as causas pelas quais as crianças foram encaminhadas pela polícia ao Asilo. Seria por incapacidade dos pais de criá-las? Alguma denúncia de vizinhos ou parentes? Ou ainda a própria mendicância que levaria a polícia a retirá-las de seus pais? São questões que servem para refletir sobre as possibilidades dessa atuação da polícia junto às crianças abandonadas e entregues ao Asilo dos Expostos.

Para Carvalho, a razão dessa mudança estava, possivelmente, na nova postura do Estado frente à questão da infância. “Não que sua ação tenha remediado o problema da assistência infantil, mas foram tomadas algumas iniciativas que resultaram em mudanças na maneira de encarar a responsabilidade das instituições privadas de assistência” (1996, p. 222). Ainda segundo ela, o próprio Estado acabou por administrar os destinos

da criança abandonada “dirigindo-as àquilo que foi considerado o ‘melhor’ para seu desenvolvimento e educação” (p.222).

Segundo Netto, devido principalmente à precariedade do Estado, que “não dispunha de um serviço social organizado”, eram comuns acordos junto às casas particulares de assistência, “no sentido de provê-las com verbas para que se efetivasse o seu funcionamento” (1988, p.138). A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – e, consequentemente, o Asilo dos Expostos – foi um desses estabelecimentos. “Na falta de uma sistemática legal, esse serviço de assistência à criança vai se tornar o depositário natural de parte da população infantil e juvenil que anualmente era encaminhada à polícia” (1988, p.138). Netto revela ainda que

> praticamente 50% da população infantil que dava entrada na Santa Casa de Misericórdia anualmente, nas primeiras décadas do século XX, eram enviadas através de órgãos policiais. Nesse envio não havia envolvimento direto do judiciário. O tom dos ofícios era extremamente conciliatório, nunca havendo recusa em aceitar crianças dessa maneira (p. 138).

Vale a pena descrever o texto relativo a um ofício[36] enviado, em 1919, por um delegado ao diretor do Asilo no momento da entrega de uma criança.

> Exmo. Snr. Director do Asylo dos Expostos desta Capital.
>
> Afim de ser internada nesse estabelecimento vos faço apresentar uma creança do sexo feminino de nome Iracema, de cor parda, de dois mezes de edade que pela sua própria mãe Maria Florença, foi abandonada no dia 1.º do corrente mez em casa de J.P.S., residente no bairro do Bosque da Saúde, cujo indivíduo não se acha em condições de tratal-a visto ser extremamente pobre.
>
> Saúde e Fraternidade
>
> M.N. 5.º Delegado
>
> Foi batizada com o nome de Iracema
>
> Foi Madrinha D. A. L.

[36] Este documento encontra-se nos arquivos do Museu da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Dois aspectos chamam a atenção neste documento. O primeiro, diz respeito ao fato de a criança ser rejeitada duas vezes: pela mãe e por J.P.S. Um segundo dado é que, possivelmente, ao entregá-la à polícia, J.P.S. cortou em definitivo os laços da criança com a mãe uma vez que, até então, a mãe sabia onde procurá-la caso quisesse recuperá-la em um momento posterior.

Observemos agora o que diz o Código Penal, promulgado em outubro de 1890, e que se tornou um dos principais "marcos jurídicos dos primeiros tempos da República", segundo Rizzini (1997, p.117). Em seus artigos é possível verificar a punição para quem estivesse fora dos limites desejáveis.

O artigo 292 é exemplar, pois estabelece as penas para quem abandonasse uma criança menor de sete anos. O mesmo responsabilizava tanto os pais quanto quem encontrasse a criança e não a apresentasse às autoridades públicas.

> Êxpor, ou abandonar, infante menor de sete annos, nas ruas, praças, jardins públicos ou particulares, enfim, em qualquer logar, onde por falta de auxilio e cuidados, de que necessita a victima, corra perigo sua vida, ou tenha logar a morte:
>
> Pena – de prisão cellular por seis mezes a um anno.
>
> §1. Si for em logar ermo ou abandono, e por effeito deste perigar a vida, ou tiver logar a morte do menor:
>
> Pena – de prizão cellular por um a quatro annos.
>
> §2. Si for autor do crime, o pai ou mãi, ou pessoa encarregada da guarda do menor, soffrerá igual pena, com augmento da terça parte (1910, p. 594).

Nota-se, pelo artigo citado, que a pena aumentava de acordo com a intenção e o grau de responsabilidade do autor do abandono. Se o local onde a criança fosse abandonada caracterizasse a intenção de dificultar a localização e o socorro da mesma, a pena seria mais pesada. Uma punição menor ocorria quando do abandono em locais com maior

afluência de pessoas. A mesma punição valia para o responsável pelo abandono, caso não fosse o pai, mãe ou o indivíduo que tivesse a guarda da criança.

Podemos perceber, por meio dos artigos citados, a dimensão das preocupações com a criança abandonada e os modos de intervenção sobre ela produzidos no período. O Código Penal pode ser compreendido como um modelo de legislação que tentava responder aos temores propagados em relação aos problemas sociais incidindo, entre outros aspectos, sobre as situações de abandono das crianças. De maneira mais ampla, procurava atender a uma demanda de proteção, na medida em que buscava ordenar aqueles que podiam ameaçar a ordem que se pretendia instaurar.

Assim, podemos pensar que a promulgação do Código de 1890 serviria também como uma ruptura com o passado, na maneira de "enxergar" o abandono, ou seja, um dispositivo legal que sinalizava para o processo de criminalização do abandono e do próprio infanticídio, passando a investir numa "nova sensibilidade" em relação ao abandono, intentando evitar que se abandonassem as crianças na rua.

Tal como o código de posturas e os códigos sanitários, o interesse estava no controle da população. Os códigos, articulados, poderiam ocupar um papel bastante amplo no que diz respeito às ações relacionadas ao "policiamento" dos aspectos sanitários, higiênicos e de controle, ordem e disciplina da população em geral, bem como da própria cidade.

A atuação da polícia, junto com os responsáveis pelo Asilo dos Expostos, pode ser encarada como uma sinalização da necessidade de dar conta do aumento das crianças nas ruas, assim como um procedimento de assistência para salvar vidas. Nota-se, então, as ações entre a medicina, a polícia, o judiciário e a Santa Casa para sanear as problemáticas postas pelo crescimento da cidade.

As atividades médicas, desenvolvidas pelos profissionais ligados à Santa Casa, acompanharam as mudanças que vinham ocorrendo em São Paulo, criando e colocando em prática iniciativas que assumiram papel decisivo no enfrentamento dos problemas urbanos. Iniciativas que contaram com o apoio de inúmeros setores e membros da sociedade. Ocupando postos-chaves na administração da cidade, os médicos constituíram-se como elementos especializados e aptos a tentar resolver os mais diversos problemas que emergiam na nova ordem pública, entre os quais ganharam lugar de destaque a questão da criança abandonada e os altos índices de mortalidade infantil.

CAPÍTULO 2 – No novo cenário, a medicina ganha lugar de destaque

Buscando para si a responsabilidade de organizar a cidade, bem como tratar da higiene pública, os médicos – juntamente com outros grupos dominantes na época aqui tratada – intentavam se impor e fazer valer seus discursos, propondo estratégias de intervenção social. Estratégias que visavam atingir as diferentes camadas da sociedade, atuando não só sobre questões relativas à higiene e saúde, mas sobre os costumes da população.

Emitindo opiniões sobre os mais diversos assuntos, esses profissionais produziram representações sobre o modo de vida da população pauperizada. Vale lembrar que as condições de vida dessas camadas da população eram, de fato, precárias e que a atuação dos médicos favoreceu a elaboração de medidas de intervenção que visavam melhorar essas condições.

Tais intervenções pautaram-se nos princípios da higiene pública que, segundo Foucault, se configura em uma "técnica de controle e de modificação dos elementos materiais do meio que são suscetíveis de favorecer ou, ao contrário, prejudicar a saúde" (1979, p. 93). Com base em seus estudos, podemos verificar que a medicina, a partir do século XVIII, se fez presente no interior das estruturas administrativas e, nesta maquinaria de poder, assume um lugar central na sociedade.

Discorrendo sobre essa questão, Foucault destaca que o conhecimento médico "penetra em diferentes instâncias do poder". E, assim, o médico se "torna o grande conselheiro e o grande perito, se não na arte de governar, pelo menos na de observar, corrigir, melhorar o 'corpo' social e mantê-lo em um permanente estado de saúde" (1979, p. 203). Ainda segundo o autor, é sua "função de higienista, mais que seus prestígios de terapeuta, que lhe assegura esta posição politicamente

privilegiada no século XVIII, antes de sê-lo econômica e socialmente no século XIX" (p.203).

Baseando-se em Foucault para analisar questões relativas à medicina social, Machado *et al*., em sua obra *Danação da norma, a medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil*, assinalam que o médico, no final do século XIX, tornou-se cientista social integrando "à sua lógica a estatística, a geografia, a demografia, a topografia, a história" (1978, p.155). Ressaltam, nesse sentido, que este profissional tornou-se uma espécie de "planejador urbano: as grandes transformações da cidade estiveram a partir de então ligadas à questão da saúde [...]" (p. 155).

Ao pesquisar a constituição do campo da Educação Física no Brasil, Camen Lúcia Soares enfoca, entre outros aspectos, a forma como as tecnologias do poder operam sobre o corpo individual e o corpo social. Em relação à participação da medicina nesse projeto de constituição do corpo social, a autora assinala que o médico passa a "consagrar uma parte cada vez maior de seu tempo às tarefas mais gerais do ponto de vista administrativo, as quais lhe foram fixadas pelo poder" (2007, p. 21). Essas tarefas dizem respeito – continua Soares – "à própria dinâmica da sociedade, pois abrangem preocupações acerca da saúde e da doença dos indivíduos, de suas condições de vida, de suas habitações, costumes e hábitos" (p. 21).

Na abordagem dessas questões, Vigarello destaca que a higiene passou a ocupar um espaço inédito no final do século XIX, tornando-se uma disciplina específica no interior da medicina, num movimento por meio do qual o médico se aproxima do político, desempenhando um papel na disposição das cidades e nos mais diversos locais públicos. Segundo esse autor, o discurso da higiene presente no final do século XIX "alarma para convencer, dramatiza para surpreender. As descobertas a respeito dos micróbios conferem-lhe, evidentemente, uma legitimidade" (1996, p.233).

Produzindo um discurso no qual a desordem na cidade ocupa lugar central, e responsabilizando a população pobre por tal problema, os médicos, segundo Rocha (2003), operam pela desqualificação dos modos de vida da população pauperizada, "oferecendo subsídios para a elaboração de um modelo de cidade, ao mesmo tempo em que legitimam as estratégias de intervenção que vão sendo forjadas no âmbito da Higiene" (p.32).

Esses profissionais buscaram articular-se em torno da produção de estratégias que visavam um maior controle sobre a população em geral, incidindo, entre outros, sobre as crianças abandonadas e as amas de leite contratadas para cuidar delas, por meio de suas opiniões, críticas, propostas e prescrições.

Um dos caminhos escolhidos para tanto foi a ordenação dos espaços sociais, assim como dos sujeitos, na tentativa de produzir um novo tipo de indivíduo e de população. Assim, as atribuições da medicina direcionam-se para a higiene pública, por meio da orientação dos tratamentos médicos, da centralização das informações e do desenvolvimento de campanhas que visavam a medicalização da sociedade. Entre os alvos a ser atingidos estava o da mortalidade infantil, em torno da qual se produziram propostas integradas a um projeto que pretendia desenvolver indivíduos úteis ao país.

Madel Luz nota que "progressivamente, durante o século XIX, a medicina desenvolverá projetos e modelos institucionais que buscam no controle do Estado uma estratégia de dominação, de controle médico do conjunto da sociedade" (1982, p.32). Para ela, será a medicina que proporá, por meio de "seus agentes, os médicos, uma terapia, uma resposta, uma explicação para cada situação, principalmente quando a ordem social estiver em jogo" (p.32). Do mesmo modo, para Machado *et al*., o projeto médico "defende e justifica uma sociedade medicalizada, lutando por uma posição em que o direito, a educação, a política, a moral seriam condicionadas a seu saber" (1978, p. 194).

Ao pesquisar a constituição do campo médico, em meados do século XIX, e as iniciativas por meio das quais esses profissionais buscam alcançar a afirmação, institucionalização, popularização e legitimação de seu saber, baseado na razão e na ciência, em detrimento de outras práticas de cura, Gondra salienta que, fundamentado nas

> operações de ordenar, prescrever, certificar, avaliar, prometer e ameaçar, um conceito foi sendo construído de modo que a medicina pudesse se apresentar como legítima ciência no processo de regramento da vida individual e do ordenamento social (2004, p. 43).

O autor vai mais além destacando que, em meio ao processo de construção e de consolidação do campo médico, uma das "estratégias acionadas para obter e produzir a legitimação social desse saber foi a ampliação dos horizontes desta ciência" (2004, p. 118). Com essa operação – continua Gondra – os médicos procuraram "submeter ao raio de ação da medicina objetos, práticas e disciplinas até então com existência e funcionamento independente do saber médico [...]" (p.118).

O que se pode notar é que a ampliação dos domínios da medicina permite aos médicos a conquista de um novo objeto, o "objeto-infância", nas palavras de Margareth Rago (1985). Por meio dele "abriram-se as portas da casa para a interferência deste corpo de especialistas, os médicos higienistas, no interior da família" (p.117).

Pesquisando o desenvolvimento das cidades e sua higienização, Rago deteve-se no movimento operário e nas lutas dos trabalhadores por melhores condições de vida. A autora também destaca o papel da mulher e da criança enquanto objetos de investimento disciplinar. Analisa ainda as práticas disciplinares que estavam em acordo com o projeto de moralização e higienização da sociedade, em cuja formulação os médicos assumem uma posição significativa.

Discorrendo sobre a medicina, Carmen Lúcia Soares chama a atenção para um aspecto importante: o de que a ciência médica não possuía uma homogeneidade de discurso e prática. Segundo ela,

> em seus diferentes ramos, apresenta diferentes conceitos sobre a doença, a saúde, a cura. Do mesmo modo, também constrói diferentes formas de intervenção no "corpo social" e no "corpo biológico", chegando até a conceber o homem para além dos limites dados pela biologia, química e pela fisiologia, aproximando-se de um entendimento da medicina como ciência social (2007, p. 22).

Engajados em regenerar física e moralmente as crianças desamparadas e preocupados com os altos índices de mortalidade infantil, os médicos discutem a situação da criança abandonada, buscando um entendimento sobre as causas do fenômeno e, ao mesmo tempo, tentando propor soluções para a problemática.

Ao pesquisar sobre as principais instituições escolares voltadas para o atendimento das crianças pobres, Moraes (2003, p.159) comenta que uma das alternativas para separar a "população doente" da "saudável" foi a criação dos asilos, que serviriam para "amparar" órfãos, desvalidos, doentes em geral. O objetivo determinante desse tipo de ação era o de retirar da rua uma parcela da população pauperizada, confinando-a, numa tentativa de evitar a propagação dos males supostamente representados por ela, como as doenças, pestes, epidemias. E é justamente a partir dessas condições que se justifica a criação de asilos como o dos inválidos, mendicidade, de alienados, de expostos, entre outros, configurando um modelo de exclusão por meio do qual se procurava enfrentar determinados problemas sociais.

De acordo com Foucault, em sua obra *Vigiar e Punir,* verifica-se que esse controle social, esse "esquadrinhamento", que se justifica pelo discurso médico para isolar a doença, surge como o ideal da sociedade disciplinar: "é a utopia da cidade perfeitamente governada" (1997, p.176).

Em seu estudo sobre o Asilo do Juquery, instalado no final do século XIX na cidade de São Paulo e, mais tarde, transferido para o município de Franco da Rocha, Cunha relata que, ao lado dos negros, "outros setores da população perdem, na cidade que cresce e altera as rotinas da vida cotidiana, os seus espaços tradicionais" (1986, p.31). Ela acrescenta que setores improdutivos, como a "velhice e os 'menores', certo tipo de doentes, débeis mentais, deficientes de várias qualidades terão reinventado o seu lugar" (p.31).

Para entender a dinâmica que caracterizou esta situação no Brasil recorremos, novamente, às análises de Foucault (1979). É preciso atentar para o fato de que tal controle fez parte do processo de constituição da medicina social que, como observa o autor, se desenvolveu na Europa, a partir do século XVIII, com uma função controladora sobre a sociedade.

O desenvolvimento dessa medicina surge no interior do processo de mudanças e transformações do espaço urbano, da regulamentação do convívio social, bem como da própria normalização dos indivíduos. Foucault assinala que o desenvolvimento de uma medicina assistencial voltada para os pobres foi a última perspectiva tomada pela medicina social[37].

Analisando esse fenômeno, Foucault reconstitui as três etapas da formação da medicina social, distinguindo os processos vivenciados na Alemanha como sendo medicina de Estado; na França, como medicina urbana e, na experiência inglesa, medicina da força de trabalho.

[37] Soares destaca que a medicina social que se "estrutura a partir do século XIX, procura demonstrar que a verdadeira origem, causa ou determinação da doença era a realidade social, absolutamente opressora, do capitalismo a partir do século XIX. A fome, a miséria e a dominação tinham, para esta concepção de medicina, uma relação direta com a origem das doenças, não sendo suficiente, portanto, apenas a intervenção médica no corpo individual ou no coletivo social para o restabelecimento ou o estabelecimento da saúde, como postulava a medicina clínica. Não pode haver saúde sem que se mude a sociedade, pois é a estrutura social que explica o surgimento das doenças" (2007, p. 23). Sobre esta questão, ver também ROSEN, George. *Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

Para o autor, a medicina social, atuando na medicalização das cidades, da família e da criança e centrada na melhoria do nível de saúde da população, acabou por ter um papel central, buscando prevenir a tudo e a todos, intervindo no bem-estar físico e moral da população de forma geral[38].

Os elementos apontados por Foucault, no tocante à medicina social, possibilitam compreender algumas das estratégias de atuação formuladas por esses profissionais com vistas a conter os problemas enfrentados pela cidade de São Paulo. Estratégias que evidenciam uma mudança na forma de atuação dos médicos e nas instituições de assistência à população pobre, as quais, além de se voltarem para o indivíduo isoladamente, ampliam seu campo de atuação, abarcando problemas que dizem respeito à sociedade como um todo.

"Recolhendo os pequenos entes"

Diante de tal quadro – em que ganham destaque o rápido crescimento da cidade de São Paulo e a emergência dos médicos como peritos na arte de governar – gradualmente, os problemas sociais e de infraestrutura, como a falta de saneamento básico, as doenças, o desemprego, a pobreza, as crianças abandonadas, os serviços das amas e a mortalidade infantil, começam a ganhar uma outra dimensão, na passagem do século XIX para o XX, com base em um pensamento mais racional em relação a essas problemáticas.

Não bastava mais atender aos pobres, aos loucos, às crianças abandonadas, às pessoas mais necessitadas por meio de iniciativas religiosas ou por atos de benemerência por parte de particulares. Prática que predominou ao longo da história, até a segunda metade do século

[38] Madel Luz frisa que durante o século XIX, "vamos verificar a consolidação de transformações ao nível do saber e das práticas da medicina, que se gestam no final do século XVIII e acompanham a implantação do modo capitalista de produção no Brasil. É, portanto, uma etapa de lutas e debates que culmina com a instauração de uma nova medicina, que incorpora ao seu saber os de ciências emergentes e toma como seu objeto não só o indivíduo enfermo, mas o corpo social, enquanto espaço de promoção de saúde" (1982, p. 105).

XIX, quando essas ações começaram a ser questionadas pois não estavam mais dando conta dos problemas mais pungentes presentes na cidade.

Vale lembrar que as Santas Casas de Misericórdia tornaram-se modelo do tipo de atendimento caritativo em vários países nos quais se fizeram presentes[39]. Laurinda Abreu explica que com a sistemática anexação dos hospitais e, especialmente, em função dos elevados custos deste tipo de operação, as Santas Casas "tenderam a circunscrever ainda mais os alvos da sua caridade" (2001, p. 599).

No caso de São Paulo, no relatório da mordomia de 1902, há um trecho que resume o trabalho desenvolvido pela Irmandade, conforme podemos observar a seguir:

> [...] pelo desenvolvimento das obras de caridade a cargo desta nossa Irmandade que, socorrendo ao infeliz enfermo ou ferido na vida publica, obrigando e consolando o morphetico repellido pela sociedade e pela própria família, amparando o indigente, invalido, vencido na luta pela vida; recolhendo, criando e restituindo transformados em cidadãos úteis, os pequenos entes que ao entrar no mundo, não conhecem siquer os primeiros carinhos maternos [...] (RELATÓRIO DA MORDOMIA, 1902, p.4).

[39] As filiais da Misericórdia de Lisboa não ficaram restritas aos limites de Portugal. Foram implantadas nas colônias portuguesas em todo o mundo principalmente devido ao desenvolvimento de rotas comerciais. A criação de colônias portuguesas na Índia e no Extremo Oriente levou ao estabelecimento de Santas Casas, primeiramente, na rota para o Oriente. As principais Misericórdias da porção oriental do império colonial português eram as de Nagasáki, Macau, Málaca e Goa (RUSSELL-WOOD, 1981, p. 20). Já Laurinda Abreu cita outros pontos nos quais as Santas Casas se fizeram presentes: nos Açores, as Santas Casas de Angra e Vila da Praia são estabelecidas em 1498; Ponta Delgada, em 1500; Velas, em 1543; Vila Franca do Campo, Vila de São Sebastião, Vila Nova, Horta, Santa Cruz, Vila do Porto e Lajes do Pico, antes de 1570; Madeira e Funchal, em 1511; Faial, em 1528; Santa Cruz (Funchal), em 1529; e outros "lugares de além", que eram, em finais de julho de 1502, Arzila, Tanger, Alcácer Ceguer e Ceuta. A essas se juntavam a Misericórdia de Azamor e a de Safim, talvez antes de 1520; Goa (1519); Cochim em 1527; Diu em 1535; Baçaim (1540); Malaca (1547); Ormuz, Chaul e Cananor e Damão, a partir de 1550; Bengala, Colombo, Jafanapatão, Mahim, Manar, Mangalor, Manila, Mascate, Mombaça, Moçambique, Negapatão, Onor, Suma, Taná, São Tomé e Trapor; Macau (1569) e, as instituições do Japão, Funai (1561), Hirado (1562), Nagasaki (1583), Shimabara (1584) e, em 1600, a Misericórdia de Kyoto (2001, p 595). Segundo Russell-Wood, no momento em que o comércio com o Oriente deixou de ser vantajoso, "o interesse real se voltou para o Brasil, onde a fundação das Misericórdias freqüentemente coincidiu com o estabelecimento das primeiras cidades" (1981, p. 17).

Nota-se a amplitude do atendimento proposto pela Instituição, amparando todo tipo de pessoas: do doente à criança abandonada; do indigente ao inválido. Eram práticas assistenciais que serviam para recolher das ruas da cidade essa parcela da população empobrecida que encontrava na Santa Casa, muitas vezes, o único abrigo para seus males e infortúnios.

Podemos observar que a Santa Casa e suas instituições, por meio de seu amplo leque de atividades – cuidava dos doentes, inválidos, loucos, expostos –, participava da formulação dessas iniciativas ajudando, inclusive, na implementação das políticas sanitárias e higienizadoras na cidade e que vão afetar diretamente seus moradores. Articulada ao Estado, podia ampliar sua atuação, abarcando não só a prestação de serviços hospitalares mas outras atividades de caráter assistencial.

Ressalta-se que a assistência hospitalar oferecida pelas Misericórdias em geral e não só a de São Paulo foi, na maioria das vezes, a única oferta do gênero disponível no mundo colonial. Segundo Khoury, a instituição paulista foi criada por volta de 1560, sob a denominação de Confraria da Misericórdia de São Paulo dos Campos de Piratininga,

> constituída por membros eclesiásticos e leigos, com o compromisso de resgatar os cativos e visitar os presos, curar os enfermos, dar vestimentas, alimentação e pousada aos necessitados e enterrar os finados, sendo a mais antiga Instituição Assistencial e Hospitalar em funcionamento na cidade de São Paulo (2004, p.671).

Isso se deve, possivelmente, a exemplo de outras práticas caritativas, à compreensão vigente em relação aos serviços hospitalares, que não eram considerados responsabilidade das autoridades municipais, ficando sob os cuidados da Igreja, das Irmandades e das ordens religiosas, conforme salienta Russell-Wood. Ele frisa que "na manutenção de hospitais públicos

nas cidades e vilas do Brasil, a Misericórdia desempenhou um papel único entre as irmandades do Brasil colonial" (1981, p.212).

No período ora recortado, a Instituição tornou-se, em São Paulo, um dos principais locais de atendimento para a população em geral, tendo seu corpo clínico ocupado posições de destaque na sociedade da época. Eram sujeitos que tematizavam os problemas urbanos pelos quais passava a cidade, regulando a moral e opinando sobre os hábitos e costumes dos moradores, por exemplo[40].

Mesgravis declara que o processo de contínuo progresso, a princípio lento e depois constantemente acelerado, da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, "acompanha *pari-passu* a evolução da cidade, sob a liderança de um grupo de indivíduos que, pelas mais variadas razões, pertencia à Irmandade" (1976, p. 108).

Da mesma forma, Abreu e Castro enfatizam que neste projeto de intervenção sobre a sociedade paulistana, "situa-se as Irmandades das Misericórdias, mantenedora da Santa Casa de São Paulo com seus serviços ambulatoriais e hospitalares, bem assim serviços paralelos como Roda dos Enjeitados, a assistência a leprosos, inválidos, presos e alienados[41]" (1987, p. 102).

Tratando da urbanização paulista e do papel desempenhado pela medicina no crescimento urbano, Márcia Regina Barros da Silva diz que "em sintonia íntima com o processo de crescente urbanização da cidade, a

[40] Mazzieri, que elaborou a edição do livro *A Casa de Arnaldo*, em comemoração aos 70 anos da Universidade de São Paulo em homenagem ao médico Arnaldo Vieira de Carvalho, que ajudou a fundar e organizar a Faculdade de Medicina da USP, destaca que, em 1905, São Paulo vai contar com 570 médicos registrados, "de acordo com o Art. 48 do regulamento Sanitário, entre eles, Adolpho Lutz, Arnaldo Augusto Vieira de Carvalho, Luiz Pereira Barreto, Walter Seng [...]". (2004, p. 11).

[41] Ao que tudo indica, a maioria das Santas Casas instaladas nos diferentes estados e cidades do Brasil, além de garantir os cuidados dos doentes em termos dos serviços hospitalares, também se dedicava a outras atividades assistenciais, amparando os necessitados de toda ordem. Esse parece ser um ponto em comum. Outra questão é que também essas Instituições participaram das transformações ocorridas nas localidades nas quais foram instaladas, acompanhando os mais diversos processos de crescimento populacional, econômico e espacial. Esses dois pontos, entre outros, foram levantados nas pesquisas de Mesgravis (1976), Russell-Wood (1981), Carneiro (1988), Marcílio (1998), Oliveira (1990), Rocha (2005), Nascimento (2008)

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, já em 1878, lançava a pedra fundamental do seu futuro hospital" (2007, p. 250).

A autora vai mais além, registrando que

> os esforços para a construção de novas instalações de atendimento hospitalar deixam claro que os temas da mão de obra e do controle social também estavam presentes na preocupação dos administradores da Santa Casa, não por acaso igualmente representados pelas elites econômicas e políticas de São Paulo (p. 250).

A partir do governo republicano, prossegue Silva, a Santa Casa de São Paulo passou a marcar presença constantemente nos relatórios das secretarias de governo "como destinatária das maiores verbas de assistência, em comparação com outros serviços existentes e em comparação ainda com outras casas de misericórdia instaladas no interior do estado" (p. 254). Ela completa escrevendo que, "em primeiro lugar estava sempre a Santa Casa da cidade de São Paulo, em segundo a de Campinas, em terceiro a de Itu e a partir daí as cidades se alternavam" (p.254).

Em mensagem enviada ao Congresso Legislativo, em 1898, pelo então vice-presidente do Estado, Francisco Peixoto Gomide, é possível verificar tais ligações. De acordo com o documento,

> das diversas instituições de caridade existentes no estado dezenove enviaram relatórios á Secretaria do Interior, e delles se verificam os benéficos serviços prestados em sua obra humanitária.
>
> Taes instituições, de incontestável utilidade social, são dignas de continuar a receber a subvenção do Estado, principalmente as Casas de Misericórdia de São Paulo, Santos e Campinas, a Maternidade e outros estabelecimentos congêneres (p.108).

A explicação para essa relação, segundo Silva, tinha a ver com o aumento cada vez maior das atividades de assistência exercidas pela Instituição na cidade de São Paulo, que atuava em mais áreas, como a de

“assistência jurídica, em defesa dos réus pobres e na instrução infantil, por meio de um colégio denominado Externato Santa Cecília, anexo ao Hospital central” (p.254).

Na virada do século XIX, esse vínculo vai se estreitando, conforme pode ser observado na mensagem enviada ao Congresso Legislativa em abril de 1900, pelo presidente do Estado, Fernando Prestes de Albuquerque, na qual a autoridade relata que

> continuam as instituições de caridade subvencionadas pelo Estado a merecer auxilio que lhe tem sido dispensado, notadamente as Casas de Misericórdia da capital, de Santos e de Campinas – os grandes centros para onde affluem, de todos os pontos do estado, enfermos pobres, desvalidos, que ali sãos sempre soccorridos (p.143).

Este tipo de informação não é uma constante nos relatórios da mordomia. Entretanto encontramos, na documentação referente ao ano de 1902, um balancete referente ao período de primeiro de julho de 1900 a 30 de junho de 1901, assinado pelo Irmão José Borges de Figueiredo. Nele consta o valor de 9:333$328 como auxílio da Câmara Municipal para os Asilos dos Expostos e de Mendicidade (p.7)[42].

[42] No caso da Santa Casa de Olinda, segundo Nascimento, inicialmente a assistência às crianças expostas se fazia “através do pagamento às pessoas e/ou famílias que as criavam, sendo similar à prática assistencial da câmara local” (2008, p. 57). Ainda segundo a autora, somente nas primeiras décadas do século XVIII é que foi determinado pela “Coroa que as Câmaras de Olinda e Recife se incumbissem da assistência às crianças expostas, constando no regimento da Câmara de Olinda a consignação de uma verba de cento e vinte mil réis anuais para as despesas com os expostos daquela cidade; e um ano mais tarde, por ordem régia de 24 de setembro de 1731, determinou-se que a Fazenda Real destinaria igual quantia anualmente à Câmara de Recife, para idêntica aplicação” (p. 61). Russel-Wood comenta que a Misericórdia da Bahia, embora praticando a filantropia social mantendo um hospital e a Roda dos Expostos, assistindo os prisioneiros e distribuindo esmolas aos mais necessitados, somente em 1734 recebeu uma contribuição do rei para o custeio do hospital e para o cuidados dos expostos e “mesmo assim essa não representou senão uma contribuição simbólica em relação aos enormes gastos nessas duas atividades caritativas. A Misericórdia dependia da caridade do povo baiano para o financiamento dos serviços sociais” (1981, p. 127). Gandelman chama a atenção para o fato de que em uma “sociedade onde a sociabilidade da população passava em larga medida por visitas regulares à Igreja, ter seu fervor caritativo exposto na sacristia, como sabemos segundo a escritura de doação, era uma garantia de que as pessoas em geral, ficassem sabendo de seu ato” (2001, p.69).

Segundo Khoury, num leque mais amplo de atividades, as "instituições assistenciais e hospitalares das Misericórdias colaboraram de modo muito expressivo no exercício das políticas sanitárias e higienizadoras das cidades e do país" (2004, p.31).

É o que destaca Laurinda Abreu, acentuando que, em sua origem, as Santas Casas "seriam apenas 'irmandades', onde os irmãos e os confrades – um vocábulo agora despojado dos atributos de antanho –, exercitavam obras de misericórdia" (2001, p. 594).

Esse modelo caritativo, para Nascimento (2001), teve sua origem no momento em que "os patriarcas da Igreja estão elaborando o pensamento cristão, ou seja, até por volta do século IV" (p.159). Ela explica que a concepção cristã da caridade "vê, de um lado, a pobreza como uma condição do homem para se aproximar de Deus e do próximo e, de outro, sua importância como instrumento que possibilita aos ricos a salvação eterna [...]" (2001, p. 159).

Marcílio também menciona que desde o final da "Antiguidade e durante os primeiros tempos medievais a concepção cristã da caridade – incluindo a da pobreza – foi proclamada e praticada por bispos e monges, no Oriente e no Ocidente" (1998, p.30).

A explicação histórica para esse modelo de assistência, para Balen, "encontra-se, em grande parte, no predomínio da Igreja, que tomou a si o encargo de legitimar certas formas de assistência" (1983, p.43). Ele assinala que, "segundo uma doutrina eclesiástica, o Estado, sendo um produto de Deus, era imutável e toda a força de sua doutrina advinha da Igreja, que teria sido o sustentáculo do sistema burguês" (p.43). Por fim, salienta que "isso explica a supremacia da caridade cristã e os valores inerentes: amor ao próximo, assistência ao necessitado, tudo em função do amor a Deus – a caridade ou beneficência" (p. 43).

Para Alcileide Cabral do Nascimento, acolher e criar um enjeitado era

> atender amplamente ao dispositivo caritativo: desinvestiam-se as práticas infanticidas e abortivas, dando-se uma alternativa às mães; cuidava-se do corpo da criança com alimento, cuidava-se da alma do inocente providenciando o batismo; a alma de quem praticava as boas ações era favorecida a alcançar a tão almejada salvação; e, acessoriamente, contribuía-se com o Estado português com mais braços para a economia e para a guerra, em se tratando dos meninos, e para a procriação e a constituição de famílias ordeiras, no caso das meninas (2008, p. 55).

Essa questão da caridade pode ser lida pensando nas considerações de Foucault a partir da metáfora do pastor, cujo poder é exercido sobre seu rebanho, garantindo a ele alimentação, segurança e salvação:

> É esse tipo de poder que foi introduzido no Ocidente pelo cristianismo e que tomou uma forma institucional no pastorado eclesiástico: o governo das almas se constitui na Igreja cristã como uma atividade central e douta, indispensável à salvação de todos e de cada um (1997, p. 82).

O poder pastoral, com base em Foucault, pode ser caracterizado por seu "bem-fazer". Sendo assim, "ele não tem outra razão de ser senão fazer o bem" (2008, p.170). O autor explica que, de fato, "o objetivo essencial, para o poder pastoral, é a salvação do rebanho" (p.170).

Por volta do século XVI, esse pastorado sofre, conforme o autor, uma intensificação, principalmente em suas "formas espirituais, mas também em sua extensão e em eficiência temporal" (2008, p. 308). Sendo assim, o pastorado iniciou uma fase intervencionista. A partir daí, influenciava a vida material, a vida cotidiana, a vida temporal dos indivíduos: "é a assunção, pelo pastorado, de toda uma série de questões, de problemas referentes à vida material, à higiene, à educação das crianças" (p.308).

Autores como Marcílio (1997; 1998) e Kuhlmann Jr. (1990; 1998) trazem contribuições para a reflexão sobre os modelos de assistência denominados caridade e filantropia, durante esse processo de mudança no

qual a pobreza passava a chamar a atenção de um grupo formado por médicos, juristas, autoridades políticas, entre outros, cujas iniciativas passam a contar com a crescente participação do Estado.

Para Marcílio (1998), podem ser identificadas três fases na evolução da assistência à infância abandonada no Brasil. A primeira, caritativa, estendeu-se da época colonial até meados do século XIX. A segunda, de caráter filantrópico, chegou até cerca de 1960, quando começa a terceira e última fase, a do Estado do Bem-Estar Social. Ainda para a autora, a caridade foi absorvendo "objetivos e táticas da filantropia, como a 'prevenção das desordens', por exemplo" (1997, p.76).

Kuhlmann Jr. assinala que

> com o atributo da Ciência, desenvolveu-se a economia social, ou filantropia – uma adaptação da antiga caridade, que se preocupava com a diminuição do custo social da reprodução da classe trabalhadora e com o controle da vida dos pobres, de modo a garantir a dominação do capital (1990, p.30).

Analisando os modelos de proteção à infância, o autor relata que é possível observar, ao longo da história, que a palavra caridade esteve relacionada a diferentes significados, ligados "à religião, ao Estado, ou a um sentimento de ordem individual em relação à pobreza" (1998, p.60). De acordo com ele, "o mesmo ocorreu com a palavra filantropia, que pode se referir à secularização, à iniciativa não governamental, ou à organização racional da assistência" (1998, p. 60).

Ainda nas palavras desse autor, ao serem adotados como "categorias que pretendam explicar as transformações e confrontos ocorridos nas políticas assistenciais durante o século XIX, esses conceitos perdem a sua historicidade" (1998, p. 60). Em suma, para Kuhlmann Jr., a história da assistência está ligada a questões mais amplas que envolvem, entre outros aspectos, sua própria função, a forma de atendimento, "o papel do Estado e das organizações da sociedade civil, os requisitos e os procedimentos a adotar para a prestação do serviço" (1998, p. 60).

Podemos observar, a par das questões propostas por esses autores, que a passagem do século XIX para o XX foi um marco importante para a discussão sobre a questão do atendimento e assistência à população empobrecida, no âmbito de um movimento em que tal problemática acaba por se tornar uma questão de política pública.

Os primeiros questionamentos em torno do modelo caritativo se iniciam nesse período de transição trazendo, em seu bojo, reflexões sobre a melhor maneira de "olhar" a pobreza. Tratava-se, na verdade, de acompanhar a mudança de concepção em torno da infância, que vinha ocorrendo em vários países, especialmente na França. Para Kuhlmann Jr.:

> A *proteção à infância* é o motor que a partir do final do século XIX impulsiona em todo o mundo ocidental a criação de uma série de associações e instituições para cuidar da criança, sob diferentes aspectos: da sua saúde e sobrevivência – com os ambulatórios obstétricos e pediátricos, dos seus direitos sociais – com as propostas de legislação e de associações de assistência; da sua educação e instrução – com o reconhecimento de que estas podem ocorrer desde o nascimento, tanto no ambiente privado, como no espaço público. Neste processo, distribuem-se competências e atribuições do Estado e da sociedade, delimitam-se os campos jurídico, médico, assistencial, educacional, assim como se debatem definições legais e normativas (2002, p. 465).

Sérgio França Adorno Abreu e Myriam Mesquita Pugliese de Castro explicam que a história da filantropia, em São Paulo, parece conter dois momentos: do final do século XVIII até meados do XIX, quando "as obras de assistência aos 'desafortunados estavam impregnadas pelo espírito de perseverança e benemerência. Predominava a caridade cristã como norma orientadora da ação das obras sociais" (1987, p.101). Num segundo momento, que se circunscreve ao limiar do século XIX, o quadro vai alterar-se com

> a introdução de novas regras de ação prático-normativa. Transformações na composição da população, decorrentes das restrições ao tráfico de escravos e do incentivo à imigração estrangeira, agravaram as precárias condições de

> habitação, alimentação e higiene, suscitando problemas de ocupação e circulação no espaço citadino (p. 101).

Por fim, os autores destacam que em meio a tal processo de mudanças,

> a filantropia caritativa não se constituía mais em prática social capaz de superar a crise emergente em face dos problemas suscitados pelos nasciturnos enjeitados, pelos portadores de lepra, pelos criminosos e alienados mentais e, inclusive, pelos inválidos e velhos que permaneciam indiferenciados frente aos mendigos (p.105).

Portanto, a partir de um determinando período, a caridade foi sendo incorporada e adaptada de maneira mais racional por meio de conhecimentos e métodos advindos de diferentes áreas. Era o momento da constituição de uma outra concepção: a filantropia. Elaborada, principalmente, pela intervenção de médicos e do próprio Estado, que vão se articular a outros segmentos da sociedade, no sentido de intervir para o ordenamento da cidade e da população em geral.

A tônica dessas ações estava orientada por um caráter de organização, sustentada por argumentos e propostas que incorporavam os mais diversos aspectos, como saúde, educação, segurança, entre outros. Entretanto, segundo Evelyna Nascimento, durante muito tempo a filantropia teve "que conviver com a caridade religiosa compartilhando o mesmo objetivo de exercer o controle social sobre a criança abandonada" (2001, p. 175).

Para Irma Rizzini, a filantropia recusa a confusão "reinante na assistência caritativa quanto ao seu universo de atuação. Urge distinguir, selecionar, esquadrinhar, investigar o universo a ser abarcado pela benemerência" (1993, p.50). Segunda a autora, "o sistema da roda e os asilos fundados pela caridade vão sofrer uma campanha negativa, levada adiante principalmente por médicos e juristas" (p. 56).

Em relação aos grupos envolvidos na administração dessas instituições, vale mencionar as observações de Laurinda Abreu sobre a relação das Santas Casas, e seus membros, no âmbito da administração pública na maioria das localidades onde foi instalada. Para a autora, em grande parte dos hospitais geridos pelas Misericórdias, acabou-se criando um espaço privilegiado de circulação de quadros gestores entre os cargos da administração dos governos, destacando-se os do poder local (2007).

É possível identificar este tipo de vínculo entre a Irmandade e o governo paulista. No caso, podemos observar que o mordomo do Asilo dos Expostos, João Mauricio de Sampaio Vianna[43], no cargo de 1904 a 1936, tinha uma carreira política expressiva na cidade de São Paulo. Sua trajetória – foi vereador, vice-prefeito e deputado estadual – pode servir para pensar também sobre as relações da Santa Casa e, no caso, do Asilo dos Expostos, com o Estado e seu papel na definição das políticas para a infância.

Advogado de formação e atuante na profissão, Sampaio Vianna fazia parte da mesa administrativa da Santa Casa de Misericórdia desde o ano de 1900, época na qual era membro da comissão de obras da Irmandade juntamente com o engenheiro-arquiteto Francisco de Paula Ramos de Azevedo e com Pedro Vaz de Almeida.

Filiado ao Partido Republicano Paulista[44], em 1922 foi nomeado chefe da Comissão do Recenseamento Geral da República. Afastou-se da política com a Revolução de 1930 mas, por solicitação do próprio governo, no período da intervenção, participou, sem remuneração, do Conselho

[43] Era filho de barão e nasceu em São Salvador da Bahia, em 07 de novembro de 1867. Com poucos meses de idade foi morar no Rio de Janeiro, local onde estudou o primário e o secundário no tradicional Colégio Abílio. Já, em São Paulo, terminou o curso preparatório exigido na época para matricular-se em cursos superiores. Foi em 1887 que iniciou seus estudos na Faculdade de Direito, tornando-se bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais em 1891. Foi casado com Julieta Falcão, filha do Dr. Clemente Falcão de Sousa Filho, professor de Direito e conhecido empreendedor paulista. Tiveram um casal de filhos (O ESTADO DE S. PAULO, 1936, p.10).

[44] Cf. CASALECHI, José Ênio. *O partido republicano paulista. Política e poder (1889-1926).* São Paulo: Ed. Brasiliense, 1987.

Consultivo do Governo. Exerceu ainda o cargo de membro do Conselho Administrativo da Caixa Econômica Federal e Estadual, ambos sem remuneração.

Durante os 33 anos de sua mordomia várias reformas foram feitas no prédio do Asilo, visando sua ampliação, de modo a oferecer maior comodidade às crianças. Construíram-se mais dormitórios, salas de aula, refeitório, lavanderia, capela, enfermaria e casas de funcionários, entre outras benfeitorias. Muitas delas, aliás, financiadas por doações de particulares ou mesmo subvenções e auxílios de órgãos públicos.

No período que abrange sua administração à frente do Asilo, ocorriam importantes mudanças na cidade de São Paulo em relação às formas de assistência à criança. As iniciativas filantrópicas abarcavam, gradualmente, as ações caritativas já que a alta mortalidade infantil no período era considerada como um dos pontos nodais. Seus relatórios trazem dados e discussões a respeito dessa problemática, assim como em relação aos sistemas da Roda dos Expostos e das amas de leite que, embora criticados por ele, permaneceram ao longo de sua mordomia.

Provavelmente os médicos e administradores da Santa Casa e, mais especificamente, o mordomo do Asilo dos Expostos, contribuiriam com suas inúmeras iniciativas para a transição em direção a essa nova concepção de intervenção sobre os problemas gerados pela pobreza. Iniciativas que se consubstanciaram, muitas vezes, em forma de leis capazes de intervir mais diretamente sobre a população, no caso específico desta pesquisa, sobre as crianças abandonadas e as amas de leite.

Essas ações, tanto do mordomo quanto dos médicos que atuavam na Santa Casa, nos ajudam a pensar o papel dessa instituição e de seus membros na articulação das intervenções junto aos órgãos do governo e de outros setores da sociedade, pois muitos deles eram vinculados à Irmandade da Santa Casa atuando como médicos, mesários, mordomos, conselheiros, definidores entre outros cargos.

Dentre esses profissionais, merecem destaque: Alberto e Arnaldo Vieira de Carvalho[45], José Alves de Cerqueira César (presidente do estado de São Paulo, de 1891 a 1892), Antonio da Silva Prado (prefeito de 1899 a 1911), Antonio de Lacerda Franco (senador estadual entre 1924 a 1930), Manoel Joaquim Albuquerque Lins (presidente do estado de São Paulo, entre 1908 a 1912), Francisco Antonio de Souza Queiroz (presidente da província de São Paulo entre maio e setembro de 1885), entre outros.

Sendo assim, a articulação entre os membros da Santa Casa e o governo paulista podem nos fornecer pistas para compreender os caminhos para a elaboração e aplicação das leis relativas às questões de higiene e salubridade na cidade, entre elas as que incidem sobre as questões ligadas às crianças abandonadas.

Em meio a essa mudança nos modos de conceber a assistência e proteção aos pobres e desvalidos e, nesse caso, às crianças abandonadas, naquele momento de transição para o século XX, uma das preocupações continuava a ser a problemática da mortalidade infantil que, embora não fosse nova, ganha uma dimensão maior no período, justamente por ser vista como um dos grandes entraves para o progresso do Brasil.

"[...] o numero de obitos ocorridos
na cidade ainda é elevadíssimo [...]"[46]

No âmbito da série de modificações que vinha ocorrendo no espaço urbano, bem como dos inúmeros problemas que emergem a partir de então, podemos perceber a problemática da mortalidade infantil como um dos mais sérios obstáculos para a concretização das propostas que aqueciam

[45] Arnaldo Augusto Vieira de Carvalho formou-se pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1888. Chegou a ser diretor clínico da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo de 1894 a 1920. Também foi o fundador e diretor, de 1892 a 1913, do Instituto Vacinogênico. Além disso, foi diretor da Faculdade de Medicina de São Paulo e presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo (MAZZIERI, 2004).
[46] Título transcrito de uma passagem do relatório da mordomia do ano de 1911 (p.101).

as discussões em torno de um projeto de modernização. Projeto que tinha como intuito a construção de um ideal de sociedade imaginado pelos diversos setores articulados e engajados no processo de mudanças.

Na análise das dimensões desse fenômeno e dos modos como foi formulado pelos médicos, no período, os relatórios da mordomia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo podem oferecer importantes indícios, na medida em que, além de apresentar os índices de mortalidade, põem em cena as posições assumidas nas discussões sobre a temática. Colaboram, deste modo, para que possamos compreender as representações sobre a mortalidade infantil, bem como as intervenções sobre as crianças e sobre as amas de leite que as tinham sob sua responsabilidade.

No centro da discussão sobre a mortalidade infantil, conforme já analisamos, os médicos e outras categorias profissionais posicionaram-se diante da situação da criança pobre, abandonada, bem como dos altos índices de mortalidade, tentando encontrar soluções para esse que passava a ser considerado como um problema inadiável.

Convém notar que a questão do abandono não se confunde aqui com as práticas de infanticídio[47]. Comungamos da idéia de Oliveira que, a par dos estudos sobre a assistência aos expostos de Desterro, concluiu que a "prática de expor diferenciou-se da prática de infanticídio porque condições determinadas incitaram ao acionamento de procedimentos para promover o recolhimento dos expostos" (1990, p.7).

De fato, no caso das crianças sob responsabilidade da Santa Casa de São Paulo, elas eram, em sua maioria, entregues na Roda dos Expostos. Quando isso não acontecia, eram retiradas das ruas e encaminhadas para a Instituição. Neste sentido, poderia haver uma certa expectativa, por parte de quem as abandonou, de que a criança

[47] Segundo o *Diccionario da Língua Portuguesa*, infanticídio significa "morte, assassínio de criancinhas, infantes" (SILVA, 1922, p. 156). Badinter, em sua polêmica pesquisa sobre o mito do amor materno, revela que desde os séculos XII e XIII, a Igreja condena vigorosamente o abandono dos filhos, o aborto e o infanticídio. Ela destaca que "ante o mal irreprimível e a miséria da maioria, compreende-se que seria melhor se adaptar à necessidade e tolerar o abandono, para limitar o infanticídio" (1985, p.36) .

sobrevivesse, apesar de doente ou faminta, não se dispondo de dados para avaliar, entretanto, as situações configuradas como práticas efetivas de infanticídio no período. Isso porque a forma de atendimento da Santa Casa estava voltada para salvar a vida da criança. Quando ela sobrevivia ao abandono, cabia à Instituição sua criação por meio da contratação das amas de leite.

Oliveira alerta para o fato de que "os limites entre o infanticídio e a prática de expor recém-nascidos poderiam ser bastante tênues", (1990, p. 40). Ele ressalta que "expor uma criança era de certa forma entregá-la aos desígnios de Deus ou do destino" (p.40). Porém, continua o autor, as crianças poderiam ser expostas em locais "abandonados e solitários ou em lugares de acesso público, ou seja: podiam ser expostas em lugares onde havia maiores ou menores probabilidades de serem encontradas com vida e recolhidas" (p.40).

De acordo com Mesgravis, em qualquer época, uma das mais cruéis e dramáticas situações acabou sendo a das crianças indesejáveis. Ela exemplifica ressaltando que, nos primórdios, com os povos primitivos, o infanticídio do recém-nascido era uma alternativa (1976). Uma das raras exceções eram os romanos que, "mais civilizados", abandonavam ou vendiam as crianças como escravas (p.167).

De fato, segundo Boswell,

> a los romanos no se les requeria legalmente que conservaran consigo a ninguno de los hijos que de ellos nacia. Uno de los deberes que los ciudadanos tenían para com el Estado, al menos desde la época de Augusto, era producir herederos, pero la finalidad de esta obligación era incrementar el número de miembros de las clases privilegiadas, no estimular el amor a los hijos (1999, p. 91).

Para o autor, que estudou a história do abandono de crianças da Antiguidade à Idade Média, nem mesmo o Direito romano poderia penalizar, em seus artigos e leis, o abandono ou mesmo o infanticídio. Isso porque, no interior da família, que incluía "a los esclavos, como la

esposa y los descendientes directos, la autoridad del padre romano (*paterfamilias*) era absoluta" (p.92). Tanto que ele podia vender seus filhos. Prática comum na época.

Podemos notar, a partir dos estudos de Ariès, que o abandono de crianças assim como o infanticídio acabaram por se tornar práticas costumeiras em diversas sociedades, como forma até de contracepção. Práticas, aliás, nem sempre aceitas legalmente. O autor acentua que é possível perceber a persistência, até o final do século XVII, do infanticídio tolerado, destacando que não se tratava de uma "prática aceita, como a exposição em Roma. O infanticídio era um crime severamente punido" (1981, p.17). Porém, continua o autor, era praticado em segredo, "correntemente, talvez, camuflado, sob a forma de um acidente: as crianças morriam asfixiadas naturalmente na cama dos pais, onde dormiam. Não se fazia nada para conservá-las ou para salvá-las" (p. 17).

Com base nos estudos de Joana Maria Pedro, que vem realizando pesquisas relacionadas aos movimentos de mulheres e feministas, foi na modernidade que as mulheres, ou melhor, seus corpos, tornaram-se alvo de controle. Daí que as práticas como infanticídio, aborto e o próprio abandono de crianças acabaram por ser relacionadas a práticas femininas. Segundo ela, uma das explicações possíveis para tal fato está no processo de urbanização, de "aburguesamento, de problematização da vida" (p.162).

O nascimento da sociedade burguesa, para a autora, criou papéis definidos para os gêneros significando, às mulheres, a restrição ao espaço do lar, da maternidade e da família. O cuidado das crianças cabia a elas, assim como da casa e do marido. "O espaço público, o conhecimento racional, a competição, a propriedade, a herança e a força tornaram-se atributos dos homens, seres considerados universais", sublinha a autora (p.162). Assim, responsáveis pelos filhos, as mulheres acabaram sendo responsabilizadas pelas práticas de infanticídio, assim como de abandono de crianças.

Estudando a questão dos expostos de Olinda, Nascimento, com base nos estudos de Joana Maria Pedro, chama atenção para a problemática da prática do infanticídio que poderia envolver, entre outros atos:

> não lavar a criança recém-nascida; a de esmagar a cabeça da criança com uma pedra; a de jogá-la contra uma árvore; a de esmagá-la com um cipó; a de enfiar um graveto afiado em sua garganta, ou a de encher a boca da criança com areia (PEDRO, apud NASCIMENTO, 2008, p. 94).

No que concerne a São Paulo e, mais especificamente, em relação às mulheres pobres, a marca de pobreza e de ignorância, destacada nos escritos dos médicos e mordomos, poderia determinar que as mesmas estivessem envolvidas na prática de infanticídio pois, segundo eles, as mulheres dessa camada pauperizada da população estavam longe de ter padrões de comportamento e hábitos considerados higiênicos e "civilizados".

Outro ponto importante que pode ser acrescido a essa questão da problemática da mortalidade infantil diz respeito à importância que ganham, no final do século XIX, as questões que envolvem o corpo e a população, no âmbito de iniciativas que têm como intuito preservar a vida dos indivíduos.

Para a efetivação de tal controle, numa estratégia biopolítica sobre a população, foi emergindo uma série de dispositivos de poder, que caracteriza o fenômeno que Foucault (1999) denomina de "assunção da vida pelo poder". Conforme já frisamos, esse fenômeno, de acordo com o autor, tinha como cerne o controle das pessoas com o intuito de "fazer viver". Ou, por meio de suas palavras:

> O poder é cada vez menos o direito de fazer morrer e cada vez mais o direito de intervir para fazer viver, e na maneira de viver, e no "como" da vida, a partir do momento em que, portanto, o poder intervém sobretudo nesse nível de aumentar a vida, para controlar seus acidentes, suas eventualidades, suas deficiências, daí por diante a morte,

> como termo da vida, é evidentemente o termo, o limite, a extremidade do poder (1999, p. 295).

Podemos nos aproximar, mais uma vez, das análises de Foucault, procurando compreender a contabilidade da mortalidade das crianças em seus vínculos com os objetivos de cuidar dessa criança, de protegê-la, numa estratégia biopolítica relacionada a um investimento a partir do corpo, a partir do controle e preservação desse corpo e da própria preocupação em prolongar a vida daquelas crianças.

Procurando examinar a "arqueologia e a trajetória do fenômeno do abandono de crianças através da História do Ocidente e no Brasil", o estudo de Marcílio contribui para apreender as dimensões da mortalidade dos expostos no quadro mais geral da mortalidade infantil. Segundo ela, esse índice foi um dos maiores encontrados no século XIX,

> de todas as categorias que formaram a população brasileira, incluindo a dos escravos, a dos expostos foi a que apresentou os maiores índices de mortalidade infantil e de mortalidade geral, pelo menos até o fim do século XIX. Não era incomum, nas Rodas de expostos, a perda de 30% ou mais de bebês, só no primeiro mês de vida. Mais da metade morria antes de completar o primeiro ano de existência. Apenas 20% a 30% dos que foram lançados nas Rodas de Expostos chegaram à idade adulta (1998, p.237).

Diante de tais números, tornava-se necessário e urgente alterar o quadro negativo em torno da criança abandonada, diminuindo os altos índices de mortalidade e melhorando as condições de assistência e proteção.

Analisando o lugar ocupado pela mortalidade nos discursos e propostas elaborados pelos médicos no final do século XIX, Margareth Rago adverte que "ao lado do abandono em que viviam as crianças pobres, os médicos começavam a se alarmar com os índices crescentes de mortalidade infantil no país" (1985, p.125). A autora acrescenta que

> refletindo sobre o tema, a literatura médica procura detectar as causas do fenômeno, elabora estatísticas e quadros comparativos referentes à situação em outros Estados ou mesmo entre países. Certamente, o problema não era novo, mas neste momento histórico adquire dimensões inusitadas no discurso médico, criminologista, dos industriais, principalmente pela ameaça de despovoamento que representava para a nação (p.125).

Com foco ainda sobre a forma como o problema é tematizado pelos médicos, Rago observa que

> levantando as causas gerais da mortalidade infantil, o discurso médico apontava a hereditariedade, a ignorância e a pobreza como as mais importantes. Entre os motivos particulares, destacava: os transtornos digestivos, os distúrbios respiratórios e as causas natais e pré-natais. Evidentemente também a amamentação mercenária era colocada num dos primeiros lugares na hierarquia das origens das doenças infantis (1985, p.126).

Com estes diagnósticos os médicos, de certa forma, ampliaram seus territórios, produzindo explicações para a mortalidade infantil, as quais articulavam as suas causas aos modos de vida das camadas mais pobres da população. Seus discursos contribuíam para a produção de representações sobre a criança abandonada em que a questão da pobreza ganha centralidade.

Observamos que as crianças abandonadas foram representadas, muitas vezes, como sendo frutos do meio pauperizado em que nasciam e viviam, filhos de pais alcoólatras, vadios, cabendo aos médicos e mordomos dos expostos, a responsabilidade de tirá-las dessa situação.

Cabe destacar que, ao longo do recorte histórico delimitado, tanto os médicos quanto os mordomos da Santa Casa utilizavam-se de diversos termos para referir-se às crianças sob responsabilidade da Instituição. Entre eles, podemos citar: “expostos”, “engeitados”, “abandonados”, “lactantes”, “infelizes”, “filhos adoptivos”, “orphãos”, “asylados”, “asylados portadores de todas as taras”, “filhos da miséria”, “creança abandonada”,

“creança exposta”, “creanças das amas”, “egressos”, “crianças desvalidas”, “menores abandonados”, “menores”, “pobres criaturas”, “pobres crianças” e “descendentes de paes depauperados pela miséria, pelo álcool ou outros estygmas”.

Tais designações aparecem, na documentação, em anos e épocas diferentes, levando a indagações sobre que sentidos essas referências produzem sobre as crianças? Que representações de crianças estão presentes na documentação? Como essas representações produzem práticas de cuidado? Essas indagações se tornam ainda mais pertinentes quando se tem em conta que os modos como as crianças são referidas, na documentação, remetem a questões de naturezas diversas, que envolvem as condições de abandono, os arranjos familiares, a precariedade das condições de vida e até mesmo aspectos ligados à hereditariedade.

Visando conferir legitimidade a seus discursos, os médicos participaram da produção de representações sobre as crianças abandonadas e os adultos responsáveis pela sua criação, bem como sobre os modos de criação das crianças – pelas mães, amas e asilos infantis. Alarmados com os altos índices de mortalidade infantil, lançam mão de dados estatísticos, a partir dos quais procuram definir e difundir critérios que permitissem reduzir os números de mortes antes do primeiro ano de vida. A produção desses registros contribuía para legitimar o papel da medicina e sua competência no trato de tais questões. De acordo com Gondra, denunciando práticas e costumes que, possivelmente, não estavam sob o seu domínio, os médicos foram, progressivamente,

> desautorizando e desqualificando outros discursos e outras práticas, de modo a se projetarem nos diferentes estratos da sociedade como autoridades portadoras de um conhecimento suficiente e necessário para regular tanto a vida do indivíduo como a ordem social (2004, p. 31).

Pelo que se percebe, o discurso médico acabava por condenar quase todas as práticas populares de cuidado com as crianças. Conforme

as palavras de Rago, o saber dos médicos “não admitia a existência de uma pluralidade de saberes sobre o corpo, procurando reinar soberana e exclusivamente” (1985, p. 127).

Daí uma série de ações orientadas pelos intentos de alterar hábitos e debelar antigos costumes, considerados como modos de vida não condizentes com a realidade da época. Entre essas ações, estavam as campanhas pelo aleitamento materno, as quais ganharam o apoio de várias categorias profissionais e setores da sociedade.

Na articulação dessas campanhas, figura como elemento central a oposição à utilização dos serviços das amas de leite para cuidar das crianças abandonadas, uma vez que estas passaram a ser representadas por médicos, juristas, entre outros representantes das elites, como responsáveis pela transmissão de doenças como a sífilis e a tuberculose.

Buscando compreender a dimensão que a questão da mortalidade infantil assume no período recortado, que se expressa, por exemplo, pela sua presença em diferentes registros, vale a pena observar o que diz o Dr. Balthazar Vieira de Mello, inspetor sanitário vinculado ao Serviço Sanitário de São Paulo e diretor do jornal *Imprensa Médica*.

Na edição de n. 11, de 1904, desse periódico, ele publicou um artigo intitulado *A mortalidade infantil em São Paulo suas causas e meios de remedial-a*. Nele informava que, no ano de 1893, no mês de outubro, houve 347 óbitos na capital, representando, segundo ele, cerca de 11 mortes diárias. “O que impressiona”, assinalava, “é a excessiva mortalidade da infância, cujo algarismo subiu a 210, isto é quase 61% da mortalidade geral!” (p.248). O médico prosseguia registrando que, ao consultar *o Annuario estatístico de demographia* correspondente ao ano de 1903, “vemos que a mortalidade total em São Paulo foi de 5.145, entrando a infância com 2.095 obitos e 541 nascidos mortos, o que dá uma proporção de 45,50%, excluindo os nascidos mortos” (p. 249).

Comentando sobre as causas desta mortalidade, registra “as affecções pulmonares” e a “illegitimidade”. Porém, ao relatar sobre outra causa, a das condições de alimentação, ele enfatiza que

> representam papel preponderante, quer se trate do aleitamento materno, do aleitamento mercenário ou do aleitamento mixto, sendo qualquer desses vantajoso, quando bem dirigido. Casos há, porém, em que a syphilis, o alcoolismo e outras infecções ou intoxicações dos paes ou das nutrizes vêm embaraçar a marcha do aleitamento, augmentando a mortalidade infantil. Quanto aos meios de combater ou remediar o mal, podem ser de ordem medica e de ordem hygienica.
> Os meios médicos consistem no exame e tratamento das crianças doentes; no exame das mães e das amas de leite, no ponto de vista de sua saúde geral, de suas aptidões para o aleitamento e das condições de seu leite; os meios hygienicos, na diffusão de noções praticas necessarias a todos que se occupam da alimentação da primeira infância (p.252).

Por meio de suas palavras é possível perceber o cruzamento entre sífilis, alcoolismo e condições do leite, aspectos que não podem ser dissociados quando da discussão sobre a mortalidade infantil e os modos de se cuidar da criança. Fora essa questão, a declaração do médico pode ser lida pensando-se num modelo de família e, no caso, de mãe, que deveria seguir um conjunto de orientações e preceitos em termos da alimentação e aleitamento.

Em 1911, Synésio Rangel Pestana, que substituiu Queiroz Mattoso[48] no cargo de médico do Asilo dos Expostos, comparava a mortalidade das crianças junto às amas com a da capital de maneira geral. De acordo com ele, foram entregues às amas 154 crianças. Destas, 37 faleceram, sendo a porcentagem de 24,02%. No relatório do respectivo ano, o médico relatava que

[48] Francisco Queiroz Mattoso falece em 20 de março de 1910 (RELATÓRIO DA MORDOMIA, 1911, p. 04).

> não é por demais elevada a porcentagem encontrada, desde que se considere que a situação sanitária da Capital tem peiorado sensivelmente, augmentando de anno a anno a mortalidade das creanças até 5 annos de edade; assim é que em 1911, dos 6.933 obitos havidos, 3.852 foram de creanças de 0 a 5 annos ou a porcentagem de 55,5%. Ora, si a porcentagem que tivemos foi de 24,2%, é fácil de ver-se que embora com um serviço deficiente de fiscalização, ainda assim a mortalidade entre os expostos é muito menor que na generalidade (1912, p.102).

Pelo relatório, entende-se que o índice de mortalidade das crianças sob responsabilidade da Santa Casa, embora alto, ou seja, quase 25%, ainda era aceitável.

Devemos prestar atenção para o fato de que o médico estava escrevendo sobre as crianças sob responsabilidade de seu departamento. Os dados divulgados poderiam sugerir que, apesar de grave, a problemática estava sob controle, mesmo com um "serviço deficiente de fiscalização" sobre as amas.

Justificando os números e, talvez, se isentando da responsabilidade, o médico segue seu relatório comentando que a "retirada dos lactantes das amas seria a melhor solução". Para isso, seria necessária a sua internação, "que permittirá a observação de sua creação e uma fiscalização contínua, o que resolverá o problema da assistencia ao exposto na primeira infancia" (p.102). Em seguida, lastimava que essa mudança, naquele momento, não fosse possível, pois "nossos recursos não permittem esta radical reforma da secção dos lactantes" (p.103).

Mesmo que a medida não tenha sido implementada, chama a atenção pelos objetivos que explicita, pois mostra o lugar que os médicos conferem a si nesta "cruzada": o de "fiscal contínuo", responsável por tentar diminuir ou mesmo debelar a mortalidade entre as crianças expostas dando uma maior "assistência aos expostos na primeira infância".

O que se percebe é que, na construção da oposição aos serviços das amas de leite, pelos médicos e mordomos da Santa Casa, elas

começam a ser identificadas como ameaça, uma vez que, em sua maioria, mulheres pobres, morando em regiões periféricas da cidade e fazendo uso de práticas populares no cuidado das crianças, desafiavam o saber médico recorrendo, por exemplo, a curandeiros, benzedeiras, entre outros, na tentativa de curar as crianças doentes sob seus cuidados.

Não podemos deixar de considerar que muitas dessas amas, ao utilizar as práticas de cura populares, efetivamente colocavam em risco a vida das crianças ou mesmo as levavam à morte. Por outro lado, havia a possibilidade de que, em meio a tudo isso, houvesse um efetivo desleixo no cuidado das crianças, não sendo demais supor que os laços que estabeleciam com as crianças respondessem por dificuldades no momento da entrega dessas crianças à instituição. Dificuldades que podem ter sido contornadas com a declaração de morte da criança, já que, como reclamavam insistentemente os médicos, em grande parte dos casos, eles não eram chamados a atestar a morte da criança.

Em 1912, Dr. Synésio Rangel Pestana escrevia ao então mordomo, João Mauricio de Sampaio Vianna, informando que, naquele ano, a porcentagem de óbitos de "creanças de 0 a 1 anno, em toda Capital, foi de 19,9 por 100 nascimentos" (1913, p.88). Com as crianças sob responsabilidade da Santa Casa e, consequentemente, com as amas, foi de "28,5% por 100 entrados" (p.88), o que representava um total de 50 crianças falecidas dentre as 175 crianças criadas junto às amas.

Segundo ele, os altos índices de mortalidade das crianças poderiam ser atribuídos ao fato de as amas morarem afastadas do centro da cidade e buscarem auxílio de pessoas "desqualificadas".

> V. Ex. bem comprehende a principal causa dessa alta porcentagem, não me canço de proclamar, é a falta de assistência medica regular. A maioria dos óbitos se verifica nos lactantes entregues ás amas dos sítios, creaturas inteiramente ignorantes do que seja hygiene alimentar. Além da falta de cuidados necessários no que diz respeito á amamentação, ao aleitamento mixto na época própria para a desmama, etc. há ainda a falta de medico no logar, o que

> obriga as amas a consultarem os curandeiros boçaes da redondesa que os tratam sabe Deus como, pela homeophatia ou pela allopathia (p.88).

A declaração de Rangel Pestana permite observar que havia uma cobrança junto ao mordomo e, por que não à Santa Casa, de um melhor atendimento médico nas regiões mais afastadas da capital. Esse, aliás, é o aspecto mais frequente nos relatos desses profissionais que compõem os relatórios da mordomia.

Várias são as solicitações dos médicos no sentido de que fosse aprimorado esse tipo de atendimento. Assim, ainda que suas análises participem da produção de representações das amas como seres ignorantes, ingênuos, não se pode deixar de considerar a atuação deles na demanda por providências que visavam melhorar o atendimento concedido a elas e, nessa medida, as condições de vida das crianças sob sua responsabilidade. Questão que também pode ser lida como sinal das reivindicações das próprias amas por melhores condições de vida.

Outro aspecto importante deve ser considerado: as representações dos bairros afastados da cidade, associados às camadas mais pobres da população, à insalubridade, também se faz presente na escrita de Synésio Rangel Pestana. O médico, na maioria de seus escritos, relacionava a entrega das crianças às amas dos "sítios" como uma das causas dos óbitos, uma vez que, segundo ele, aquelas mulheres não tinham condições de observar as mais básicas prescrições higiênicas, em se tratando da "hygiene alimentar". Dr. Synésio aproveita, ainda, para censurar a procura, pelas amas, dos "curandeiros boçaes" da região, apontando assim os embates entre vários grupos e vários modos de conceber o cuidado com as crianças.

Gondra, estudando o Rio de Janeiro do século XIX, assinala que os curandeiros, feiticeiros, curiosos, sangradores, benzedeiros, parteiras eram considerados "ativistas da medicina", cuja ação "constituía um

conjunto de práticas sem apoio e sem cobertura do discurso da 'ciência'" (2004, p. 32).

Conforme suas análises, procurando desqualificar tais práticas

> o combate promovido pela e em nome da razão médica deveria não somente alcançar religiosos e curiosos, como ser travado internamente contra uma medicina considerada arcaica, podendo ser caracterizada por focalizar os sintomas, hostil a um diagnóstico centrado na contribuição das novas descobertas oriundas da química, da anatomia, fisiologia, física e geografia, por exemplo (p.32).

Utilizando como fontes as matrículas dos expostos e os vencimentos das amas de leite contratadas pela Santa Casa de São Paulo, Carvalho registrava que a "criação dos expostos teve efeitos desastrosos, pois resultou em 52,42% de óbitos durante o período de 1897 a 1936" (1996, p.183).

A mesma problemática, ao que parece, continuou com o passar dos anos, uma vez que no relatório de 1917, comentando sobre a mortalidade das crianças, o médico do Asilo, Synésio Rangel Pestana, declarava que "19 foram sepultados com attestado de pessoas idôneas do logar, o que quer dizer que não tiveram assistência medica; são as crianças entregues a nutrizes de fóra desta Capital, moradoras em sítios na zona de Santo Amaro, Itapecerica etc" (p.106).

O que se observa é que, em seus relatórios, médicos e mordomos acentuavam que a dificuldade de fiscalização das amas era a grande responsável pela mortalidade infantil servindo, possivelmente, como um dos principais pretextos para as discussões entre eles.

Não é demais lembrar que estamos tratando de um serviço voltado para os pobres, calcado na pobreza e economia de recursos. Uma das explicações possíveis para a não efetivação de um serviço mais rigoroso ou mesmo para a presença de um médico nos locais mais afastados da cidade pode ter a ver com o fato de que, como os relatórios atestam, havia

carência de médicos e recursos para efetuar a fiscalização adequada; problemas apontados, com frequência, pelos mordomos e médicos, à provedoria da Santa Casa. Esses eram, pelo menos, os dois principais entraves no tocante à questão. Sempre que podiam, médicos e mordomos reivindicavam maior atenção à problemática.

A preocupação com os índices de mortalidade entre as crianças entregues às amas de leite também está expressa no relatório da mordomia de 1915, que registra que 36 crianças morreram, de um total de 145 – 23 sob os cuidados das amas que moravam fora da Capital. Dr. Synésio Rangel Pestana justificava os altos índices da seguinte forma:

> Dessas pobres 23 creanças fallecidas sem assistência profissional, quantas poderiam ser salvas se fossem submettidas a tratamento scientifico opportuno? Quantas d'ellas nem teriam adoecido si tivessem sido creadas com cuidados hygienicos indispensáveis, fiscalisados effectivamente (RELATÓRIO DA MORDOMIA, 1915, p. 117).

O pensamento do médico revela dois aspectos importantes como fatores imprescindíveis para diminuir a mortalidade: o da prevenção e o da necessidade de um tratamento adequado das doenças. Aspectos esses que não vinham sendo, de acordo com ele, observados pelas amas e nem mesmo sendo fiscalizados com mais rigor por parte da Santa Casa.

Podemos observar também que o médico frisa a importância das crianças serem submetidas a um "tratamento scientifico", que somente a medicina, no caso, poderia oferecer. Apontava, ainda, a necessidade dos cuidados higiênicos que poderiam salvá-las da morte, sinalizando, talvez, que as regras mais básicas, ditadas pelos médicos, não estavam sendo cumpridas em relação aos cuidados para com as crianças.

No mesmo relatório, o médico relatava que

> não deixo, porém, de clamar por providencias, já por diversas vezes indicada por mim até que uma situação mais prospera permitta á Santa Casa melhor defeza de vidas preciosas roubadas do serviço da Nação, que tanto precisa de homens validos para o povoamento do seu vastíssimo

> territorio desabitado e inculto (RELATÓRIO DA MORDOMIA, 1915, p.117).

Conforme já sinalizamos, e de acordo com a citação acima, a mortalidade infantil era vista como um fator que prejudicaria o crescimento do país. A explicação causal articulava-se a toda uma argumentação produzida por parcelas de médicos que buscavam compreender os problemas urbanos – no caso o da mortalidade das crianças – , no quadro dos processos que necessitavam de intervenções, as quais transformariam as cidades e o país, colocando-os na rota da modernidade, tal como alguns países europeus e da América.

Assim, não por acaso, possivelmente, o médico colocava em evidência que, por inúmeras vezes, já tinha clamado por providências nos relatórios enviados ao mordomo dos expostos e em outros documentos encaminhados à mesa administrativa, ocasião na qual eram apresentados pelo provedor aos mesários e definidores. Não foi possível saber qual era a vinculação dos médicos do Asilo dos Expostos com a Santa Casa, ou seja, se já faziam parte do corpo clínico da Instituição ou eram contratados para os cargos por conta de seus trabalhos em outros hospitais ou clínicas particulares.

Em 1916, segundo o relatório, há um decréscimo nos índices de mortalidade. De 180 crianças, 37 faleceram. Chamando a atenção para a menor porcentagem de mortes, Dr. Synésio Rangel Pestana declarava que

> as amas são da mesma zona do Estado, com os mesmos vícios de educação, a mesma ignorância absoluta de noções de higiene alimentar e ás suas próprias pessoas. As creanças estão sujeitas ao mesmo clima, á mesma falta de assistência medica e a annos á mesma fiscalização defeituosa, que é quase uma fiscalização ausente, negativa, pelas dificuldades de distancia, de falta de pessoal habilitado e de recursos financeiros para prover a um serviço rigoroso, como tenho sugerido em todos os meus relatórios annuaes e como V. Ex.ª sempre desejou sem

> jamais poder conseguil-o (RELATÓRIO DA MORDOMIA, 1916, p.104).

Podemos verificar, ao analisar o conjunto de aspectos listados pelo médico, que alguns deles apontam para problemas de natureza social que, tomando as amas como foco, explicitam a desigualdade. É necessário assinalar os estigmas que pairam sobre elas relativos às questões como a dos "vícios de educação", "ignorância" quanto às regras de higiene alimentar e em relação ao seu próprio corpo. Suas anotações direcionam, novamente, à problemática da fiscalização, justificada pela distância do local de moradia das amas, muito longe, segundo ele, do centro da cidade.

Nota-se, ainda, que o médico chama a atenção para a falta de pessoal e de recursos financeiros para que o serviço pudesse funcionar da melhor forma possível. Neste sentido, de maneira geral, Dr. Synésio atribuía a responsabilidade também ao mordomo e ao provedor, já que todas as possibilidades, intrínsecas ao seu departamento, parece que haviam sido esgotadas.

No relatório de 1929 encontramos mais informações sobre a mortalidade infantil. Em seus escritos, o médico do Asilo, Dr. Leite de Bastos, comentava os números relativos à mortalidade nos últimos dois anos e fazia uma comparação entre as crianças que viviam com suas famílias e as abandonadas. A citação possibilita um entendimento maior de como eram vistas essas crianças que ficavam sob a responsabilidade da Santa Casa, pelo menos de acordo com o pensamento do médico responsável pela saúde das mesmas.

> É verdade que não pode-se estabelecer com rigor um parallelo, entre a mortalidade infantil da Capital, onde entram na população infantil, crianças de todas as camadas sociaes, concorrendo para reduzir o indice da mortalidade, certas classes sociaes de origem conhecida e susceptiveis de outra assistencia, o que não pode ter a criança abandonada, concorrendo grandemente para elevar a mortalidade, entre estas, *não só a sua origem em geral*

> *suspeita, descendentes de paes depauperados pela miseria, pelo alcool ou outros estygmas, accrescida pela incompleta e difficil* assistencia medica, tão necessaria na infancia, principalmente naquella que vae de 0 a 2 annos (p.130 - grifo nosso).

Observa-se, então, que o "perfil" das crianças abandonadas estava diretamente ligado, pelo menos na opinião do Dr. Leite de Bastos, ao "perfil" de seus pais. Podemos perceber que há uma representação explícita sobre a família pobre nessa reflexão do médico. Incapazes de cuidar dos filhos, seja pela miséria, dependência do álcool ou, devido à suposta presença de "outros estygmas", os abandonavam. Esta é uma questão importante, pois põe em cena o modelo de família que se procurava afirmar como legítimo na época. Modelo este que, pautado nas representações sobre a mulher, delegam a ela o espaço doméstico e determinam seu papel de esposa e mãe.

As representações sobre a criança abandonada e as causas que justificam a sua elevada mortalidade encontram na declaração do mordomo dos expostos, Sampaio Vianna, em 1932, um caráter exemplar. Discorrendo sobre a questão da mortalidade infantil, comentava que o exposto em geral, é um "enfraquecido ou debil, fructo da miseria com origem em meio physico onde tudo falta, principalmente nutrição e habitação sadia, não é de extranhar os indices de mortalidade que acusa [...]" (p.271).

Notamos que a partir de meados do século XIX, médicos, juristas, autoridades políticas, por meio de seus discursos e práticas, remetem à família a responsabilidade pela criação das crianças, em especial à mulher-esposa-mãe. Neste sentido, Foucault (1999) declara que a "família não deve ser mais apenas uma teia de relações que se inscreve em um estatuto social, em um sistema de parentesco, em um mecanismo de transmissão de bens" (p.199).

Segundo assinala o autor, ela deveria se tornar "um meio físico denso, saturado, permanente, contínuo que envolva, mantenha e favoreça o corpo da criança" (p.199). Ele prossegue dizendo que a família "adquire, então uma figura material, organiza-se como o meio mais próximo da criança; tende a se tornar, para ela, um espaço imediato de sobrevivência e de evolução" (p.199).

Nota-se, então, um forte movimento em torno da família[49] que visa, entre outros objetivos, medicalizá-la, nos termos de Foucault. Esta preocupação pode ser explicada levando-se em conta a necessidade de se baixar os índices de mortalidade infantil. Para atingir tal alvo, a medicina se volta para a divulgação dos preceitos higiênicos, principalmente entre as pessoas/famílias dos estratos mais pauperizados, visando um controle e uma mudança em seus hábitos e costumes. É no interior da família que os médicos encontram uma potencialidade no sentido de desenvolver uma maior consciência em termos dos aspectos ligados à higiene, à saúde utilizando-se, para isso, da educação das mães e das crianças.

Conforme destaca Foucault, é a partir de meados do século XVIII que a "família aparece nessa instrumentalidade em relação à população: serão as campanhas sobre a mortalidade, as campanhas relativas ao casamento, as vacinações, as inoculações, etc" (2008, p.139). A "medicalização da família", segundo o autor, acabou por se tornar um dos

[49] Flandrin ressalta que antes do século XVIII, a família não se confundia com o triângulo pai-mãe-filho e que é impossível estudar esse "trio nos séculos XVI, XVII e XVIII, sem atender às suas ligações com a linhagem ou o parentesco, por um lado, e com a domesticidade, por outro" (1995, p. 18). Ainda de acordo com o autor, a palavra "família" aplica-se hoje a realidades diversas. Num sentido lato "'é o conjunto de pessoas ligadas entre si pelo casamento ou pela filiação'; ou ainda 'a sucessão de indivíduos que descendem uns dos outros', quer dizer, 'uma linhagem', ' uma raça', uma 'dinastia'"(p.12). Para Flandrin há também um sentido restrito, tomado mais pelos sociólogos. Nesse caso, a palavra família designa "'as pessoas aparentadas que vivem sob o mesmo tecto' e 'mais particularmente o pai, a mãe e os filhos'" (p.12). Segundo Engels, o estudo da história da família "começa, de fato, em 1861, com o Direito Materno de Bachofen" (1974, p. 7). Sobre esta questão, cf. *A origem da família, da propriedade e do Estado*. ENGELS, Friedrich. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1974.

dispositivos intervencionistas do qual fez uso o Estado para controlar os trabalhadores. E também

> o corpo sadio, limpo, válido, o espaço purificado, límpido, arejado, a distribuição medicamente perfeita dos indivíduos, dos lugares, dos leitos, dos utensílios, o jogo do "cuidadoso e do cuidado constituem algumas das leis morais essenciais da família (1979, p.199).

Na discussão sobre a medicalização da família, cabe atentar para o papel que vai sendo atribuído à mulher no interior dessa instituição. Mais especificamente seu papel como mãe, responsável pelos cuidados em relação à alimentação de seus filhos. As propostas que se articularam em torno dessa concepção acabaram por configurar-se em ponta de lança de um investimento que tinha na difusão e legitimação de um certo modelo de família um dos seus objetivos.

Segundo Almeida (1999), tal enfoque em relação à mulher-mãe e, consequentemente, a responsabilidade dela quanto à alimentação e, no caso, à amamentação, articulava-se às estratégias da medicina higienista, a qual "valeu-se do aleitamento materno como instrumento para se fortalecer na sociedade e colonizar progressivamente a família" (p.34).

Até por volta da metade do século XVIII, de acordo com Donzelot, a medicina não tinha interesse nas crianças e nas mulheres. "Simples máquinas de reprodução, estas últimas tinham sua própria medicina que era desprezada pela Faculdade e cuja lembrança foi guardada pela tradição através da expressão 'remédio de comadre'". Para ele, a mudança ocorre por meio de uma "longa luta contra suas práticas consideradas inúteis e perniciosas. Os principais pontos de confrontação são, naturalmente, a amamentação materna e o vestuário das crianças" (1980, p.24).

Nascimento, ao abordar esse papel da mulher na história, observa que se torna necessário entender as

> implicações provenientes de uma cultura notadamente misógina que difundia e impunha o papel que as mulheres deveriam desempenhar, o de serem submissas, obedientes e cordatas, seguindo a reboque das decisões do varão, fosse ele pai ou marido, sem contestação e, de preferência, com boa vontade. Tanto o governo como a Igreja envidavam esforços para que as mulheres aceitassem passivamente a sua missão no novo mundo, qual seja, casar e reproduzir (2008, p. 42).

Notamos, pelos estudos sobre o tema realizados por Perrot (1988), Flandrin (1995), Rocha-Coutinho (1994), Del Priore (1995; 2001), Costa (1999) e Matos (2000), que a mulher foi sendo representada, ao longo do tempo, como um ser frágil, marginalizada, excluída das principais posições de poder e oprimida, tanto por seus pais quanto por seus maridos.

Submissa ao homem, nas palavras de Jurandir Costa, a mulher "não imaginava a importância que tinha na proteção às crianças" (1999, p.169). Somente a partir do processo de urbanização é que ela passou do "enclausuramento doméstico à sociabilidade mundana, mas continuou inconsciente de suas obrigações com relação à prole" (p. 169). O autor enfatiza que a relação entre o "aleitamento mercenário e mortalidade infantil detonou o processo de criação da mãe higiênica" (p.255). Para ele, os médicos, ao verificar que este tipo de amamentação era o grande responsável pelo crescimento da mortalidade infantil, "decidiram fazer com que a mãe amamentasse" (p.255).

Para Maria Lúcia Rocha-Coutinho,

> o confinamento da mulher à esfera doméstica – casa, marido e filhos – incluindo-se aí um novo conceito de maternidade e todas as conseqüências dele decorrentes, só começa a se verificar como tal a partir da ascensão da burguesia e do aparecimento da sociedade industrial e do capitalismo (1994, p. 27).

Restrita ao ambiente doméstico, a mulher-esposa-mãe ficaria sujeita à responsabilidade pelo desenvolvimento e pela formação de seus filhos, os futuros cidadãos, pois estes contribuiriam para com a "moderna"

sociedade que estava sendo gestada no final do século XIX. Ou seja, o destino da família, bem como da sociedade, estava nas suas mãos.

Por esta ótica, a mulher-esposa-mãe "deve agora se ocupar pessoalmente dos filhos", frisa Nascimento (2001, p. 55). A autora enfatiza que:

> Auxiliar do médico, vela para que a criança cresça saudável; colaboradora do padre e do professor, inicia-lhe a inculcação moral e religiosa, assim como lhe dá a conhecer as primeiras letras. Disciplinadora, empenha-se em que o filho não caia em tentações e evita as más companhias que poderiam corromper a prole (p.55).

Podemos perceber que, em consonância com as representações sobre o papel da mulher na sociedade, que vinham sendo construídas há séculos, ela passou a ter seu papel materno valorizado pelo saber médico. Saber esse que, de forma organizada e sistemática, "procurava persuadir as mulheres de que o amor materno é um sentimento inato, puro e sagrado e de que a maternidade e a educação da criança realizam sua 'vocação natural'" (RAGO, 1985, p.79).

Tal enfoque articulava-se às estratégias da medicina higienista, a qual acabava por utilizar o aleitamento materno como instrumento para preservar a sociedade, valendo-se, para atingir tal objetivo, da esposa-mãe. Sendo assim, representada como o sustentáculo da família, a mulher foi eleita, principalmente pelos médicos, seu principal agente, pois era ela quem, até aquele momento, cuidava tanto dos recém-nascidos quanto das crianças maiores, além de seu próprio marido.

Uma outra preocupação afligia os médicos: a forma como elas educariam seus filhos. Fazia-se necessário, nesse sentido, intervir sobre elas de modo a evitar que fizessem uso de um conhecimento que destoava do saber e das práticas médicas.

Rago salienta que o discurso médico condenava a maioria

> das práticas populares de cuidados com a infância, transmitidas oralmente de geração a geração e que expressavam o saber autônomo das mulheres: uso de remédios caseiros no tratamento das doenças, utilização da chupeta, alimentação dos recém-nascidos com farinhas diversas em substituição ou em reforço ao leite, uso de faixa, etc (1985, p.127).

Assim, os cuidados em relação à alimentação das crianças configuravam-se como um investimento que tinha na difusão e legitimação de um certo modelo de família um dos seus objetivos. Modelo no qual, aliás, a mulher deveria ser transformada numa figura privilegiada, adquirindo uma importância fundamental no seu papel de esposa e mãe, transformando-as em alvo de suas prédicas.

Pregando a moral e os bons costumes, procuravam convencer as mulheres da importância e do privilégio de serem mães, de poderem amamentar uma criança, responsabilizando-as pela saúde de seus filhos. Tal estratégia pautava-se, evidentemente, sobre representações da mulher como boa mãe e esposa ou, nas palavras de Rago, como a "guardiã do lar" (1985, p. 131).

Entretanto, esta era, de certa forma, uma batalha difícil de ser empreendida pelos médicos uma vez que, segundo a mesma autora,

> a pobreza, na medida em que se refletia na má alimentação das mães e dos filhos, no trabalho excessivo das mulheres, especialmente das gestantes, influía diretamente na constituição orgânica da criança ou resultava mesmo em sua morte, segundo a lógica do discurso médico (1985, p.128).

Como já analisamos, esse período é marcado pela institucionalização da medicina, que passa a produzir um saber teórico e prático que permitia aos médicos intervir sobre a família. Segundo Rago, a "inobservância das prescrições higiênicas transmitidas como regras morais, era ameaçada com o perigo da morte dos nenês ou com o risco da deformidade física, culpabilizando-se a mãe" (p.126).

As campanhas capitaneadas pelos médicos, em favor da amamentação natural, tiveram no combate às práticas de amamentação das crianças pelas amas a sua contraface. Práticas cujos riscos, entre outros, se justificavam pelo fato de que, por viverem em ambientes viciosos e insalubres, o leite dessas mulheres poderia se tornar nocivo às crianças.

Merisse destaca que a influência do higienismo sobre a família foi de suma importância, "tendo sido responsável por alterar tanto o seu perfil sanitário, como sua feição social" (1997, p.34). Ele acrescenta que o "papel da mulher – que envolvia a amamentação, o cuidado e a educação da criança pequena – foi objeto de intensa campanha para persuadir as mães a assumi-lo plenamente" (p.34).

Da mesma forma, Rocha-Coutinho assinala que a maternidade não redundou para a mulher somente na necessidade de nutrir e cuidar fisicamente de seus filhos. Ela consiste também, sobretudo, "em saber educá-los [...]. A mãe passa, então, a ser considerada a mentora por excelência, o primeiro educador de seus filhos. E da maneira como ela os educar vai depender o destino da família e da sociedade" (1994, p. 37).

É necessário sublinhar que os discursos dos médicos transitavam no sentido de persuadir as mulheres de que era sua tarefa natural a criação dos filhos. O incentivo dado à questão da amamentação, como um dos momentos mais importantes dessa relação mãe-filho, acabava por construir a imagem da boa mãe, zelosa pelo lar e pela prole.

O exame de textos médicos produzidos no período pode trazer elementos importantes para a reflexão em termos do papel da mulher-mãe. Em seu livro *Consultas práticas de hygiene infantil*, de 1919, o médico Fernandes Figueira faz um relato sobre a mortalidade infantil no Rio de Janeiro, em São Paulo e em outras cidades de países estrangeiros, chamando a atenção, entre outros aspectos, para os cuidados que as mães deveriam ter para com seus filhos.

Ao comentar sobre o discurso realizado pelo médico e inspetor sanitário, Clemente Ferreira, em reunião do Consultório de Lactentes, em São Paulo, Figueira compara a problemática no Rio de Janeiro à de outras cidades européias.

> Estamos abaixo de Paris e de Londres, a despeito da população densa desses riquíssimos centros, porque não cuidamos da infância. Que valem duas ou três instituições para remediarem os dannos a centenas de milhares de pequeninos? Não cuidamos, porque não possuímos inspectores de primeira infancia, que fiscalizem o desenvolvimento das crianças, entregues às criadeiras. Não cuidamos porque os médicos não se batem devidamente pela amamentação natural e condescendem com interesses discutíveis. Não cuidamos porque, ao invez de ensinarmos a operaria a alimentar seu filho, atiramol-a para a fabrica, onde não há creches, e não aceitamos a serviçal, com o filho, o que a obriga a desfazer-se d'elle. Não cuidamos, porque nos faltam consultórios de lactentes e verificação do aproveitamento alimentar das crianças. Não cuidamos, porque o assucar do Rio de Janeiro corresponde a substancia pouco limpa; o leite, embora gordo, esta semeado de impurezas e as farinhas simples nacionaes mostram um preparo rudimentar. Não cuidamos, porque imaginamos que hygiene infantil é sciencia das mulheres velhas e não ensinamos siquer aos que, por obrigação, devem conhecel-o.
>
> Porque a mortalidade infantil baixa a 14% na Dinamarca, a 8% em Noruega e a 1% na Suécia? Porque, proporcionalmente, cuidam esses paizes modellares de hygiene da alimentação. Por aqui – ai de nós! – ainda nem se aprendeu a refinar o assucar! (p.229).

São vários os aspectos presentes na citação que se aproximam das questões apontadas pelos médicos e mordomos da Santa Casa. Aspectos que mostram que a mortalidade era um problema urgente e necessário de ser debatido, no interior de um projeto de modernidade para o país, implicando mudanças de ordem econômica, política e social, que tinham como ponto primordial a preservação da vida dos indivíduos e, no caso, das crianças.

Note-se que o autor reclama da falta de pessoal para uma melhor fiscalização junto às amas, apontando para o trabalho desenvolvido em

outros países considerados modelares em relação à higiene da alimentação. Dr Figueira critica, ainda, a falta de debate entre os médicos brasileiros no tocante à amamentação natural.

A questão da mortalidade infantil também fez parte da pauta do Primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância, realizado no Rio de Janeiro, em 1922, o qual tratou de questões relativas à assistência infantil, tendo apresentado sessões voltadas à legislação, pedagogia, higiene, entre outras. Nele, o médico do corpo de bombeiros do exército, Dr. Cesário Correa Arruda, apresentou um trabalho intitulado *Da mortalidade infantil, suas causas e os meios de evital-a*. Entre outras informações a respeito de tal problemática, divulgou uma estatística referente à mortalidade das crianças menores de dois anos no estado de São Paulo, entre 1901 e 1906.

De um total de 31.763 mortes em geral, 15.209 eram de crianças nessa faixa de idade. Com base em tais dados, o médico clamava aos congressistas que,

> sem demora, abordem o magno problema de protecção á infância, armando o Executivo de poderes especiais para agir efficazmente ante tamanha calamidade publica, ante o grave perigo nacional, a mortalidade infantil, que ameaça corroer os alicerces da nossa civilização, compromettendo os destinos de nossa raça (1925, p.911).

Os escritos do médico deixam explícitas as concepções em relação à criança que orientam as formas como lê o problema da mortalidade infantil; concepções que tomam a criança como “salvadora” da pátria, imprescindível para o crescimento da nação. Alertando para a necessidade urgente de diminuir a mortalidade infantil, o médico eleva a problemática ao nível de calamidade pública identificando, nas ações do Estado, uma das saídas para combater a questão.

Novamente vale chamar a atenção para o papel das estatísticas na construção de uma interpretação sobre a problemática da mortalidade infantil. Entendemos a divulgação desses números como elemento central

na produção de representações sobre uma determinada realidade, no caso a da mortalidade das crianças.

Naquele mesmo ano de 1922, o mordomo Sampaio Vianna registrava, em seu relatório, as esperanças de que o Primeiro Congresso de Proteção à Infância se constituísse num importante momento de discussão da mortalidade infantil. Segundo ele, "folgamos em registrar que diante dos factos, que por toda parte constatam essa elevada porcentagem de óbitos, iniciou-se um movimento de conseqüências salutares á favor da creanças" (1922, p. 86). Concluía afirmando que esperava que do Congresso, que aconteceria no Rio de Janeiro,

> por iniciativa do dr. Moncorvo Filho, o operoso e benemérito amigo das creanças, sahirão as bases para uma legislação de protecção á infância e a solução para vários problemas, sejam elles de origem social, medica, pedagógica ou hygienica (p.86).

De acordo com seus escritos, era grande a expectativa de que, após o evento, a problemática da mortalidade e da assistência à criança ganhasse um novo rumo, pois lá estaria presente uma parcela significativa de médicos, autoridades e formadores de opinião. Momento no qual se discutiriam as mais diversas questões envolvendo a proteção à infância, abarcando aspectos que iam do social ao higiênico, segundo Sampaio Vianna.

Em relação à mortalidade na capital, Telarolli Jr. destaca – utilizando como fonte o Anuário Demográfico da cidade de São Paulo, de 1894 a 1920 – que, no ano de 1894, o coeficiente de mortalidade infantil foi de 175,3 por mil nascidos. No ano seguinte, saltou para 198,5. Com números bastante oscilantes ao longo do período examinado pelo autor, temos o menor índice em 1900, com 113,5. Já o maior foi registrado em 1918, quando chegou a 236,4 (1996, p.56).

Em mensagem apresentada ao Congresso Legislativo, em 14 de julho de 1923, o Presidente do estado, Washington Luis, declarava que

"os óbitos de creanças de 0 a 1 anno, foram 3.902 na Capital e 30.292 crianças em todo o Estado, por mil nascidos" (p.161). No ano seguinte, chamava a atenção para o coeficiente dos natimortos que "elevou-se em Santos, S.Carlos, e Guaratinguetá soffrendo, porém, reducção mais accentuada que esse accrescimo na Capital, Campinas, Ribeirão Preto e Botucatu" (p.82).

Em 1925, Carlos de Campos, presidente do estado, em mensagem enviada ao Congresso Legislativo, comentava que a mortalidade infantil "mantem-se elevada. Foi, em 1924, de 168,03 sobre 1.000 nascimentos" (p.31). De acordo com ele, era necessário reagir no sentido de sua "reducção, supprimindo ou attenuando o aproveitamento do nosso magnífico coefficiente de natalidade, que em 1924 foi de 31,28 por 1.000 habitantes" (p.32).

O exame da questão, apoiado em dados estatísticos, possibilitou identificar que o maior índice de morte das crianças estava relacionado a problemas do aparelho digestivo. Na mensagem enviada pelo presidente do estado, Carlos de Campos, ao Congresso Legislativo, em 1926, a autoridade relatava que "a qualquer espirito culto que conheça ligeiramente o meio, não será estranho que essa morbilidade resulta da absoluta carência de noções de puericultura por parte de grande maioria das mães" (p.51).

Com esta declaração, é possível perceber o papel atribuído à alimentação no que diz respeito à mortalidade infantil, sobretudo das crianças advindas dos meios mais pobres e, portanto, as mais afetadas pela carência de alimentos. Em relação a essa questão, o discurso médico, com base na puericultura[50], criou representações acerca do aleitamento materno como elemento primordial para o desenvolvimento

[50] Segundo Novaes, a puericultura "surge em fins do século XIX, na França, e propõe-se a normatizar todos os aspectos que dizem respeito à melhor forma de se cuidar das crianças com vistas à obtenção de uma saúde perfeita" (1979, p.11). Ainda de acordo com a autora, a puericultura, "como tal, passa a ser conhecida no Brasil, segundo um dos seus principais defensores – Moncorvo Filho – a partir de 1890, portanto, quase ao mesmo tempo em que ocorre sua difusão na França" (p.50).

das crianças, incluindo aí tanto as crianças de famílias ricas como as pobres e desvalidas, mas principalmente estas, pois eram, segundo os dados levantados no período, as que engrossavam as estatísticas de mortalidade.

Analisando o livro *Mortalidade das crianças em São Paulo*, publicado pelo médico João Teixeira Álvares, em 1894, e destinado às "mães pobres", Ribeiro assinala que o autor atribui à alimentação inadequada a alta mortalidade infantil na cidade. De acordo com a autora figuravam, dentre as preocupações do médico, o fato de que era impossível, na época, convencer as mães de que o leite materno era o único alimento a ser dado às crianças.

Podemos perceber também que o tema preocupava outras nações no período, tanto por motivos econômicos quanto sociais e políticos, o que justificava a organização de tais congressos, conferências e encontros, como forma de divulgar a problemática.

Importante acentuar que a realização desses congressos servia para difundir modelos de civilização, constituindo-se em fóruns privilegiados nos quais se debatiam os mais variados assuntos relativos à criança, à mortalidade infantil, à educação, saúde, políticas de assistência à infância, entre outros.

Publicado no Uruguai, o *Boletín del Consejo Nacional de Higiene* é um documento produzido durante o XIV Congresso de Higiene e Demografia de Berlim, realizado entre 23 e 29 de setembro de 1907. Nele, os doutores Dietrich (Berlim), Alexandre Szana (Temesvar) e Taube (Leipzig), apontavam para a problemática na Alemanha, França e Hungria. Em suas análises, criticavam, especificamente, a amamentação realizada por amas de leite nos países citados, dando ênfase às consequências econômicas e sociais da utilização de tais serviços (1909, p. 6).

Para o Dr. Dietrich, "en Alemania la mortalidad en la primera infancia abraza un tercio de la mortalidad general. Esta grande mortalidad

infantil es una desgracia del punto de vista economico y nacional [...]" (1909, p. 1).

No que se refere às crianças sob responsabilidade da Santa Casa, é importante chamar a atenção para o ano de 1931, já que foi o de maior número de mortos "sem assistência". De 199 crianças, 166 morreram. "Dos fallecidos, 46 sucumbiram em sítios distantes desta capital, sem attestado e sem cuidados médicos" (p.130). Diante da situação, o mordomo, Sampaio Vianna, volta a responsabilizar as amas. De acordo com seu relato, "quem não conhecer a mentalidade das amas, mulheres analphabetas e incapazes de executar a mais singela prescripção medica ou o mais simples regime dietético, ficará alarmado diante de mortalidade tão alta" (RELATÓRIO DA MORDOMIA, 1932, p.132).

Vale destacar que João Maurício de Sampaio Vianna, mordomo do Asilo dos Expostos por 33 anos, era advogado, conforme já mencionamos. Portanto, sem formação médica. No entanto, muitas vezes suas análises coincidem com as dos médicos, principalmente quando escrevia sobre questões vinculadas à alimentação, higiene e prescrições médicas, o que oferece elementos para uma leitura dos processos de circulação e apropriação dos discursos produzidos pelos médicos. Discursos que, aliás, podem ser observados nas mais variadas esferas, que não só no interior da Santa Casa, como nos congressos, nos cursos de formação, nas matérias de jornais, nos artigos assinados, em livros.

No relatório apresentado por ele, após um ano na mordomia, ou seja, em 1905, revela-se o tom que marcaria sua administração. Em praticamente todos os seus escritos, procurava defender a necessidade de uma melhor fiscalização sobre as amas, representadas como as grandes responsáveis pela mortalidade das crianças sob seus cuidados, conforme podemos observar em 1904 quando, ao discorrer sobre a mortalidade naquele ano – de um total de 85 crianças, 40 faleceram –, dizia que "esta falta corre por conta de descuidos da fiscalização e pouco cuidado das amas de leite" (p.62).

A leitura dos discursos produzidos por médicos e mordomos em relação à criança ou mesmo sobre as amas revela a necessidade, cada vez mais forte, de iniciativas que, partindo da Santa Casa e dos próprios administradores da Instituição, possibilitassem modificações substantivas no serviço das amas. Como argumento para tais medidas são utilizados os dados colhidos pelo controle mensal, por meio da ida das amas ao hospital, os quais evidenciavam, segundo os médicos, a precariedade das condições físicas das crianças criadas por elas.

Causa-mortis

Conforme já ressaltamos, a divulgação de números de óbitos infantis jogou um importante papel na construção da representação da urgência e da necessidade de intervenções que visassem controlar tal problema. Desta forma, vale atentar para as práticas dos médicos da Santa Casa que divulgavam, por meio dos relatórios dirigidos ao mordomo do Asilo dos Expostos, informações e dados acerca da situação da mortalidade das crianças sob sua responsabilidade. Em suas análises, examinavam os números contabilizados, sugerindo medidas para diminuir os elevados índices de mortalidade das crianças.

Um levantamento feito ano a ano nos relatórios da mordomia, a partir de 1903[51] e chegando até 1935, revela que 5.620 crianças foram entregues às amas. Desse total, 1.274 morreram, ou seja, 22,6%. Foi possível levantar também, por meio dos relatos médicos, um total de 62 *causa-mortis* **(quadro 1)**, cujos números se referem ao período de 1903 a 1935, com uma lacuna, a do ano de 1933, no qual não aparece registro algum

O maior número é o das mortes "sem assistência", num total de 539. A expressão aparece praticamente na totalidade dos relatórios e relaciona-se, diretamente, às mortes das crianças em poder das amas rurais representadas, nos escritos dos médicos e mordomos da Santa

[51] O início da tabulação no ano 1903 deve-se ao fato de que é o momento em que se inicia a publicação dos números das crianças entregues às amas e, 1935, por ser o último ano antes da inauguração do Berçário.

Casa, como “creaturas inteiramente ignorantes do que seja hygiene alimentar” (RELATÓRIO DA MORDOMIA, 1913, p. 38)

Quadro 1 – *Causa–mortis* das crianças com as amas -1903-1935

Causa-mortis	Quantidade	Causa-mortis	Quantidade
Sem assistência	539	Afogado	01
Gastro-enterite	104	Ankilostomose	01
Syphilis-heredo	55	Bexiga	01
Intoxicação alimentar	53	Colite	01
Athrepsia	31	Decomposição	01
Inviabilidade	29	Dypheteria	01
Bronchite	28	Dyspesia	01
Broncho-pneumonia	25	Encephalite	01
Entero-colite	23	Febre Typhoide	01
Febre verminosa	19	Gripe	01
Debilidade congênita	13	Helminthiasis	01
Pneumonia	09	Hérnia	01
Tuberculose	08	Infecção intestinal	01
Vermes intestinaes	08	Infecção estreptococia	01
Sarampo	07	Innatalidade	01
Enterite	06	Leichmaniose	01
Nefrite aguda	06	Mastoidite supurada	01
Dysenteria	05	Mycosi	01
Bronesite capilar	04	Neo syphilis	01
Nefrite cronica	04	Obstrução intestinal	01
Aphtas	03	Ompholite	01
Dentição dificil	03	Pleuriz	01
Diarréia verde	03	Pyohemia	01

Meningite	**03**	**Rachitismo**	**01**
Catarro sufocante	**02**	**Spina bifide**	**01**
Cachexia	**02**	**Stomatite aphtosa**	**01**
Convulsão	**02**	**Teania**	**01**
Morte natural	**02**	**Toxicose**	**01**
Rapido isolamento	**02**	**Typho**	**01**
Tétano	**02**	**Verminose**	**01**

Fonte: Relatórios da Mordomia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

A segunda causa foi a "gastro-enterite", num total de 104 óbitos. Descrita na documentação sem nenhuma especificação mais detalhada, é possível relacionar o termo a problemas no aparelho digestivo, figurando como a principal causa dos índices de mortalidade nos anos de 1929 a 1931, analisados anteriormente. De acordo com o dicionário médico elaborado pelo Dr. Ricardo D'Elia, em 1926, tratava-se de uma "inflammação simultanea da mucosa do estomago e dos intestinos" (p.343). Segundo assinalava o médico,

> os estorvos gastro-intestinaes das crianças (especialmente lactantes), que, por affinidade da natureza e de methodos curativos, agrupamos em um termo genérico de gastro-enterite, devem considerar-se productores de incongrua alimentação, ou (e tal é o caso nas formas graves) de microorganismos pathogeneos, introduzidos com o leite materno, pode resultar nocivo por condições pathologicas da mãe, se é leite animal, pode damnificar por alteração sua ou dos de seus derivados (p.343).

O exame da questão, apoiado em dados estatísticos, possibilita perceber que a segunda *causa-mortis* estava relacionada às doenças do aparelho digestivo resultado, provavelmente, de problemas alimentares ou mesmo de higiene, dois aspectos ressaltados pelos médicos nos relatórios. Em seguida, aparecem a "syphilis heredo" (55), a "intoxicação alimentar" (53) e a "athrepsia" (31). Esta última, "doença que ataca principalmente os recém-nascidos não chegados a termo e que nascem

excessivamente magros e sem alguma característica vital e depois de alguns dias sucumbem" (D'Elia, 1926, p.87).

Pelo que se nota, fora a problemática das doenças relacionadas ao aparelho digestivo, outras poderiam estar ligadas ao modo de vida de homens e mulheres das camadas mais pobres da população, que viviam em péssimas condições e mantinham seus costumes, valores e comportamentos "indesejáveis", conforme opinião de uma parcela dos grupos dominantes. Eram representações produzidas partir da desqualificação, segundo parte dos médicos, em decorrência de seus modos de vida ligados, na maioria das vezes, à sua vivência em locais periféricos.

Os 539 casos de mortes "sem assistência", contabilizados pelos médicos do Asilo dos Expostos, podem nos ajudar a compreender a dimensão da problemática. Isso porque, conforme verificaremos com maior detalhe mais adiante, as crianças expostas eram encaminhadas, em sua maioria, para as amas que moravam distante da cidade dificultando, segundo os médicos, a fiscalização.

Fora esta questão, poderia ocorrer, ainda, a impossibilidade, por parte das amas, de levarem as crianças para consultas, em caso de urgência, ou mesmo para um acompanhamento na Santa Casa, considerando a precariedade dos meios de transporte que ligavam essas regiões mais afastadas ao centro da cidade.

Vale ressaltar que a problemática da mortalidade das crianças sob responsabilidade da Santa Casa era bastante complexa. Isso porque a maioria dos expostos, após seu nascimento, ou até mesmo durante a gestação, poderiam passar por muitas situações adversas, decorrentes da própria pobreza de sua família ou mesmo das doenças provocadas pelos meios em que nasceram e viveram os primeiros dias ou meses de vida. São situações que não podemos perder de vista ao pensar a questão. Ou seja, as várias causas apontadas nos relatórios evidenciam a existência

de um leque de possibilidades que poderiam determinar a morte daquelas crianças que não só questões relacionadas à amamentação.

PARTE 2

[...] peccava pela base a assistencia que se pretendia dar á creança abandonada[52]

[52] Trecho extraído do relatório da mordomia de 1936, p. 195.

Expressar a dimensão das mudanças ocorridas na cidade de São Paulo entre o final do século XIX e as primeiras décadas do XX, como parte de um amplo projeto de modernização traçado por parcelas das elites, foi o objetivo da primeira parte deste trabalho. A par da análise dos problemas que acompanharam tais mudanças, procurou-se interrogar sobre a problemática do abandono das crianças e da mortalidade infantil, assim como sobre o papel da medicina no enfrentamento dessas questões. Sinalizamos, ainda, as estratégias de intervenção elaboradas, as quais procuraram recobrir os mais diferentes aspectos da realidade social, incidindo tanto sobre a cidade quanto sobre seus moradores.

A partir de agora, nossa abordagem focalizará as iniciativas postas em prática pela Santa Casa e seus membros, no sentido de dar assistência e proteção à criança abandonada na tentativa de resolver a problemática da mortalidade infantil, considerada um dos principais obstáculos para a construção de um país moderno, segundo os discursos dos médicos e outros setores das elites.

Para tanto, analisaremos algumas dessas ações que marcaram o período ora recortado, como a mudança do Asilo dos Expostos para o bairro do Pacaembu, a utilização da Roda dos Expostos, a contratação das amas de leite, a construção do Berçário e do Lactário. Procuraremos, no interior desse contexto, examinar as representações produzidas sobre as crianças e amas, que acabaram por qualificá-las, na maioria das vezes, de forma negativa, atribuindo a estas últimas, inclusive, a responsabilidade pelos altos índices de mortalidade infantil na cidade de São Paulo.

CAPÍTULO 3 – Protegendo a criança abandonada

Na análise das mudanças que ocorriam na cidade de São Paulo, em fins do século XIX, no que diz respeito à assistência à criança abandonada, torna-se necessário sublinhar que a Santa Casa de Misericórdia, por meio de seus administradores e corpo médico, assume a tarefa de transferir, em 1896, o Asilo dos Expostos, até então uma unidade anexa ao Hospital Central, desde 1824, para o bairro do Pacaembu.

Isso porque, durante décadas, praticamente todo recém-nascido colocado na Roda dos Expostos, ou mesmo abandonado nas ruas da cidade, era entregue, na maioria das vezes, na Santa Casa, que o acolhia nas dependências de seu hospital e, posteriormente, encaminhava-o a uma ama de leite.

A criança ficava sob seus cuidados até cerca de dois anos, às vezes três, quando se fixava na família que o havia criado ou era entregue a parentes, se estes o reclamassem. Se isso não ocorresse, era devolvido à Irmandade que se via na obrigação, muitas vezes, de sustentá-lo em seu próprio hospital.

No entanto, tal procedimento causava problemas: um deles dizia respeito ao fato de as crianças ficarem instaladas no mesmo local que servia de abrigo aos doentes; o segundo, podia ser creditado ao aumento do risco de morte que advinha dessa situação.

Com a transferência do Asilo, as crianças maiores de dois ou três anos – encontradas abandonadas ou após criação com as amas – passaram a ser encaminhadas diretamente para lá, onde permaneciam, os meninos, até completarem 12 anos; as meninas, até os 18 ou, antes disso, ao se casarem.

A compra da chácara Wanderley

A necessidade de se procurar local mais adequado para as crianças já tinha sido objeto de discussão anos antes de sua transferência, como se pode ler no relatório da mordomia de 1943. É o primeiro documento escrito pelo mordomo José Cássio de Macedo Soares e apresentado à mesa conjunta. Marcado por um tom memorialístico, traz um extenso histórico do Asilo dos Expostos ao lado das informações sobre o seu primeiro ano de gestão.

Trata-se de um relato cronológico que descreve desde a instalação da Roda dos Expostos em São Paulo, em 1825, às informações relativas ao ano de 1943. Ao que tudo indica, esta modalidade de escrita – que marcou as mudanças de mordomia ao longo do período recortado por este estudo –, servia para demarcar o início dos trabalhos do novo mordomo. Esta retrospectiva, que revela a dinâmica da Santa Casa, poderia servir também para mostrar a possibilidade de continuidade das ações da Instituição mesmo com as mudanças dos titulares do cargo.

Segundo as informações que dão conta das iniciativas relacionadas ao Asilo, em reunião da mesa administrativa, de 18 de novembro de 1894, o então mordomo dos expostos, João Ignácio Pereira Lima, notificou sobre o legado deixado pelo finado Joaquim Floriano Wanderley e sugeriu ser conveniente receber em terrenos, "pelo preço de avaliação última, lugar que fosse escolhido por uma comissão" (1943, p. 224).

Passado um período de quase um ano foi levada à Mesa a seguinte proposta:

> Os irmãos abaixo assinados vêm propor à Mesa, a compra da chácara Wanderley, para o Asilo dos Expostos, podendo para esse fim nomear uma comissão de três membros para tratar desse assunto. É de grande necessidade essa compra, e não se acha já com casa, mais apropriada para tal fim (p. 224).

O documento era assinado por Pedro Aranha, Joaquim Eugenio de Lima, Salvador Augusto Telles, José Borges de Figueiredo, Arsênio Correia Galvão e Domingos Sertório. A comissão foi formada pelos três últimos (RELATÓRIO DA MORDOMIA, 1943, p. 224).

Com o dinheiro da venda do terreno, fruto do espólio de Joaquim Floriano Wanderley, foi concretizada a compra da Chácara Wanderley, nome pelo qual era conhecida a propriedade de João Mauricio Wanderley. Ainda segundo informa José Cássio de Macedo Soares, em seu relatório, de 19 de janeiro de 1896, o Irmão Arsenio Correia Galvão, em nome da comissão, prestou contas do dinheiro empregado na compra e escritura, registro, ciza e impostos de transmissão, "o que foi aprovado pela Mesa" (RELATÓRIO DA MORDOMIA, 1943, p.225).

A solenidade de inauguração do Asilo, no Pacaembu, ocorreu em 13 de setembro de 1896. Na edição do dia seguinte, o jornal *O Estado de S.Paulo* registrou o evento: "Realisou-se hontem na chácara Wanderley, no bairro da Consolação, a inauguração do Asylo dos Expostos. O ato foi muito concorrido, assistindo algumas das primeiras famílias desta cidade e representantes da Imprensa" (O ESTADO DE S.PAULO,1896, capa).

Conforme já registramos, os membros da Santa Casa – médicos, mordomos, provedores e irmãos beneméritos – faziam parte, em sua maioria, das elites econômica e política da cidade, muitos deles, inclusive, ocupavam cargos públicos ou em instituições particulares, o que dava visibilidade aos eventos promovidos pela Instituição, como podemos observar quando da transferência do Asilo[53].

[53] Tal relação entre a Santa Casa e parte das elites locais, nas diversas cidades onde se fazia presente, foi sendo construída ao longo do tempo, conforme comenta Laurinda Abreu. A autora registra que as Santas Casas, a partir do Compromisso de 1618, foram limitando o "leque dos possíveis eleitores e elegíveis, acabando por quase o circunscrever aos que possuíssem as características exigidas aos indivíduos que podiam tomar assento nos bancos do poder concelhio: gente com capacidade econômica e reconhecido prestígio social" (2001, p. 598). Abreu destaca ainda que a dificuldade em preencher tais requisitos "acabou por facilitar a constituição de um grupo que tendeu a se fechar em oligarquia

O período coincidiu com as intensas mudanças vivenciadas em São Paulo, entre as quais se destaca a constituição dos bairros que, localizados na parte alta da cidade, acabaram por se tornar os mais valorizados. Isso porque, de acordo com os ideais higienistas pregados na época, essas áreas favoreciam a dispersão de vírus, micróbios e doenças, principalmente por causa dos ventos mais constantes e do número reduzido de casas e prédios, que favoreciam as condições de salubridade. Situação que se contrapunha ao que ocorria nos bairros onde moravam as camadas mais pobres da população, com suas casas de construções irregulares, falta de rede de esgoto, aspectos que propiciavam, segundo as concepções vigentes no período, o aparecimento de germes e miasmas[54] que empesteavam tanto o ar quanto a água, considerados vetores de contaminação.

Era um momento no qual se disseminava a idéia de que os micróbios, a poeira, o lixo, entre outros agentes, facilitariam a propagação de doenças contagiosas, conforme assinala George Rosen (1994). A partir dessa concepção, propalava-se um novo modelo de organização urbana no qual a higiene seria elevada ao mais alto patamar na luta contra os agentes de contaminação.

Neste sentido, a cidade passa a ser vista como o grande foco de doenças tanto pelo aspecto natural quanto social já que ela comporta um grande número de moradores. Sendo assim, deve sofrer um processo de intervenção e ordenamento por parte da medicina. A atuação dos médicos,

---

dominante, com competências em dois campos complementares – da administração e da assistência concelhias – concentrando assim, boa parte dos poderes que localmente moldavam o cotidiano das populações" (p.598).

[54] Segundo Rosen, a teoria miasmática de contágio se pautava no fato de que a "prevenção era a conseqüência natural da remoção de refugos e água de esgotos [...]" (1994, p.257). De acordo com o autor, "à proporção que os bacteriologistas identificavam os microorganismos responsáveis por doenças específicas, e expunham seu modo de ação, abre-se o caminho para o controle de doenças infecciosas sob uma base mais racional, e específica" (p.257).

como responsáveis pela salubridade, tem como objetivo final favorecer o progresso e a civilização.

A doença, causada pela cidade, segundo Machado *et al.,* pode ser pensada sob dois aspectos: um natural – dado pela situação geográfica em geral – e um social – causado tanto pela instância macro-social quanto pela micro-social das instituições. Os elementos sociais e naturais também se comunicam: ou seja, se a água deve ser salubre, deve-se construir esgotos; se o ar deve ser respirável, devem-se desmontar morros e acabar com matadouros, fábricas, cemitérios do centro da cidade. Esgotos, matadouros, cemitérios são elementos sociais que devem ser organizados pelos médicos para que o natural, água e ar, favoreçam a saúde (1978,p. 262).

Pensando desta forma, com base nos autores citados, os espaços institucionais são caracterizados com as mesmas características da cidade. Portanto, o "esquadrinhamento urbano" é um meio de controlar essas instituições pela via da sua medicalização. Os dois principais movimentos são: tirar esses estabelecimentos do centro da cidade e organizá-los por dentro.

A transferência do Asilo, até então uma unidade anexa ao Hospital, para um bairro "salubre", localizado numa área de fácil dispersão dos micróbios e vírus, coincide com o que Machado *et al*. (1978) chamam de medicalização das instituições. Este conceito aparece como proposta da medicina social, que tem por objetivo final, formar ou reformar física e moralmente o cidadão. "O homem não é apenas organismo vivo, ele integra um organismo social. A medicina visa civilizar, isto é, urbanizar o homem" (p. 281). É assim que a escola, o hospital, a prisão, o asilo tornam-se estratégia de poder e de controle dos indivíduos.

Segundo destacam os autores, no âmbito desse movimento, os hospitais, prisões, fábricas, asilos, cemitérios, por exemplo, acabavam por se tornar essenciais para a vida urbana. Entretanto, carregavam em seu interior, as doenças, as aglomerações, os vícios, os males de toda ordem

característicos desse tipo de instituição, razão pela qual tornava-se necessário intervir sobre eles.

Provavelmente, tais modificações no modo de pensar e na forma de atuação das instituições hospitalares, fizeram com que os médicos e administradores da Santa Casa tomassem a iniciativa de procurar um local e um espaço que respeitassem aspectos básicos de salubridade para uma instituição encarregada de abrigar as crianças.

Desta forma, a transferência do Asilo pode ser lida como parte das ações formuladas pela Santa Casa no sentido de possibilitar um novo modo de assistência à criança abandonada; modo esse que vinha sendo gestado em meio ao processo de modernização da cidade de São Paulo, no que se refere à série de intervenções sobre a criança abandonada.

Em relação às novas instalações do Asilo dos Expostos, o relatório do ano de 1902 contém informações sobre o imóvel. Ao examiná-lo, é possível perceber que havia uma certa preocupação, por parte dos responsáveis pelas crianças asiladas, com as questões de higiene e salubridade[55] .

> Uma antiga casa particular, aliás espaçosa, mas sem architectura e sem commodos sufficientes da chácara em que outr'ora residia João Mauricio Wanderley, denominada ainda chácara Wanderley, apezar das más condições em que se achava, foi destinada para asylo de expostos, por insufficiencia de commodos na S. Casa, e, porque de facto repugna à boa hygiene, collocar creanças de tenra edade debaixo do mesmo tecto que serve de abrigo a doentes de toda a ordem, com excepção apenas d'aquelles que têm asylo especial devido á natureza contagiosa da moléstia (RELATÓRIO DA MORDOMIA, 1902, p. 60).

[55] De acordo com Foucault, "salubridade não é a mesma coisa que saúde, e sim o estado das coisas, do meio e seus elementos constitutivos, que permitem a melhor saúde possível [...]. E é correlativamente a ela que aparece a noção de higiene pública, técnica de controle e de modificações dos elementos naturais do meio que são suscetíveis de favorecer ou, ao contrário, prejudicar a saúde" (1979, p. 93).

A aquisição de um local apropriado para o recebimento das crianças abandonadas e entregues aos cuidados da Santa Casa passava a ser, ao que tudo indica, condição *sine qua non* dentro do processo de mudança verificado no final do século XIX, na cidade de São Paulo, coincidindo com o processo histórico de estruturação do Estado e de formulação das políticas sociais para uma população empobrecida assim como para as crianças.

Não era, como podemos perceber pela declaração do mordomo Sampaio Vianna, em relatório apresentado alguns anos após a transferência, o local ideal. Pelo contrário. Segundo ele, "nada mais é que um prédio velho e sem divisão para um Asylo" (RELATÓRIO DA MORDOMIA, 1904, p.65).

Por outro lado, essa transferência das crianças pode ser entendida pela mudança de estatuto do hospital que, de um espaço de reclusão, passa a ser efetivamente um local de cura, conforme relata Foucault (1979) referindo-se ao final do século XVIII. Neste sentido, não cabia mais abrigar as crianças abandonadas no mesmo local onde estavam os doentes.

Foucault explica que o hospital "como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII" (1979, p. 99). Antes desse período, segundo ele, o hospital servia como uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de "assistência, como também de separação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso" (p.101). Ele prossegue assinalando que, por estas razões, o hospital deveria servir tanto para recolhê-lo quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna.

É possível pensar as mudanças ocorridas na Santa Casa, com a transferência do Asilo das dependências da Instituição para um outro local, a partir dessas considerações de Foucault. Isso porque os cuidados

relativos à criança abandonada estavam inseridos no conjunto de medidas que visava sua assistência em primeiro lugar. Seu internamento, em um mesmo local onde ficavam pessoas doentes, era um risco, se considerarmos o perigo do contágio de doenças, por exemplo.

Neste sentido, a Santa Casa, tendo em vista a dinâmica das modificações em termos das políticas sociais voltadas à criança abandonada na época aqui tratada, modifica a forma de atendimento e assistência, a qual deveria estar pautada nos ideais higienistas e filantrópicos prevalecentes no final do século XIX e início do XX. Ideiais que partiam da iniciativa dos médicos, os quais, segundo Merisse, buscavam

> impor-se aos centros de decisão do estado para obter investimentos não só na regulamentação daquilo que estaria relacionado especificamente à área da saúde, mas também no ordenamento de muitas outras esferas da vida social (1997, p.33).

Machado *et. al* ao localizarem, em meados do século XIX, o nascimento da medicina social no Brasil, vinculado ao processo de mudanças de ordem política e econômica, destacam que o médico não é apenas um profissional que detém uma técnica, ou aquele que conhece os tratados e teorias médicas. Ele "intervém: decide, executa, fiscaliza e pune" (1978, p. 258). Essa intervenção, segundo os autores, ocorre no sentido de policiar tudo aquilo que pode causar as doenças; destruir componentes do espaço social "perigosos, porque causadores de desordem médica; é transformar a desordem em ordem, através de um trabalho contínuo e planificado de vigilância e controle da vida social" (p. 258).

A transferência do Asilo para o Pacaembu, nesse sentido, deve ser lida nesse quadro mais amplo que inclui a mudança nos modos de conceber o hospital e outras instituições, a qual resultou em sua medicalização. Outro aspecto que deve ser considerado tem a ver com o

próprio crescimento da cidade de São Paulo, uma vez que, com uma maior circulação de pessoas, faziam-se necessárias reformas nas instalações da Santa Casa, um dos locais mais procurados no período, com o objetivo de atender às demandas de seus moradores por serviços médicos.

Dessa forma, os pobres, loucos, expostos, vão sendo deslocados para outros espaços e instituições, inclusive da própria Irmandade, como era o caso do Asilo dos Expostos, dos Inválidos, de Mendicidade, por exemplo. Para efetivar tais mudanças, a Instituição procurava adequar-se às necessidades do momento em termos das concepções higienistas e filantrópicas, por meio de reformas ou da construção de novos prédios.

Esse tipo de mudança pode ser observado pela descrição dos dois pavilhões construídos cinco anos após a transferência do Asilo dos Expostos para o Pacaembu. Vale a pena transcrever o trecho da reportagem do jornal *O Estado de S. Paulo* sobre a solenidade de inauguração desses novos espaços.

> Com muita solenidade e comemoração foram inaugurados hontem às 2 horas da tarde dois pavilhões supplementares ao prédio já existente na antiga chácara Wanderley onde funciona o Asylo dos Expostos da Santa Casa de Misericórdia e do qual é o mordomo dr. Alberto Vieira de Carvalho. Os pavilhões, construídos ultimamente devido à iniciativa da administração do anno passado em que já o dr. Cerqueira César era provedor e o dr. Alberto Vieira de Carvalho Mordomo dos Expostos, estão situados na face esquerda do antigo edifício que foi reformado convenientemente, obedeceu a um plano que só aos poucos ia sendo executado demolindo-se o edifício antigo. De construção moderna e elegante, os novos pavilhões satisfazem a todas as exigências de hygiene e conforto, cheios de ar e de luz que entram por grande numero de janelas, nas duas faces de cada um delles [...]. Existem actualmente no Asylo dos Expostos 88 creanças, na maioria menores de 5 annos [...].
>
> [...] Para a festa da inauguração dos dois pavilhões eram os convidados transportados em *landaus* e carros que partiam da avenida Paulista, até o Asylo. Ali vimos então os srs. drs. Cerqueira César, provedor da Santa Casa, Bento Bueno e Francisco Malta, secretários do interior e justiça e fazenda;

> Ramos de Azevedo; Arnaldo Vieira de Carvalho, Queiroz Mattoso, médico do Asylo [...].(O ESTADO DE S.PAULO, 1901, p. 2).

Ao que tudo indica, a reforma possibilitou melhores condições de salubridade às crianças, favorecendo uma nova forma de assistência; medida necessária quando se considera que o abandono assumia lugar de destaque na pauta dos problemas da cidade. Tornava-se fundamental, então, modificar hábitos e corrigir degenerações. A reforma no Asilo, melhorando o ambiente físico e as acomodações poderia, assim, facilitar a assistência e os cuidados em relação à criança.

Pela citação, nota-se que o repórter nomeia a presença de representantes dos mais variados setores da sociedade como médicos, políticos, secretários de Estado, religiosos, engenheiros, entre outros. A presença dessas pessoas pode demonstrar – fora o fato de se fazer notar em um evento social – a preocupação pelo problema da criança abandonada, já que a questão da infância e, no caso, da infância das crianças pertencentes às camadas mais pobres da população, era alvo de interesse de vários segmentos da sociedade de então.

Vale chamar atenção para o fato de que, fazendo parte das instalações do Asilo dos Expostos, no Pacaembu, havia um jardim de infância, uma escola primária e oficinas para os asilados, que incluíam costura, sapataria, carpintaria, marcenaria, entre outras. Sendo assim, o que se nota é que a assistência não era mais considerada apenas uma benemerência, mas também uma questão econômica, daí a necessidade de oferecer uma educação voltada para o trabalho (ROCHA, 2005).

A sapataria pode ser lida como um sinal do que se pretendia oferecer aos asilados em termos de educação. Em 1903, três crianças auxiliavam o mestre sapateiro. Os objetivos que orientavam tal iniciativa estavam ligados à produção de "todo o calçado necessário para os asylados" (RELATÓRIO DA MORDOMIA, 1903, p.50). Ao final daquele ano, ao

custo de 2:357$000, foram produzidos, pelos asilados, 187 pares e realizados 388 consertos. A sapataria era uma forma de aprendizado e de ensinamento voltado para o exercício futuro de uma profissão colaborando, portanto, para uma formação social e moral das crianças ou, em outras palavras, preparando-as para quando tivessem que sair da Instituição.

Tal mudança na forma de atuar decorria de uma visão social que algumas instituições apresentavam em relação às crianças "sem família". Visão essa que redundava na definição de objetivos pedagógicos específicos para formar um cidadão com papel predefinido na escala social em função das suas origens.

Conforme analisamos na primeira parte deste texto, a criança abandonada, órfã, exposta, passava, gradualmente, a ser "cuidada" pela "assistência científica", ou filantropia, que ganhava cada vez mais espaço, incorporando com maior racionalidade a "assistência caritativa", forma até então estabelecida pelo Estado e instituições religiosas para proteger essa criança.

A criação de locais como as oficinas, no Asilo dos Expostos, era um indicativo dessa nova maneira de atuar em relação à criança institucionalizada. Uma vez que era necessário transformar esta criança pobre em um adulto em ótimas condições de saúde, moralmente bem constituído, cuja educação estivesse voltada para a formação de uma mão de obra capaz de acompanhar as necessidades econômicas do país, qualificando-as para o mercado de trabalho urbano.

Assim, o trabalho nas oficinas, possivelmente, poderia responder a uma das problemáticas da época: O que fazer com essa criança institucionalizada? O que criar para preencher seu tempo e, ao mesmo tempo, evitar o ócio e o vício? Como canalizar sua energia e disciplinar seu corpo? Como organizar seu dia a dia, de modo a alterar seus hábitos e costumes? Enfim, como inseri-la em um tempo e espaço mais racional

do que aquele a que ela estava acostumada, ou seja, o tempo da rua, da liberdade de seu cotidiano? Ao mesmo tempo, podemos pensar que o ensino dos ofícios, além de servir para moralizá-la e ensinar a ela uma futura profissão, também poderia, consequentemente, gerar receitas para o próprio Asilo, auxiliando nos gastos da Instituição.

Os problemas da vida urbana e das fábricas levaram chefes de polícia, juristas, médicos, religiosos, industriais e engenheiros a articular suas iniciativas em torno de uma política assistencial. A assistência foi dividida em ramos, sendo que a proteção à infância era um de seus principais pilares (KUHLMANN JR., 1990). Ganha força, na época, a instalação de instituições educacionais como propostas voltadas às camadas mais empobrecidas da população, incluindo os asilos, jardins de infância e creches. Numa perspectiva coerente com as proposições da "assistência científica", essas instituições,

> concedidas às demandas sociais, tornaram-se portadoras de signos de preconceito – aos mais necessitados, aos incapazes – e de objetivos educacionais associados à essa destinação específica para setores das classes populares, objetivos que almejariam disciplinar e apaziguar as relações sociais (KUHLMANN JR., 1990, p.165).

Podemos perceber, por meio do exame dessa série de mudanças ocorridas no âmbito da Santa Casa, com a transferência do Asilo para o Pacaembu, que iniciativas dessa natureza se tornaram imperativas, na medida em que entrou em cena uma nova ordem política, social e econômica. Com base nos princípios de uma maior racionalização em torno da assistência à criança abandonada, a Santa Casa acabou por tomar iniciativas fundadas nos princípios da filantropia.

Assim, não por acaso, os membros da Instituição adotaram novas práticas para o tratamento das crianças sob sua responsabilidade. Esses aspectos ficam claros quando da escolha do bairro para a transferência do Asilo dos Expostos, da instalação das oficinas e da escola. Eram mudanças que caminhavam no sentido de oferecer melhores condições

de vida para as crianças pobres e, no caso, abandonadas. Nota-se, então, um conjunto de ações voltadas para os aspectos básicos de salubridade, para questões de higiene e educação, que vão tomando corpo por meio de uma série de intervenções sobre as crianças.

Outra característica ligada a uma maior racionalidade no trato das crianças pode ser percebida quando se analisa o modo de funcionamento do Asilo dos Expostos, cujo enfoque foi direcionado para a disciplina, controle e ordenamento. Essas características podem ser observadas pela leitura da matéria publicada no jornal *O Estado de S. Paulo*, quando da inauguração dos dois pavilhões, cinco anos após sua transferência, ou seja, em 1901.

> Às 5 1/2 da manhaa, levantam-se as creanças, que vão para o banho. Em seguida tomam leite com pão. Às 9 horas almoçam. Das 11 à 1 hora dormem as de mais tenra edade. Às 2 horas tomam banho. Às 3 jantam, às 6 da tarde tomam leite com pão e recolhem-se ao dormitório (p. 2).

Podemos perceber, pelo trecho transcrito, que as crianças tinham uma rotina rígida, marcada pelo esquadrinhamento de seu tempo, desde a hora em que acordavam até o momento de dormir – característica básica de uma instituição total, para utilizar um conceito de Goffman[56]. Embora fosse uma instituição que abrigava crianças, não há menção, nesta citação, em relação a tempo de diversão ou de brincadeiras. Sobravam pouquíssimas horas durante o dia para esse tipo de atividade. Pode-se relacionar este fato à necessidade de preencher todo o tempo das crianças, característica central nas instituições como os asilos, correspondendo a uma intenção de controle sobre a vida e as ações das crianças.

[56] Segundo o autor, uma "instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada" (1961, p.11).

Foucault (1997) assinala que este tipo de instituição, caracterizada como fechada, fortemente "fronteirizada", serviria, entre outros objetivos, além de isolar os indivíduos, para submetê-los a um disciplinamento por meio de um controle e adestramento sobre seus corpos, suas mentes, seu comportamento. O autor trata as "instituições disciplinares", a exemplo das escolas, das prisões, dos hospitais, como máquinas de controle, nas quais o corpo humano "entra numa maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe" (1997, p. 127).

Instituições como o Asilo dos Expostos se tornaram espaços destinados não só a abrigar as crianças que eram abandonadas. Serviam para corrigi-las, regulá-las. A criança institucionalizada sofria um controle e um "esquadrinhamento" em termos de tempo, comportamento, alimentação, roupa, enfim, de sua vida em geral. Tais locais responderam, entre outros objetivos, ao intuito de disciplinar as crianças, levando-se em consideração as necessidades de formá-las com base em um ideal de cidadão para a sociedade moderna.

A preocupação em torno da criança abandonada vai gerar um conjunto de ações com vistas a protegê-la. Ações de ordem médica, jurídica, pedagógica. A mudança do Asilo para o Pacaembu, como podemos observar, foi uma delas. Uma outra iniciativa seria a Roda dos Expostos, sistema que fez parte da Santa Casa e que esteve relacionado à assistência de bebês recém-nascidos que eram abandonados nesse instrumento.

Roda dos Expostos: "agente cego
e frio que convida a mãe ao crime" [57]

Inicialmente criada para salvar vidas, a Roda dos Expostos[58] tornou-se um dos pilares do projeto de assistência à criança abandonada sendo, aliás, uma das principais instituições voltadas para esse fim.

[57] Título extraído do relatório da mordomia do ano de 1936 (p.240).

Uma das justificativas, quando de sua criação, foi a de que poderia impedir o aborto e o infanticídio, além de garantir o anonimato de quem abandonava as crianças no instrumento. “Era uma prática essencialmente caritativa de zelar pelas crianças pobres, que se materializa no ato de recolher crianças pobres e expostos”, assinala Rizzini (1997, p. 181).

Segundo Nascimento, referindo-se à atuação da Santa Casa de Pernambuco,

> a existência da Roda dos Expostos não significou o fim das práticas infanticidas no Recife e em Olinda. Um dos efeitos pedagógicos pretendidos após a criação do aparato assistencial era tornar o infanticídio uma prática condenável, gerar um sentimento de repulsa, de estranhamento por parte da população urbana, tornando problemático um costume que parecia normal, naturalizado, para questioná-lo, deslocando-o para o campo cultural do dominador, que vai nomeá-lo como bárbaro e incivilizado (2008, p. 126).

A autora ressalta que, sem dúvida, o dispositivo atuou no sentido de diminuir

> a incidência de bebês destinados à morte quase certa, naqueles casos em que os responsáveis não buscavam ajuda, mas procuravam livrar-se de uma evidência, do fruto de um pecado ou de rebentos originados de relações diversas, violentas ou promíscuas, que geravam filhos indesejados (p.127).

O que podemos perceber, a partir de um determinado período, é que o instrumento foi sofrendo uma campanha negativa em torno de sua função. Consequência, talvez, da maior racionalização na forma de enxergar a assistência à criança no final do século XIX. Tal prática acabou, assim, por se tornar inadequada, aos olhos dos médicos, juristas

[58] A Roda era um instrumento cilíndrico oco que, girando em torno de seu próprio eixo e apresentando numa das faces uma abertura que ficava voltada para uma janela, destinava-se a receber o exposto. Colocada a criança no seu interior este era girado em 180° e, desse modo, o enjeitado era recolhido e providenciava-se sua internação. Em São Paulo a Roda foi inaugurada em 1825 e permaneceu no muro da Santa Casa até sua desativação, em 3 de outubro de 1951 (Carvalho, 1996). Em sua pesquisa, Russell-Wood revela que, originalmente, essas “rodas giratórias eram comuns nos conventos; alimentos, remédios e mensagens eram colocadas na repartição do lado de fora da parede. A roda era então girada, transportando os artigos para a parte de dentro, sem que as reclusas vissem o lado de fora, e sem que fossem vistas” (1981, p. 233).

e outros membros das elites; incompatível, portanto, com o que se esperava em termos de assistência à criança abandonada.

Este tipo de pensamento ia de encontro a um dos argumentos que justificaram a criação da Roda, ou seja, o de que o mecanismo servia para salvar a vida das crianças, conforme já sinalizamos. Assim, ao invés de serem abandonadas nas ruas ou calçadas, eram depositadas no instrumento, acabando por ser uma alternativa, por exemplo, ao infanticídio.

A Roda, nesse caso, seria um local seguro e, digamos, adequado para garantir a sobrevivência das crianças. Essa leitura pode ser relacionada ao período no qual o pensamento caritativo se fez presente com um maior peso na sociedade da época aqui recortada. Nesse caso, o uso da Roda, como prática de assistência à criança abandonada, podia ser justificado por meio de argumentos relacionados à piedade e à caridade.

Porém, a partir de final do século XIX e primeiras décadas do XX, as investidas contra a Roda foram feitas por vários setores da sociedade, sobretudo os médicos – muitos deles, inclusive, da própria Santa Casa –, que apontavam ser a Roda uma das responsáveis pela alta taxa de mortalidade infantil na cidade de São Paulo[59].

Argumentos não faltavam. Muitas vezes criticada sob o ponto de vista econômico, já que acabava servindo como amparo à pobreza, à dificuldade de criação e sobrevivência dos filhos, o sistema da Roda era mal visto pelos médicos também por questões de ordem moral, na medida em que incentivava o abandono de filhos ilegítimos.

[59] Para Renato Pinto Venâncio, durante o século XIX, médicos brasileiros foram os grandes responsáveis pela mudança de atitude diante da mortalidade infantil. “Nessa luta, a Casa da Roda constituiu um capítulo dramático. Vários escritos médicos guardam palavras de perplexidade em face da constatação de que o sistema assistencial era uma fábrica de *anjinhos*. Justamente a obra de caridade mais reverenciada, mais imbuída de espírito cristão, era a que pior tratava as crianças” (1999, p. 113).

Estudando as políticas públicas de educação para a criança de tenra idade, na França[60], Nascimento relata que, ao assegurar o anonimato do doador, a "Roda preservava a moral familiar e os bons costumes; o bastardo, o filho do amor ilícito, o perseguido pelo ardor moralizador sobre as relações ilícitas e o concubinato precisaria padecer pela marca dos pecados de seus pais" (2001, p.170).

Na Santa Casa da Bahia, segundo Russell-Wood, houve casos de crianças legítimas deixadas na Roda em função de dificuldades do ponto de vista econômico, por parte da família. "A Misericórdia desempenhava o papel de pai adotivo até que os pais pudessem suportar a carga financeira da criação dos filhos por si próprios" (1981, p. 244). Da mesma forma, Marcílio destaca que grande parcela dos expostos provinha de famílias legítimas. Portanto, segundo ela, "é errônea a idéia adotada por tantos historiadores de que toda criança abandonada era ilegítima. Os dois termos nunca foram, necessariamente, sinônimos" (1998, p. 64).

Autorizada pela Coroa portuguesa, a instalação da primeira Roda no Brasil ocorreu em 1731, em Salvador[61]. Em São Paulo, foi inaugurada em dois de julho de 1825, quase um ano após a criação do Asilo dos Expostos. Segundo Votta,

> numa das janelas do hospital havia um dispositivo a que se denominava *roda*, na qual as crianças tornadas indesejáveis podiam ser abandonadas a qualquer hora, sem que se conhecesse o autor da façanha e sendo a criança logo recolhida pela parte interna da casa (1951, p.36).

Originária, provavelmente, em Roma – como uma prática caritativa em apoio às famílias e crianças pobres – a Roda foi instalada pela

[60] Donzelot revela que na França, de 1826 a 1853, 165 Rodas são fechadas sendo que a "última desaparece em 1860" (1980, p. 30). Nascimento explica que, na França, a Roda era chamada de *Tour*; na Espanha, de *Torno*; na Itália, de *Ruota* e, na Inglaterra, de *Whell* (2001, p. 170).

[61] Marcílio localizou 15 Rodas no Brasil: Salvador, Rio de Janeiro, Recife, São Paulo, Porto Alegre, Rio Grande, Pelotas, Desterro, Campos (RJ), Cuiabá, Vitória, Cachoeira (BA), Olinda, São João Del-Rei e São Luís (1998).

primeira vez em 1203. Marcílio explica que o papa Inocêncio III, ao ficar chocado com o recolhimento de vários bebês afogados no rio Tibre, solicitou ao hospital do Santo Espírito o recebimento de crianças abandonadas e instalou, no muro lateral, uma Roda com um pequeno colchão (1998).

De fato, o objetivo principal da instalação das Rodas era o de salvar a vida das crianças abandonadas. Mas quais crianças? Pelo que podemos observar, não só as das famílias pobres, mas também as que eram frutos de uma relação indesejada.

Lembremos que a família brasileira, como observamos, era marcada pela rigidez moral, pelo patriarcado. A mulher, reclusa à casa, deveria tomar conta da família, ser sua protetora. “Era a mãe quem escondia a gravidez das filhas solteiras”, ressalta Leite (2001, p. 12). A autora, que estudou a problemática dos meninos de rua no Brasil, vai mais além. Para ela, à mulher cabia ignorar as inúmeras traições do marido com as escravas das quais nasciam filhos que, “ilegítimos, não podiam ser registrados porque, se aparecessem publicamente, manchariam a honra da família perante deus e à sociedade. Muitas vezes esses bebês eram friamente entregues à Roda” (p. 12).

O que podemos perceber é que a entrega das crianças na Roda, que perdurou por um bom tempo, começa a ser questionada, tornando-se tal modelo de assistência e recolhimento inadequado e, mais importante, incompatível com o pensamento científico de final do século XIX, que assumia, entre outros objetivos, o de modelar o comportamento e as condutas da população mais pobre da sociedade..

No interior do discurso médico-higienista, a Roda incentivava as relações ilegítimas, sendo que a mortalidade decorrente dessa prática servia como argumento contrário à manutenção da Roda. Esses aspectos, entre outros, =revelavam a necessidade de intervenção. Por isso, muitas vezes, a divulgação de números, mostrando o alto quadro de mortalidade,

servia aos propósitos de alarmar e chamar a atenção para o problema, identificado como um dos mais graves a exigir medidas urgentes.

Oliveira revela que no Rio de Janeiro, entre 1861 e 1874, foram "entregues à Casa dos Expostos, 8.086 crianças, tendo falecido 3.545" (1990, p. 217). Em São Paulo, entre 1849 e 1889, "80% dos expostos batizados na Sé foram deixados na Roda, contra apenas 16% encontrados nas portas das casas, e 4% nas ruas", observou Marcílio no livro *História social da criança abandonada* (1998, p.146). Ela acrescenta que "procurava-se incentivar que as pessoas, ao abandonarem seus filhos, o deixassem na Roda ou pelo menos em locais públicos, onde as crianças fossem facilmente encontradas e salvas" (p.147).

Apesar da existência desse expediente, os abandonos nas ruas, lixeiras ou locais ermos continuavam a ser praticados, mesmo após a instalação da Roda na cidade de São Paulo, em 1825. Em 24 de novembro de 1877, *A Província de S. Paulo* publicava, na seção *Noticiários*, o seguinte relato:

> Engeitado. Ao chegar a sua casa, na noite de 18 do corrente, o sr. Vicente de Miranda, residente na rua dos Guayanazes, encontrou para o lado de dentro do portão um recemnascido que podia ter sido pisado ou victima de um cão, guarda de casa, e que providencialmente estava amarrado.
>
> O sr. Miranda tracta com todo desvello da infeliz creatura. Felizmente são raras na sociedade paulistana as mães desnaturadas que expõe seus filhos aos perigosos azares da sorte (p.2).

Chama a atenção, além da crueza do fato, a elaboração de uma imagem das mães, no caso, as "desnaturadas". São representações que produzem uma certa apreensão em relação ao abandono das crianças. Evidentemente, o discurso do jornalista estava relacionado com outros discursos relativos à criança abandonada, às mulheres, à mortalidade infantil correntes no período.

Fora essa questão, podemos pensar na importância de se divulgar, de forma positiva, a imagem da sociedade em relação, por exemplo, à moralidade e aos bons costumes. Ou seja, era necessário, talvez, mostrar aos leitores que o abandono era uma exceção em meio ao desenvolvimento social e econômico pelo qual passavam a cidade e seus habitantes.

As discussões mais fortes em termos da existência da Roda ganham espaço na transição entre o século XIX e o XX, respaldadas, principalmente, por argumentos de ordem social, moral, médica, econômica. A pressão por parte do movimento higienista, somada a uma legislação que colocava em destaque a questão da criança abandonada e o modo utilizado para seu recolhimento, marcaram esse período no que diz respeito à criança pobre e, no caso, abandonada em São Paulo.

Especificamente em relação à problemática da Roda, podemos pensar que a mesma facilitava o abandono, pois assegurava o anonimato de quem abandonava a criança. Também poderia preservar a moral da família, no caso de um bebê gerado de um amor ilícito, por exemplo. Neste caso, ao entregá-lo no instrumento, a "mancha" estaria fadada ao esquecimento e a família protegida de um escândalo.

Para alguns grupos cujo pensamento ia ao encontro dos ideais filantrópicos, os altos índices de mortalidade dos expostos estavam relacionados ao próprio empobrecimento da nação e aos maus hábitos e costumes da população mais pauperizada. Juntamente a esses aspectos, figurava a necessidade de preservar o corpo e a vida das crianças. Desta forma, justifica-se o surgimento de vários questionamentos em torno do instrumento. Questionamentos que colocavam em destaque o fato de que, ao entregar as crianças na Roda, os médicos não tinham nenhum contato com os pais, não permitindo que soubessem o real estado de saúde da criança, alguma doença pré-existente, ou mesmo alguma doença hereditária.

Sérgio Adorno Abreu e Myriam Castro relatam que, na "ordem do dia, impôs-se a racionalização dos recursos técnicos, materiais e humanos". Eles referem-se às transformações processadas a partir de meados do século XIX, em torno da assistência à criança abandonada. Os autores assinalam que, naquele momento, a Roda já encontrava

> dificuldade em prosseguir sua obra missionária. A elevada mortalidade infantil denunciava a incompatibilidade entre os germes da moral burguesa e a prática do amor "clandestino, criminoso", motivo por que este tipo de assistência vinha se constituindo verdadeiro obstáculo à educação das crianças, a fim de torná-las economicamente úteis e politicamente dóceis (1987, p. 104).

A citação, especialmente quando remete ao "amor clandestino, criminoso", faz lembrar o discurso difundido, por parte dos médicos, em termos de uma política de natalidade por meio da contracepção. Foucault, interrogado sobre o desenvolvimento das práticas contraceptivas no século XVIII, comenta que elas contribuiriam não para evitar que as crianças nascessem, mas para que "pudessem viver, uma vez nascidas" (1979, p.275). A contracepção serviria como uma forma de impedir que mais crianças nascessem. Neste sentido, o objetivo maior era o de preservar a vida das que já tinham nascido, numa estratégia biopolitica, evidenciando uma preocupação com o futuro das crianças.

Especificamente em termos da Roda instalada na Santa Casa de São Paulo, não foi possível fazer um levantamento, ano a ano, das crianças abandonadas. Os relatórios da mordomia não trazem esse tipo de informação de forma clara, impossibilitando tal estatística. Sabemos que a Roda estava instalada em uma parede da Santa Casa e, possivelmente, havia algum funcionário responsável por tomar nota da entrada das crianças, repassando os dados ao mordomo que, ao que tudo indica, deveria fazer constar as informações em seu relatório anual.

Em alguns desses documentos, o número é registrado isoladamente. Como é o caso de 1908, ano em que se encontra o registro de 46

crianças abandonadas na Roda (p.73). Em 1913, a informação dá conta de que, “dos entrados, cahiram na roda 39” (p.107). Em outros anos, os números estão relacionados ao conjunto de crianças, como é o caso de 1907, quando entraram 58 crianças “depositadas na roda ou enviadas pela Polícia e Juizes de Orphans” (RELATÓRIO DA MORDOMIA, p.57).

Apesar de os relatórios registrarem os números de crianças entradas pela via da Roda – mesmo que, às vezes, junto com dados relativos a outras formas de abandono e recolhimento –, notamos que a documentação não traz, ao longo do recorte delimitado, uma discussão mais profunda sobre o instrumento. Isso só vai ocorrer a partir da década de 1930, o que provavelmente tem a ver com a troca do médico e as próprias pressões pelo fim do instrumento, que ecoavam do lado de fora dos muros da Santa Casa.

Em 1927, Dr. Synésio Rangel Pestana, médico do Asilo dos Expostos desde 1910, foi nomeado diretor clínico da Santa Casa. Em seu lugar, assumiu Dr. João Leite de Bastos Júnior, que permaneceu no cargo até 1949, conforme já relatamos.

Na mesma época, ou seja, final da década de 1920[62], observa-se o aparecimento, nos relatórios da mordomia, dos questionamentos sobre a desativação da Roda, coincidindo com a aprovação do Código de Menores de 1927[63] que, entre outros aspectos, determinava, no artigo 15, que “a admissão dos expostos á assistência se fará por consignação directa, excluindo o sistema de Roda” (RELATÓRIO DA MORDOMIA, 1938, p. 264).

A partir daquele momento, podemos encontrar maiores informações sobre a problemática, conforme consta no relatório de 1932. Apontando os

[62] Segundo Carvalho (1996), entre os anos 1920 e 1930, havia três Rodas em funcionamento: no Rio de Janeiro, em Salvador e São Paulo.

[63] Decreto federal n. 17.943-A, de 12 de outubro de 1927, em que o Presidente da República do Brasil, Washington Luis, pautado no artigo 1.º do Decreto Legislativo n.º 5.083, de 01.12.1926, consolidou as leis de assistência e proteção a menores, ficando constituído o 1.º Código de Menores do país.

prós e contras da continuidade da Roda, Dr. Leite de Bastos comentava que a "Roda é, para os nossos dias, um instrumento inadmissível" (RELATÓRIO DA MORDOMIA, 1932, p.285). Em 1934, entre as desvantagens do mecanismo, ele assinalava que o mesmo separava "definitivamente o filho da progenitora" (p.175).

A sugestão encontrada pela mordomia e pelo médico foi a de instalar o Escritório de Admissão. Por ele, o responsável levava a criança a ser abandonada e a entregava a um funcionário da Santa Casa. A vantagem desse sistema sobre o da Roda é que o mesmo permitia que a mãe continuasse a se interessar pelo filho, inclusive a visitá-lo. Para Carvalho,

> o Escritório existiu por pouco tempo e raramente foi mencionado pelos administradores do serviço dos expostos. Em 1934 ele teria sido desativado, voltando a ser mencionado no ano de 1949, quando já se pensava na extinção completa do mecanismo da Roda (1996, p. 46).

O objetivo maior do Escritório, segundo os relatórios da mordomia, era possibilitar à mãe ou ao responsável pela entrega da criança fazê-lo sem receio e constrangimento. No relatório de 1938, escrito pelo mordomo Guilherme Dumont Villares, temos informações de que o Escritório deveria ser instalado junto ao local da Roda e

> ahi por meio de dizeres sobre uma taboleta, ou por quem attendesse ao serviço, seria a mãe aconselhada a fazer a entrega no escriptorio, prestando algumas declarações, ou se preferisse, mantendo absoluto sigilo (p. 259).

Em 1936 encontramos, na documentação, que a Santa Casa acolheu um total de 167 crianças (83 meninos e 84 meninas), sendo que 63 tiveram sua procedência registrada via Roda.

Embora o Código de Menores, como pudemos observar, proibisse expressamente a utilização da Roda, o instrumento permaneceu no muro da Santa Casa até o ano de 1951, apesar de contestada, conforme

podemos perceber pelo relatório do ano de 1943, escrito pelo Dr. Leite de Bastos. Entre outros aspectos, o médico relatava que

> a nossa Roda precisa fechar-se porque viola o decreto Federal n. 16.300 de 31 de dezembro de 1923 que, no Artigo 338 do Regulamento de Hygiene Infantil "prohibe o funccionamento das chamadas rodas de engeitados" e marca, no paragrapho seguinte, o prazo improrrogável de um anno para que as existentes sejam substituídas pelos recolhimentos de expostos (p. 247).

O médico encerrou seus escritos declarando que a "Roda é o agente cego e frio que convida a mãe ao crime, é a sepultura moral do inocente, é o instrumento que rompe definitivamente o elo que une as duas criaturas" (p.249). Podemos perceber que Dr. Leite de Bastos fundamenta seu argumento comparando a Roda a um verdadeiro elemento desagregador da família, já que poderia facilitar o abandono da criança. Da forma enfática com que escreve, reunindo um conjunto de fatores que justificariam sua extinção, é possível depreender que o objetivo era o de não dar chance para se pensar em possibilidades de continuidade do mesmo.

Ainda no relatório de 1943, há um extenso texto no qual se debate o assunto mencionando, inclusive, exemplos de assistência à criança abandonada em outros países, como na França, Alemanha e Uruguai.

Em relação a este último país, nota-se que era tido como exemplar no tratamento e cuidado às crianças. "No minúsculo Uruguai, colado ao Rio Grande, a criança abandonada tem assistência superior a de todos os países civilizados" (p.244). Citava ainda o médico Luis Morquio[64], que foi

[64] O Dr. Luis Morquio nasceu em 1867, foi pioneiro da pediatria no Uruguai e principal autoridade para os aspectos médicos e sociais voltados para a saúde infantil. Em 1895, tornou-se diretor médico do Asilo de Expósitos y Huérfanos, supervisionando, nesta instituição, as taxas de mortalidade infantil. Faleceu em 1935. Cf. BIRN, Anne – Emanuelle. O nexo nacional-internacional na saúde pública: o Uruguai e a circulação das políticas e ideologias de saúde infantil, 1890-1940. *História, ciência, saúde: Manguinhos*. Rio de Janeiro, vol.13, n.3.jul/set. 2006.

diretor do Asilo de Expósitos y Huérfanos de Montevidéu, em 1911, como modelo a ser seguido pois, em sua administração, a Roda foi extinta em Montevidéu. Nessa época Morquio já declarava que:

> Nada justifica hoje a permanência da Roda e estamos persuadidos de que a maioria dos expostos que ali ingressam o fariam igualmente em presença de um ser humano que não seria surdo e mudo como a Roda, mas que bastariam seus olhos para despertar escrúpulos de consciência e deter o delito, a ofensa ao pequeno e débil ser, que em nenhum caso deve permanecer impune (p.246)

De acordo com as informações publicadas na sessão da mesa administrativa do dia 20 de maio de 1947, foram nomeados João Brasiliense Leal da Costa, José Cássio de Macedo Soares e Synésio Rangel Pestana, para estudar a situação da Roda de Expostos e a conveniência de sua extinção.

No relatório de 1949, apresentado ao provedor da Santa Casa em 22 de maio de 1950, há uma informação sobre a questão: por meio da resolução da mesa administrativa, de 05 de outubro, ficou resolvida "a extinção da 'Roda' dos expostos que funcionava no Hospital Central e sua substituição pelo gabinete de admissão" (p.53)

O Escritório de Admissão seria, para os médicos e mordomos da Santa Casa, a solução mais honrosa para o recolhimento das crianças. Por meio dele as crianças poderiam ser entregues diretamente à Instituição substituindo, de uma vez por todas, o sistema da Roda de Expostos e das amas de leite.

Assim, a suspensão do uso da Roda, apesar de tardia, em comparação às outras cidades brasileiras, pode ser vista como uma iniciativa que os administradores e médicos da Santa Casa tomam para tentar minimizar o abandono de crianças na cidade. Destaca-se o fato de que poderiam estar sendo pressionados, uma vez que, ao continuar

recolhendo as crianças pela via da Roda, continuavam descumprindo o Código de 1927.

A necessidade de suspendê-la já era um consenso entre os médicos e administradores da Santa Casa. Porém, sua utilização prolongou-se por muito tempo. Sabemos que o instrumento secular, que começou a funcionar em 1825, em São Paulo, não combinava com o discurso de modernidade propalado para a cidade. Seria por resistência dos costumes? Teria a Roda permanecido por tanto tempo em funcionamento por ausência da ação do Estado no que diz respeito ao infanticídio ou mesmo em função de dificuldades das autoridades em colocar em prática os serviços de assistência?

Uma explicação viável poderia ser a de que, na época aqui tratada, a Roda acabava sendo um dos poucos sistemas de recolhimento na cidade, que possibilitava aos pais da criança manter o anonimato e preservar a vida das crianças que abandonavam. Mas, ainda assim, sua permanência, ultrapassando as primeiras décadas do século XX, ou seja, até 1951, de fato nos faz crer que haveria outros motivos para sua não desativação e que não ficam explicitados nos relatórios.

Uma outra leitura em relação a essa questão pode estar relacionada ao fato de que, até o ano de 1951, a Santa Casa não tinha, de fato, um serviço de assistência adequado para receber a criança abandonada e que não expusesse o autor do abandono. O Escritório de Admissão, criado em 1928, seria uma opção. Porém, foi desativado em 1934, voltando a funcionar somente em 1949, conforme mencionamos. A partir desse momento, a Santa Casa poderia pensar na desativação definitiva da Roda o que, segundo Carvalho, ocorreu no dia 03 de outubro de 1951.

A demora, por parte da Santa Casa, na criação de soluções para minimizar a problemática do abandono na Roda, nos faz pensar também na dificuldade que a Instituição e seus colaboradores sentiam para colocar em prática as concepções higienistas, partilhadas pelos médicos da

instituição. Concepções, aliás, que muitos deles ajudaram a produzir e difundir.

CAPÌTULO 4 – Amas de leite: “mulheres rusticas, embora carinhosas”[65]

> Espero que com uma organização mais efficaz de fiscalização das amas de leite, a mortalidade do ano corrente de 1907 seja bem menos elevada do que a que hoje apresento (RELATÓRIO DA MORDOMIA, 1906, p. 59).

A citação acima oferece indícios sobre o modo como o médico do Asilo dos Expostos, Dr.Queiroz Mattoso, justificava seus intentos de fiscalização, controle e enquadramento das amas de leite.

Para os médicos da Santa Casa, conforme já sinalizamos, a maior causa de óbitos das crianças sob a responsabilidade da Irmandade era sua criação junto às amas e a dificuldade de fiscalização em relação aos seus serviços. Eram dois aspectos que aparecem de forma constante nos relatórios tanto dos médicos quanto dos mordomos. Em seus escritos, os médicos publicavam estatísticas sobre a mortalidade e explicações sobre a mesma, com base nas quais argumentavam que a principal alternativa para o problema era uma fiscalização mais rígida e eficaz sobre o trabalho daquelas mulheres.

Já apontamos esta problemática anteriormente. Entretanto, nosso foco aqui será examinar as diferentes representações produzidas por médicos e mordomos do Asilo dos Expostos sobre as amas, procurando discutir o lugar que foi sendo atribuído a elas no conjunto das causas que, segundo eles, respondiam pelos altos índices de mortalidade infantil. Procuraremos, ainda, analisar as iniciativas, articuladas pelos médicos, com o propósito de normalizar os serviços das amas de leite na cidade de São Paulo.

A emergência de uma série de preocupações em relação aos problemas gerados pelo crescimento da cidade de São Paulo, em fins do século XIX, momento marcado por um conjunto de preocupações em

[65] Trecho extraído do relatório da mordomia de 1930.

relação à infância, colocou a questão do cuidado e proteção à criança abandonada na ordem do dia.

Em meio a esse processo, como vimos, os médicos assumem lugar de destaque na articulação das discussões sobre o espaço urbano e seus problemas incluindo, entre as temáticas sobre as quais se debruçam, uma série de aspectos ligados aos hábitos e costumes da população empobrecida. População que vivia, segundo suas análises, em desacordo com os aspectos mais básicos de urbanidade. Ganham destaque, nessa discussão, as crianças abandonadas e os serviços das amas de leite.

No caso específico das amas, um dos objetivos a serem atingidos era o da modificação de seus hábitos e dos modos de pensar e agir das mesmas, considerados dissonantes[66], pelo menos do ponto de vista dos médicos, em cujos discursos encontramos um conjunto de formulações calcadas no conhecimento científico, as quais justificavam certas desconfianças sobre a maneira como as amas cuidavam das crianças sob sua responsabilidade. As recomendações médicas põem em cena um conjunto de práticas que deveriam ser realizadas pelos profissionais que trabalhavam na Santa Casa, as quais incluíam o exame, a fiscalização e o ensino de regras de higiene para as amas. Práticas que se configuram em um exercício de controle sobre os cuidados dispensados pelas amas às crianças.

Importante destacar que a entrega de crianças às amas de leite não foi uma prática somente das instituições voltadas para a assistência aos expostos e às crianças abandonadas. Segundo Badinter, na França, já no século XIII, as famílias aristocráticas se utilizavam dos serviços das amas.

[66] Yalom revela que em meados do século XVIII começou a "ouvir-se por toda a Europa um violento protesto contra as amas de leite a partir das fileiras de moralistas, filósofos, médicos e cientistas. Falando em nome da Natureza, estes homens começaram a provar que o que era natural no corpo humano era basicamente bom para o organismo político. A saúde física era uma metáfora da saúde do estado, de seios metonimicamente apontados para acarretar os germes da doença ou bem-estar. Neste novo discurso, os seios dividiam-se em duas categorias: o seio 'corrupto' ou 'poluente', associado às amas de leite; e o seio maternal, associado à regeneração familiar e social" (1998, p. 133).

A autora escreve que o "hábito de contratar amas-de-leite para os filhos generalizou-se no século XVIII, quando chegou a ocorrer uma escassez de amas." (1985, p.55).

Ainda sobre a França, Badinter revela que em Paris, por volta de 1780, em cada grupo de 21 mil crianças que nasciam anualmente "(numa população de 800 a 900 mil habitantes), menos de mil são amamentadas pelas mães, mil são amamentadas por uma ama a domicilio. Todas as outras, ou seja, 19 mil, são enviadas para a casa de amas" (p.57).

Já no Brasil, de acordo com Del Priore, deparamos com certa dificuldade para encontrar pesquisas sobre a temática da amamentação em anos anteriores ao Império, principalmente pela falta de documentação. Para ela, no período colonial, "é o silêncio que marca a maioria das fontes sobre o assunto" (1995, p. 244). É o caso do regimento das Missões de 1686. De acordo com o documento pesquisado pela autora, "na época das colheitas, era solicitado a ajuda de índias, chamadas de 'farinheiras', para criarem os filhos dos colonos" (p.244).

No período setecentista, relatos descrevem que as escravas eram usadas como "mães de leite" para os filhos de seus proprietários, como pode ser observado nesta passagem de Freyre: "É igualmente de supor que muita mãe negra, ama-de-leite, tenha sido contaminada pelo menino de peito, alastrando também por esse meio, da casa-grande à senzala, a mancha da sífilis" (1963, p.361).

Miriam Moreira Leite chama atenção para o fato de que as amas escravas conquistavam, no interior das casas grandes, uma "posição de destaque, eram muito bem alimentadas e bem vestidas e ganhavam uma ascendência comentada e lamentada sobre todos os habitantes da casa – senhores e escravos" (1991, p.109).

Da mesma forma, de acordo com Merisse, os "filhos legítimos eram amamentados e cuidados por escravas, o que dispensava as senhoras dos trabalhos de maternagem" (1997, p.27). Segundo o autor, era uma

“prática usual retirar o recém-nascido da escrava, dando-lhes os mais variados destinos – inclusive o abandono” (p.27). Com isso, a escrava poderia ser utilizada ou alugada como ama de leite e seu trabalho não seria prejudicado, uma vez que não “perderia” seu tempo cuidando do seu próprio filho.

A partir de meados do século XIX, verifica-se a variedade de informações e de discursos em torno da amamentação, em meio a um movimento mais amplo no âmbito do qual o amor materno foi sendo construído como prática disciplinadora da mulher, constituindo-se o aleitamento em um gesto de mãe. O que, evidentemente, não se dá sem problemas de variadas ordens.

Segundo Flandrin (1995), cada sociedade adotou a sua solução para a questão da incompatibilidade das funções de esposa e mãe: algumas obrigavam o homem a praticar o coito interrompido ou outros processos de contracepção durante todo o aleitamento; “muitas proibiam ao homem qualquer relação com a mulher até o desmame, mas autorizavam – ou até organizavam – as suas relações carnais com outras mulheres” (p. 216).

Desta forma, o que podemos observar é que as concepções de casamento, de maternidade, de cuidados durante a gestação dos filhos, e de cuidados com os recém-nascidos, por exemplo, faziam parte de uma série de discursos divulgados à sociedade no sentido de persuadir as mulheres a amamentar, principalmente a partir de finais do século XVIII.

Os discursos médicos e higienistas articulavam-se, nesse período, no sentido de convencer as mães de que a amamentação era uma prática natural, cabendo às mulheres-mães a obrigação de amamentar e criar seus filhos. A medicina teve um papel fundamental nessa construção, afirmando que a mulher-mãe estaria apta a não só produzir o leite de boa qualidade como em quantidade suficiente.

Para Del Priore, ao amamentar, a mulher podia sair de seu papel passivo “que se lhe impunha fora da gestação; ela modelava a criança à

sua imagem e semelhança, e a intimidade nascida do aleitamento forjava laços entre ela e seu rebanho" (1995, p. 243).

O leite materno, além de ser uma substância produzida pelo corpo é um alimento, destaca Gilza Sandre-Pereira, em artigo intitulado *Amamentação e sexualidade* (2003). A autora ressalta que por ter esse aspecto duplo, o leite ganha um significado "peculiar em relação a outras substâncias corporais (especialmente o sangue e o esperma) nas representações do corpo" (p. 472). Para ela, a relação entre tais substâncias, no caso o sangue, o esperma e o leite, está contida na base das explicações simbólicas sobre a procriação, na mesma medida em que engendra relações "de parentesco, orienta as relações homem-mulher e forma o substrato de representações culturais diversas sobre a própria constituição da pessoa e sua identidade social" (p. 472).

Neste sentido, cabia à mulher o papel de cuidar do recém-nascido de forma que a criança, ao ser amamentada, também estivesse sendo modelada, à sua maneira. Daí a necessidade de educar as mães divulgando um conjunto de preceitos e práticas de cuidados em relação às crianças, em especial à alimentação.

Quando se toma a realidade da Santa Casa de São Paulo, há que salientar que, segundo informações levantadas por Carvalho, as primeiras amas de leite foram contratadas por meio de pedido da Santa Casa ao presidente da província, no início do século XIX, "que, por sua vez, ordenava aos comandantes das freguesias que localizassem mulheres capazes de exercer a função" (1996, p.154). A mesma autora acrescenta que, na época,

> as alistadas deveriam ser solteiras, uma vez que as casadas teriam mais dificuldade em deixar sua família para se empregar em local tão afastado de sua moradia, pois naquele momento foi predominante a contratação de amas para trabalhar no próprio prédio da instituição e não para criar o exposto em sua casa, como aconteceria posteriormente (1996, p. 155).

De acordo com Mesgravis, esse processo de contratação se iniciou imediatamente após a instalação da Roda dos Expostos, por volta de 1825, quando o provedor da Santa Casa – e presidente da província –, Dr. Lucas Antonio Monteiro de Barros, "enviou cartas aos capitães das diversas freguesias pedindo listas de possíveis amas" (1976, p.183). Para a autora, é possível perceber também, desde essa época de início do século XIX, a relação de proximidade entre a Santa Casa e o Estado quanto à contratação das amas[67]. Como já discutimos, tal relação não ficava restrita somente aos serviços das amas.

Podemos observar que, historicamente, hospitais e confrarias acabaram por se tornar responsáveis pelos cuidados não só dos enfermos, mas também das crianças abandonadas e outras pessoas necessitadas de ajuda, conforme sinalizamos ao tratar da transferência do Asilo dos Expostos para o Pacaembu.

Com base no regimento para a Casa dos Expostos da Imperial cidade de São Paulo, de 1827, Carvalho explica que a Santa Casa dava preferência às amas que tivessem "qualidade de inteligência, e prudência e saber ler e escrever" (1996, p.156). Analisando o mesmo documento, a autora chama a atenção para o capítulo 4.º, artigo 2.º, o qual diz que a escolha das amas deveria estar "pautada no 'caráter' e na saúde da candidata. Para verificar se gozavam de boa saúde essas mulheres passariam por exame que era feito por médico da Misericórdia" (1996, p.154). De acordo com a autora, a zona de Santo Amaro, "onde viviam muitas índias", era a freguesia que mais amas fornecia à Santa Casa (p.183).

[67] De acordo com Russell-Wood, na Bahia por volta dos séculos XVI e XVII, havia uma divisão de responsabilidade entre a Câmara municipal e a Misericórdia. Ambas as instituições adotavam o sistema de colocar os enjeitados em casas particulares, conhecido como "colocação familiar". "Pagava-se a uma ama de leite durante três anos para fornecer leite, alimentação e vestuário. O alcance e a eficácia da obra de caridade da Câmara e da Misericórdia, respectivamente, ilustram plenamente o papel semiburocrático adotado pela irmandade" (1981, p. 235).

Percebe-se que, já no início do século XIX, havia a escolha de mulheres que moravam em regiões mais distantes do centro da cidade para trabalhar como amas. É um aspecto importante a ser destacado, pois tal prática pode ser notada ao longo do recorte delimitado para essa pesquisa. Neste sentido, as amas que moravam em bairros mais afastados em relação ao centro da cidade, como Santo Amaro, Embu e Itapecerica da Serra, eram as mais recrutadas.

É interessante notar o que diz Maria Odila Dias em relação às mulheres pobres, no interior do processo de urbanização da cidade de São Paulo, em meados do século XIX. Discorrendo sobre os diversos aspectos presentes na cidade, intrínsecos ao seu próprio crescimento, a autora destaca que "mulheres pobres, sós, chefes de família, viviam precariamente de trabalho temporário, antes como autônomas do que como assalariadas" (1984, p. 8). Ela destaca que

> o seu espaço social era o da desordem e confusão reinante entre as esferas pública e particular, necessário ao sistema de poder escravista, e que tanta repercussão teve no processo de construção do Estado, simultâneo ao de urbanização da cidade. O mesmo processo de inchação da pobreza, que os gerou, acabou finalmente por expulsá-las de seu espaço improvisado, nos bairros centrais da cidade, bem nos limites das virtualidades burguesas, entre a casa de ópera e as lojas comerciais. Expulsaram-nas o aburguesamento da vila, os melhoramentos urbanos, iluminação, alinhamento das casas, o encarecimento dos impostos municipais e, finalmente, as estradas de ferro (p. 9).

Alguns elementos presentes na citação podem nos ajudar a compreender esse processo de recrutamento das amas pela Santa Casa. Neste caso, podemos supor que as amas eram também atingidas pelas problemáticas levantadas pela autora, resultando em um afastamento da região central da cidade em busca dos locais mais periféricos. Esse parece ter sido o processo de constituição do novo ordenamento da cidade, que relegou às camadas mais pauperizadas – no caso podemos incluir as amas – os trabalhos informais, a falta de direitos civis, as

moradias em regiões mais afastadas, a dificuldade de acesso aos serviços mais básicos de infraestrutura.

Mesgravis chama a atenção para alguns aspectos interessantes em relação às mulheres que viviam na província de São Paulo. Segundo ela, devemos notar que era um local de passagem de tropeiros, forasteiros, bandeirantes que, volta e meia, estavam em trânsito rumo a Minas Gerais, Mato Grosso, Goiás. Assim, muitas mulheres "quando não conseguiam manter-se mediante a prática de pequeno comércio de 'quitandas', só encontravam meios de subsistência na prostituição" (1976, p. 104).

Carvalho comenta que a busca de amas residentes em regiões vizinhas e, mais especificamente, em regiões rurais,

> foi bastante frequente entre os hospitais que acolheram enjeitados e também entre famílias que entregavam seus filhos para criar junto a criadeiras. Essa prática parece ter se dado basicamente porque as amas residentes em regiões mais distantes eram menos dispendiosas para seu contratante (1996, p. 159).

Nos relatórios da mordomia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, Itapecerica e Santo Amaro figuram como as duas localidades mais frequentemente citadas quando se trata da discussão sobre as amas.

Na documentação relativa ao ano de 1907, o médico do Asilo, Dr. Francisco de Queiroz Mattoso, chamando a atenção para a mortalidade das crianças sob responsabilidade das amas, dizia que

> o número de creanças fallecidas sem assistência medica não foi pequeno e essa falta duplica por se darem taes fallecimentos entre as creanças entregues ás amas de Santo Amaro e Itapecerica, onde a fiscalização até agora não tem podido ser tão rigorosa como convém (p.64).

Para os médicos da Santa Casa, a causa maior de óbitos das crianças sob a responsabilidade da Irmandade era sua criação junto às amas. A abordagem dessa temática põe em cena um conjunto de representações sobre as amas, calcadas em imagens de degradação,

penúria e ignorância, fundamentando a posição de que a principal alternativa para combater tal problema seria uma fiscalização mais rígida e eficaz sobre elas.

A tônica da escrita tanto dos médicos quanto dos mordomos do Asilo é a de um constante processo de culpabilização das amas, seja pelas doenças que acometiam as crianças, seja pela própria morte. Podemos observar que as representações produzidas por esses profissionais colocam a figura das amas como pessoas teimosas, ignorantes, que faziam uso de práticas populares no trato e tentativa de cura das doenças que acometiam as crianças.

No relatório do ano de 1908, Dr Queiroz Mattoso frisava que as 10 crianças falecidas sem assistência médica, achavam-se "entre as que eram entregues às amas de Santo Amaro e Itapecerica, que pela distancia nem sempre conduzem as creanças ás consultas apezar das insistentes determinações a respeito" (p.72).

A problemática do local de moradia das amas continuava no relatório de 1910, quando o médico do Asilo, Synésio Rangel Pestana, escrevia que, para baixar a mortalidade das crianças sob responsabilidade da Santa Casa, a medida que se "impõe desde já, será no sentido de não entregarem a amas residentes fora da capital as creanças que de agora em deante ficarem sob protecção desse Mordomo" (p.103).

Investidos da autoridade que lhes conferia a Santa Casa, os médicos analisam o problema da mortalidade das crianças sob a responsabilidade da Instituição. Entre as causas identificadas, atribuem uma grande parte da responsabilidade pela morte das crianças às amas que moravam em locais afastados do centro, representadas nos relatórios como "rurais", "mercenárias", "pessoas incultas e paupérrimas", "pobres", "nutrizes mercenárias", "mulheres analphabetas e incapazes", "bondosas mas incultas", "caboclas", "sertanejas", "fazedoras de anjos", "ignorantes e ingênuas" e "mulheres dedicadas, porém rústicas, sem preparo e sem recursos".

Tal recurso de linguagem, que traz implícito uma série de representações negativas em relação às amas servia, provavelmente, como um dos principais motivos para os escritos de médicos e mordomos. São inúmeros os casos em que eles acusam as amas ditas "rurais" de fazerem uso de costumes e hábitos populares no tratamento das crianças doentes, utilizando-se para isso de remédios caseiros. Ou mesmo de recorrerem a curandeiros que moravam nas redondezas de suas casas, o que evidencia as lutas de representação entre um saber que buscava se legitimar e saberes instituídos sobre as crianças pequenas e os cuidados que exigiam.

O que se observa é que a problemática assumia uma dimensão maior, que dizia respeito à localização das casas das amas em regiões mais afastadas do centro da cidade, podendo ser associada a um afastamento da vigilância médica, assim como a uma aproximação de outras práticas de cuidado com a saúde, vistas pelos médicos como curandeirismo, por exemplo.

Assim, pobreza, vícios, doenças, péssima alimentação, insalubridade, falta de asseio, rusticidade, ingenuidade, incultura, entre outros, foram alguns dos elementos que compuseram as representações produzidas pelos médicos sobre a figura das amas; representações essas que englobavam os mais distintos aspectos de sua vida, dentre eles, o lugar da cidade onde viviam. São representações alicerçadas sobre estigmas contra as classes mais empobrecidas, numa redução a aspectos negativos sobre o modo de vida das amas e dos bairros em que moravam, pois ambos estavam afastados dos padrões socialmente desejáveis pelos médicos e outros setores dominantes[67].

Em 1911, o médico Synésio Rangel Pestana, em relatório apresentado ao mordomo dos expostos, Sampaio Vianna, atribuía os altos índices de mortalidade das crianças ao fato de as amas morarem

[67] Sobre essa contradição entre a vida rural e urbana, cf. FREITAS, M. C. de. *Alunos rústicos, arcaicos e primitivos: o pensamento social no campo da educação*. São Paulo: Ed. Cortez, 2005

afastadas do centro da cidade e buscarem auxílio de pessoas "desqualificadas", segundo seu ponto de vista.

Comentando sobre os 17 casos de mortes das crianças, ele declarava que houve, no ano,

> 20 fallecimentos de creanças creadas por amas de fora da capital, tendo sido tratadas com remédios caseiros ou por curandeiros e que obtiveram attestados de óbito de pessoas idoneas do logar, o que equivale a dizer que falleceram sem assistência medica (p.102).

A declaração do médico permite observar que a responsabilidade pela alta mortalidade era justificada pela forma de tratamento utilizada pelas amas "rurais" que, segundo ele, não era adequado. Pelo que dá a entender, os remédios não tinham valor científico, não servindo para tal tratamento.

Nos escritos do médico, nota-se a tentativa de mostrar que a prática popular de cuidado das crianças pelas amas não vinha dando resultados. Nesse sentido, apontava que essa prática era nociva à criança a ponto de poder levá-la à morte. Além disso, frisava também o fato de o atestado de óbito ter sido assinado por pessoas do próprio local, portanto, sem competência médica para tanto. O médico, por sua vez, parecia esquecer o fato de que as amas, por morarem afastadas do centro da cidade, também estavam privadas de um sistema de transporte adequado e rápido que as conduzissem até a Santa Casa ou ao seu departamento no momento necessário, ou seja, quando as crianças estivessem doentes.

Lembremos que o investimento na vida tornou-se um aspecto primordial no final do século XIX e primeiras décadas do XX pois, além da necessidade de manter a sobrevivência da criança até a idade adulta, era fundamental, ainda, assegurar que ela se tornasse útil. Conforme já analisamos, tratava-se de uma estratégia biopolítica, nos termos de Foucault (1999), que tinha, entre seus objetivos, a "assunção da vida pelo

poder" com a intenção de "fazer viver". Daí a preocupação com a preservação do corpo dessa criança no sentido de prolongar sua vida.

Podemos perceber, pela citação, a representação produzida pela escrita do médico em relação às amas e aos curandeiros que elas supostamente procuravam para cuidar das crianças doentes, reafirmando um discurso da medicina que intentava desqualificar outras práticas identificadas, pelos médicos, como fruto de superstição, da ignorância das amas e daqueles a quem elas recorriam nos casos de doença das crianças sob sua responsabilidade.

Tais argumentos são constantes nos relatórios. Em 1913, o mesmo discurso é registrado pelo Dr. Synésio Rangel Pestana, ao relatar a problemática da mortalidade infantil:

> Dos 27 restantes, fallecidos em Itapecerica e nos arredores de Santo Amaro somente 3 tiveram o óbito attestado por um profissional que clinica na Villa de Santo Amaro; as 24 restantes falleceram sem assistência medica e os respectivos attestados, como sempre, foram passados por pessoas idôneas do logar, na falta de medico alli residente.
> O tratamento foi feito por curandeiros, feiticeiros ou espíritas com remédios caseiros, allopatas ou homeopathas e quiçá com passes e em que tanto crêem as almas simples dos habitantes das redondesas desta capital (RELATÓRIO DA MORDOMIA, p. 109).

Suas declarações deixam explícitas as disputas entre o saber médico e outros saberes, bem como os investimentos no sentido de tornar legítimas as intervenções médicas. A questão não estava posta só no tratamento da doença, mas no reconhecimento da morte e das suas causas. Na concepção dos médicos, as amas estavam se valendo de um conhecimento popular, não fundamentado em bases científicas, ao procurarem pessoas que, segundo eles, não tinham formação médica, como os "feiticeiros", "curandeiros", "bruxos", "espíritas".

Ainda a partir de suas palavras, podemos pensar numa concepção de medicina que procura se impor como a única verdade, sendo o médico

o único capaz de produzir e disseminar um conhecimento especializado no tratamento das doenças e na própria educação das mulheres e, no caso, das amas.

O poder exercido por esses "curandeiros" deixava transparecer a permanência de valores que os médicos tentavam apagar. Esses homens e mulheres, cujas práticas de tratamento eram consideradas ilegais, acabaram se tornando alvo dos discursos médicos que procuravam deslegitimar, em seus escritos e falas, seus procedimentos de cura, como os benzimentos, os chás, entre outros.

Podemos verificar que a grande parcela da população originária de Santo Amaro e Itapecerica, por exemplo, era descendente de índios ou miscigenados. Pelo menos é o que destaca Bruno em seu livro *Histórias e tradições da cidade de São Paulo.* De acordo com ele,

> o fato é que o indígena, diretamente ou através do mameluco e depois mais diluído no caipira, deixaria marcas bastante visíveis em São Paulo ainda no século passado. O caboclo genuíno, da Freguesia do Ó ou de Conceição dos Guarulhos, participava da existência da cidade – já um tanto cosmopolita – trazendo gêneros de sua roça ou produtos de sua indústria primitiva para vender no mercado paulistano. O mesmo podendo-se dizer da de Santo Amaro e Itapecerica que ainda na segunda metade dos oitocentos – segundo Almeida Nogueira e Valentim Magalhães – faziam suas feiras semanais de madeira no Bexiga, onde se alinhavam dezenas de carros de bois (1954, p. 49).

O autor comenta, baseado nos estudos de Tolstoi de Paula Ferreira[68], que outra participação do caboclo na cidade se fazia "através do sistema das amas ou criadeiras, 'mulheres de origem modesta, residindo nas vilas pobres dos arredores da capital', que recebiam da Santa Casa criança para criar" (p.49).

Importa compreender, neste momento, como essas questões compõem as representações que se produzem dessa parcela da

[68] "Subsídios para a história da assistência social em São Paulo". Revista do Arquivo Municipal, LXVII, p.22.

população. Segundo Schwarcz, autores como Nina Rodrigues – que no final do século XIX compunham classificações hierárquicas dos diversos povos – consideravam a mestiçagem da população com certo receio, já que

> o aumento de raças antropologicamente diferentes resultou em um produto mal equilibrado e de frágil resistência física e moral, não adequado ao clima do Brasil nem às condições de luta social das raças superiores (RODRIGUES apud SCHWARCZ, 1987, p. 222).

A introdução dessas idéias, no Brasil, dá-se por volta das primeiras décadas do século XX, período de grandes transformações no cenário nacional com a emergente industrialização e urbanização, além da chegada de um significativo contingente de imigrantes. Momento de reformas sociais, muitas ligadas à educação e saúde e de uma certa mobilização por parte das elites, que se pautavam nas teorias científicas européias relacionadas ao clima, à posição geográfica e à própria raça como fatores determinantes para a evolução de um país.

Eram teorias que fundamentavam a crença de que a miscigenação seria uma das causas do atraso econômico e social das nações. Vale destacar que as idéias eugênicas ganham força pela própria realidade racial do país.

No interior desse contexto, a eugenia[69] acabou por ter uma grande aceitação no Brasil, pois parcelas dos grupos dominantes acreditavam que tanto os pobres quanto os miscigenados eram fracos, doentes e incapazes

[69] Viviani explica que o termo eugenia "significando 'boa geração' foi criado por Francis Galton (1822-1911), quem inicialmente considerou as teses eugênicas, presentes na cultura de vários povos da humanidade e, em vários períodos históricos, sob forma científica" (2003, p.35). A autora destaca ainda que o movimento eugênico cresceu nos Estados Unidos e em outros países, "apostando no princípio de transmissão exclusiva ou preponderantemente hereditária de um grande número de características, como a inteligência, a debilidade mental, a genialidade, o gosto pelas artes e outras. E estas particularidades poderiam determinar certos comportamentos indesejáveis como a criminalidade, imoralidade, indigência e o fracasso social" (p. 41). Para Nascimento, a eugenia teve sua "época áurea entre as duas guerras revelando alguns aspectos inquietantes da medicalização da sociedade" (2001, p. 217).

devido, principalmente, à hereditariedade, numa clara apropriação das idéias eugenistas. Não à toa a Sociedade Eugênica de São Paulo[70] reuniu, segundo Viviani (2003), "muitos médicos da capital e do interior, e obteve apoio de inúmeros representantes do meio científico" (p.53).

Em *O espetáculo das raças*, Schwarcz (1983) salienta que, em meio a um

> contexto caracterizado pelo enfraquecimento e final da escravidão, e pela realização de um novo projeto político para o país, as teorias raciais se apresentavam enquanto modelo teórico visível na justificação do complicado jogo de interesses que se montava (p. 18).

Segundo a autora, para além dos problemas mais "prementes relativos à substituição da mão-de-obra ou mesmo à conservação de uma hierarquia social bastante rígida, parecia ser preciso estabelecer critérios diferenciados de cidadania" (p.18).

Para Marques, a eugenia vinha qualificar a higiene como "impositora de normas para regular a vida social das populações urbanas, ampliando consideravelmente seu campo de atuação" (1994, p. 27). Isso porque, explica a autora em sua obra *A medicalização da raça: médicos, educadores e discursos eugênico,* a eugenia se utilizaria de todos os dispositivos já experimentados pela higiene, "desde a ordenação do meio ambiente até os padrões de habitação das diferentes classes sociais, atingindo finalmente o que ainda restaria disciplinar: a espécie" (p.27).

Podemos refletir um pouco mais sobre a questão do racismo por meio dos estudos de Foucault. Em seu livro *Em defesa da sociedade*, ele faz uma abordagem sobre o racismo, destacando como o biopoder está relacionado a essa questão. Para o autor, conceitos como o de poder

[70] A Sociedade foi criada em 1918. Entretanto, segundo Viviani, as "idéias eugênicas aparecem no país ainda no final do século XIX. O primeiro brasileiro a pronunciar-se sobre o assunto foi o professor Souza Lima, que em 1897 pediu apoio à Academia Nacional de Medicina para uma lei que tornaria obrigatório o exame pré-nupcial e proibido o casamento entre pessoas com certas doenças, como sífilis e tuberculose" (2004, p. 52).

soberano e de biopoder serviram, durante muito tempo, para justificar uma determinada posição frente a um indivíduo ou a uma população implicando, muitas vezes, em vida ou morte. De acordo com ele, o racismo surge como elemento aglutinador que permitiu a esses dois conceitos representarem de uma só vez o mesmo objetivo.

Ressalta-se que Foucault não trata a questão do racismo na sua concepção tradicional, ou seja, um sentimento que gera ódio de uns sobre os outros, mas sim como uma justificativa científica que permite o poder de uns sobre os outros, geralmente sobre os mais fracos. Ainda segundo Foucault, foi o biopoder que inseriu o racismo nos mecanismos de Estado, como elemento fundamental do poder. Ele destaca que

> no contínuo biológico da espécie humana, o aparecimento das raças, a distinção das raças, a hierarquia das raças, a qualificação de certas raças como boas e de outras, ao contrário, como inferiores, tudo isso vai ser uma maneira de fragmentar esse campo do biológico de que o poder se incumbiu; uma maneira de defasar, no interior da população, uns grupos em relação aos outros (1999, p.304).

Portanto, podemos pensar o racismo como elemento essencial para o estabelecimento da biopolitica. No caso, servindo para refletir sobre questões ligadas às diferenças de classes sociais, sobre as relações estabelecidas e colocadas em prática a partir de um determinado grupo dominante sobre outro, legitimando ações de poder e de subjugação.

Em termos de Brasil, não podemos deixar de lembrar que nas primeiras décadas do século XX temos toda uma representação do caboclo preguiçoso, indolente, caracterizado no personagem Jeca Tatu[71], de Monteiro Lobato, que – por sua origem mestiça – acabou por criar uma

[71] De acordo com Margareth Brandini Park, a personagem em questão, o Jeca, nasce da pena de Lobato em comunhão ao que ocorre no país, em termos de medicina social, medicina sanitária, trabalhos de saneamento básico e urbanização. Tratam-se de idéias de Progresso e Civilização que marcam as décadas iniciais do século XX no Brasil" (1999, p. 121).

certa relação com o caipira, conforme podemos observar a seguir quando diz que o "funesto parasita da terra é o CABOCLO",

> espécie de homem baldio, semi-nomade, inadaptável á civilização, mas que vive á beira dela na penumbra das zonas fronteiriças. Á medida que o progresso vem chegando com a via férrea, o italiano, o arado, a valorização da propriedade, vai ele refugindo em silencio, com o seu cachorro, o seu pilão, a picapau e o isqueiro, de modo a sempre conservar-se fronteiriço, mudo e sorna (LOBATO, 1962, p. 271).

Podemos perceber que a caracterização do "caipira" resultava em um estigma muitas vezes atribuído aos trabalhadores rurais, que viviam em regiões afastadas do centro da cidade e, portanto, longe da "civilização" e do progresso, elementos que serviam para desqualificá-lo socialmente.

Discorrendo sobre os discursos higienistas e educacionais divulgados nas primeiras décadas do século XX, mais precisamente a partir dos anos de 1920 no Brasil, Marta Carvalho diz que na campanha educacional, saúde, moral e trabalho eram componentes de um trinômio sobre o qual se deveria "assentar a 'educação do povo'" (2006, p. 306). Ela continua destacando que esse trinômio servia para montar uma espécie de "jogo de espelhos: hábitos saudáveis moralizam; uma vida virtuosa é saudável; moralidade e saúde são condições e decorrência de hábitos de trabalho; uma vida laboriosa é uma vida essencialmente moral e saudável etc" (p.306).

Ainda de acordo com a autora, sinônimo de vitalidade, o trabalho "metódico, adequado, remunerador e salutar era, nesse jogo de espelhos, o antídoto para os males do país, condensados em representações das populações brasileiras como indolentes e doentias" (p.306). Por fim, ela acrescenta que "regenar as populações brasileiras, por meio da higiene e da educação, era a solução que descobriam como alternativa aos impasses postos pelos determinismos raciais" (p.306).

Desta forma, podemos fazer uma aproximação com os discursos dos médicos do Asilo sobre os modos de vida e o local de moradia das amas. O conjunto de seus discursos dão a ler um esforço no sentido de chamar a atenção para o fato de que, por meio da educação e das regras de higiene, eles poderiam modificar os hábitos e costumes das amas que viviam em condições precárias, operando antigas práticas de cuidados das crianças. Práticas, muitas delas, costumeiras e arraigadas e, por isso, identificadas como sendo próprias de padrões de comportamentos indesejáveis pela verdade higiênica.

Em seu livro *Sertão e bairro rural*, Lia Fukui analisa o bairro das Laranjeiras, no município de Itapecerica da Serra[72]. Como assinala a autora, Itapecerica está localizada a 22 km da capital, tendo sua origem "ligada a um aldeamento indígena surgido no século XVI" (1979, p.102). Para ela, sempre foi uma "área pobre. Ficou à margem dos ciclos econômicos internos que caracterizaram a economia paulista nos séculos XVII, XVIII, XIX" (p.102). Conforme suas palavras, antes de 1940, a região se pautou pelo "crescimento limitado da população, pela agricultura voltada exclusivamente para o abastecimento, pela falta de vias de comunicação rápida com centros comerciais" (p.114).

Em relação a Santo Amaro, de acordo com Ponciano, sua origem também está ligada a aldeias indígenas (2003, p.189). Ele acrescenta que Santo Amaro, como outras vilas da cidade de São Paulo, passou décadas no esquecimento "até que em 1609 se formou a sociedade para a Fábrica de Ferro de Jeribatiba", referindo-se a um dos antigos nomes do bairro[73].

[72] De acordo com Marcílio, as origens de Itapecerica "remontam o século XVII, pertenceu também aos jesuítas, seus fundadores. Esta aldeia seguiu a sorte de outras: os índios desapareceram, ou então, subsistiram em muito pequeno número. Itapecerica reaparece no século XIX" (1973, p. 46).

[73] Segundo Ponciano o bairro, antes de ser chamado de Santo Amaro, recebeu, ao longo dos séculos, os seguintes nomes: Virapuera, Jeribatiba, Ibirapuera e Santo Amaro de Virapuera (2003, p. 190). Marcílio revela que "João Paes e sua esposa Suzana Rodrigues, portugueses, construíram uma capela, no início do século XVII, no local de uma antiga aldeia de índios desaparecida – Ibirapuera. A capela atraiu imediatamente alguns habitantes. Pelo fim do século XVII, mais precisamente em 14 de janeiro de 1680, Santo Amaro foi elevada à categoria de paróquia, o que significa com toda segurança que

A partir do início do século XIX recebeu colonos alemães que se dedicavam à agricultura. Em termos de desenvolvimento da região, somente em "1866 começou a funcionar a Estrada Carris de Ferro, ligando São Paulo a Santo Amaro" (p.191).

A dificuldade de acesso a Santo Amaro, tão destacada pelos médicos e mordomos da Santa Casa em seus relatórios, continuava por volta da segunda década do século XX. A problemática pode ser observada por meio das informações constantes no Anuário de Ensino do Estado de São Paulo de 1918. Discorrendo sobre a distância a ser percorrida pelos professores e diretor, que saem do centro da cidade de São Paulo para trabalhar nas escolas do bairro, o diretor de instrução pública, Oscar Thompson, relata que

> os professores residem no centro da cidade; vão as zonas em que funccionam as escolas, ás pressas, preoccupados com o horário do bonde ou da estrada de ferro [...]. Em Santo Amaro, distante desta Capital 45 minutos, director e professores do Grupo lá não residem; professores de escolas districtaes, cujas sédes distam 2 e mais léguas da cidade moram também na Capital, donde partem e para onde regressam todos os dias. Resultado: em Santo Amaro não há alumnos para a manutenção do grupo e das escolas isoladas e isto também se verifica, com raras excepções, em toda a extensão da linha Inglesa e em muitas estações das nossas estradas de ferro. Urge, pois, obrigar o professor a morar na sede da escola, a fim de que melhor conheça os seus alumnos, adquira a confiança dos paes e possa realizar a sua alta missão de educador e não de mero instructor (p. 28).

A origem desses dois bairros, as características de seu povoamento em termos sociais e econômicos, nos ajudam a dimensionar as condições precárias de vida da população que morava nessas regiões. As amas faziam parte dessa camada empobrecida e, durante um determinado período de suas vidas, também as crianças sob sua responsabilidade.

---

ela agrupava uma população de alguma importância. Em 1832, Santo Amaro constituiu-se em vila desligada de São Paulo" (1973, p. 47).

Desta forma, a contratação das amas moradoras de regiões periféricas e de difícil acesso para os médicos, conferem um sentido de desqualificação daquelas mulheres, que passa por vários aspectos, que incluem desde questões raciais à precariedade dos locais em que viviam. Eram representações calcadas em imagens de degradação dos locais de moradia das amas, afastados do centro da cidade, inacessíveis, povoados de ignorância e supertições, onde a mortalidade infantil campeava. Tal desvalorização, conforme estamos observando, partia tanto dos médicos quanto dos mordomos ao se referirem aos serviços das amas e às taxas de mortalidade infantil. Vejamos o que diz o médico Synésio Rangel Pestana, em 1911, que mantém a mesma tônica dos discursos encontrados nos relatórios dos anos anteriores.

> O factor que mais tem prejudicado o serviço de aleitamento dessas creanças residentes fora da cidade é, sem duvida alguma, as distancias que existem entre as moradias das amas, que sem exaggero algum podem ser calculadas em algumas dezenas de léguas. Ora, fiscalizar-se de 35 a 40 amas residentes em sítios diversos, numa área tão elevada, levando-se também em conta não só a defficiencia de transporte como também as sorprezas que trazem, na maioria das vezes, as enfermidades proprias da infancia, é quasi impossível (p. 104).

"Dezenas de léguas", "defficiencia de transporte", "fiscalizar-se 35 a 40 amas de sítios diversos" são elementos que possibilitam pensar nas fragilidades e deficiências do próprio serviço de fiscalização. Porém, mesmo com toda essa problemática, essa prática se manteve, pelo menos até 1936.

Em 1920, 21 crianças morreram em Itapecerica e 1 em Baruery, declarava o médico. No ano seguinte, "sem assistência medica falleceram 28 em Itapecerica e 1 em Baruery" (p.132). Alarmado quanto ao aumento da mortalidade no período, Dr. Synésio Rangel Pestana atribuía o crescimento dos índices a uma epidemia de sarampo que "grassou em Itapecerica e Santo Amaro, principalmente à ignorância das regras de

hygiene alimentar por parte das amas" (RELATÓRIO DA MORDOMIA, 1922, p.89).

Nota-se que, neste momento, outros dois fatores se agregam às causas da mortalidade das crianças: a epidemia de sarampo e a falta de "regras de hygiene alimentar" por parte das amas. Ou seja, entram em cena outros elementos que servem para explicar e justificar as mortes das crianças sob os cuidados das amas, os quais se agregam à tão divulgada distância de suas moradias.

Para o médico do Asilo dos Expostos, Dr. Leite de Bastos, em seu relatório relativo ao ano de 1931, a "falha não está no pessoal encarregado do serviço e sim no systema pelo qual elle é feito" (p.120). Segue seus escritos frisando que os "nossos lactantes são confiados a mulheres rústicas, embora carinhosas, incapazes de compreender um conselho de puericultura[74] e de executar um regime dietético" (p.120).

A declaração do Dr. Leite de Bastos acentua a falta de preparo das amas em relação aos cuidados das crianças. Calcado na afirmação da incapacidade de compreensão dos mais básicos preceitos da puericultura, o discurso do médico reiterava a necessidade de se modificar a forma como vinham sendo exercidos os serviços das amas que, segundo ele, não conseguiam "executar" um regime dietético.

São questões que estavam na ordem do dia, em meados dos anos 30, momento no qual os preceitos de higiene, nutrição e dietética infantil passam a ser divulgados às esposas-mães. Procurando, provavelmente, reforçar as vantagens do aleitamento materno, o médico denunciava a forma precária com que as amas de leite, "mulheres rústicas", segundo ele, cuidavam das crianças sob sua responsabilidade.

[74] A Puericultura define-se como a "parte das ciências médicas que se ocupa em cultivar a vida e a saúde das crianças, esforçando-se para que cheguem ao mundo sadias e fortes e se desenvolvam normalmente, amparando-as e defendendo-as contra os múltiplos perigos que as ameaçam, em conseqüência da ação maléfica dos fatores ambientais e sociais" (GESTEIRA apud NOVAES, 1979, p.2). Nas palavras de Nascimento, o termo Puericultura foi criado em 1866, pelo Dr. Caron (2001).

Podemos verificar que a emergência de um discurso produzido pelos médicos sobre as mulheres-mães, nas primeiras décadas do século XX, foi acompanhada de incisivas campanhas a favor do aleitamento por parte da mãe, no âmbito das quais se procurava desqualificar a prática da amamentação realizada pelas amas. Com foco na família e, mais especialmente na mulher, tais campanhas tinham como grande preocupação o controle sobre a mulher-mãe. Controle este posto em prática por meio da propaganda de uma nova imagem de maternidade, voltada para o aleitamento.

A importância dada ao leite e à amamentação natural encontram no discurso médico um respaldo sem precedentes[75]. Em sua obra *Consultas práticas de hygiene infantil*, publicada em 1919 em forma de perguntas e respostas para os pais, o médico Fernandes Figueira, um dos pioneiros da pediatria no Brasil, destacava a importância da amamentação natural em relação à amamentação artificial. Propunha, inclusive, caso a mãe não pudesse amamentar, o serviço de uma ama, ao invés da opção pelo leite industrializado. Ele acentuava a importância dessa atitude, dizendo que um lactante poderia "curar-se unicamente com o uso desse alimento, que por sua vez corresponde a remédio sem succedaneo" (1919, p.50).

Da mesma forma, Dr. Leôncio de Queiroz, em seu livro *Moléstias dos lactentes e seu tratamento*, assinala que

> o seio é, de facto, o intermediario desse amor exaggerado de mãe e filho. A necessidade moral e natural do aleitamento materno, salvo os casos de formal contra-indicação, está por tal forma collocada em plano tão alto, que a sua propaganda não deve ter desfallecimentos, devendo ter sempre logar em toda opportunidade (1927, p.17).

[75] Del Priore destaca que a "importância da lactação, na concepção que então se constituía sobre a maternidade, fora percebida tanto por doutores quanto pela Igreja como um dever moral desde o século XVI. Nesse período, louvava-se, na amamentação, o prazer de alimentar e acariciar a criança. No século seguinte, moveu-se um ataque cerrado às amas-de-leite por sua relação mercenária com o gesto duplo de alimentar-amar a criança" (1995, p. 243).

A escrita do médico mostra a preocupação com a necessidade de se educar as mães, mostrando a elas os benefícios da amamentação natural e destacando, para tanto, sua importância em termos da relação mãe e filho. Há uma certa ênfase, por parte do médico, no que diz respeito à necessidade de se amamentar, não devendo a mãe ser influenciada por propagandas negativas sobre o assunto.

Como observa Del Priore, a importância do "bom leite tinha também forte conotação como valor simbólico" (2001, p.37). Ela frisa ainda que "aleitar trazia marcas culturais e de segurança, de recompensa, de conservação da prole, presentes, aliás, nas representações sobre Nossa Senhora do Leite" (p.37).

De um "amor ausente" até o século XVIII, surge um sentimento forte e específico em relação à maternidade (BADINTER,1985). A autora explica que pela expressão "amor ausente" não está se referindo à inexistência do amor materno na época anterior ao século XVIII. Ela ressalta que até aquele período não existia, no ideário francês, um sentimento amoroso, ou melhor, que o mesmo não era valorizado pelos casais. Desta forma, o amor não era determinante na realização dos casamentos assim como nas relações filiais.

Como destaca Evelyna Nascimento, longe de ser "instintivo, ou seja, inato em todas as mulheres, o amor maternal é um sentimento que paulatinamente passa a ser valorizado socialmente" (2001, p. 49). Ela acrescenta que o amor materno, "o papel do homem (pai) e da mulher (mãe), da infância, da adolescência, etc. são determinados historicamente, não se tratando de traços naturais ou instintivos" (p. 49).

Assim, por meio da educação, a puericultura deveria ser "ensinada principalmente aos 'novos bárbaros'", comenta Novaes referindo-se aos "chamados novos habitantes das cidades, que imigram do campo à procura de trabalho nas indústrias e que começam a se organizar, a viver apinhados em péssimas habitações, alimentando-se precariamente" (1979, p. 11). A mesma autora enfatiza que tal situação "determina um

baixo nível de saúde para todos, especialmente para as crianças, conforme se pode verificar pelas estatísticas de mortalidade infantil" (p. 11).

Em meio a essa discussão, segundo Novaes, "o grande tema da puericultura" é o da alimentação e em "particular o aleitamento materno e artificial" (1979, p. 63). Ainda, para ela, é a partir da alta taxa de mortalidade infantil encontrada no Brasil, na época aqui tratada, e da "ameaça que ela representa para o seu futuro como nação, que a puericultura procura justificar a si mesma" (1979, p. 53).

Para Matos,

> 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 (2000, p. 79).

Por meio de seus discursos de caráter científico, os médicos procuravam difundir os preceitos da puericultura, atingindo as mães de maneira geral – e não só as das classes menos favorecidas – ensinando-lhes a melhor forma de amamentar, de cuidar da limpeza e higiene da casa, das roupas. Não podemos esquecer ainda de chamar a atenção para as questões de ordenamento moral, da imposição de um novo padrão de família e de modos de viver.

Coube aos médicos, por meio de seus conhecimentos, conduzir a mulher-mãe, a fim de que ela não se desviasse dos ensinamentos abalizados e de acordo com o pensamento da época. Pensamento que foi sendo construído ao longo do tempo e em diferentes esferas da sociedade tendo, entre seus objetivos, a disciplinarização dos comportamentos, hábitos e costumes da população de modo geral e, no caso, da mulher-mãe.

Ressalta-se que a amamentação estabeleceu uma nova condição à mulher: servia para normalizá-la, tornando-a a grande responsável pelo

lar, pela família. Construída historicamente, a prática de amamentar acabou servindo como estratégia para a medicina social que, assim, poderia controlar melhor o tempo livre da mulher-esposa-mãe.

Defendida como imprescindível pelos médicos, a amamentação natural era um dos pontos nodais em suas discussões, uma vez que, entre outros aspectos, eles destacavam o fato de que a mesma poderia reduzir as taxas de mortalidade infantil. Daí a necessidade de incutir, nas mulheres, as noções básicas de higiene e cuidado para com as crianças, com os alimentos e, especialmente, com as doenças.

Para os médicos e mordomos do Asilo dos Expostos, as amas, em sua maioria, não conseguiam adquirir hábitos alimentares e de cuidados que satisfizessem as necessidades de saúde delas e das crianças sob sua responsabilidade. Junto ao problema da alimentação, havia questões relativas às condições de higiene de suas casas, consideradas fontes de doenças. Havia, ainda, a proximidade das suas práticas a concepções consideradas bárbaras. Resultando em uma morte não medicalizada, porque atestada por pessoas comuns, ou seja, não médicas. Essa era, como podemos perceber, a tônica da escrita dos médicos do Asilo justificando as intervenções que acabavam por incidir sobre as amas que moravam nas regiões mais afastadas do centro da cidade.

"Raparigas pobres mas sadias"

Ao que tudo indica, no final do século XIX e primeiras décadas do XX, as mulheres que queriam trabalhar como amas deveriam ir até a Santa Casa, no centro da cidade, e ali se cadastrar para o serviço. Carvalho assinala que, naquele período, "a entrega dos expostos à criadeira acontecia no mesmo dia da chegada da criança, ou num intervalo de três dias após sua entrada na instituição" (1996, p. 161).

Informações encontradas nos relatórios dão conta de que, na busca de algum exposto para criar, as candidatas a amas eram submetidas a

exames médicos. No relatório da mordomia de 1905 observamos que “as creanças continuaram a ser entregues às amas depois do exame destas quanto as condições de nutrizes” (p. 68). No do ano seguinte, registra-se que “sempre que uma creança era entregue á ama-de-leite – exame da ama como nutriz” (1906, p.59).

Tal obrigatoriedade pode ser encontrada no relatório apresentado pelo diretor geral do Serviço Sanitário do estado de São Paulo, Dr. Emílio Ribas, ao secretário dos Negócios do Interior, Dr. Gustavo de Oliveira Godoy, em 1906, revelando mais uma face das práticas médicas de fiscalização das amas de leite, instituídas em boa parte do período recortado para esta pesquisa, e que não se restringiam às amas vinculadas à Santa Casa.

Incidindo sobre os cuidados a observar em relação à contratação de amas de leite e, ao mesmo tempo, procurando configurar como legítima uma medida legal que obrigava as candidatas a se submeterem a um exame que as certificasse para o exercício do ofício, o fragmento a seguir oferece informações sobre os serviços das amas.

> [...] Torna-se necessario estabelecer o exame obrigatorio de todas as que se propõe ao mister de nutrizes, levando ao seio das famílias, por meio de uma propaganda inteligente, a convicção de que não deve ser admitida a ama de leite quem não trouxer o certificado desta repartição. Para este effeito, vamos fazer distribuir instrucções ás famílias sobre o aleitamento das creanças, mortalidade infantil e os perigos da alimentação mercenária sem inspecção etc (RIBAS, 1906, p.43).

Nota-se que o ato de amamentar, pelas amas, estava cercado de regulações. Os escritos do diretor do Serviço Sanitário revelam a preocupação em difundir, entre as famílias, informações sobre a melhor forma de cuidar das crianças, intervindo no comportamento dos pais em relação à educação de seus filhos.

Em termos da Santa Casa, provavelmente após ser inspecionada e receber a criança, a ama deveria assumir os encargos de criá-la, em sua

residência, e levá-la ao Hospital, no mínimo uma vez por mês, como podemos verificar na declaração do mordomo João Mauricio de Sampaio Vianna:

> No dia 10 de todos os mezes são estas amas *obrigadas* a apresentar as respectivas creanças á esta Mordomia, para o *exame* medico e pesagem, sendo o estado das creanças *registrado* em livro especial e nas cadernetas existentes em poder das amas (RELATÓRIO DA MORDOMIA, 1908, p.62- grifos nossos).

"Apresentar", "examinar", "registrar", verbos que aparecem na escrita do mordomo, denotando vigilância ou mesmo técnicas e "práticas de poder" (FOUCAULT, 1979).

Para Foucault, o exame é a "técnica pela qual o poder, em vez de emitir os sinais de seu poderio, em vez de impor sua marca a seus súditos, capta-os num mecanismo de objetivação" (1997, p.167). O autor destaca ainda que "no espaço que domina, o poder disciplinar manifesta, para o essencial, seu poderio organizando os objetos. O exame vale como cerimônia dessa objetivação" (p.167).

Esse modelo de exame ao qual eram submetidas as crianças permite que nos aproximemos à teoria de Foucault . Segundo o autor,

> o exame é a vigilância permanente, classificatória, que permite distribuir os indivíduos, julgá-los, medi-los, localizá-los e, por conseguinte, utilizá-los ao máximo. Através do exame, a individualidade torna-se um elemento pertinente para o exercício do poder (1979, p.107).

A partir das reflexões de Foucault, podemos perceber que a obrigatoriedade da apresentação das crianças, pelas amas, todos os meses, possibilitava à Santa Casa e seus médicos, "um controle normalizante, uma vigilância que permite qualificar, classificar e punir" (1997, p.164). Tal ação pode permitir ao médico colocar em prática um

conjunto de procedimentos e de técnicas que visam um controle e uma dominação.

Ainda pensando nos termos de Foucault, observamos que os exames realizados nas crianças podem ser lidos como uma técnica disciplinadora e "regulamentadora da vida", já que se trata da individualização do corpo mas, ao mesmo tempo, de controle sobre a população (1997).

Tal controle, entendido aqui como um investimento na vida, objetivava, por meio de mecanismos de vigilância, atingir o corpo individual, no caso o das crianças, para que o corpo social tivesse condições de sobrevivência e desenvolvimento. Dessa forma, a noção de população deve ser entendida, aqui, como um corpo que pode ser quantificado, objetivando um campo de intervenções, pois para governá-la, seria preciso, antes de mais nada, conhecê-la. A preocupação com a saúde da população em geral passava, em primeiro lugar, pela necessidade de assegurar a preservação da criança.

O exame realizado, a partir das visitas das amas e das crianças à Santa Casa, pode ser pensado como sendo uma preocupação no sentido de gerir convenientemente aquela etapa da vida, visando um investimento em seu corpo a partir da vigilância e proteção.

Podemos observar uma dessas visitas das amas, para a realização dos exames, por meio de uma reportagem publicada no jornal *O Estado de S.Paulo*, de 19 de fevereiro de 1919. Sob o título *Os expostos da cidade – Uma visita aos engeitadinhos na Santa Casa – as amas caipiras*, o jornalista inicialmente descreve sua ida até a Irmandade. Quase chegando à entrada, chamou-lhe a atenção a presença de várias "mulheres sobraçando criancinhas e, em numero tal que, em verdade, a coisa me pareceu estranha" (p.2). Perguntando ao mordomo o que significava tal cena, obteve como resposta:

> orçam em 160, mas hoje o senhor só esta vendo a metade, as outras vêm daqui a um mês. São, na maioria, raparigas brasileiras da cidade e dos arredores de São Paulo – de Pinheiros, da Penha, da Freguesia do Ó, de Itapecerica, M'Boy, Santo Amaro... raparigas pobres mas sadias, e sobretudo amorosas que se contentam com pouco: 25 mil réis por mês. Também a Santa Casa é pobre para tamanhos e tão dispendiosos benefícios a fazer... E olhe que, apesar de muito pobres, quase sempre é com infinita magua que ellas recambiam a criança, chegados os três annos [...] (p.02).

Nota-se a forma como o mordomo se refere às amas, ou seja, apesar de pobres, sadias; apesar da baixa remuneração, amorosas. Ao contrário do que aparece nas páginas dos relatórios da mordomia, a reportagem, ao se referir às amas, mostra uma imagem até certo ponto positiva daquelas mulheres assim como da Instituição. Os adjetivos utilizados para qualificá-las possibilitam pensar até em uma certa admiração por elas e seus serviços, tamanho o amor que sentiam pelas crianças.

Neste sentido, torna-se importante frisar que o mordomo está falando a um órgão de imprensa, portanto, fora dos muros da Santa Casa. A preocupação com a divulgação da imagem da Instituição, bem como das amas contratadas pela Santa Casa e, consequentemente, pelo seu departamento, ganha uma outra dimensão que não aquela encontrada nas páginas de seus relatórios.

O mordomo chamava a atenção para a dificuldade da Irmandade em pagar pelos serviços das amas sinalizando, possivelmente, para a necessidade de angariar maiores contribuições por parte do Estado, ou mesmo de uma parcela da sociedade paulistana acostumada a doar dinheiro para as obras da Santa Casa. Outro ponto importante diz respeito à quantidade de amas, no caso, 160, e à localização da moradia das mesmas, a maioria procedente de regiões periféricas da cidade, como Itapecerica e Santo Amaro, entre outros bairros.

Devemos observar, ainda, as linhas finais da citação, que revelam o sofrimento, por parte das amas, quando do momento de devolver as

crianças para a instituição quando elas completassem dois ou três anos de idade.

De acordo com o relatório da mordomia de 1904, além das visitas mensais, as amas deveriam encaminhar as crianças à Santa Casa sempre que elas apresentassem qualquer alteração em seu estado de saúde (1904, p.63). Porém, segundo o médico Synésio Rangel Pestana, essa norma não estava sendo respeitada. Na maioria das vezes, as amas levavam as crianças quando já estavam em "seu adeantado estado de moléstia" (p.74).

No relatório de 1911, são explicitadas as formas como deveria ser feita a fiscalização das amas contratadas pela Santa Casa. Discorrendo sobre os serviços das amas que moravam na cidade e as que viviam em bairros mais afastados, o mordomo João Mauricio de Sampaio Vianna defendia que

> a medida que se impõe desde já será no sentido de não entregarem a amas residentes fora da capital as creanças que de agora em deante ficarem sob a proteção dessa Mordomia. Entregues essas creanças a amas residentes na capital, a respectiva fiscalização será mais effetiva e, portanto, mais efficaz. O próprio medico do Asylo pode surprehendel-as em suas residencias e verificar por si mesmo as condições de asseio da ama, do seu domicilio e do lactante, e certificar-se da observância das regras de hygiene que lhes são ensinadas todos os mezes por ocasião da pesagem e do exame dos lactantes na Santa Casa (1911, p.103).

As reflexões do mordomo deixam explícitos os intentos de controle e enquadramento das amas, os quais se justificavam, segundo o discurso médico-higienista, em função da urgência e necessidade de diminuição da mortalidade infantil na cidade de São Paulo. Objetivo esse que só poderia ser atingido por meio da modificação dos hábitos e dos modos de pensar e agir das amas.

Suas recomendações põem em cena um conjunto de práticas que deveriam ser realizadas pelos médicos da Santa Casa, as quais incluíam o exame, a fiscalização e o ensino de regras de higiene, por exemplo, as quais se articulavam em torno dos propósitos de ensinar àquelas mulheres, consideradas "ignorantes", "caboclas", "sertanejas", uma maneira "correta", segundo eles, no trato das crianças sob seus cuidados (ROCHA; ROCHA, no prelo).

Mesmo não tendo conhecimento se essas práticas chegaram a ser implementadas, a vigilância sobre aquelas mulheres – seja as que residiam na cidade ou as que viviam na zona rural – era um objetivo a ser alcançado, o que pode ser percebido pelo uso do verbo "surprehendel-as". Nota-se a tentativa de se fazer um verdadeiro cerco ao redor das amas, o qual recobria a sua fiscalização, a de suas casas e das crianças sob sua guarda.

Um outro aspecto importante que não pode deixar de ser mencionado diz respeito à remuneração das amas, que era muito baixa, se comparada a outros serviços e profissionais na mesma época. Em 1908, por exemplo, recebiam em média 20 mil réis por mês. Para efeito de comparação, um caixão para "anjo", de terceira classe (existiam cinco classes) no mesmo ano, custava 32 mil réis (RELATÓRIO DA MORDOMIA, 1912). Um detalhe a mais: o preço do caixão, segundo contrato firmado entre a Santa Casa e o Serviço Funerário da Câmara Municipal, estava com "diminuição de 20% nos preços de suas tabelas" (p.29).

A consulta ao Livro de Vencimentos das Amas[76] permite acompanhar, apesar de algumas lacunas e falhas, a trajetória das crianças entregues à Santa Casa e algumas informações sobre as amas. A documentação traz dados como o nome da criança, o dia em que foi "posta na Roda", o nome

[76] Tombado sob o número 000530 e correspondente ao período de 01 de fevereiro de 1897 a 02 de março de 1901, o livro pertence ao arquivo do Museu da Santa Casa de São Paulo.

da ama, o local em que morava ou, pelo menos, locais próximos à sua moradia, a quantia que recebia para cuidar da criança, assim como o destino das mesmas. Neste último item, as informações dão conta de que algumas crianças, após a criação com as amas, foram encaminhadas ao Asilo dos Expostos, ou o "pai veio retirar seu filho" ou, em muitos casos, faleceram.

Vale destacar que não há uma uniformidade e rigor na organização dos dados. O que se verifica é que se trata de uma documentação que servia para registrar os dados das crianças, o encaminhamento delas à ama – o que poderia acontecer poucos dias após a chegada da criança ou mesmo meses depois. Também podemos pensar que tal documento se constituía em suporte para uma espécie de recibo de pagamento pelos serviços prestados. Transcrevemos a seguir dois desses registros, o primeiro e o último do livro citado:

EXEMPLO 1:

Maria Antonietta, posta na roda a 1.º de Fev.º de 1897 foi entregue a Maria Engracia residente perto do cimeterio novo a 18 de julho de 1898.

Agosto 3	recebeu	12,00
Setembro e Outubro	recebeu	60,00
Novembro e Dezembro	recebeu	60,00
Janeiro, Fev.º e Março	recebeu	90,00
Abril, Maio e Junho	recebeu	90,00
Em 15 de Agosto	recebeu	30,00
Em 06 de Agosto	recebeu	30,00
A 6 de Outubro	recebeu	30,00
A 6 de Novembro	recebeu	30,00
A 18 de Novembro	recebeu	12,00
A 6 de Dezembro	recebeu	18,00
A 7 de Janeiro	recebeu	30,00

Retirou-se a menina a 8 de Jan. 1899.

Está no Asylo d'Expostos (LIVRO DE VENCIMENTOS, 1897-1901, p. 05).

EXEMPLO 2:

n.º 1692 – Alice posta na roda a 2 de Março de 1901, foi entregue a 5 de Março de 1901 a Francisca Icalise. R. Barbosa n. 15.

Falleceu a 11 de junho de 1902 (LIVRO DE VENCIMENTO, 1897-1901, s/p.).

Pelo que observamos, ao analisar este livro, há uma variação no número dos dados e informações. Há registros nos quais foram agrupados o valor do pagamento das amas de três em três meses e não mensalmente. Em outros, não existe valor algum, como no **exemplo 2** aqui transcrito. Também há registros nos quais não aparece o endereço da ama, por exemplo. Neste sentido, as informações não seguem uma regularidade, privilegiando ora um, ora outro dado, o que pode nos levar a supor que as relações estabelecidas com as amas eram marcadas por uma certa informalidade.

Apresentamos a seguir um modelo de recibo (**Figura 1**) que a Santa Casa arquivava quando do pagamento das amas. O documento não está datado e vale atentar para o fato de que a maioria das assinaturas revela a pouca familiaridade com a escrita, sinal de que, provavelmente, tinham pouca instrução. De um total de 33 amas, 12 marcaram com sua impressão digital o recebimento do abono.

(42)

RELAÇÃO DAS AMAS CONTEMPLADAS COM O ABONO DE NATAL

4 -	MARIA DE OLIVEIRA	Cr.$ 50,00	
5 -	JORDELINA MARCONDES, dlgo. A. NUNES	50,00	
6 -	CARLITA DE OLIVEIRA	50,00	
7 -	NAIR GERMANO	50,00	
8 -	LOURDES M. SANTOS	50,00	
9 -	ADAIR FELICIANO	50,00	
10 -	MARIA L. FERREIRA	50,00	
11 -	MARIA C. POSFIRIO	50,00	
12 -	GENESIA DA SILVA	50,00	
13 -	MARIA PEREIRA	50,00	
14 -	MARIA LUISA SOARES	50,00	
15 -	MERCEDES G. CAIMO	50,00	
16 -	MARIA V. DA SILVA	50,00	
17 -	MARIA C. ALVES DE LIMA	50,00	
18 -	MARIA I. DOS SANTOS	50,00	
19 -	ISAURA DA SILVA	50,00	
20 -	ADALGISA M. VIEIRA	50,00	
21 -	APARECIDA GALDINO	50,00	
22 -	JOSINA M. OLIVEIRA	50,00	
23 -	MARIA SILVEIRA	50,00	
24 -	MARIA B. ALEIXO	50,00	
25 -	ROSALIA PAULINA	50,00	
26 -	MARIA A. OLIVEIRA	50,00	
27 -	OLIMPIA DE CAMPOS	50,00	
28 -	ANA DE ARAUJO	50,00	
29 -	MARIA APARECIDA OLIVEIRA	50,00	
30 -	BENEDITA A. VERGILIO	50,00	
31 -	FRANCELINA FRANCISCA	50,00	
32 -	ZILDA MARIA MENEZES	50,00	
33 -	MARIA DO CARMO	50,00	
34 -	NAIR DA SILVA	50,00	
	a transportar	Cr.$ 1.650,00	

"Tornar mais rigorosa a fiscalização [...]"

A tentativa de controlar e vigiar as amas de uma maneira mais rigorosa aparece mais explicitamente nos relatórios da mordomia a partir de 1904, momento no qual a Santa Casa modificou a forma de acompanhamento de seus serviços, o qual passou a ser realizado por meio da ida de um fiscal ou um médico ou o próprio mordomo às residências das amas.

Juntamente com essa medida, consta que foi elaborada uma caderneta na qual "o fiscal irá inscrevendo as condições da creança, em cada uma das visitas domiciliares" (RELATÓRIO DA MORDOMIA, 1904, p.63). Nessas cadernetas eram registrados o peso e as condições de saúde das crianças, conforme revela Dr. Queiroz Mattoso:

> Cada uma das creanças é entregue á ama com caderneta especial, onde os fiscaes devem registrar as impressões colhidas nas visitas domiciliares e onde vae registrada a pesagem mensal que continua a ser feita no dia 10 de cada mez, sob minha immediata direcção (RELATÓRIO DA MORDOMIA, 1906, p.68).

Podemos notar a preocupação do médico no que diz respeito à necessidade do registro das condições de saúde e, principalmente, do peso das crianças. Seria uma maneira de acompanhar, de forma mais rígida, o serviço das amas e as condições de saúde da criança expressas pelo seu crescimento. Responsáveis pela sobrevivência e saúde das mesmas, as amas passavam a ser reguladas mais fortemente pelos fiscais que, por meio dos registros, poderiam até mesmo suspender seus serviços, retirando delas as crianças.

Essa nova medida, colocada em prática pelo médico da Santa Casa por meio de "caderneta especial", nos remete às reflexões de Foucault em relação ao registro, à escritura disciplinar. Discutindo a importância dos registros nos exames, o autor destaca que, graças ao aparelho de escrita que o acompanha,

> o exame abre duas possibilidades que são correlatas: a constituição do indivíduo como objeto descritível, analisável, não contudo para reduzi-lo a traços "específicos", como fazem os naturalistas a respeito dos seres vivos; mas para mantê-lo em seus traços singulares, em sua evolução particular, em suas aptidões ou capacidades próprias sob controle de um saber permanente [...] (1997, p. 109).

Pelo que se depreende, pelas cadernetas, os médicos do Asilo poderiam, utilizando das técnicas de antropometria, acompanhar o crescimento das crianças por meio dos dados sobre seu o peso e altura. Tais procedimentos, reguladores da vida, possibilitavam aos médicos um exercício de poder e vigilância sobre o corpo, no sentido de garantir a sobrevivência daquelas crianças.

No mesmo ano de 1906, a Santa Casa colocava em prática uma outra forma de acompanhar os serviços das amas, além das cadernetas e das visitas domiciliares. Preocupado com o aumento do número de mortes das crianças sob responsabilidade da Irmandade em relação ao ano anterior, o médico do Asilo, Dr. Queiroz Mattoso, propõe que se deveria

> tornar mais rigorosa a fiscalização das creanças que recebem a creação junto ás amas, procurando ao mesmo tempo estimulal-as com prêmios que serão distribuídos annualmente áquellas amas que, em determinada época, apresentarem as creanças em melhores condições de nutrição (RELATÓRIO DA MORDOMIA, 1904, p.62).

No caso, segundo o relatório, foi estipulado pela Irmandade um prêmio em dinheiro para as três amas cujos lactentes se apresentassem em melhores condições, tendo em vista, para o julgamento, a pesagem inicial e final e o estado de saúde do exposto sob sua responsabilidade[77]. No ano de 1905, a ganhadora foi M.O.B.,

[77] Vale acrescentar que este tipo de incentivo já existia no país. No Instituto de Proteção à Infância e Assistência do Rio de Janeiro (IPAI-RJ), entidade fundada pelo médico Arthur Moncorvo Filho, em 1899, a promoção de concursos de robustez para bebês era uma constante, atribuindo-se prêmios em dinheiro às mães que aleitavam seus filhos (KUHLMANN JR., 1998).

> que recebendo uma creança com 1 kilo 450 grammas, portanto débil ou em prematuro estado conseguio, com seus cuidados fazer com que se desenvolvesse muito regularmente, o que é sempre difficil. Com effeito, em 22 de fevereiro a creança recolhida pezava 1 kilo 450 grammas, em 10 de julho 3 kilos e 900 grammas (RELATÓRIO DA MORDOMIA, 1905, p.68).

O prêmio foi de 100$000. Para o segundo e o terceiro lugar, 50$000 cada um. De acordo com o relatório de 1907, esse procedimento de premiar as amas teve, de imediato, um resultado positivo. Para o médico Queiroz Mattoso,

> esse precioso recurso de ajuizar das boas qualidades da ama e aproveitamento da creança tem produzido os resultados mais favoráveis. Conforme o habito, foram classificadas as creanças que mais aproveitaram; as amas que apresentaram as três mais robustas, tendo em consideração a edade, molestias e pezo inicial, receberam prêmios no valor de 100$000 e 50$000 (p.59).

Em artigo sobre os festejos comemorativos da criança brasileira entre as décadas de 20 e 40 do século XX, particularmente em Belo Horizonte, Cyntia Greive Veiga e Maria Cristina Soares de Gouvêa trazem importantes aspectos para a compreensão desse tipo de prática que se instituía na Santa Casa. Para elas,

> compreender a lógica da realização de tais concursos só é possível no interior de uma rede de práticas discursivas que lhe conferiam significação [...].Trata-se de buscar apreender a comemoração da criança robusta como prática social, cujo significado e relevância deve ser buscado em uma rede maior de relações de poder. Este evento dá-se no bojo da divulgação do ideário eugenista, fortemente presente no pensamento cientificista característico do período. A promoção da infância sadia constituía estratégia privilegiada da divulgação da eugenia pois, ao festejar a infância bela e robusta, criaram-se condições de disseminação e irradiação do ideal de aprimoramento racial (1999, p. 150).

Assim, os concursos representavam uma valorização das crianças fortes e saudáveis, bem como a atuação da ama no trato para com elas. Possivelmente, os concursos organizados pela Santa Casa seguiam essa linha, na tentativa de promover o bem estar, a saúde e o desenvolvimento das crianças sob responsabilidade das amas de leite. Não podemos esquecer que a apresentação dessas crianças poderia se transformar em um momento no qual os médicos tinham a possibilidade de vigiar e controlar as amas e a qualidade de seus serviços em termos não só da alimentação mas, também, por meio do vestuário que as crianças usavam, das condições da pele, do asseio dispensado, entre outros aspectos.

A estratégia acionada pelos médicos e pela própria Santa Casa em relação à premiação, ao que tudo indica, não teve o retorno esperado. Chamando a atenção para os índices ainda elevados de mortalidade no ano de 1907, o médico Queiroz Mattoso justificava os números em função da negligência das amas, que não levavam as crianças para consulta médica e "tratamento logo no início de quaesquer perturbações de saúde". Segundo ele, esse descuido das amas é "bem evidenciado pelo grande numero de creanças (10) que falleceram sem assistência medica quando todos os dias ellas podem ser examinadas no Hospital Central" (p.59).

Podemos perceber, na maioria dos relatórios, que os médicos apontam ser a falta de assistência a principal causa da mortalidade das crianças sob os cuidados das amas. Devemos chamar a atenção para esse fato, pois tal expressão podia denotar a idéia de que a distância dos locais de moradia das amas impossibilitava a presença de médicos ou que a responsabilidade pela morte recaía sobre a própria ama que não levava as crianças até a Santa Casa quando elas adoeciam.

Em 1915, uma vez mais o relatório da mordomia dá conta das falhas no sistema de fiscalização que, segundo o Dr. Synésio Rangel Pestana, redundavam nos resultados negativos em termos da mortalidade infantil. Para o mordomo Sampaio Vianna, os defeitos do serviço, já tantas vezes

“proclamados nos relatórios anteriores, continuam os mesmos, principalmente quanto à fiscalização das nutrizes nos domicílios e quanto a ignorância dos mais elementares preceitos hygienicos por parte d’ellas” (p.98).

Mesmo com todos os riscos que a entrega das crianças às amas “rurais” implicava, a prática de contratação daquelas mulheres continuava, apesar de contestada em praticamente todos os relatórios, seja pelos médicos ou pelo mordomo. As representações negativas sobre elas, sobre suas moradias, sobre seu modo de viver permaneciam nos escritos dos responsáveis pela fiscalização. Ou seja, a questão da pobreza e dos modos de vida das amas, ao que tudo indica, é o ponto nodal no qual médicos e mordomos, frequentemente, se apoiavam, procurando justificar as causas da mortalidade das crianças sob seus cuidados..

Pela análise dos relatórios, as medidas colocadas em prática, a partir do início do século XX, como as cadernetas e a fiscalização das residências das amas, por exemplo, começaram a surtir efeito somente a partir de 1930. Pelo menos é o que transparece na escrita do médico do Asilo, Dr. Leite de Bastos. Em relatório referente a 1932, ele comentava que, naquele ano, a mortalidade foi a “menor que se registrou nos últimos 26 annos e uma das mais reduzidas desde que se começou a publicar os relatórios do Asylo” (p.169). Entretanto, o médico não explicita o que produziu tal resultado. Para ele,

> apezar de reduzida, continua muito alta em relação ao que deveria ser. Este facto resulta das péssimas condições em que se faz a alimentação dos lactantes, da má habitação, da falta de hygiene, da incultura e da miséria em que vivem as famílias encarregadas de criá-las (p.169).

Continuava seu relatório ressaltando que se tornava urgente fazer uma seleção das amas, “dando preferência às que tiverem alguma cultura” e às que residissem mais próximo da cidade. De acordo com ele, isso só

seria possível se aumentasse a “dotação que recebem, porquanto a actual não chega para attenuar siquer á penúria em que vivem” (p.169). Mais:

> A estas nutrizes estão confiadas creanças menores de dois annos, isto é, creanças no período mais perigoso de sua vida, o qual requer cuidados especiais, que só podem ser ministrados por mulheres que vivam em meio sadio e que tenham capacidade para compreender a delicadeza e a responsabilidade da funcção que desempenham (RELATÓRIO DA MORDOMIA, 1932, p. 170).

Em seguida, defendia que os “lactantes não devem, portanto, continuar entregues ás nossas rústicas camponezas de Itapecerica, logarejo pobre de recursos e inacessível a qualquer vigilancia social, medica e hygienica [...]” (p.170). A citação nos permite algumas inferências. Entre elas, o fato de que a mortalidade infantil das crianças sob os cuidados das amas engloba vários fatores, listados pelo médico, que não só a “incultura” das amas no trato com as crianças.

Observemos como, na escrita do médico, “má alimentação”, “falta de higyene”, “miséria”, por exemplo, apontam para imagens de degradação, relacionando pobreza a algo indigno ou mesmo a aspectos que nos levam a pensar em um modo de vida considerado impróprio para se criar uma criança.

Notam-se, ainda, algumas representações sobre a infância e, mais especialmente, sobre a criança de tenra idade, constituída em prioridade no que dizia respeito à necessidade de proteção. Isso porque tal faixa de idade era considerada, devido à alta mortalidade infantil, um período extremamente perigoso da vida pois muitas crianças não conseguiam sobreviver em decorrência do abandono ou, segundo os médicos e mordomos, devido à suposta ignorância das mães de origem pobre ou mesmo por conta dos serviços das amas.

Ao assumir o cargo de mordomo, em julho de 1936[78], no lugar de Sampaio Vianna, Guilherme Dumont Villares escreve um extenso relatório ao provedor Antonio de Pádua Salles. Nele assinalava que

> pudemos verificar, *de visu*, como eram assistidas as creanças entregues às amas. Em geral, *abrigadas em casas primitivas, sem qualquer recurso hygienico, tratadas por pessoas incultas e paupérrimas***,** as creanças viviam na mais completa falta de cuidados, os mais prementes [...]. *A falta de cultura e de recursos materiaes das pobres amas* as impedia completamente de executar as regras que lhes eram ensinadas pelos médicos (p.195 - grifos nossos).

Com base nessas duas citações, a do médico e a do mordomo, temos que seus escritos articulam-se no sentido de assinalar os aspectos negativos da criação dos expostos pelas "rústicas camponezas de Itapecerica". Interessante pensar na atuação do médico e do mordomo sobre a alegada insalubridade na qual viviam as amas – ou a falta de instrução e os vícios daquelas mulheres – e, tendo que, ao mesmo tempo, requisitar seus serviços.

É possível, por meio dos relatórios, acompanhar os inúmeros elementos utilizados pelo mordomo e pelos médicos no sentido de ressaltar, como negativos, hábitos e modos de viver considerados em desalinho em relação aos modos de vida das amas e de seus cuidados para com as crianças sob sua responsabilidade.

A regulação dos serviços das amas e a preocupação com a mortalidade infantil decorrente, segundo os médicos, da forma como as

[78] João Mauricio de Sampaio Vianna faleceu em 30 de maio de 1936. Talvez pelo número de anos dedicado ao Asilo assim como pelo trabalho desempenhado, em reunião da mesa administrativa, de 18 de junho de 1936, foi aprovada proposta de mudança do nome do Asilo. A partir daquela data o Asilo dos Expostos, criado em 1824, passava a se chamar Asilo Sampaio Vianna, nome pelo qual ficou conhecido até 1997, quando foi desativado pelo governo do estado de São Paulo. Em 23 de junho de 1998 o imóvel foi leiloado pela Secretaria de Estado dos Negócios da Fazenda, passando a fazer parte da Fundação Faculdade de Medicina (FFM). Logo em seguida, em 10 de julho, foi tombado pelo Conselho de Defesa do Patrimônio Histórico, Artístico, Arqueológico e Turístico do Estado de São Paulo (Condephaat) (Cf. ROCHA, 2005).

crianças eram criadas, continuavam sendo discutidas nas primeiras décadas do século XX não só no interior da Santa Casa.

No relatório de 1922, Dr. Synésio Rangel Pestana relatava que, em nível nacional, por conta da "elevada porcentagem de óbitos, iniciou-se um movimento de conseqüências salutares á favor da creança" (RELATÓRIO DA MORDOMIA, 1922, p. 86). Ele se referia ao Primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância, realizado no Rio de Janeiro, naquele ano.

A documentação elaborada sobre o Congresso – no caso o *7.º Boletim: theses officiaes, memórias e conclusões* – conta com a comunicação do Dr. Arthur Moncorvo Filho, diretor fundador do Instituto de Proteção à Infância do Rio de Janeiro. Intitulada *Regulamentação das Amas de Leite no Brasil*, permite verificar algumas conclusões aprovadas no Congresso. Entre elas:

> A despeito da respeitável opinião daquelles que combatem a regulamentação das amas de leite, profissão em these condennavel, forçoso é confessar tornar-se ella de necessidade imperiosa, sabendo-se que, na impossibilidade de supprimir-se a industria do aleitamento mercenário bastas vezes recurso precioso para a salvação das creanças, não se póde conceber a ausência de severas medidas que impeçam a disseminação dos muitos males capazes de ser transmitidos pelas nutrizes mercenárias em mao estado de sanidade (7.º BOLETIM, 1925, p.337).

A citação pode ser lida pensando-se no tom, de certa forma contraditório, empregado pelo médico. Embora houvesse uma tentativa de condenar os serviços das amas, considerados impróprios, por outro lado, destacava a necessidade de seus serviços como "salvação das creanças". Moncorvo Filho chama a atenção para a qualidade de saúde das amas, numa relação dessa problemática com a amamentação e as doenças que poderiam ser transmitidas pelo leite, provavelmente referindo-se à tuberculose ou à sífilis e outras doenças contagiosas.

Aliás, vale ressaltar que a sífilis assume, no interior do discurso higiênico, uma dimensão diferente, já que é vista como doença venérea. Pregando o controle e vigilância, as campanhas propagandeavam uma nova imagem da família, fundada no casamento monogâmico. A leitura que se faz pode ser relacionada à defesa da abstinência sexual antes do casamento ou mesmo à fidelidade do casal, numa possível campanha de moralização dos hábitos e costumes, condenando comportamentos nocivos à moralidade como, por exemplo, a promiscuidade.

Em 1930, o médico do Asilo, Dr. João Leite de Bastos Júnior, frisava que, tirando-se a média de todos os índices, em 26 anos de observação – de 1903 a 1929 – verificava-se que a mortalidade correspondia a 23,3 crianças por mil nascidas. Lançando mão das declarações do professor uruguaio, Luiz Morquio, procurava demonstrar que o número era extremamente alto:

> O Prof. Luiz Morquio, em notável conferencia realisada há poucos mezes, na Santa Casa desta Capital, declarou que toda mortalidade que fosse além de 7 por cento seria excessiva e passível de redução. Referindo-se aos quatros annos em que exerceu a direcção medica do asylo de Orphans e Expostos de Montevideo, informou que conseguiu reduzir a mortalidade de 20% a 7% (RELATÓRIO DA MORDOMIA, 1930, p.125).

A partir dessa época, ou seja, década de 30, o mesmo médico que capitaneou as campanhas pelo fim da Roda dos Expostos, Dr. Leite de Bastos, registra, em seus relatórios, de forma mais acentuada e incisiva, críticas em relação à continuação do sistema das amas. Relatando sobre o índice de mortalidade do ano de 1930, ele escreve que:

> Estando estabelecido, actualmente, que toda a mortalidade acima de 7% é excessiva e passível de reducção, o índice de 22,7% não deixa de impressionar aos que, pelas suas funcções, estão encarregados de zelar pela saúde dos lactantes expostos na Santa Casa. É que a falta não está no pessoal encarregado do serviço e sim no systema pelo qual é

> elle feito; os nossos lactantes são confiados *a mulheres rústicas, embora carinhosas, incapazes de compreender um conselho de puericultura e de executar um regime dietético* (p.120 – grifo nosso).

Por essa declaração, podemos perceber a utilização, novamente, de dados estatísticos para divulgar as taxas de mortalidade das crianças sob responsabilidade da Santa Casa. Verifica-se até a criação de um referencial, no caso 7%, tolerável e aceitável para a mortalidade das crianças. O uso desses dados constitui, como podemos perceber ao longo deste texto, prática corrente. Portanto, devemos entendê-los como produto de um processo que possibilita construir uma forma determinada de representação da realidade. Estas representações também servem para produzir uma certa apreensão e compreensão sobre diversos aspectos sociais, no caso, o da mortalidade infantil servindo, inclusive, aos propósitos de alarmar e chamar a atenção para o problema. O **quadro dois** é exemplar, nos ajudando a discutir essa problemática.

Quadro 02 – Mortalidade de crianças com amas de leite

Ano	Lactentes	Óbitos	Porcentual
1903	173	29	16,7
1904	151	40	26,4
1905	155	35	22,5
1906	146	33	22,6
1907	139	24	17,2
1908	147	19	12,9
1909	173	54	31,2
1910	150	37	24,6
1911	154	37	24,2
1912	175	50	28,5
1913	89	36	24,0
1914	145	36	24,8
1915	180	37	20,5
1916	173	33	19,2
1917	170	33	19,4
1918	191	47	24,6

1919	181	38	20,9
1920	178	34	19,1
1921	163	36	22,0
1922	167	46	27,5
1923	175	36	20,6
1924	154	36	23,3
1925	163	36	22,0
1926	159	36	22,6
1927	160	36	22,5
1928	178	39	21,9
1929	211	58	27,4
1930	210	58	27,6
1931	199	66	33,1
1932	208	41	19,7
1933	212	50	23,5
1934	192	25	13,0
1935	199	23	16,5

Fonte: Relatórios da Mordomia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Chamam a atenção, no quadro, os anos de 1929, 1930 e 1931, que figuram como os que tiveram o maior número de óbitos, a partir dos anos levantados.

Não foi possível encontrar, nos relatórios da mordomia, informações que explicassem tais índices. O que se nota é que, a partir de 1929, o médico do Asilo passa a ser João Leite de Bastos Júnior, que ficou responsável pelo departamento até 1949. Ele substituiu o médico Synésio Rangel Pestana, no cargo desde 1910.

É importante mencionar que, nos três anos citados, a maior *causa mortis* das crianças foi a intoxicação alimentar. Em 1929, seis crianças; em 1930 foram oito e, em 1931, um total de 12 vieram a falecer por conta deste mal. Ou seja, pelo que se pode notar, a alimentação surge como a mais significativa causa da mortalidade das crianças naqueles anos. Não por acaso, o Dr. Leite de Bastos, em seu relatório referente ao ano de 1930, escrevia que embora carinhosas, as amas eram “incapazes de compreender um conselho de puericultura e de executar um regime dietético” (1931, p.120).

O médico assinala a dificuldade que elas tinham em compreender e observar os hábitos de higiene. Possivelmente embasado pelo discurso médico sobre amamentação em circulação no período, Dr. Leite de Bastos desqualificava as práticas de amamentação adotadas pelas amas.

O argumento, ao que parece, estava relacionado à própria origem e formação das amas consideradas, por ele, como "incapazes" de seguir as normas básicas de higiene. Não podemos deixar de salientar, no entanto, que a amamentação pelo leite humano era, segundo os médicos do período, a mais adequada para tratar das crianças sob responsabilidade da Santa Casa. Entretanto, não é demais lembrar as disputas que já se evidenciavam, naquele momento, entre tais concepções e os interesses da indústria do leite artificial.

Ao analisar a tabulação do quadro de modo geral, sobressai também o ano de 1909, com 54 óbitos de um total de 173 crianças. Não há, no relatório da mordomia daquele ano, explicação para o número. Simplesmente o médico Synésio Rangel Pestana, interino no cargo naquele momento, relatava que era o maior registrado "desde o ano de 1903" (p.75).

Justificando o fato, ele diz que apesar de a taxa ser a "mais elevada destes últimos 8 annos, não é assim mesmo muito superior ás dos estabelecimentos da mesma natureza não só do paiz como mesmo de paizes da Europa" (p.76). A par de suas análises, sugere que a alternativa para baixar tal índice seria a "creação destas creanças internando-as á um Asylo, subordinando não só as amas como as creanças á um regimen rigoroso de hygiene e alimentação a porcentagem descerá muito" (1903, p.76).

Podemos perceber que o argumento utilizado pelo médico caminha no sentido de um controle ainda maior sobre os serviços das amas, que deveriam ser institucionalizadas juntamente com as crianças. Ao acompanhar as informações contidas nos relatórios da mordomia, verificamos que tal ação nunca foi colocada em prática, talvez pela própria

falta de espaço – questão sempre levantada nos relatórios – assim como, provavelmente, as amas tinham seus próprios filhos para criar, o que dificultaria sua moradia no Asilo.

Outro ponto importante em relação à declaração do médico é que, embora elevado, o índice de mortalidade das crianças sob responsabilidade da Santa Casa era equivalente ao de outras instituições nacionais ou estrangeiras, ou seja, sinalizava para o fato de que as taxas eram aceitáveis.

Porém, encontramos aí uma certa contradição. Se os números eram aceitáveis, comparados com outras instituições ou mesmo com as estatísticas estrangeiras, por que então modificar o sistema, internando as amas e as crianças? Por que então sugeriam, a todo custo, modificar os modos de fiscalização das amas, argumento recorrentemente apresentado nos relatórios, como sendo uma das causas da mortalidade? Por que será que os próprios médicos da Santa Casa, muitos deles vinculados às idéias higienistas, não conseguiam baixar as taxas que eles acabavam por considerar aceitáveis ou satisfatórias? São questões importantes que permeiam as análises dos relatórios da mordomia no tocante à mortalidade das crianças sob responsabilidade da Instituição.

Temeroso quanto aos elevados índices, Dr. Leite de Bastos sugeria, no relatório referente ao ano de 1933, a transferência das crianças menores de dois anos em poder das amas propondo, inclusive, a construção de um local adequado para atendê-las. Justificava seu pedido argumentando que

> esse doloroso confronto entre a elevada lethalidade das crianças confinadas *ás bondosas mas incultas caboclas de Itapecerica*, e a mortalidade nulla das que ficam sob os cuidados das virtuosas e dedicadas Irmãs de São José, está a clamar por providencia urgente e definitiva que ponha os lactentes em situação de igualdade á de outros expostos. Esta providencia importa, inicialmente, na construcção de um pavilhão para menores de 2 annos, onde esses infelizes possam receber os benefícios da moderna hospitalização, aconselhada pelos profícuos resultados obtidos no país e no

> exterior [....] (RELATÓRIO DA MORDOMIA, 1933, p.281 – grifo nosso).

Pela leitura dos relatórios verifica-se a necessidade de iniciativas, cada vez mais incisivas, partindo da Santa Casa, dos médicos e do mordomo, que possibilitassem modificações no serviço das amas. Como argumento para tais medidas são utilizados, num primeiro momento, os dados colhidos pelo controle mensal, por meio da ida das amas ao Hospital. E, posteriormente, nas próprias visitas às residências das amas, quando eram evidenciadas a precariedade das condições físicas das crianças criadas por elas.

Houve, conforme podemos perceber, uma série de medidas de regulamentação dos serviços das amas postas em prática via legislação municipal, estadual e federal, concursos de robustez, registros em *loco* nas moradias das amas, obrigatoriedade de exames físicos, entre outras ações.

A discussão sobre as altas taxas de mortalidade e a necessidade de maior e melhor fiscalização sobre as amas abria possibilidades de levantar questões relacionadas à reestruturação dos serviços prestados pela Santa Casa. Tal reestruturação vai ocorrer a partir de 1936, quando a Instituição cria o Berçário que, entre outros objetivos, está o de combater os serviços das amas e, consequentemente, diminuir os índices de mortalidade das crianças sob seus cuidados.

CAPÍTULO 5 – "Começámos á receber as creanças no novo Berçário a 20 de Outubro"[79]

> O actual relatório, no que diz respeito á nossa secção, assume uma importância excepcional. Elle vae dar conta dos resultados auferidos com a nova orientação dada ao serviço de assistência às creanças expostas, orientação essa que modificou radicalmente um serviço que datava de mais de um século (RELATÓRIO DA MORDOMIA, 1936, p. 193).

A citação acima, transcrita do relatório do mordomo dos expostos, Guilherme Dumont Villares, que assumiu esse posto em julho de 1936, após o falecimento de Sampaio Vianna, revela a intenção de apresentar os resultados da "nova orientação" que substituiu o "antigo serviço das amas" pelo Berçário. Essa modificação, segundo ele, fez com que se colocasse fim ao secular serviço de entrega dos recém-nascidos às amas, iniciado em 1825 quando, de acordo com a documentação da Instituição, a Santa Casa recolheu a primeira criança abandonada.

Estudaremos, neste capítulo, a criação desse espaço e as consequências advindas de sua instalação, entre elas a diminuição e posterior fim dos serviços das amas contratadas pela Santa Casa, na cidade de São Paulo, já que as crianças abandonadas e entregues à Instituição, ao invés de serem encaminhadas às amas, eram transferidas diretamente para o Berçário, onde permaneciam até os três anos. Ao atingirem esta idade eram levadas para o Asilo dos Expostos.

Segundo Dumont Villares, não dispondo a Irmandade de recursos suficientes para a construção de um prédio próprio e, "sendo de urgente necessidade a mudança do systema, propuzemos em reunião de mesa administrativa a 5 de agosto de 1936, alugar um prédio e ahi installar provisoriamente o Berçário" (1936, p. 195), que começou a funcionar em 20 de outubro de 1936, em uma antiga casa alugada na rua Frederico Steidel, 157, bairro de Santa Cecília.

[79] Trecho extraído do relatório da mordomia de 1936, p. 197.

> A principio, installamos algumas que tínhamos levado provisoriamente para a nossa residência particular, afim de evitar que fossem para as casas das amas; depois, aquellas que por esses dias foram expostas na Roda e nos chegaram de outras procedências; a seguir, retiramos todas as creanças que estavam com as amas: – e assim fomos pondo em funccionamento o novo Berçário (RELATÓRIO DA MORDOMIA 1936, p.197).

Ainda de acordo com o mordomo, no momento em que a criança chegava ao local abria-se, imediatamente, uma ficha.

> Nella fica annotada toda informação que se póde obter a seu respeito, sendo registrada na ficha a certidão de nascimento, e qualquer outro documento porventura encontrado, fica convenientemente archivado (p.197).

Se, por acaso, a criança não fosse registrada, a Santa Casa providenciava seu registro em Cartório. A justificativa principal para a criação do Berçário, segundo o mordomo, continuava sendo os altos índices de mortalidade das crianças sob responsabilidade das amas.

Acreditamos que tal iniciativa também era justificada pela necessidade de se alterar o modo como as crianças eram criadas junto às amas. Por meio de um sistema de criação mais centralizado, no caso o Berçário, as crianças ficariam próximas dos médicos e de seus cuidados, numa tentativa de baixar os números da mortalidade infantil.

Relatando sobre a origem das amas e sua remuneração, Dumont Villares declara, acompanhando os relatos de mesma natureza verificados nos escritos de Sampaio Vianna, que o cuidado com as crianças sob sua responsabilidade era precário, numa relação direta entre pobreza e os modos de viver daquelas mulheres. O mordomo as responsabilizava pelas mortes das crianças, apontando que somente o saber médico, da "moderna pediatria", poderia salvar as vidas das crianças, reduzindo a mortalidade infantil.

A instalação do Berçário, assim, seria uma outra tentativa, acionada pelos médicos e pela própria Instituição, no sentido de minimizar a mortalidade infantil. Em termos de sua infraestrutura, Dumont Villares declarava que

> temos o maximo cuidado com a hygiene e a limpeza da casa e da roupa. Excedendo de mil peças diárias á lavagem da roupa, adquirimos uma machina de lavar e outra de passar; installamos cerca de um kilomentro de fio de arame para a seccagem faltando-nos ainda uma centrifugadora e uma estufa para facilitar a seccagem nos dias chuvosos [...]. Já temos grande parte do mobiliário e equipamento necessário para o bom funcionamento da casa; e dispomos de uma pequena pharmacia e uma lâmpada de raios ultra-violeta, o que tem concorrido para a boa saúde das creanças. Estamos montando o nosso laboratório onde pretendemos fazer analyses clinicas e preparo de vaccinas autogenas (RELATÓRIO DA MORDOMIA, 1936, p. 202).

Observa-se a descrição dos inúmeros equipamentos e recursos a serem utilizados para o cuidado das crianças: da máquina de lavar ao laboratório de análises clínicas e preparo das vacinas. Mais uma vez ressalta-se, na escrita do mordomo, a importância dos serviços dos médicos na tentativa de reduzir a mortalidade das crianças sob responsabilidade da Santa Casa. A impressão é a de que estão lançando mão de todos os recursos da ciência para preservar e salvar a vida das crianças.

Outro aspecto que chama atenção diz respeito à capacidade de acomodação. Conforme o relatório, “estamos com todas as sessenta camas do berçário occupadas e infelizmente temos sido forçados a recusar diversos pedidos de internação” (p.202). Dumont Villares demarcava tal problemática dizendo que foram enviados pela administração do Hospício do Juquery dois gêmeos nascidos de uma “demente lá internada”. Devido à absoluta falta de lugar, “tivemos que recusar a entrada a essas pobres creanças, que, especialmente em vista

de sua origem, eram bem merecedoras do amparo de nossa Instituição" (p.202).

Aproveitando-se, possivelmente, desse fato, o mordomo clamava por mudanças, sugerindo que

> esse problema da capacidade do berçário teria uma solução econômica: alugando-se mais uma casa ao lado e abrindo-se uma communicação pelo jardim. Com essa ampliação poderíamos tomar conta de muito maior numero de creanças; e como ahi diversas verbas não augmentariam, a media de despeza por creança sahiria bem menor, e possivelmente duplicada a nossa capacidade de assistencia. Dessa forma livrariamos da miseria e da morte muitos recém-nascidos de São Paulo (p.203).

Ainda justificando e, ao mesmo tempo, argumentando em favor do novo local, o mordomo relatava que, pelos resultados já obtidos, "parece-nos que estamos no caminho certo para a solução do problema das creanças expostas e parte das abandonadas de S.Paulo" (RELATÓRIO DA MORDOMIA, 1936, p.204). Dumont Villares continuava seus escritos dizendo:

> Grande felicidade seria, para nós, podermos em breve dizer que aqui como se diz em algumas cidades da América do Norte: "EM S. PAULO JÁ NÃO EXISTEM MAIS CREANÇAS ABANDONADAS". Precisaríamos, para tal fim, ter meios sufficientes para que um dia pudessemos usar a mesma legenda que se encontra numa belissima instituição que visitamos nos arrabaldes de Londres: "ESTA PORTA NUNCA SE FECHA A UMA CREANÇA ABANDONADA" (p. 204).

Por meio desta declaração podemos pensar que a problemática do abandono ainda era, em 1936, bastante grave. Pois, apesar da inauguração do Berçário, o mordomo clama por um espaço maior para atender as crianças abandonadas. Não satisfeito, recorre a exemplos da América e de países europeus para justificar a necessidade de aumentar a capacidade de recebimento no novo local.

Informações do relatório de 1936, em relação ao ingresso das crianças no Berçário, revelam que as roupas, objetos ou "qualquer papel que venha com a creança, são retirados e archivados, sendo tudo descripto na ficha" (p.198). Se, por acaso, a criança fosse entregue com alguma identificação, Dumont Villares explicava que a "vontade materna é cuidadosamente respeitada para que o filho seja sempre conhecido por esse nome, que mantemos" (p.198). O objetivo de tal procedimento, segundo ele, era o de que qualquer tipo de identificação poderia se constituir em registro da "origem da creança pois esse pequeno elo de ligação entre mãe e filho póde vir a ser algum dia de grande utilidade" (p.198)[80].

É importante destacar que na supervisão do Berçário, Dumont Villares era auxiliado por sua esposa, Maria Luiza Villares, e pelos médicos Leite de Bastos e Wladimir Piza. A casa, administrada por Maria Célia Bonilha, contava com seis enfermeiras, seis pajens, duas cozinheiras e uma ajudante, uma roupeira, uma chefe de lavanderia, três lavadeiras, duas passadeiras, uma pessoa para limpeza da casa, uma costureira e um jardineiro:

> Devemos também consignar aqui o inestimável auxilio prestado por algumas senhoras, que altruisticamente se interessam pelas creanças, trazendo nos diariamente ajuda preciosa do seu trabalho. A estas abnegadas companheiras, os nossos melhores agradecimentos (p. 201).

Nos dormitórios havia livros de enfermagem em que se anotavam, diariamente, todas as informações sobre a saúde de cada criança, "a temperatura é tomada de manhã, e à noite, e qualquer anormalidade em diurese, dejecções, vômitos, alimentação está também registrada para informação medica" (p.198). Desse modo, de acordo com o relatório,

[80] Vera Carvalho (1996) analisou alguns bilhetes entregues junto às crianças abandonadas que tentavam justificar o abandono. Além desses escritos, muitas crianças acabavam sendo identificadas, posteriormente pelas mães ou parentes que iam buscá-las, por meio de fitas amarradas em seus bracinhos ou mesmo por pedaços de santinhos de papel, cuja outra parte ficava com os expositores para facilitar a identificação da criança e provar sua procedência.

“mantemos em vigilância constante o estado de saúde das creanças, e qualquer doença poderá ser atalhada no seu inicio” (p.198).

Podemos perceber que essa mudança na forma de assistir as crianças abandonadas pode ser vista por meio de um caráter mais científico no atendimento da criança. Isso pode ser observado pelos inúmeros procedimentos de registros dos quais deveriam fazer uso as enfermeiras. A necessidade de assegurar a preservação da vida das crianças justificaria a anotação de todos os detalhes em relação aos problemas físicos para posterior prescrição médica. Nota-se que tais prescrições seriam formuladas a partir do controle e vigilância sobre seus corpos.

Essa nova atuação pode nos ajudar a pensar as inúmeras críticas endereçadas às amas que, por sua “ignorância”, não poderiam ser capazes de assumir tal tarefa, segundo discursos de médicos e mordomos.

Outra preocupação por parte dos responsáveis pelo Berçário: em cada cama havia um “porta-cartão, um pequeno letreiro com o nome da creança, data do nascimento e o seu numero de referencia”. Esse número era gravado na mamadeira, de modo que, “de accordo com a prescrição medica a creança terá em sua mamadeira o alimento recomendado, e esta vae sempre directamente ao seu destino, não havendo pois perigo de troca de alimento” (p.199).

Mas a preocupação não era exclusiva com os problemas de ordem médica, como se observa no relatório de 1938:

> Os serviços do Berçário, onde as creanças permanecem até os tres annos de idade, continuam muito bons, tendo-se conseguido resultados realmente extraordinários não só na saúde das creanças como no seu desenvolvimento mental.
>
> Pelo lado psychico, também, essas creanças, cuidadas por boas auxiliares, que, com carinho e affecto, realmente se interessam pelo seu bem estar, permittindo o desenvolvimento normal de sua mentalidade – conservando-lhe a alegria e a individualidade própria – apresentam os melhores resultados.

> As creanças nesta casa tem a mesma alegria e a mesma mentalidade de creanças criadas nas casas das nossas melhores famílias (p.257).

Verifica-se, na escrita do mordomo, o enfoque dado ao desenvolvimento global das crianças, comparando o Berçário a uma casa de família bem estruturada, permitindo à criança conservar sua "alegria e a individualidade própria". Chama atenção a preocupação com a higiene mental assim como o destaque para o fato de que são criadas com carinho e afeto pelas ajudantes que ali trabalhavam.

Dois anos após a criação do Berçário podemos verificar que os índices de mortalidade tiveram um decréscimo. Pelo menos é o que consta no relatório de 1938, apresentado pelo mordomo Dumont Villares. Segundo seus escritos,

> pelos livros de matrícula constatou-se que, do ano de 1900 a 1936, das 2.784 creanças abandonadas e entregues a amas mercenárias para serem criadas em suas casas, como se fazia até essa data, 1.444, ou seja, cerca de 52% falleceram; agora após o Berçário estar em funcionamento, na mesma base, isto é, pelo número de creanças admittidas, durante os annos de 1937 e 1938, essa porcentagem baixou, nas creanças entradas em 1937, para 39%, e nas entradas durante 1938 para 15% (1938, p. 257).

O mordomo explica tal cifra relatando que era preciso levar em conta

> o estado em quem estas pobres creanças, muitas vezes, nos chegam às mãos, devido ás condições morais e phisycas da mãe durante a gestação, ao lugar impróprio em que foi depositada a creança após o seu nascimento, á falta de alimentos a que esteve sujeita a pobre mãe até se convencer da impossibilidade de manter o filho, e outras causas que temos tido ocasião de avaliar nos nossos serviços. Assim, temos recebido creanças que falleceram horas após a entrada em nossa casa, devido ao estado precário na occasião da entrega (p.258).

Nas duas citações podemos chamar a atenção para a queda, digamos vertiginosa, dos índices de mortalidade em dois anos de

funcionamento do Berçário que, de 52%, baixaram para 15%. Outra observação deve ser frisada em relação à lista de razões que o mordomo lança mão para justificar a mortalidade. Nota-se que a responsabilidade maior acabava recaindo, principalmente, sobre a mãe, ressaltando-se os modos pelos quais ela gerou a criança e o local onde ela a abandonou, não citando, em nenhum momento, a dificuldade da Santa Casa ou mesmo do Estado em criar um serviço de ajuda ou socorro a essas mulheres que, vivendo numa situação de precariedade, dificilmente tinham condições de cuidar das crianças do modo como sugeriam os médicos.

Ainda explicando os motivos da queda da mortalidade e apontando para a importância da criação desta nova Instituição, o mordomo escreve que ao chegar ao Berçário, a "saúde da creança é sempre cuidadosamente controlada; peso, temperatura, alimentação, dejecções, etc, verificadas diariamente" (1938, p.258). Ele acrescenta que "mantemos assim uma vigilância constante no estado de saúde das creanças e qualquer doença é atalhada logo no início" (p.258).

Paralelamente ao Berçário, foi organizado um serviço de "leite humano, mechanicamente ordenhado". As amas compareciam de manhã e à noite e, "por meio de um extractor, o leite é retirado e guardado em geladeiras", sendo as amas "cuidadosamente examinadas, e fazem questão de que haja a maior hygiene na manipulação do leite", explicava Dumont Villares (RELATÓRIO DA MORDOMIA, 1936, p. 199). Ele acrescentava que as "creanças das proprias amas são também *examinadas periodicamente*, para que *não lhes affecte a saúde estar a sua mãe fornecendo leite a outrem*" (p.199 - grifos nossos).

O mordomo ressalta que o "Lactário" tem uma finalidade "médico-social". Uma forma de restringir, ao que parece, o serviço das amas pois, de acordo com o próprio mordomo, o objetivo do mesmo é "extrahir, conservar e distribuir leite humano a débeis, prematuros e doentes, expostos ou filhos de ricos e pobres, evitando-se assim, ao mesmo tempo,

os *inconvenientes irremediáveis do aleitamento mercenário*" (RELATÓRIO DA MORDOMIA, 1936, p.200 – grifo nosso).

Podemos pensar que a instalação do Lactário se constituía em uma estratégia de substituição dos serviços das amas, como também em uma alternativa à questão do leite industrializado que ganhava força nas décadas de 1920 e 1930. Alternativa esta que atenderia não só as crianças pobres mas os filhos de famílias mais abastadas, segundo o próprio comentário registrado no relatório da mordomia.

De acordo com a documentação, no início das atividades do Lactário da Santa Casa de São Paulo, obtinha-se 14 litros diários, "dos quaes a metade se destina aos nossos lactantes, e a outra se distribue mediante prescripção medica, aos prematuros, débeis e doentes, cujas mães não têem leite" (RELATÓRIO DA MORDOMIA, 1938, p. 275).

Conforme o relatório da mordomia de 1936, a mulher que "concorre ao Lactário para ceder a parte do leite que lhe sobra, funcção que realiza em poucos minutos, volta immediatamente para casa, não abandonando nem o filho nem o lar", explicava Dumont Villares. Argumentando ainda sobre as vantagens do novo sistema, ele dizia que o filho da ama ficava sob a "proteção do Instituto", sendo a remuneração que as amas recebiam superior à que "percebem as outras mães que precisam trabalhar" (p.200).

O mordomo relatava outras vantagens. Entre elas a de que compraram uma "machina de ordenha mechanica" e importaram um centrifugador, com objetivo de retirar o excesso de gordura do leite, atendendo às necessidades das crianças doentes que precisavam se alimentar com leite desnatado. Para a alimentação das crianças, o Lactário dispunha de leite humano, de leite de vaca puro, "procedente de nossa chacara em Jaçanan e de 46 regimes alimentares, os quaes são distribuídos de accordo com a capacidade digestiva e as necessidades nutritivas das creanças" (p.200).

Neste sentido, a descrição e o funcionamento dos equipamentos, ao que tudo indica, parecem materializar as concepções científicas sobre o

cuidado das crianças no que diz respeito à sua alimentação. A declaração do mordomo nos remete a um conjunto de ações e procedimentos que deveriam orientar a alimentação das crianças sob a responsabilidade da Santa Casa. Com essa mudança, possivelmente, a Instituição se punha em conformidade com os princípios dietéticos divulgados naquele momento, ampliando as possibilidades de alimentação infantil na tentativa de minimizar os índices de mortalidade.

Além do leite consumido pelas crianças abrigadas no Berçário, e também fornecido a outras instituições sob a responsabilidade da Santa Casa, a Irmandade passou a vender a particulares o leite engarrafado. Pelas palavras do mordomo, tal medida estava dando "optimos resultados", em vista da grande procura que tem tido esse leite. "Não só paga os nossos bons clientes um precço compensador pelo produto, como diversos nos têm deixado donativos que, no seu total, cobrem generosamente todas as nossas despezas com as amas" (RELATÓRIO DA MORDOMIA, 1936, p.199).

Ainda segundo os relatos do mordomo Dumont Villares,

> este serviço é de elevada finalidade social. Por seu intermedio, socorremos innumeras creanças necessitadas de leite de peito e que, em muitos casos, só nesse alimento encontram salvação. Além disso, ampliada gradativamente e á medida das necessidades, esta secção irá aos poucos substituindo o velho habito de se separarem mães pobres dos seus proprios filhos para se alugarem como amas em casas de família mais abastadas. Com isso, lucrarão as famílias que desejam leite de peito para a alimentação infantil, porque receberão o producto hygienicamente ordenhado de mulheres previamente examinadas, sem a necessidade de terem em suas casas mulheres extranhas que nem sempre se adaptam bem á nova vida; e lucrarão immensamente os filhos das amas, que não se verão privados, de uma hora para outra, do alimento e do trato de sua própria mãe, a que estavam habituados – o que em muitos casos produz males irreparáveis (p.199).

Por meio de seus escritos, podemos observar identificar outras possibilidades de alimentação que não só o leite das amas. Vale chamar a

atenção para o fato de que, em seus relatórios, o médico se refere aos serviços das amas que não as contratadas pela Santa Casa mas sim das famílias bem postas, cujas mulheres não queriam ou não podiam amamentar.

Devemos notar que as intervenções médicas tinham como objetivo, na maioria dos casos, atingir as famílias e mulheres de origem pobre, educando-as por meio de preceitos de saúde e higiene. As campanhas elaboradas para essa finalidade foram realizadas de diversas formas no sentido de difundir as mais variadas noções de puericultura.

No que diz respeito às ações postas em prática pelos médicos do Asilo, a instalação do Berçário não tardou a produzir os seus frutos. Em reunião da mesa administrativa, de 05 de dezembro de 1941 (RELATÓRIO DA MORDOMIA, p.98), foi aprovado parecer da Comissão de Contas e Obras favorável à autorização para os estudos e elaboração de plantas e orçamento para a construção de um prédio anexo ao Asilo Sampaio Vianna para servir de Berçário.

De acordo com o relatório da mordomia de 1943, no mês de janeiro daquele ano havia 59 crianças no Berçário. Entraram durante o ano 29, faleceram 11, saíram 28. Em dezembro, havia 49: duas foram removidas para a Escola Pacheco e Silva, seis para o Asilo, dez entregues mediante tutela, nove entregues ao pai ou mãe e uma ao Juiz de Menores.

No mesmo relatório foi publicado um inventário do Berçário referente ao mês de agosto. Entre outros objetos, que podem ser indícios de uma ação pedagógica no local, estão: duas estantes grandes para brinquedos, duas estantes pequenas para brinquedos, um rádio, uma vitrola quebrada, três quadros, diversos brinquedos e um espelho.

Na documentação referente a 1945 registrava-se a informação de que o Berçário foi transferido para o Asilo dos Expostos:

> Depois de inteiramente remodelada, adaptada e modernizada, veio contribuir decisivamente para uma melhor e mais fácil orientação de trabalho pela unificação da administração e dos serviços médicos e de enfermaria.

> Estão realmente melhor assistidas crianças de primeira idade, 0 a 3 anos com maiores instalações da cozinha dietética e refeitório anexo, os novos banheiros dotados de todo conforto, tendo concorrido para a implantação de hábitos higiênicos e de educação. Sendo que todas as despesas realizadas com as reformas foram custeadas com o generoso donativo oferecido á nossa Irmandade pela São Paulo Companhia Nacional de Seguros (p.251).

Citando Vasconcelos & Sampaio (1938), Lívia Vieira, em artigo intitulado *Mal necessário: creches no Departamento Nacional da Criança (1940-1970)*, relata que, nas primeiras décadas do século XX, propunham-se dois tipos de instituições para socorrer as crianças pobres e combater as amas: "Os lactários, que alimentam as crianças e ensinam as mães servem às mulheres que podem guardar junto de si os filhos; e as creches de depósitos: para as mulheres que são forçadas a trabalhar" (1988, p.10).

Almeida, com base nos estudos de Goldemberg (1988), explica

> que os responsáveis pela comercialização dos alimentos industrializados para lactantes apresentavam seus produtos como uma alternativa higienicamente segura em comparação com as amas-de-leite, além de recomendá-los como alternativa ideal para a mulher urbana, que tinha necessidade de se integrar ao mercado de trabalho (1999, p.39).

Possivelmente, devido à crescente industrialização e, principalmente, o ingresso da mulher no mercado de trabalho, há uma intensificação das propagandas para o uso do leite artificial, que já vinha ocorrendo em períodos anteriores, estimulando o uso do alimento artificial, como pode ser comprovado por este anúncio publicado no jornal *A Província de S.Paulo*, em 1876, cujo título é *Ama de Leite*:

> A escassez das amas sadias e boas, o seu preço elevado, tem tornado a introdução da farinha láctea de Nestlé um verdadeiro beneficio para o Brasil. Hoje uma mãe póde ter a satisfação de criar seu filho com leite que tiver, pouco ou

> muito, sem risco de enfraquecer nem de soffrer na sua saúde, dando como complemento o excelente alimento de Nestlé tão gabado pelas summidades medicas da Europa já annunciadas. Com uma despeza mensal que não chega a 10$, póde-se hoje nutrir uma criança de peito nas melhores condições possíveis [...]. Preço de cada lata 1$400, em caixa de 24 latas far-se-há um abatimento (p.03).

Numa programação de três anúncios, percebe-se que o texto pontua as vantagens do leite, demarcando as desvantagens dos serviços das amas como, por exemplo, o preço cobrado pelo seu trabalho. Acentua que as vantagens eram balizadas pela opinião de médicos estrangeiros também favoráveis ao uso desse leite. Subentende-se, ainda, que o valor do leite artificial não seria alto, possibilitando seu consumo diário. Ou seja, há uma série de elementos argumentativos, característicos de um anúncio e que serviriam para convencer um público que viria a se converter em consumidor do produto.

Vale ressaltar que, possivelmente, um outro público alvo estivesse em vista: a classe médica, uma vez que se o leite era abalizado pelos médicos europeus, por que não seria pelos brasileiros já que também eram formadores de opinião?

Almeida salienta que, progressivamente, os médicos passaram da "condenação do desmame ao estímulo ao aleitamento artificial" (1999, p. 39). Provavelmente, segundo o autor, essa mudança estaria ligada ao fato de que a "fabricação em larga escala teve como conseqüência direta a ampliação do conjunto de exceções reconhecidas pelo discurso médico" (p.33).

O que podemos perceber é que, nas décadas iniciais do século XX, uma campanha mais forte em favor do leite artificial ganha corpo. Campanha capitaneada pelas próprias indústrias de alimentos no sentido de convencer, principalmente os médicos, sobre as vantagens de tal alimento. O objetivo maior era o de assegurar que, por meio desses profissionais, as informações sobre o leite artificial chegassem às mulheres-mães, seu grande público-alvo.

Para Almeida e Novak, a indústria construiu elementos culturais "de valorização do leite em pó, introjetados na sociedade brasileira através de estratégias voltadas prioritariamente para os que detinham o poder de prescrever o regime alimentar do lactente: os pediatras" (2004, p. 124). De acordo com os autores, os novos produtos foram "difundidos como resposta às descobertas sobre as necessidades nutricionais resultantes do avanço do conhecimento científico em relação às peculiaridades do metabolismo da criança" (p.124).

Neste sentido, fora a amamentação natural feita pelas mães ou amas e o leite de animais havia, a partir de então, a possibilidade do uso de leite artificial. Aliás, em mensagem enviada ao Congresso Legislativo, em 1921, o Dr. Washington Luis, presidente do estado de São Paulo, já assinalava tal prática. Relatando sobre os trabalhos da Secção de Protecção á Primeira Infância, do Serviço Sanitário e, mais especificamente, a da "Inspecção de Amas de Leite", declarava que

> o Lactario prestou seu valioso concurso nos casos de insufficiencia ou falta de leite materno, na phase de desmame e, nestas condições, fornece leite esterelisado e vários leites modificados e misturas lácteas. O total de leite fornecido foi de 43.119 frascos. Foram examinadas 70 pretendentes ao mister de amas de leite, tendo sido acceitas 44 e reccusadas 26 [...]. Distribuiram-se pelos cartórios de paz 6.750 instrucções sobre puericultura e hygiene alimentar da infância (1921, p. 42).

Observando a data do documento, é possível imaginar qual a consequência, para os serviços das amas, de um lactário público. Sabemos que o leite materno sempre foi apresentado, pela medicina, como sendo o melhor alimento para as crianças. Entretanto, os leites "modificados e misturas lácteas" poderiam ser uma alternativa para as mulheres que, clinicamente, não pudessem amamentar. Pelo que podemos acompanhar pelos relatórios da mordomia, a possibilidade do uso desse tipo de alimento quase não foi mencionado pelos médicos,

apesar da campanha contra os serviços das amas contratadas pela Santa Casa.

Em termos da Instituição, de forma declarada, somente no relatório da mordomia de 1925 é que encontramos o termo “artificial” relacionado à questão do aleitamento. Ao relatar sobre a mortalidade das crianças em poder das amas, Dr. Synésio Rangel Pestana revela que, entre as causas, estavam a “falta de assistência médica, falta de fiscalização das amas que aleitam creanças em domicilio e ignorância completa dessas mesmas amas, com relação ás *regras de Hygiene e de aleitamento natural e artificial* (1925, p.118 – grifo nosso).

Em 1935, Dr. Leite de Bastos, explicando as ações da Santa Casa para tentar diminuir a mortalidade infantil, entre elas a criação de um “Abrigo” para “mães indigentes que saem das maternidades”, relatava que se isso se concretizasse, as mães receberiam, naquele local, “noções de hygiene infantil, principalmente no que se refere a vestuário, banho, número de refeições, duração da mamada e *preparo da mamadeira*” (RELATÓRIO DA MORDOMIA,1935, p. 176 – grifo nosso).

Somente nesses dois momentos, numa diferença de 10 anos, entre um e outro, é que encontramos, nos relatórios, uma referência à questão do aleitamento artificial. Assim, na quase totalidade da documentação, médicos e mordomos não destacaram tal prática. Não foi possível levantar o motivo desse silêncio na documentação.

Talvez podemos pensar na questão de que a indústria de leite artificial ainda era recente no país e, portanto, passível de dúvidas e incertezas, fazendo com que os médicos, precavendo-se, não recomendassem tal tipo de alimento.

Novaes destaca que nos discursos da puericultura, cujas idéias chegaram ao Brasil no final do século XIX, havia uma forte propaganda em favor do aleitamento natural. “Razões de ordem físico-química impõem o aleitamento natural como o único racional e capaz de reduzir a zero a mortalidade infantil pelas gastro-enterites”, cita a autora utilizando

os textos dos Arquivos de Assistência à Infância do ano de 1907 (1999, p. 67).

Em relação ao serviço das amas, no relatório da mordomia de 1938, Dr. Leite de Bastos já relatava que o papel delas havia se modificado:

> De nutriz mercenária que era, qualificativo aviltante e desprezível, passou a ser doadora de leite, funcção altamente humanitária, conforto de mães que soffrem e salvação de criancinhas que fenecem (p, 275).

Além da criação do Berçário e do Lactário, outro motivo pode ter contribuído para a diminuição dos serviços das amas na cidade: na mesma década de 1940 o Estado, por meio da criação do Departamento Nacional da Criança (DNCr), do Ministério da Educação e Saúde e da Legião Brasileira de Assistência, começou a investir em instituições voltadas à proteção à infância e à maternidade. Um exemplo desta postura foi a criação de creches, "útil instrumento de socorro às mulheres pobres e desamparadas" (VIEIRA,1988, p. 4).

Citando Odilon de Andrade Filho (1952), Vieira revela ainda que as creches eram o "único elemento capaz de combater eficazmente o comércio das 'criadeiras' que capricham em concorrer para aumentar o obituário infantil" (1988, p.8). Segundo Vasconcelos & Sampaio (1938), citados por Vieira no mesmo estudo, "a multiplicação das creches pelos bairros das cidades eliminará, automaticamente, o comércio das criadeiras" (p.10).

Portanto, observa-se que, a partir da década de 1940, o serviço de amas de leite reduziu-se acentuadamente. Isso pode ser explicado pelo fato de que o Berçário criado pela Santa Casa era um local bastante procurado para obtenção de leite na cidade, segundo relatos publicados nos relatórios da mordomia. Paralelo ao Berçário, a instalação do Lactário pode ter sido um facilitador para a redução dos serviços das amas de leite na cidade de São Paulo na época aqui recortada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procuramos, neste trabalho, analisar as mudanças processadas na cidade de São Paulo entre o final do século XIX e primeiras décadas do XX, assim como os diversos sujeitos envolvidos, entre eles os médicos, autoridades governamentais, as crianças abandonadas e as amas de leite.

Conforme verificamos ao longo das duas partes, em meio às transformações que ocorriam na cidade de São Paulo, a Instituição e seus administradores estiveram diretamente envolvidos na forma como a Santa Casa se estruturou para atender as novas demandas sociais e os problemas urbanos, no caso, as iniciativas de mudanças na forma de assistir as crianças abandonadas determinando, muitas vezes, quais as práticas que deveriam ser implementadas e quais ações poderiam ser efetivadas para tentar acabar com as inúmeras problemáticas relacionadas à criança abandonada, entre elas a mortalidade infantil.

Para isso, a Santa Casa criou instrumentos e colocou em ação, em diferentes momentos históricos, modos de recolher, dar assistência e proteção à criança abandonada, tais como a Roda dos Expostos, contratação das amas de leite, Asilo dos Expostos, Berçário e Lactário, uma vez que a Instituição tornou-se um dos centros de assistência passando, ao longo do tempo, a se aproximar cada vez mais do Estado no que diz respeito ao atendimento aos problemas de ordem pública, entre eles, o das crianças que eram encontradas nas calçadas, lixeiras, praças ou mesmo depositadas na Roda.

Ressaltamos o lugar dos médicos, muitos deles da própria Santa Casa, em meio às transformações que ocorriam na cidade, bem como em relação aos problemas advindos dessas modificações. Balizados pelo saber científico, se autoproclamaram responsáveis pela solução dos inúmeros problemas presentes na cidade. Para isso, participaram

ativamente – juntamente com outros setores das elites – da elaboração de um amplo projeto de intervenção, que recaía sobre os mais diversos aspectos da realidade social, incidindo também sobre as amas e as crianças sob seus cuidados.

Muitos dos médicos e administradores da Santa Casa acabaram por ocupar postos-chaves em áreas do governo, participando da condução de um aparato institucional que serviria para minimizar os problemas que se faziam presentes no período ora recortado. Esse tipo de ação fez parte de um projeto maior e amplo que ocorria no país no sentido de educar e formar cidadãos saudáveis, úteis e preparados para servir à nação. Em grande parte, tal projeto foi elaborado e posto em prática por parcelas da corporação médica que, para isso, utilizou-se de uma série de medidas na tentativa de legitimar e consolidar sua autoridade, conduzindo o país ao nível das nações mais modernas.

Vale destacar que as práticas adotadas pelas amas no trato das crianças foram bastante discutidas pelos médicos, já que os modos de cuidado dispensados pelas amas a elas não se adequavam, muitas vezes, aos preceitos médicos ou higiênicos. Dessa forma, produziram uma série de representações sobre aquelas mulheres. Tais representações eram produzidas no sentido que gerar sobre aquelas mulheres dúvidas e suspeitas quanto à prática de seus cuidados com as crianças que amamentavam e criavam. Segundo os médicos, as amas, em sua maioria, não conseguiam seguir as regras básicas da higiene pois ainda estavam apegadas às práticas da medicina popular, condenáveis pois não eram embasadas pelos conhecimentos médicos.

Os relatórios da mordomia nos forneceram indícios dessas representações em suas linhas e entrelinhas, possibilitando compreender, em diversos momentos, as nuanças no contato entre os médicos e mordomos da Santa Casa com as amas e as crianças sob responsabilidade da Instituição.

Chamamos a atenção para o fato de que quase não apareceram, nos relatórios da mordomia, informações que dessem conta da morte das crianças assistidas pelos médicos. Ao contrário: em seus escritos, reclamavam de não ser chamados a tratá-las. Aliado a essa problemática, destacam a dificuldade de fiscalização dos serviços das amas, principal justificativa quando da divulgação dos dados da mortalidade infantil. Assim, as mortes por falta de assistência médica figuram como uma das principais causas da mortalidade, ao lado da indicação de que era fundamental mudar os costumes e hábitos das amas considerados impróprios, segundo os médicos e mordomos.

Para justificar os números que mostravam tal problemática, os médicos criam discursos que apontam ser eles, apoiados pelo Estado, capazes de orientar e conduzir a sociedade e, no caso, as mulheres, pelo caminho da modernidade, o que compreendia baixar a mortalidade infantil. Nesse trajeto, chegam a criar até índices toleráveis para a mortalidade, no caso, de 7%, acompanhando o que ocorria em outros países considerados modelares.

Ao longo deste texto observamos que foram construídas, tanto pelos médicos quanto pelos administradores das instituições sob responsabilidade da Santa Casa e, no caso, do Asilo dos Expostos, representações sobre essas crianças e sobre as amas. Representações que ora se afirmam, ora se contradizem, que se interligam, que se confundem, servindo como indícios para compreender que espaço e local caberia às crianças e às amas no interior das diversas intervenções de ordenação social da cidade.

Evidenciam-se, ainda, nos relatórios, as representações calcadas em imagens de degradação, penúria, sugerindo que as amas, ou melhor a "ignorância" daquelas mulheres, bem como a distância de suas moradias, eram os fatores preponderantes e responsáveis pela mortalidade das crianças sob seus cuidados. A principal justificativa dos médicos dizia respeito à sua própria origem e formação – pobres e sem instrução –

embora também houvesse casos em que pairavam sobre elas acusações de negligência para com as crianças.

A questão é que, talvez, pelo fato de morarem em lugares mais afastados do centro da cidade, trabalharem num serviço no qual ganhavam baixos rendimentos, acabavam por incomodar parcelas das elites que acabavam por representá-las, muitas vezes, como pessoas cujo comportamento era considerado inconveniente para aquele período histórico. Necessitando, então, de controle e regulações para poderem exercer seus serviços.

A divulgação dos índices de mortalidade das crianças junto às amas enuncia um incômodo e uma urgência para reverter tal quadro, afirmando-se a necessidade de ampliação do atendimento médico e de fiscalização nas regiões mais afastadas da cidade de São Paulo, local de moradia da maioria das amas contratadas pela Santa Casa.

Neste sentido, a problemática explicitada em quase todos os relatórios da mordomia contribui para colocar os médicos da Santa Casa em uma situação de destaque, privilegiada, cabendo principalmente a eles elaborar as estratégias que determinavam as relações entre eles e as amas. Relações estas que, na maioria das vezes, desautorizavam as práticas de cuidados que as amas deveriam ter para com as crianças sob sua responsabilidade, num perverso jogo de críticas sobre elas e seu modo de viver.

Esses profissionais apóiam-se nas imagens de que a mulher pobre era incapaz de cuidar de seus filhos, das crianças sob sua responsabilidade, seja por “ignorância”, “falta de instrução”, ou mesmo por conta da “pobreza” ou dos meios insalubres nos quais a maioria delas vivia. Daí um movimento no sentido de colocá-la sob a tutela da medicina. Na passagem do século XIX para o XX esse quadro fica mais visível, quando se procurava incutir os preceitos de higiene e saúde, a melhor maneira de alimentar as crianças, de vesti-las, justamente pela necessidade de salvar suas vidas, de preservar seus corpos.

As estratégias postas em prática, pela Santa Casa e seus administradores, com o objetivo de resolver a problemática das crianças abandonadas em São Paulo foram marcadas, como podemos observar ao longo do trabalho, pela preocupação e intento de prolongar a vida das crianças. Para atingir tal meta a Instituição foi demarcando seu espaço na sociedade paulistana, colocando em prática iniciativas em relação à assistência e proteção à criança abandonada.

Nossa principal fonte primária, os relatórios da mordomia, possibilitaram, na medida do possível, responder tais indagações. Isso porque pudemos extrair da documentação informações sobre a importância da Santa Casa, e seus membros, em relação ao processo que deu corpo às práticas de proteção à criança abandonada na cidade de São Paulo.

A análise dos relatórios também nos ajudou a dar visibilidade às iniciativas postas em prática em termos da problemática das crianças abandonadas na cidade de São Paulo, bem como aos modos pelos quais os personagens ligados à Santa Casa foram se inserindo na sociedade de então para colocá-las em prática em meio à configuração dos novos espaços urbanos e as demandas exigidas para tal remodelação.

O diálogo com essa documentação, como pode ser percebido, foi acompanhado da leitura e análise de outras fontes que nos deram suporte para ampliar nossa percepção a respeito das mudanças processadas na cidade, que envolveram as mais diversas camadas da sociedade, nos auxiliando a perceber que tal processo envolveu disputas, acordos, resistências, aceitações, apontando para a existência de múltiplas circunstâncias e situações que ora favoreciam, ora prejudicavam as parcelas mais pauperizadas da população, entre elas as amas e as próprias crianças que eram criadas com elas.

Assim, procuramos enfocar, ao longo deste trabalho, algumas iniciativas que foram colocadas em prática na tentativa de dar conta de resolver as situações de emergência presentes na cidade de São Paulo.

Para isso a Santa Casa, seus médicos e administradores, articulados a setores políticos, jurídicos, religiosos, compunham uma força que possibilitou a implementação de inúmeros serviços que objetivavam encontrar soluções para os inúmeros problemas postos pelo crescimento da cidade.

Neste sentido queremos, neste momento, levantar uma questão importante: o que teria justificado a permanência da Roda dos Expostos nos muros da Santa Casa por cerca de 126 anos? Colocada em funcionamento, na cidade de São Paulo, a partir de 1825, o instrumento foi usado para receber a criança abandonada até 1951. Seu prolongamento ao longo de todo esse período nos permite inferências, já que a demora para desativá-la não combina com o processo de modernização e desenvolvimento pelo qual passava a cidade no período ora recortado.

Portanto, cabe indagar: seria essa longa permanência devida a questões morais? Ou seja, a Roda, mesmo na metade do século XX, ainda serviria para "esconder" ou mesmo "eliminar" da família a criança fruto de uma relação indesejada, de um amor ilícito?

Outro ponto a observar, agora de cunho econômico. Havia uma população pobre, carente de recursos que acabava por abandonar as crianças na Roda sabendo que a Santa Casa ofereceria tratamento médico ou, na pior das hipóteses, um enterro digno. Longe de ser o local ideal, a Roda acabou sendo, de uma maneira ou de outra, uma alternativa "civilizada" ao infanticídio, considerado, historicamente, um ato bárbaro.

Enfim, são inúmeras as proposições que podem ser levantadas a respeito da permanência da Roda em São Paulo durante tanto tempo. A despeito de qualquer conjectura, fica nossa dúvida em relação aos motivos pelos quais médicos e administradores da Santa Casa não desativaram o instrumento pois ambos estavam ligados à corrente higienista que combatia o uso da Roda. Sua permanência, inclusive, era ilegal, já que desrespeitava o Código de 1927, que proibia sua existência no país.

Desse modo, procuramos interrogar sobre a problemática do abandono das crianças, bem como sobre a mortalidade infantil e o papel desempenhado pela Santa Casa de São Paulo no enfrentamento dessas questões. Apontamos, ainda, as diversas estratégias de intervenção elaboradas e colocadas em prática, as quais procuraram recobrir os mais diversos aspectos da realidade social, incidindo tanto sobre a cidade quanto sobre seus moradores. No caso de nosso trabalho, mais especialmente, iniciativas no sentido de melhorar a assistência e proteção à criança abandonada. Especificamente em relação à criação do Berçário, em 1936, podemos perceber que o mesmo materializa uma série de concepções que perpassam o discurso sobre a mortalidade infantil, configurando-se em dispositivo privilegiado da biopolítica.

Não tivemos, claro, a pretensão de esgotar a temática. São vários os aspectos que ainda podem e devem ser explorados e investigados no que diz respeito à problemática do abandono de crianças e à forma de sua assistência e proteção. Afinal, são inúmeras as dimensões que recobrem a história de tais práticas, sendo importante conhecer melhor, por exemplo, o que acontecia no interior das instituições voltadas para este tipo de atendimento. Ou mesmo o papel dos médicos, grandes responsáveis pelo projeto civilizatório que tinha na intervenção junto à criança pobre, um objeto privilegiado de ação regeneradora e modeladora da sociedade.

Outras temáticas que podem ser perseguidas em trabalhos futuros dizem respeito às instituições sociais voltadas às crianças pobres. Conforme analisamos, foram vários os projetos criados no sentido de dar assistência e proteção a essa parcela da população e que merecem ser pesquisados, por exemplo, no âmbito da história da educação.

Também não podemos esquecer das possibilidades de se pesquisar fontes relativas às camadas mais empobrecidas, no sentido de buscar entender algumas facetas que compõem os modos de intervenções e de

moralização sofridos por essa parcela da população em diferentes períodos históricos.

A par destas considerações, podemos concluir que os serviços prestados pela Santa Casa, no período recortado, fizeram parte de um projeto maior de reorganização da sociedade paulistana. Projeto que levou em conta a mudança de valores, costumes e de padrões de comportamento no sentido de transformar a criança em um adulto saudável e útil para o país.

Para atingir tais objetivos, foram colocadas em cena ações, em diferentes momentos e contextos históricos, que partiram da Santa Casa, por meio de seus médicos e administradores, ao criar instituições como a Roda, o Asilo dos Expostos, o Berçário e o Lactário e os serviços das amas de leite, que serviram como principais iniciativas para o cuidado às crianças abandonadas na cidade de São Paulo, numa tentativa de enfrentar a problemática do abandono durante o período recoberto por esta pesquisa. Período no qual essas crianças estiveram no cerne de inúmeras discussões que visavam dar a elas assistência e proteção.

BIBLIOGRAFIA

1 - FONTES PRIMÁRIAS

1– Documentos

Anuário de Ensino do Estado de São Paulo - 1918

BRASIL. *Código Penal*. BASTOS, José T. (Org). São Paulo: C. Teixeira & C. Editores, 1918.

BOLETIM do Congresso Brasileiro de Proteção á Infância, *1º Boletim n.º 7: theses officiaes, memorias e conclusões.* Rio de Janeiro: Emp. Graph. Ed., 1925.

CÓDIGO DE MENORES de 1927, decreto n. 17943 A – 12/10/1927. In: *Boletin Del Instituto Internacional de Protección a la Infância.* Tomo II, n.º 1, Junho de 1928.

CÓDIGO DE POSTURAS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. São Paulo: Casa Vanorden, 1921.

DECRETO 233, de 02/03/1894. Estabelece o Código Sanitário.

D'ELIA, Ricardo (Org.). *Dicionário Médico Encyclopedico*. Rio de Janeiro: Livraria Editora Braz Laura, 1926.

Internacional Americano de Protección a la Infancia. Enero, 1909, n.27.

LIVROS DE VENCIMENTOS DAS AMAS – 1897-1901.

MENSAGEM do presidente do estado de São Paulo, Dr. Francisco A Peixoto Gomide ao Congresso Legislativo do Estado, 1898.

MENSAGEM do presidente do estado de São Paulo,Dr. Fernando Prestes de Albuquerque ao Congresso Legislativo do Estado, 1900.

MENSAGEM do presidente do estado de São Paulo,Dr. Carlos Augusto Pereira Guimarães ao Congresso Legislativo do Estado, 1914.

MENSAGEM do presidente do estado de São Paulo, Dr. Francisco P. Rodrigues Alves ao Congresso Legislativo do Estado, 1915.

MENSAGEM do presidente do estado de São Paulo, Dr. Washington Luis pereira de Sousa ao Congresso Legislativo do Estado, 1921.

MENSAGEM do presidente do estado de São Paulo., Dr. Washington Luis Pereira de Sousa ao Congresso Legislativo do estado, 1923.

MENSAGEM do presidente do estado de São Paulo, Dr. Carlos de Campos, ao Congresso Legislativo do Estado, 1925.

MENSAGEM do presidente do estado de São Paulo, Dr. Carlos de Campos, ao Congresso Legislativo do Estado, 1926.

MONTEVIDEO. Boletín Del Consejo Nacional de Higiene.In: *Boletin del Instituto.* Año, IV,n. 27, 1909.

OFÍCIO - enviado pela polícia do estado de São Paulo. Ano de 1919.

QUEIROZ, Leôncio. *Moléstias dos lactentes e seu tratamento*. São Paulo: Editora Limitada, 1927.

RELATÓRIO da Directoria do Serviço Sanitário do Estado de S.Paulo, apresentado ao Sr. Secretario dos Negócios do Interior Dr. Gustavo de Oliveira Godoy, pelo Director Geral, Dr. Emilio Ribas (1906). São Paulo, Typographia do Diário Oficial, 1907.

RELATÓRIOS do irmão Mordomo dos Expostos. In: *Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo*. Relatório [anual]. São Paulo: 1901/1949.
SÃO PAULO. Regulamento para o Serviço das Amas-de-Leite. In: *O Estado de S.Paulo*, 1905.
SILVA, Antonio de Moraes. *Diccionario da língua portuguesa*. 2ª.ed. Lisboa. Imprensa Régia, 1822.

1.2 – Periódicos

-*A Província de São Paulo*. São Paulo, 28 out.1876.
_____ . São Paulo, 24 nov. 1877.
_____ . São Paulo, 01 jul. 1879.
_____ . São Paulo, 28 jun. 1880.

- *O Estado de S.Paulo*. São Paulo, 25 jan. 1890.

_____. São Paulo, 14 set.1896.

_____. São Paulo,16 set.1901.

_____. São Paulo, 5 jan. 1918.

_____. São Paulo, 19 fev.1919.

_____. São Paulo, 31 maio 1936.

Imprensa Médica. São Paulo, n. 11, 1904.

BIBLIOGRAFIA

ABREU, Laurinda. O papel das Misericórdias dos 'lugares de além-mar' na formação do Império português. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.8, n.3,2001. Disponível em: hhtp: www. sciello.br. Acesso em 01 de março de 2007.

ABREU, Sérgio, F.A.; CASTRO, Myriam M. P. de. A arte de administrar a pobreza: assistência social institucionalizada em São Paulo no século XIX. TRONCA, Ítalo (Org.). *Foucault vivo*. Campinas-SP: Pontes, 1987.
ALMEIDA, João Aprigio Guerra de; NOVAK, Franz Reis. *Amamentação: um híbrido natureza-cultura*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2004.
ALVARES, João Teixeira. *Mortalidade das crianças em São Paulo (Conselho às mães de famílias).* São Paulo: Typographia Carlo Gerke e Cia., 1894.
ALVES, Geraldo José. *A contabilidade da higiene. Representações da mortalidade no discurso médico demográfico de São Paulo (1903-1915).* Dissertação (Mestrado em História) - FFLCH-USP, São Paulo, 1999.

ARIÈS, Philippe. *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1981.

BADINTER, Elisabeth. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BALEN, Age.D.J.van. *Disciplina e controle da sociedade: análise do discurso e da prática cotidiana*. São Paulo: Cortez, 1983.

BEISIEGEL,Celso Rui. Educação e sociedade no Brasil após 1930. In: PIERUCCI, A. F. O. (Org.). *História Geral da Civilização Brasileira. O Brasil Republicano – Economia e Cultura (1930-1964).* vol. 11. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

BENVENUTO, Andréa. O surdo e o inaudito. À escuta de Michel Foucault. *Foucault 80 anos*. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

BRESCIANI, Maria Estela. Metrópoles: as faces do monstro urbano (as cidades no século XIX).*Revista Brasileira de História*, SP, v.5, n. 8/9 set.1984/abril 1985.

_____. *Imagens da cidade – séculos XIX e XX*. Anpuh/SP. São Paulo: Editora Marco Zero, 1994.

_____ . História e historiografia das cidades, um percurso. FREITAS, M.C. (Org.*) Historiografia brasileira em perspectiva*. São Paulo: Contexto, 1998.

BIRN, Anne-Emanulle. O nexo nacional-internacional na saúde pública: o Uruguai e a circulação das políticas e ideologias de saúde infantil 1890-1940. *Revista História, Ciência, Saúde: Manguinhos. v.13, n.3 (jul/.set.)* Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2006.

BIROLLI, Maria Isabel A. M. *Os filhos da república. A criança pobre na cidade de São Paulo 1900-1927*. Dissertação (Mestrado em História) – PUC –SP, 2000.

BOSWELL, John. *La Misericórdia aleja*. Barcelona: Muchmik Editores, 1999.

BRUNO, Ernani Silva. *Histórias e tradições da cidade de São Paulo. Burgo de estudantes (1828-1872).* São Paulo: José Olympio Editora, 1954.

CAMPOS, Cristina. *São Paulo pela lente da higiene: as propostas de Geraldo Horácio de Paula Souza para a cidade (1925 -1945).* São Carlos, RiMa, 2002.

CAPELARI, Simone; SALGADO, Ivone. As premissas higiênicas nas regulamentações das ruas, esgotos, servidões e cortiços nos códigos de posturas do município de São Paulo de 1875 e 1886. *Anais do XIII Encontro de Iniciação Científica da PUC-Campinas - 21 e 22 de outubro de 2008.*

CARNEIRO, Glauco M. *O poder da Misericórdia. A Irmandade da Santa Casa na história social e política da cidade de São Paulo: 1560-1985*. São Paulo: Press Grafic, 1986.

CARVALHO, José Murilo de. *Os bestializados. O Rio de Janeiro e a República que não foi*. São Paulo: Cia. das Letras, 1987.

CARVALHO, Marta Maria Chagas de. Quando a história da educação é a história da disciplina e da higienização das pessoas. FREITAS, M. C. (Org.) *História social da infância no Brasil*. São Paulo: Cortez, 1997.

CARVALHO, Vera Maria de. *Girando em torno da roda: a Misericórdia de São Paulo e o atendimento às crianças expostas, 1897-1951*. Dissertação (Mestrado em História) - FFLCH-USP, São Paulo, 1996.

CASALECHI, José Ênio. *O partido republicano paulista*. Política e poder (1889-1926). São Paulo: Ed. Brasiliense, 1987.
CHARTIER, Roger. *A história cultural: entre práticas e representações*. Lisboa: Difel/Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1990.

CORREIA, Luciana Cristina. A reforma do Serviço Sanitário Estadual de 1925. *Os novos caminhos da política sanitária paulista.* Monografia – UNICAMP, IFHC, 2009.
COSTA, Jurandir F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999.
CRESPO, Jorge. *A história do corpo*. Portugal, Lisboa: Difel, 1990.
CUNHA, Luiz Antonio. *O ensino de ofícios artesanais e manufatureiros no Brasil escravocrata*. São Paulo: Ed. Unesp, Brasília, Flarso, 2000.
CUNHA, Maria Clementina Pereira. *O espelho do mundo. Juquery, a história de um asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

DECCA, Maria Auxiliadora Guzzo. *A vida fora das fábricas: cotidiano operário em São Paulo (1920-1934).* Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

DEL PRIORE, Mary. *História das crianças no Brasil*. São Paulo: Contexto, 1991.

_____. *Ao sul do corpo: condição feminina, maternidade e mentalidades no Brasil Colônia*. Rio de Janeiro: José Olympo, 1995.

_____. *Histórias do cotidiano*. São Paulo: Contexto, 2001.

DIAS, Maria Odila Leite da Silva. *Quotidiano e poder em São Paulo no século XIX*. São Paulo: Brasiliense, 1984.
DONZELOT, Jacques. *A polícia das famílias*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1980.
ENGELS, Friedrich. *A origem da família, da propriedade privada e do Estado*. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, S.A, 1974.

FARIA FILHO, Luciano Mendes. A legislação escolar como fonte para a História da educação: uma tentativa de interpretação. *Educação, modernidade e civilização: fontes e perspectivas de análises para a história da educação oitocentista*. Belo Horizonte: Autêntica, 1998.
FIGUEIRA, Fernandes. *Consultas praticas de hygiene infantil.* Rio de Janeiro: Editores Leite Ribeiro & Maurillo,1919.
FLANDRIN, Jean-Louis. *Famílias: parentesco, casa e sexualidade na sociedade antiga*. Lisboa: Editorial Estampa, 1995.

FOUCAULT, Michel. *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1972.
_____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
_____. *História da sexualidade I: a vontade de saber.* Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

_____. *Vigiar e punir- história da violência nas prisões.* Petrópolis: Vozes, 1997.

_____. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976).* São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. *Segurança, território e população: curso dado no Collège de France (1977-1978)*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FREITAS, M. C. de. *Alunos rústicos, arcaicos e primitivos: o pensamento social no campo da educação*. São Paulo: Ed. Cortez, 2005.
FREYRE, Gilberto. *Casa-grande & senzala*. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 1963.
FUKUI, Lia Freitas Garcia. *Sertão e bairro rural*. São Paulo: Ática, 1979.

GANDELMAN, Luciana Mendes. *Entre a cura das almas e o remédio da vida: o recolhimento das órfãs da Santa Casa Misericórdia do Rio de Janeiro e a caridade para com as mulheres – 1739-1830*. Dissertação (Mestrado em História), IFCH - UNICAMP, Campinas-SP, 2001.
GÉLIS, Jacques. A individualização da criança. *História da vida privada*. ARIÈS, Philippe; CHARTIER, Roger (Org.). São Paulo: Cia. das Letras, v.3, 1995-2002, p. 311-329.

GIGLIO, Célia Maria Benedicto. *Uma genealogia de práticas educativas na província de São Paulo; 1836-1876*. Tese (Doutorado em Educação). Universidade de São Paulo – FE, 2001.

GOFFMAN, Erving. *Estigma. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC Editora AS, 1988.

GONDRA, José Gonçalves. *Artes de civilizar: medicina, higiene e educação escolar na Corte imperial*. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2004.

HERSCHMANN, Micael. M. & PEREIRA, Carlos A.M. (Orgs.). *A invenção do Brasil moderno: medicina, educação e engenharia nos anos 20-30*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

KISHIMOTO, Tizuko Morchida. *A pré-escola em São Paulo - 1877 a 1940*. São Paulo: Coleção Educar. Ed. Loyola, 1988.
KHOURY, Yara A. *Guia dos arquivos das Santas Casas de Misericórdia do Brasil (fundadas entre 1500 e 1900)*. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, PUC-SP/CEDIC:FAPESP, 2004.
KOHAN, Walter Omar; GONDRA, José. *Foucault 80 anos*. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

KUHLMANN JR, Moysés. *Educação pré-escolar no Brasil (1899-1922). Exposições e congressos patrocinando a "assistência científica"*. Dissertação (Mestrado em Educação) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1990.

_____. *As grandes festas didáticas: a educação brasileira e as exposições internacionais.* Tese (Doutorado em História Social) – FFLCH-USP, São Paulo, 1996.

_____ . *Infância e educação infantil: uma abordagem histórica.* Porto Alegre: Mediação, 1998.

_____ . Raízes da historiografia educacional brasileira (1881-1922*). Cadernos de Pesquisa*. Fundação Carlos Chagas. São Paulo: Editora Autores Associados, n. 106, março 1999, p. 159-171.

_____. A circulação das idéias sobre a educação das crianças: Brasil, início do século XX. FREITAS, Marcos Cezar de; KUHLMANN JR, Moysés. (Orgs.). *Os intelectuais na história da infância*. São Paulo: Cortez, 2002.

_____. Sobre a história da infância. FARIA FILHO, Luciano Mendes (Org.). *A infância e sua educação – materiais, práticas e representações* (Portugal e Brasil). Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

LE GOFF, Jacques. *História e memória*. Campinas, SP: Editora Unicamp, 1990.LEITE, Ligia Costa. *Meninos de rua: a infância excluída no Brasil*. São Paulo: Atual, 2001.

LEITE, Miriam L. M. O óbvio e o contraditório da Roda. DEL PRIORE, M. *História da criança no Brasil*. São Paulo: Contexto, 1991.

LOBATO, Monteiro. *Urupês.* São Paulo: Editora Brasiliense, 1962.

LOPES, Eliane Cristina. *O revelar do pecado: os filhos ilegítimos na São Paulo do século XVII. Dissertação (Mestrado . Departamento de História FFLCH –USP, 1995.*

LUZ, Madel Terezinha. *Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde (1850 -1930)*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1982.

MACHADO, Roberto *et al. Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed.Graal, 1978.

MARCÍLIO, Maria Luíza. *A cidade de São Paulo: povoamento e população – 1750-1850-SP:* Pioneira/Ed. da USP, 1973.

_____. A Roda dos Expostos e a criança abandonada na história do Brasil-1726-1950. FREITAS, M.C. *História social da infância no Brasil.* São Paulo: Cortez, 1997.

_____. *História social da criança abandonada*. São Paulo: Hucitec, 1998.

_____. *História da escola em São Paulo e no Brasil.* São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo; Instituto Fernand Braudel, 2005.

MARQUES, Vera Regina Beltrão. *A medicalização da raça: médicos, educadores e discurso eugênico*. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 1994.

MATOS, Maria Izilda Santos de. *Por uma história da mulher*. Bauru, SP: EDUSC, 2000.

MATOS, Maria Izilda Santos de; SOIHET, Rachel (Orgs.). *O corpo feminino em debate*. São Paulo: Editora UNESP, 2003.

MAZZIERI, Berta Ricardo. *Faculdade de medicina: a casa de Arnaldo*. São Paulo: Revinter, 2004.

MERISSE, Antonio. *Lugares da infância. Reflexões sobre a história da criança na fábrica, creche e orfanato.* Assis: Editora Arte&Ciência, 1997.

MERHY, Emerson Elias. *O capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo.* Campinas, SP: Papirus, 1987.

MESGRAVIS, Laima. *A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (1599?-1884). Contribuição ao estudo da assistência social no Brasil*. São Paulo, Conselho Estadual de Cultura, 1976.

MORAES, Carmen Sylvia Vidigal. A normatização da pobreza: crianças abandonadas e crianças infratoras. *Revista Brasileira de Educação*. set/out/nov/dez 2000. p. 70-96.

_____. *A socialização da força de trabalho: instrução popular e qualificação profissional no estado de São Paulo – 1873-1934.* Bragança Paulista: EDUSF, 2003.

MORSE, Richard M. *Formação histórica de São Paulo: de comunidade a metrópole.* São Paulo: Difel, 1970.

NASCIMENTO, Alcileide Cabral do. *A sorte dos enjeitados: o combate ao infanticídio e a institucionalização da assistência às crianças abandonadas no Recife (1789-1832)*. São Paulo: Annablume, FINEP, 2008.

NASCIMENTO, Maria Evelyna Pompeu do. *Do adulto em miniatura à criança como sujeito de direitos: a construção de políticas de educação para a criança de tenra idade na França*. Universidade Estadual de Campinas, Tese (Doutorado em Educação), 2001.

NEGRÃO. Ana Maria. *Infância, educação e direitos sociais: "Asilo de Órfãs (1870-1960)".* Tese (Doutorado em Educação), Unicamp, 2002.

NETTO, Luiz Roberto. Por debaixo dos panos. A máquina policial e o problema da infância desvalida na cidade de São Paulo (1910-1930). *Revista Brasileira de História*. São Paulo: n. 17, v.9, set.88/fev.89, p.129-141.

NOVAES, Maria Helena Dutilh. *A puericultura em questão*. Dissertação (Mestrado em Medicina), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1979.

OLIVEIRA, Henrique Luiz Pereira. *Os filhos da falha. Assistência aos expostos e remodelação das condutas em Desterro (1828-1887).* Dissertação (Mestrado em História), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1990.

PARK, Margareth Brandini. *Histórias e leituras de almanaques no Brasil*. Campinas, SP: Mercado das Letras: Associação de Leitura do Brasil; São Paulo: fapesp, 1999.

PEDRO, Joana Maria. As representações do corpo feminino nas práticas contraceptivas, abortivas e no infanticídio, século XX. MATOS, Maria Izilda Santos; SOIHET, Rachel (Orgs.). *O corpo feminino em debate*. São Paulo: Ed. Unesp, 2003.

PERNETTA, César Beltrão. *Alimentação do lactente sadio*. São Paulo: Empresa Gráfica Revista dos Tribunais, 1939.

PERROT, Michele. *Os excluídos da história: operários, mulheres e prisioneiros*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

PILOTTI, F.; RIZZINI, I. *A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto Interamericano Del Nino, Editora Universitária Santa Úrsula, Amais Livraria e Editora, 1995.

PINTO, Maria Inez Machado Borges. *Cotidiano e sobrevivência: a vida do trabalhador pobre na cidade de São Paulo -1890-1914*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1994.

PONCIANO, Levino. *Bairros paulistanos de A a Z.* São Paulo: Editora Senac, 2003.

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

REIS FILHO, Casemiro dos. *A educação e a ilusão liberal*. Campinas: Autores Associados, 1995.

RIBEIRO, Maria Alice. *História sem fim... Inventário da saúde pública*. *São Paulo-1880-1930*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1993.

RIZZINI, Irma. *Assistência à infância no Brasil*: *uma análise de sua construção*. Rio de Janeiro: Ed. Universitária Santa Úrsula, 1993.

RIZZINI, Irene. *O século perdido: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil*. Rio de Janeiro: Petrobrás-BR: Ministério da Cultura: Ed. Universitária: Amais, 1997.

ROCHA, Heloísa Helena Pimenta. *A higienização dos costumes: Educação escolar e saúde no projeto do Instituto de Hygiene de São Paulo (1918-1925).* Campinas, SP: Mercado das Letras/Fapesp,2003.

ROCHA, Heloísa Helena Pimenta; ROCHA, José Fernando Teles da Rocha. *De criadeiras a fazedoras de anjos: as amas de leite e a criança desvalida sob o olhar da medicina* (no prelo).

ROCHA, José Fernando Teles da. *Práticas sociais e pedagógicas no Asilo dos Expostos da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – 1896-1950*. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade São Francisco, Itatiba, 2005.

ROCHA-COUTINHO, Maria Lúcia. *Tecendo por trás dos panos: a mulher brasileira nas relações familiares*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

ROSEN, George. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Hucitec. Editora da Universidade de São Paulo; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994.

RUSSELL-WOOD, A. J. R. *Fidalgos e filantropos: a Santa Casa de Misericórdia da Bahia, 1550-1755*. Brasília: Ed. da Universidade de Brasília, 1981.

SAMPAIO, Gabriela dos Reis. *Nas trincheiras da cura: as diferentes medicinas no Rio de Janeiro imperial.* Campinas, SP: Editora da Unicamp, Cecult, IFCH, 2001.

SANDRE-PEREIRA,Gilza. Amamentação e sexualidade. *Revista de Estudos Feministas*. Florianópolis, v. 11, n.2, jul/dez./2003.

SANTOS, Carlos José Ferreira dos. *Nem tudo era italiano: São Paulo e pobreza*: *1890-1915*. São Paulo: Annablume/Fapesp, 2003.

SANTOS FILHO, Licurgo de Castro. *História geral da medicina brasileira*. São Paulo: Hucitec. Ed. Universidade de São Paulo, 1977.

SANT'ANNA, Jorge; GONZAGA, Leonel. *Escola de mães. Saúde de filhos*. Rio de Janeiro: Officinas Graphicas da Casa Leuzinger, 1931.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. *Retrato em branco e negro: jornais, escravos e cidadãos em São Paulo no final do século XIX*. São Paulo: Cia. das Letras, 1987.

_____. *O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil - 1870-1930*. São Paulo: Cia. das Letras, 1993.

SEGAWA, Hugo. São Paulo, veios e fluxos: 1872-1954. In: PORTA, Paulo (Org.). *História da cidade de São Paulo: a cidade na primeira metade do século XX*. São Paulo: Paz e Terra, vol. 3, 2004.

SEVCENKO, Nicolau. *Orfeu extático na metrópole. São Paulo sociedade e cultura nos frementes anos 20***.** São Paulo: Cia. das Letras, 1992.

SILVA, Márcia Regina Barros da. O processo de urbanização paulista: a medicina e o crescimento da cidade moderna. *Revista Brasileira de História*. São Paulo, v.27, n.53, 2007.

SOARES, Carmen Lúcia. Escultura da carne: o *bem-estar* e as pedagogias totalitárias do corpo. RAGO, Margareth; VEIGA, Alfredo (Orgs.). *Para uma vida não- fascista*. Belo Horizonte: Autêntica, 2009, v.1, p.63-81.

_____. *Educação Física: raízes européias e Brasil.* Campinas – SP: Autores Associados, 2007.

SOUZA, Vanderlei Sebastião de et al. Arquivo de Antropologia Física do Museu Nacional: fontes para a história da eugenia no Brasil. *História,.Ciência, Saúde-Manguinhos* [online]. 2009, vol.16, n.3 [cited 2010-10-05], pp. 763-777.

TELAROLLI JÚNIOR, Rodolfo. *Poder e saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo. São Paulo*: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1996.

TRINDADE, Judite Maria Barboza. O abandono de criança ou a negação do óbvio. *Revista Brasileira de História*, v. 19, n. 37, São Paulo, set. 1999.

VEIGA, Cynthia; GOUVEIA, Maria C.S. Comemorar a infância nas primeiras décadas republicanas. *Educação e Pesquisa.* São Paulo, v.26, n.1, jan./jun. 2000, p.135-160.

VENÂNCIO, Renato Pinto. *Famílias abandonadas: assistência à criança de camadas populares no Rio de Janeiro e em Salvador - séculos XVIII e XIX*. Campinas, SP: Papirus, 1999.

_____ . Maternidade negada. In: DEL PRIORE, Mary (Org.*). História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2001.

VIGARELLO, Georges. *O limpo e o sujo: uma história da higiene corporal*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

VIEIRA, Lívia Maria Fraga. Mal necessário: creches no Departamento Nacional da Criança (1940-1970). *Caderno de Pesquisa*. Fundação Carlos Chagas. São Paulo: n. 67, nov. de 1988, p. 3-16.

VIVIANI, Luciana Maria. *Formação de professores e escola normal: a biologia necessária.* FE-USP – Tese (Doutorado em Educação), 2003.

VOTTA, Raul. *A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo nos primórdios de sua existência. Contribuição para a história hospitalar de São Paulo*, 1951.

YALOM, Marylin. *História do seio*. Lisboa-Portugal: Editorial Teorema, 1998.

FONTES DIGITALIZADAS

Dados estatísticos. Disponível em www.seade.org.br – Acesso em 20 de dezembro de 2010.

Relatórios da Mordomia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Disponível em www.fcc.org.br – Acesso em 21 de dezembro de 2010.