

PROCRIAÇÃO INTENSA NA BAHIA: UMA "NATURALIDADE" SOCIALMENTE CONSTRUÍDA*

Guaraci Adeodato Alves de Souza**

Discute-se, neste trabalho, como os padrões de procriação intensa entre casais das elites baianas no passado, e entre os das camadas mais pauperizadas, neste século, ao menos até os anos 70, foram socialmente construídos e naturalizados, contando com grande incentivo da Igreja Católica e da Medicina, através da ação dos seus corpos profissionais.

1. INTRODUÇÃO

Os padrões de procriação intensa são freqüentemente designados pelo conceito de "fecundidade natural" e tratados como meras sobrevivências do passado, sustentadas por uma persistente ausência de regulação da conduta sexual - reprodutiva. Esta suposta ausência de regulação é explicada ora como um sintoma de um exercício da procriação movido por impulsos primitivos ou "naturais", ora como uma resultante da influência pró-natalista da Igreja Católica, como se a ação desta instituição estivesse desligada da do Estado e das classes superiores e dominantes e não fosse condicionada pelas circunstâncias concretas da vida social, em cada fase histórica.

Com base em dados empíricos para a Bahia, quero discutir como os padrões de procriação intensa das elites, no passado, e das camadas mais pauperizadas, no presente, foram socialmente construídos e "naturalizados" pelas ideologias correntes, tentando discernir que tipo de influência tiveram a Igreja e a Medicina, através dos seus corpos profissionais. Considero a hipótese de que ambas manipulam normas e regras restritivas e expansivas da procriação e buscam difundir-las e repassá-las aos "leigos", visando controlar e modelar as condutas sexual-reprodutiva e familiar. Mas, que a ênfase que acabarão dando a um ou outro tipo de normas e regras depende das circunstâncias históricas mais amplas em que se insere a ação dessas instituições; circunstâncias estas também decisivas para a determinação do modo como o público-alvo incorpora as suas propostas.

* Uma primeira versão deste trabalho foi publicada nos Anais da Conferência sobre "El Poblamiento de las Americas", editado pela IUSSP - International Union for the Scientific Study of Population - Vera Cruz, México, v. 3, p.77-96, maio, 1992:

** Professora do Departamento de Sociologia e Diretora (92/94) do CRH - Centro de Recursos Humanos da FFCH-UFBA.

Ao me referir à realidade empírica da Bahia, não pretendo apreender os cursos e encadeamentos de fenômenos sócio-demográficos estritamente peculiares a este espaço regional. Ao contrário, pretendo identificar como fenômenos gerais desta natureza, comuns a distintas formações sociais ou regiões brasileiras, vêm se rea-alizando, com especificidades, num espaço e num marco histórico particulares.

2. A INFLUÊNCIA DA IGREJA NA FORMAÇÃO DOS PADRÕES DE FAMÍLIA E DE PROCRIAÇÃO NA BAHIA

Conquanto a Igreja Católica tenha contribuído para a formação do viés pró-natalista contido na mentalidade do brasileiro e do baiano, de distintas classes sociais, até poucas décadas atrás, ela não teve a exclusividade nesta influência.

A política demográfica conduzida pela Coroa Portuguesa, que viabilizou os primeiros movimentos de povoamento da Bahia, sobretudo de Salvador, a primeira capital do Brasil (1549-1763), e do Recôncavo Baiano, onde primeiro se expandiu a produção canavieira estruturada em sistema de "plantation", perdurou por todo o período colonial e direcionou, em grande medida, a ação da Igreja. Fundava-se no mecanismo da imigração européia, portuguesa principalmente, e africana, como meio de expandir e renovar respectivamente os estoques de empreendedores, de administradores coloniais e de força de trabalho livre e escrava. Deixava com a Igreja, subordinada à Coroa, duas tarefas centrais: a de "ocidentalização dos costumes" e de cristianização dos índios e negros e a de preservação dos "costumes do Reino", mediante a organização das famílias de imigrantes brancos, visando uma procriação intensa, necessária a contrabalançar a alta mortalidade.

Embora a Igreja local detivesse bastante poder (material e simbólico), assim como o monopólio quase completo da regulação da vida sexual-reprodutiva e familiar, a sua autonomia não era total, pois sua subordinação à Coroa Portuguesa isolou-a de Roma, tornando-a o principal esteio ideológico do processo colonizador (Pierucci, 1978). E isto ocorreu, mesmo em Salvador, apesar de ter sido a sede do primeiro Arcebispado do país.

Mesmo após a Independência (1822), o Governo Imperial manteve a religião católica como religião oficial do Estado e o monopólio da Igreja local sobre o casamento e a vida familiar, mas limitou muito a sua ação, fechando seminários, não nomeando bispos para as vagas criadas e cortando a sua comunicação com o Vaticano (Pierucci, 1978; Borges, 1986). Nesta fase, o viés pró-natalista das elites e do governo que afetava a ação concreta da Igreja passou a ser mais enfatizado, especialmente em relação aos brancos

e mestiços, uma vez que a Independência não só freiou a imigração portuguesa, mas resultou em alguma emigração de retorno a Portugal (Mattoso, 1988). As tentativas de imigração européia de outras nacionalidades e de colonização na Bahia não deram certo e muitos colonos estrangeiros mudaram-se para o Sudeste (Lyra, 1982).

Portanto, é importante considerar que a ação social da Igreja Católica esteve consorciada, em larga medida e por um longo período histórico (até a República), com a ação do Estado e das elites dominantes, apesar dos conflitos entre essas forças.

Além disso, vale dizer que suas mensagens e sua ação social não se orientavam, apenas, no sentido do incentivo à procriação intensa. A Igreja manipulava, e ainda o faz em nossos dias, normas e regras expansivas ou restritivas da procriação. E mesmo com um discurso oficial geral e uniforme para todas as classes sociais, a Igreja tecia orientações de moral e fé diversificadas para vários tipos de fiéis, contribuindo para uma diferenciação social do modo como indivíduos (homens e mulheres, crianças e adultos) de distintos grupos sociais manipulavam os seus ensinamentos religiosos e morais.

Desde Santo Agostinho, como salienta Pierucci (1978), a Igreja só admitia o exercício da sexualidade para os fins da procriação, e esta, somente no matrimônio religioso. Algumas normas e regras quanto à moral sexual-reprodutiva direcionavam-se a um controle expansivo da procriação, como: a proibição da homossexualidade e de todos os tipos de práticas sexuais não-fecundas, a fixação da idade mínima de casamento muito baixa, sobretudo para as mulheres, e a proibição do aborto (Flandrin, 1988). A proibição do infanticídio e do abandono do filho visavam mais a constituição das proles (conjunto de filhos sobreviventes de distintas idades). Entre as normas e regras que se voltavam para a restrição da procriação estavam: a preservação da virgindade feminina e da castidade masculina até o casamento ou no celibato permanente, a proibição do casamento entre parentes consanguíneos próximos (pais e filhos, primos, tios e sobrinhos) e entre padrinhos e afilhados (parentesco religioso), as exigentes pré-condições para o casamento e a atribuição de alta responsabilidade aos pais para com a criação e educação dos filhos.

Tais prescrições e interdições visavam controlar o comportamento dos fiéis, para ordenar a sucessão das gerações ou a produção das descendências efetivas dos casais (filhos sobreviventes e socializados até o início da vida adulta), segundo um dado modelo da instituição família. A Igreja zelava para que tal processo ocorresse numa certa seqüência e mediante a articulação de práticas sociais consideradas legítimas, quanto ao casamento e exercício da sexualidade, à procriação, à criação-socialização de filhos. Apesar desta ação direcionada ao controle das condutas, as justificativas de tais prescrições e proibições se escudavam na idéia de que tal "ordem" era própria da natureza biológica do homem, criada por Deus e que

deveria ser respeitada. A relação sexual era apresentada como um "ato natural" e não como uma relação social (Pierucci, 1978); e certas condutas "desviantes", como as relações sexuais infecundas, sobretudo entre casados, eram entendidas como ações anti-naturais, como pecados "da carne" ou "contra a natureza" (Flandrin, 1988; Pierucci, 1978; Prandi, 1975). Ao tempo em que buscava regular os "pensamentos, palavras e obras" referidos à vida sexual-reprodutiva e familiar, a Igreja "naturalizava" aqueles padrões de sexualidade e de procriação intensa mais próximos do que lhe parecia ideal, muitos deles constituídos sob forte repressão da sexualidade feminina. Oficialmente, as normas e regras gerais das doutrinas católicas, acima resumidas, definiam cinco modelos normativos alternativos de conduta sexual-reprodutiva, até 1951, quando Pio XII reconheceu o "método natural" como o único meio legítimo de regulação da prole, a saber:

- a) *o celibato casto (e não-prolífico) permanente e voluntário*, a que estavam sujeitos os membros da hierarquia eclesiástica, sempre enaltecido como a melhor opção para os espíritos mais elevados, capazes de "renúncias" e "heroísmos" (Pierucci, 1978; Prandi, 1975);
- b) *o celibato casto (e não-prolífico) transitório*, até o matrimônio;
- c) *o celibato permanente não-voluntário*, mas necessariamente casto e não-prolífico, sendo a virgindade uma exigência sempre enfatizada para a mulher (Prandi, 1975; Azevedo, 1986);
- d) *o matrimônio indissolúvel, casto e preferentemente muito prolífico*, com a fidelidade conjugal mais enfatizada para as mulheres (Prandi, 1975; Azevedo, 1986);
- e) *a separação de corpos* (c de bens) com preservação da castidade e dos vínculos matrimoniais (indissolúveis), podendo envolver, ou não, coabitação do casal.

O modelo normativo do casamento indissolúvel, casto e preferentemente muito prolífico serviu como referência para a estruturação de uma prática de procriação intensa que, nos dias atuais, é percebida como algo "natural" ou decorrente de uma ausência de regulação da procriação: a prática de deixar vir os filhos desde o casamento da mulher até sua menopausa.

A Igreja local, na sua atuação concreta, manipulava esses códigos e modelos, levando em conta as especificidades da nova sociedade colonial. Isto significa dizer que as normas e regras, assim como as sanções previstas para cada "desvio" ou "pecado", ao serem aplicadas pelo clero, podiam ser enrijecidas ou flexibilizadas, a depender das circunstâncias da vida pessoal ou social, atenuantes ou agravantes (Flandrin, 1988). É que, para a Igreja, a pessoa humana é sujeito moral de sua ação, no sentido dado por Foucault (1988);

e as condições de vida, assim como as disposições subjetivas dos atores contavam para definir a gravidade do erro. O casuísmo prático do clero respaldava-se numa extensa jurisprudência e em orientações especiais ao trabalho de "cura de almas" (Flandrin, 1988; Pierucci, 1978).

No Brasil, a legalidade e legitimidade do monopólio da Igreja no controle das dimensões acima referidas era garantido, sobretudo, pelas Ordenações Filipinas, válidas também para Portugal, e que teve vigência de 1603 até a Proclamação da República (1889); após o que, foi instituído o casamento civil. Por esse código, a Coroa não abria mão, porém, de regular a transmissão das heranças e das riquezas que, com seu incentivo, eram acumuladas (Mattoso, 1988; Borges, 1986). O perfil normativo de família que nele se delineava era o da família nuclear, sendo a autoridade do pai-marido muito enfatizada, assim como os deveres da mãe-esposa de procriar, criar e educar os filhos segundo a moral e fé católicas. A indissolubilidade dos vínculos matrimoniais e a fidelidade conjugai visavam a estabilidade do núcleo central da família - o casal - o que se complementava com as obrigações recíprocas entre pais e filhos. Segundo Mattoso (1988), este código era muito flexível no que tangia ao reconhecimento e proteção dos filhos ilegítimos, abrindo espaço para práticas de procriação não prescritas pela Igreja.

Este mesmo conjunto de normas e regras gerais, difundidas e assimiladas diferencialmente por segmentos sociais que desfrutavam de condições concretas de vida muito desiguais, levou à formação de distintos padrões ou regimes (vividios) de organização da família e de procriação que acabaram por se consolidar historicamente enquanto *habitas* de classe (Bourdieu, 1989; Oliveira, Salles, 1987) bem diferenciados.

Em primeiro lugar, eram os membros das elites econômicas, políticas e intelectuais, inicialmente portugueses e, depois, os seus descendentes, aqueles que tinham interesses e condições de satisfazer às exigências do casamento legal e de constituir descendências numerosas. Essas camadas é que nutriam um convívio próximo com distintos membros da hierarquia eclesiástica, que mais demandavam pelos seus serviços religiosos, demarcando o seu cotidiano e as passagens mais importantes dos seus ciclos de vida com cerimônias e ritos católicos: desde o casamento e batismo dos filhos, à extrema-unção e funerais (Azevedo, 1986; Borges, 1986). Mas eles é que podiam driblar o poder da Igreja, quando os seus interesses pareciam contrariados pela vigilância do clero, na aplicação das doutrinas e normas canônicas. Os senhores de engenho, de terras e de escravos, com traços de patriarcas tinham, segundo Freire (1987), "altar e capelão dentro de casa", além de filhos padres, através dos quais podiam obter concessões especiais da Igreja ou reclamar de seus abusos. Segundo Jambeiro (1973), o capelão, quase sempre um assa-

lariado do senhor, era incumbido da assistência espiritual e ensino da doutrina cristã à sua família e às várias categorias de moradores do engenho, ou seja: lavradores independentes, "moradores", assalariados livres e os escravos. Com o capelão "dentro de casa", muito provavelmente, era o próprio senhor de engenho que "apascentava as suas ovelhas", a seu modo.

A autoridade do *pater familias* lhe permitia manipular tanto as normas e modelos ideais de conduta propostos pela Igreja, quanto as fraquezas da hierarquia eclesiástica. Em última instância, ele escolhia os cônjuges para os filhos, ou decidia quanto ao celibato das filhas, ainda que para isso fosse necessário interná-las num dos muitos conventos de freiras existentes na Bahia (Azevedo, 1986; Berbert de Castro, 1990). Era sempre útil uma "solteirona" numa grande família, pois elas ajudavam na guarda dos irmãos mais novos, ou de sobrinhos e, eventualmente, cuidavam dos velhos e doentes.

As famílias de elite e das camadas médias sempre conseguiram autorização da Igreja para casar com parentes consangüíneos próximos (tios e primos, sobretudo), sendo a endogamia familiar e o entrelaçamento de duas redes de parentes práticas muito correntes na Bahia (Azevedo, 1986; Hutchinson, 1959; Freire, 1987). Através dos elos de consangüinidade, de afinidade e compadrio, firmavam-se alianças econômicas e políticas que proporcionavam a ascensão social de alguns, e a consolidação, em posição dominante na hierarquia social, de toda a rede de parentes. As proles numerosas destes testemunhavam a prática da castidade no matrimônio, a sua prosperidade no presente e indicavam as perspectivas de continuidade das estratégias de reprodução social para o futuro. Por isso mesmo, constituíam um motivo "de orgulho" do pai-de-família, especialmente os filhos varões. A periferia bastarda dessas grandes famílias, constituída pelos "deslizes morais", sobretudo masculinos, expandia os estratos médios mestiços e, neles, a eventual clientela política do patriarca (Hutchinson, 1959; Borges, 1986).

As famílias das classes médias urbanas mais abastadas desenvolveram uma ideologia familista e práticas familiares semelhantes, mantendo um forte sentimento de moralidade associado à noção de família, que vão estar muito operantes até meados do século XX. Ser pai-de-família, mãe-de-família ou moça-de-família, significava ser "gente de bem", "pessoa decente" (Woortmann, 1987; Azevedo, 1986). E isto se contrapunha à noção de se ser "da rua" ou "da vida".

Apesar da escassez de dados sócio-demográficos para o passado, os achados de Maltoso (1988) para Salvador, no século XIX, indicam, claramente, que as classes mais pauperizadas não eram tão prolíficas quanto as classes médias e as elites e eram muito menos prolíficas que na maior parte do século XX. Com base em Inventários para o período de 1800-1890, Mattoso (1988) observa que: 70

por cento dos casais legais tinha de 1 a 4 filhos nascidos vivos; 30 por cento tinha 5 e mais e 12 por cento, 7 e mais. Entre estes últimos, 90 por cento dos chefes de família eram profissionais liberais, comerciantes fortes ou altos funcionários, isto é, pessoas mais abastadas. E esses dados contrastam muito com os obtidos pelo censo de 1940, 1970 e 1980, pelos quais se vê que a grande maioria das mães tem um número muito mais elevado de filhos nascidos vivos. A proporção de mães com 6 e mais filhos nascidos vivos no conjunto do Estado para esses anos era de, respectivamente, 41,33; 43,98 e 38,52 por cento (Souza, 1987). Sendo um pouco mais baixa em Salvador, mas não tanto, quanto no século XIX. E estas médias censitárias para a Bahia refletem mais a intensidade da procriação nas classes populares, dado o seu peso numérico.

No século XIX, a mortalidade muito alta produzia muitas rupturas de uniões (viuvez); as precárias condições de saúde levavam a freqüentes perdas fetais precoces e tardias, assim como a freqüentes mortes de filhos em todas as idades. Por volta de 36,8 por cento dos casais estudados nos Inventários, por Mattoso (1988), já não tinha filho sobrevivente no momento da morte de um dos cônjuges. Ela calcula que 60 por cento dos casais perdia metade dos filhos antes da morte de um dos cônjuges e 30 por cento perdia um terço deles. Assim, muitos casais não chegavam a procriar muito, sobretudo entre as camadas mais pobres. Além disso, boa parte dos filhos nascidos vivos morriam em criança ou já adultos, porém antes dos pais. Muitas descendências ficavam fortemente desfalcadas pela morte, especialmente quando ocorriam epidemias.

Mattoso (1988) constata, também, uma alta proporção de celibatários e freqüência significativa de casamentos tardios (aos 40 anos e mais), seja entre viúvos, seja entre solteiros africanos alforriados, crioulos e imigrantes portugueses; indicando que só mais tardiamente alguns conseguiam reunir "condições para casar". Por isso, o casamento legal nas camadas populares mais pobres era um símbolo de ascensão social. Mas, nem as uniões livres estáveis, nem as "famílias parciais" (sem o pai-marido) observadas pela autora apresentavam proles numerosas. E as uniões livres representavam 35 por cento do total.

Ao escravo era vedado ou inacessível o casamento legal. Existia um crivo homogâmico por cor de pele no conjunto da população e endogâmico por etnia entre os africanos e seus descendentes, sendo que para a Bahia vieram africanos de distintas etnias (Mattoso, 1988; Reis, 1986). As razões de masculinidade entre africanos e portugueses eram elevadas pela persistente imigração (mesmo em fins do século XIX) predominantemente masculina. Vários portugueses mantinham também suas tradições de "solteirismo" (Mattoso, 1988; Woortmann, K., Woortmann, E., 1990). Embora muitos negros e crioulos batizassem os seus filhos, integrassem irmandades ou parti-

cipassem de rituais e festas católicas, eles não compartilhavam exatamente das mesmas convicções morais e religiosas que os descendentes de europeus. E muitos nunca abandonaram os seus cultos africanos. Reis (1986) mostra que a revolta escrava que ocorreu em Salvador, em 1835, foi articulada pelos malês (muçulmanos). Para outras etnias, fora das senzalas, os atabaques dos candomblés nunca silenciaram, indicando que a violência material e simbólica nem sempre teve a efetividade pretendida. Um catolicismo híbrido e peculiar ainda se observa hoje na população negra da Bahia.

Parte dos mulatos e libertos não tinha possibilidades materiais de preencher as "condições para casar". E casar legalmente implicava para o homem, em certa medida, "casar com a família da noiva", isto é, estar pronto para dar proteção à mãe viúva, à irmã "solteirona" ou, eventualmente, aos sobrinhos órfãos. E estes casos eram freqüentes. O rapto ou a fuga da casa dos pais era uma tentativa de contornar tais dificuldades, que muitas vezes dava certo, ou seja: o par era acolhido por algum parente ou aparentado, em melhor condição material, até se regularizar a situação, vista como transitória, mas que poderia durar vários anos (Souza, 1990; Mattoso, 1988).

Pelas razões apontadas, as classes mais pobres procriavam relativamente menos que as classes médias e altas no século XIX e poucos conseguiam ter e criar vários filhos. E, por isso mesmo, estes pais-de-família ou mães-de-família eram muito apreciados e louvados, não apenas pelos sacerdotes. A prole numerosa também era "o orgulho" ou "a alegria" do pai-de-família pobre.

Vale pontuar que somente no século XX, e comprovadamente entre 1940 e 1970, a partir dos censos demográficos, as proles numerosas vão se tornar progressivamente mais freqüentes entre os mais pobres e menos escolarizados. E isto se exprime no quadro 1 anexo, com dados referidos à média para a Bahia, no qual estes segmentos têm predominante peso numérico. Neste século, a alta prolificidade dos pobres perdura por tantas décadas, a ponto de ensejar a percepção do senso comum, por parte das classes médias e altas, de que os pobres - todos eles - sempre foram igual e "naturalmente" prolíficos.

Apesar do seu alto poder material e simbólico, reforçado pelo Estado, a Igreja deixava um hiato de regulação na cadeia do processo de produção das descendências efetivas dos casais - o da preservação da sobrevivência e da saúde - pré-condição para a continuidade da vida conjugal, para a concretização do nascimento de filhos vivos, para a constituição de proles e sobretudo de proles numerosas, assim como para a criação e socialização dos filhos até o início da vida adulta.

Operando exatamente sobre este hiato da cadeia da sucessão das gerações, responsável central pela reprodução social e numérica, os médicos vão conquistar uma grande legitimidade enquanto

agentes reguladores da vida sexual-reprodutiva e da dinâmica familiar e demográfica, no curso do século XX. Mas a luta desses atores se inicia ainda no século XIX, como se verá.

3. A MEDICALIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE, OS GANHOS DE SOBREVIVÊNCIA E SUAS IMPLICAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

A Bahia e o Rio de Janeiro ganharam, em 1808, os primeiros cursos de Cirurgia e Anatomia do país que, em 1832, converteram-se em Faculdades de Medicina. Os médicos baianos saídos desta Escola ou formados na Europa, no século XIX, ocuparam-se, sobretudo, com as condições de saúde, higiene pessoal e salubridade da vida doméstica nas classes médias e altas, das quais provinham (Borges, 1986; Mott, s/d). Aos poucos, constituíram-se em conselheiros das famílias destas classes, disputando com os sacerdotes a orientação das suas condutas face a uma infinidade de questões da vida cotidiana.

A formação dos médicos na Escola de Medicina da Bahia foi, por muito tempo, essencialmente teórica e fundamentada na leitura de tratados escritos por grandes mestres europeus, sobretudo franceses. E as doutrinas higienistas européias, de fins do século XVIII e século XIX, constituíram importantes referências teóricas para os professores e discípulos da escola baiana (Borges, 1986; Mott, s/d).

As teses elaboradas pelos doutorandos baianos, ao final do curso, refletiam as grandes preocupações dos seus mestres (Berbert de Castro, 1990; Borges, 1986), a saber: a insalubridade e má iluminação das casas; a criação dos filhos num convívio promíscuo com empregadas e escravos; a pernicioso influência da amamentação pela *mãe-preta* sobre a criança; a prática indiscriminada das sangrias, inclusive para ressaltar a palidez sedutora das jovens; a obesidade das esposas por falta de exercício físico. Várias teses se insurgiram contra os abortos provocados "por mãos criminosas" (a das "curiosas" ou "comadres")¹, contra o infanticídio e abandono dos recém-nascidos com o objetivo de "salvar a honra da família". Outras criticavam diretamente a Igreja pela sua complacência com os casamentos a partir dos 12 anos para as moças, inclusive com homens velhos, e com os casamentos com parentes consangüíneos próximos.

As críticas formuladas, muitas vezes, como censuras morais, refletiam, de um lado, o movimento de modernização e aceitação dos novos valores e padrões de conduta face à família e à saúde que emergiam na Europa com a característica de um movimento de reforma social da família, objetivando, entre outras coisas, a redução da.

¹ Mulheres que faziam partos, mas que não tinham qualquer treinamento profissional. Ainda existem no interior da Bahia.

mortalidade na infância. Tal modernização, segundo Azevedo (1986), se exprimia também na crescente valorização do "casamento-por-amor", fundado na própria escolha dos jovens, e em novos modos de vivenciar o namoro e o noivado enquanto momentos de preparação para o casamento. De outro lado, essas críticas constituíam uma estratégia de luta pela legitimação da profissão médica. Dirigidas aos concorrentes "leigos" - o padre, a "curiosa", o pai-marido, a esposa-mãe - buscavam desacreditar a competência deles com as questões de saúde, para fazer sobressair a autoridade do médico (Borges, 1986).

Os movimentos higienistas que marcaram a crescente influência dos médicos em múltiplas dimensões da vida social, na maior parte do século XIX e início do século XX, deram uma atenção privilegiada tanto aos problemas de saúde materna, relacionados com a concepção, gestação, parto, puerpério ou perda fetal, quanto aos problemas de saúde infantil, referidos às condições e modos de cuidar e criar filhos. De um lado, visavam reduzir os riscos de morte materna e os desgastes do organismo da mulher em fase de constituição de proles. De outro, buscavam a adesão e o compromisso das mães com as suas prescrições de cuidado com os filhos, que permitiriam a constituição de descendências moral e fisicamente sadias.

Tendo em vista este segundo objetivo, alguns "especialistas em moléstias infantis" difundiam suas idéias com regularidade, através de palestras ou artigos publicados em periódicos dirigidos às mulheres. Em várias dessas mensagens, revelava-se a clara pretensão de mudar as práticas socialmente correntes de higiene, de amamentação, de proteção e vigilância e de formação intelectual e moral dos filhos, como exemplifica o estudo de Giacomini (1985). Procurava-se substituir as formas correntes de uma criação-socialização de filhos compartilhada entre a mãe (genitora) e outras mulheres adultas da rede familiar ou do próprio grupo doméstico (mães-de-criação), por outras, desenvolvidas exclusiva e especificamente pela mãe (genitora), a quem teria sido confiada - pela própria "natureza" - a "missão sublime" da maternidade. Formulava-se reprimendas às mulheres que não realizavam pessoalmente os seus "deveres de mãe", conduta esta qualificada como abandono do filho. Finalmente, apelava-se para que as mulheres cumprissem adequadamente esses deveres "naturais", conforme as prescrições médicas, já que a sobrevivência, a higidez e a felicidade dos filhos dependiam fundamentalmente disto (Giacomini, 1985; Badinter, 1985).

Essas concepções pressupunham algumas operações simbólicas: a) fusão da procriação com a criação de filhos; b) transferência da responsabilidade pela realização das prescrições médicas quanto criação de filhos sadios exclusivamente para a genitora e c) naturalização de um dado modelo de exercício da maternidade. Manipulando símbolos fortes da cultura, os higienistas buscavam sensibilizar as jovens e as mães.

Em conjunto, estas proposições compunham uma regra quanto ao exercício encadeado e combinado da procriação e criação de filhos, que se sintetizava no dizer: "Quem pariu Mateus, que o em-balance!"

Além de difundirem suas mensagens, os higienistas prestavam serviços que contribuíram para expandir, em alguma medida, os horizontes de sobrevivência das mulheres e crianças, sobretudo das classes médias e altas.

E, no século XIX, muitas mulheres destas classes podiam ter seus partos, sobretudo em casa, assistidos por médicos ou parteiras diplomadas (inclusive em curso criado na Faculdade de Medicina, em 1832).

Dois outros movimentos médicos que se esboçaram em fins do século XIX, mas que só ganharam força a partir do início do século XX, merecem destaque: a campanha eugenista e a de saúde pública.

O movimento eugenista marcou claramente a sua presença em Salvador, em 1903, com a criação do IPAI - Instituto de Proteção e Assistência à Infância da Bahia, pelo prof. Alfredo Ferreira de Magalhães. Através de artigos publicados no Jornal de Notícias, no periódico *O Petiz* e na *Gazeta Médica da Bahia* (com grande circulação), e também em múltiplas palestras em escolas públicas e católicas, foram difundidas noções sobre puericultura e a seletividade eugênica dos cônjuges.

Magalhães (1930), resumindo algumas das suas principais mensagens doutrinárias, revela o claro desejo do eugenista em controlar todas as condutas referidas à produção das descendências efetivas dos casais, tal como a Igreja, mas com outros critérios ditos científicos e racionais. A mulher era também o alvo preferencial das suas ações de controle. Elas deveriam ser "guiadas" e "fiscalizadas" por médicos, numa trajetória de vida completamente medicalizada, para que cumprissem "o seu dever" - o de "ser mãe" (eugênica). O dever do pai-marido era cooperar com o médico neste controle sobre a mulher, "em prol dos filhos" (Magalhães, 1930).

Buscando garantir, preventivamente, as qualidades físicas e psíquicas das futuras gerações, é atribuída ao médico a responsabilidade final da escolha eugênica dos cônjuges e a decisão sobre os que podiam, ou não, casar e procriar. O meio para tanto seria o exame pré-nupcial obrigatório, que deveria ser previsto em lei (Magalhães, 1930). Do ponto de vista da eugenia, o jogo dos controles expansivos e restritivos à procriação fundava-se no critério "dois pesos e duas medidas". Aos sadios e fortes seria permitido o casamento prolífico; aos fracos, infectados, degenerados e portadores de "taras", existiriam três alternativas possíveis: o celibato permanente, o aborto terapêutico (para interromper uma gravidez indese-

jada pelo médico) e a esterilização "com fins humanitários" (Magalhães, 1930; Avelino, 1924).

Estes modelos normativos de conduta, propostos pelos eugenistas, importavam numa deslegitimação do direito à procriação e à constituição de proles dos casais pobres, aqueles que desfrutavam das piores condições de saúde. E a sífilis, a tuberculose, o alcoolismo e os distúrbios mentais eram muito frequentes nas classes populares da Bahia, até a 2ª Grande Guerra.

Avelino (1924) formula na sua dissertação de conclusão de curso uma das opiniões em debate no meio médico de sua época. Entendia que a esterilização dos doentes, infectados e "tarados", deveria "ser forçosamente imposta contra a vontade do paciente", já que nem todos os doentes tinham consciência do mal que produziam à sociedade. E "casar infectado" era, para ele e seu mestre Magalhães, um "crime". Além disso, considerava que se as economias do Estado fossem canalizadas para a manutenção de asilos de vários tipos, penitenciárias etc, comprometer-se-ia "a prosperidade da Pátria". Isto é, daquela parcela da pátria saudável e forte à qual o jovem doutorando pertencia.

Ao justificar a sua proposta, Avelino (1924) antecipava o que muitos médicos e economistas neo-malthusianos dos anos 60 e 70 iriam repetir, monocordicamente, por anos a fio. Na radicalidade do método proposto, que seu mestre Magalhães (1930) qualificava como "seleção violenta", Avelino admitia um teor de violência material e simbólica nas ações dirigidas às classes subalternas (pobres, ignorantes e doentes) equiparável ao do escravismo, mas já avalisa-va eticamente o que muitos médicos começariam a realizar, a partir dos anos 70, em nome da ciência e da modernidade: esterilizações maciças em mulheres sadias das camadas populares, apenas para evitar filhos (Souza, 1992; Rodrigues, Morris, Janowitz, 1982).

Vale pontuar que várias das propostas e prescrições dos higienistas e eugenistas foram bem aceitas pelos padres e leigos católicos, sobretudo aquelas relacionadas com a puericultura, ou cultivo racional e científico dos filhos e com os critérios do casamento eu-gênico e *higiênico*, tais como: ocorrer em idades não muito jovens, nem muito avançadas; preferencialmente com não-consangüíneos; com pequenas diferenças de idade entre nubentes; amparado no exame pré-nupcial e na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis ou supostamente hereditárias etc. E tal aceitação, que compatibilizava novos conhecimentos ou entendimentos com os princípios morais vigentes, foi extremamente importante para uma rápida legitimação e difusão dessas idéias.

Por isso mesmo, vários cursos profissionalizantes, a partir de 1910, incorporaram disciplinas de higiene com noções de eugenia, que passaram a ser disseminadas por professoras, enfermeiras, parteiras, padres, freiras e católicos envolvidos em trabalhos filan-

trópicos e promocionais de toda ordem. Em 1930, fundou-se o Instituto de Eugenia da Bahia (Magalhães, 1930).

Contudo, algumas dessas idéias foram radical e veementemente rejeitadas como, por exemplo, as prescrições de aborto terapêutico, de esterilização "com fins humanitários" ou motivos clínicos e de restrição da procriação. De todo modo, o debate que se travou em torno delas abriu espaço para que fossem pensadas como alternativas possíveis, em dadas circunstâncias.

O movimento de saúde pública já se esboçava, na Bahia, particularmente em Salvador, desde a Abolição e a Proclamação da República. Objetivava a extensão de alguns serviços de saúde às camadas populares urbanas e rurais, assim como o desenvolvimento de formas mais eficazes de prevenção e controle de doenças epidêmicas e endêmicas, por parte do poder público. E, para tanto, se propunha a pesquisa de doenças tropicais, a realização de ampla reforma sanitária e melhor aparelhamento dos organismos públicos de saúde. Contudo, somente a partir de 1920, é que tal movimento vai ganhar uma força efetiva, abrindo um enorme espaço para a interferência dos médicos sobre as condições de saúde das massas pau-perizadas, inclusive em municípios distantes da Capital.

E, sobretudo, através do esforço do Governo Federal, fortalecido nos anos 20, e municiado com um código sanitário elaborado pelo grande sanitarista Carlos Chagas - e não pelo esforço das elites baianas (como já ocorria em São Paulo) - que as grandes campanhas de saúde pública na Bahia começam a operar em várias frentes (Castro Santos, 1987), combatendo-se a malária, a febre amarela, a varíola, a peste bubônica, entre outras.

A partir de 1925, cresceu também a participação do governo estadual: elaborou-se um código sanitário para a Bahia e montou-se um sistema de saúde pública bem integrado e que atingiu o interior do estado (Castro Santos, 1987). Os surtos de peste bubônica começaram a ser melhor controlados a partir de 1928, com o combate ao rato e amplo uso de vacinas e soros. A varíola, que teve sua pior epidemia em 1919, começou a ser melhor controlada com campanhas de vacinação e de esclarecimento contra as resistências à vacina. Mas só foi erradicada nos anos 60. A febre amarela, que já era combatida desde 1912 e 1914 com as "brigadas anti-mosquito" e campanhas educativas, só foi erradicada a partir de 1930, após sistemática e ampla vacinação (Castro Santos, 1987).

Vários serviços de atenção à maternidade e à infância e de combate à tuberculose foram sendo criados em toda a primeira metade do século XX. Sem enumerar a todos numa seqüência cronológica, cito aqui, apenas, exemplos significativos: a criação da "Liga Baiana contra Mortalidade Infantil", em 1923; a criação da Maternidade Climério de Oliveira (maternidade-escola), em 1924; a criação do IBIT - Instituto Brasileiro para Investigação da Tuberculo-

se, em 1926; a criação da Maternidade Pró-Matre da Bahia e do seu serviço de parto em domicílio, em 19432.

O movimento de saúde pública assumiu inicialmente, ao menos até a 2ª Grande Guerra, um caráter de "modernização conservadora", segundo Castro Santos (1987), mas foi conduzido com um vigor de luta cívica, norteadas pela ideologia de "construção da nação", que animava a vida social brasileira desde a Proclamação da República. No pós-guerra, as políticas de saúde pública passaram a ser consideradas questões técnico-burocráticas do planejamento estatal; e com esta nova orientação, seguiram, a partir daí, a cronologia descrita por Canesqui (1987), para o país, mas válidas também para a Bahia.

Voltado essencialmente para os problemas de saúde das classes populares, diferentemente dos demais movimentos analisados, não visava a interferência e o controle médico direto sobre as condutas relacionadas ao casamento e à procriação. Mas acabou afetando indiretamente esses mecanismos do processo de produção das descendências dos casais, porque alterou, direta e progressivamente, aspectos como: conhecimentos e condições de higiene pessoal e doméstica, padrões de saneamento das habitações e locais de residência, formas de prevenir e curar várias doenças e de criar-socializar filhos.

As ações de saúde pública, ao produzirem grandes e sistemáticos ganhos de higiene, de sobrevivência e longevidade nas classes populares, por várias décadas, inclusive nas áreas rurais, tiveram repercussões sobre dimensões sócio-demográficas que importavam alteração das condições de sociabilidade e organização familiar ao interior das camadas populares. Entre essas repercussões pode-se citar: a redução dos casos de viuvez e orfandade; o aumento das proles sobreviventes a partir de dado número de nascidos vivos; a redução da frequência de casos de esterilidade e perdas fetais por doença.

A efetividade do processo de medicalização da atenção à saúde nas classes populares, na primeira metade do século XX, apoiada e legitimada pela Igreja (embora com algumas divergências), fez com que a prática de deixar vir os filhos desde o casamento até a menopausa da mulher, tivesse, entre os casais que começaram a procriar depois de 1920, conseqüências diferentes das experimentadas pelas gerações mais velhas: a de gerar proles e descendências muito mais numerosas.

Os dados do quadro 1, calculados com informações dos Censos Demográficos de 1940, 1950, 1960, 1970 e 1980, demonstram que houve, até 1970, uma sistemática elevação do número médio de filhos nascidos vivos por mãe, no conjunto da Bahia. E estes dados refletem, essencialmente, a intensificação da procriação nos seg-

Informações levantadas no Memorial de Medicina da UFBA.

mentos menos escolarizados (menos de 8 anos de estudo) e mais pauperizados, que têm um peso numérico preponderante na população total.

Em trabalho anterior (Souza, 1987), foi demonstrado que, entre 40/70, aumentaram também a taxa de fecundidade total, a proporção de mulheres que se tornaram mães e a proporção de mães com 6 e mais filhos nascidos vivos, sendo que diminuiu a idade média e mediana do contingente destas mães muito prolíficas.

É provável que esta tendência de intensificação da procriação tivesse se iniciado antes da década 40/50. Como inexistem informações comparáveis nos censos anteriores, a clara comprovação disto fica inviabilizada.

4. A ALTERAÇÃO DA PRÁTICA DE DEIXAR VIR OS FILHOS. O PAPEL DA IGREJA E DA MEDICINA ATÉ OS ANOS 60

As campanhas e as ações médicas que influíram na vida sexual-reprodutiva e familiar, assim como nas condições de saúde das classes altas e médias no século XIX e início do século XX, contribuíram para tornar o exercício da maternidade um dever "natural" mais complexo, pesado e caro, sobretudo nas situações em que as proles sobreviventes atingiram dimensões maiores que nas gerações anteriores. É muito provável que, nas circunstâncias da vida social da Bahia na virada para o século XX, depois da Abolição e da Proclamação da República, este fato tenha se constituído numa motivação ou numa pressão efetiva para a redefinição da prática de deixar vir os filhos desde o casamento até a menopausa, seja no sentido do encerramento antecipado das carreiras reprodutivas das mães, seja no sentido da postergação da idade ao casar para a mulher, ou em ambos. Se a assistência do médico a essas famílias ajudou a derrubar preconceitos de toda ordem, a economizar vidas e a constituir proles numerosas mais saudáveis, até fins do século XIX, ela foi um passo dado no sentido da busca de orientação daí em diante - por parte do marido e em "conversa de homem para homem" - quanto aos modos de evitar filhos adicionais, quando já se tinha alguns. Modos estes que deveriam ser moralmente compatíveis com o cunho respeitoso da relação marido-esposa.

A Abolição e a Proclamação da República significaram fortes revezes para as elites baianas. A grave e longa crise em que entrou a economia do estado, no final do século XIX, levou a uma progressiva retração das suas principais atividades econômicas. Empobrecidas pela estagnação, essas classes tiveram que alterar os seus modos correntes de inserção na produção (Souza, 1978; Souza, Faria, 1980) e na estrutura de poder, redefinindo as suas alianças, inclusive matrimoniais. Algumas famílias de elite descreveram claras traje-

tórias de mobilidade social descendente, embora tenham continuado a se prevalecer dos seus respectivos "nomes de família" para o estabelecimento de estratégias matrimoniais exogâmicas, especialmente com famílias prósperas do Sudeste.

Com a República, estabeleceu-se a maioria em idade mais avançada, aos 21 anos, e o casamento civil separado do casamento religioso, embora mantendo características bem semelhantes ao anteriormente vigente. A autonomia da Igreja local em relação ao Estado lhe permitiu ser revigorada, atuando sob a orientação direta de Roma (Borges, 1986; Pierucci, 1978; Pierucci, Souza, Camargo, 1984).

O estímulo à escolaridade prolongada para um número crescente de jovens mulheres, promovida também pela Igreja, que multiplicou o número de colégios católicos femininos a partir deste período (Borges, 1986; Pierucci, Souza, Camargo, 1984), facilitou a tendência de postergação da idade ao casar e de início mais tardio da constituição de proles (Souza, 1988).

Um movimento sistemático de restrição das proles nessas classes teve início no começo do século XX, muito antes que Pio* XII legitimasse o método natural. Por isso mesmo, pôde ser observado por Hutchinson (1959) no estudo que realizou, entre 1950-1951, numa área do Recôncavo, entre famílias do tipo *remanescente patriarcal*, "resquíio da velha aristocracia do Recôncavo". Segundo esta autora, o patriarca de uma das famílias chegou a ter, em tempos muito passados, 21 filhos em 2 casamentos, tendo sobrevivido 13 filhos. Entre as gerações que viveram e procriaram entre fins do século XIX e o momento da pesquisa, observou sistemática redução do número de filhos e pequena freqüência de proles acima de 4 filhos. A religiosidade das famílias analisadas, que haviam produzido padres e freiras, não parecia, à autora, ameaçada pela "modernização" dos padrões de conduta individual e familiar, que envolvia a incorporação de muitas das prescrições e recomendações médicas anteriormente descritas. E esta foi uma tendência socialmente visível e reconhecida por todos os baianos, conquanto não esteja estatisticamente bem documentada.

As classes médias e altas em fins do século XIX, assim, manipulavam dois códigos legítimos de conduta, que se identificavam em alguns pontos e se contradiziam reciprocamente em outros. E isto abria uma certa margem de liberdade para as escolhas preferências por um ou outro, conforme as circunstâncias vividas, os projetos para o futuro e os interesses estratégicos de reprodução do grupo social a que pertenciam os sujeitos. Embora tivessem se tornado anti-natalistas, teórica e praticamente, com relação a si próprias, elas acabaram por aderir às ideologias e políticas populacionistas dirigidas às classes populares e que se tornaram dominantes no país, entre a Proclamação da República e o final dos anos 50.

Com a República e o desenvolvimento do Sudeste, as burguesias emergentes desta região passaram a se preocupar com o surgimento de uma força de trabalho livre (da escravatura e da propriedade dos meios de produção) mais sadia e habilitada. Isto conduziu a uma redefinição das políticas demográficas do país, que então se centraram nos mecanismos da imigração internacional, da redução da mortalidade pelo controle de epidemias e endemias e no apoio à procriação e criação de filhos das camadas assalariadas urbanas (vistas como mão-de-obra potencial), através de benefícios sociais da Previdência Social, como salário-família, auxílio-natalidade e licença de gestante. As medidas governamentais se sucederam neste rumo, até fins dos anos 50 (Castro Santos, 1987; Canesqui, 1987).

A partir daí, reverteu-se o perfil de diferenciação social dos padrões de procriação: os casais das classes médias e altas passaram a procriar menos que os casais das classes populares. Como este novo perfil perdurou até os dias atuais, este fato ajudou a firmar no senso comum a percepção de que isto "foi sempre assim".

Convém argumentar, agora, que a própria expansão da procriação e das proles sobreviventes, em distintos segmentos das classes populares, produzida pelo processo de medicalização de 1920-1950 descrito, entre outros fatores, ao lado da manutenção inicial da prática tradicional de deixar vir os filhos, parece ter sido inesperada, para os sujeitos que iam sendo envolvidos. Por exemplo, as mulheres ainda jovens, com 30-34 anos, chegavam a reunir experiências de procriação em número bem maior que nas gerações anteriores, como ilustra o quadro 1, ao tempo em que os nascidos vivos sobreviviam em maior proporção. Embora as proles mais numerosas fossem sendo saudadas com "a alegria" e o "orgulho" de muitos pais e mães-de-família (Woortmann, 1987), este fato criou pressões concretas à reprodução da vida cotidiana, inclusive porque a economia baiana estava estagnada e o caráter das relações inter-classes também se alterava. Muitas famílias de trabalhadores rurais buscavam aliviá-las através da emigração para as cidades (Souza, 1978) e para o Sudeste, onde havia crescente demanda por filhos de trabalhadores independentes, vistos como potenciais empregados. Mas as migrações fragmentavam o grupo doméstico, acarretando novas dificuldades para manter um padrão de reprodução social e numérica fundado num sistema de ajuda mútua, sem estrita reciprocidade, na rede de parentes próximos (Souza, 1990).

Tais pressões, crescentes ao longo do século XX, foram motivando a redefinição da prática de deixar vir os filhos, no sentido da fixação de novo momento (variável socialmente) de encerramento do processo de constituição das proles, ou do ciclo reprodutivo dos casais. Médicos e padres, com alta legitimidade enquanto norteadores de condutas, eram consultados por casais com problemas desta ordem. E tinham critérios e propostas de soluções que, em

conjunto, abriam um leque de opções possíveis para tal encerramento. Este processo parece continuar, ainda nos anos 80 (Souza, 1988).

Nos segmentos sociais das classes populares nos quais as mulheres vão se transferindo para as cidades, obtendo escolaridade mais extensa e melhor assistência médica, reduziram-se as médias de filhos nascidos vivos, sistematicamente, ao menos desde 1940. Por isso mesmo, pelo censo de 1970, entre mulheres de 45-49 anos e com 8 anos e mais de estudos observa-se uma média de 3,22 filhos nascidos vivos por mulher urbana, que é muito baixa; e de 4,53 filhos por mulher rural (Souza, 1988). As mulheres desta geração nasceram entre 1920-1925 e atingiram a faixa dos 15-19 anos entre 1935-40. Nos estratos urbanos menos escolarizados, o número médio de filhos nascidos vivos variava, em 1970, entre 5 e 7 para as distintas categorias de anos de estudo (Souza, 1988), revelando maior ou menor difusão de práticas restritivas à procriação.

Os números dispostos nas diagonais do quadro 1 atestam que, ao tempo em que se intensificava a procriação, entre 40/70, os ganhos médios de filhos por mãe, depois dos 30 ou 35 anos de idade, foi se reduzindo, paulatinamente. Isto é uma clara indicação de que a tendência do encerramento mais cedo das carreiras reprodutivas das mães teve crescente expressão no conjunto da população baiana, ao menos desde 1940, mas não implicou, necessariamente, antes de 1970, na geração de um menor número de filhos por mãe. Assim, parece que boa parte das mães, inicialmente, só passavam a evitar filhos adicionais quando o número deles era maior que os das mães de gerações precedentes, e em idades distantes da me-nopausa.

O quadro 1 mostra também que, ao viverem os dez últimos anos de sua vida reprodutiva, dos 35-39 anos aos 45-49 anos, em cada década, as mães vão tendo ganhos médios de filhos sistematicamente menores, ou seja: 1,2 entre 40/50, 1,1 entre 50/60, 0,76 entre 60/70 e 0,37 entre 70/80. Ocorre o mesmo com os ganhos médios de filhos entre os 30-34 e 40-44 anos em cada década (2,1; 2,0; 1,9 e 1,1, respectivamente), mas não nas demais idades do período reprodutivo, até 1970.

Vale considerar que, como os grupos geracionais são "abertos", eles estão afetados por fatores extrínsecos, como migrações e ganhos de sobrevivência das mulheres mais prolficas. E, a partir de 1920, a Bahia apresentou uma forte e crescente emigração líquida até 1980, sendo as mulheres que emigravam predominantemente jovens, sem filhos ou com poucos filhos. Assim sendo, o efeito conjugado da emigração e dos ganhos de sobrevivência materna, em cada década, implicou um aumento do percentual de mulheres mais velhas e com mais filhos. Se somente estes fatores estivessem operando, os ganhos médios de filhos adicionais, dos 30-34 anos aos 40-44 anos e dos 35-39 aos 45-49 anos deveriam crescer de uma

década a outra. No entanto declinaram, embora quase imperceptivelmente, na média do período 40/50 para 50/60. Contudo, esta variação não é irrelevante, dado os fatores extrínsecos acima referidos e ao fato de que se lida com um indicador pouco sensível (diferença entre médias). Ela reflete a generalização progressiva da prática de encerramento mais cedo da vida reprodutiva, por volta dos 30 ou 35 anos, que permitiu, entre 60/70, uma pequena redução no número de filhos por mãe que atingia os 45-49 anos.

Com a falta de dados comparáveis nos Censos anteriores, não se pôde detectar se esta tendência já se expressava antes de 1940, o que é provável.

Somente depois de 1970, é que os níveis gerais de fecundidade para o conjunto da Bahia mostram clara e continuada tendência ao declínio. A partir dos anos 60, acelerou-se a incorporação de práticas restritivas à procriação, com o objetivo de formação de proles cada vez menores, no seio das classes populares, inclusive das menos escolarizadas. Intensificou-se a difusão das técnicas anticoncepcionais modernas, através das campanhas anti-natalistas e das entidades e clínicas de "planejamento familiar", que vão surgindo a partir de então. Contudo, num primeiro momento, observou-se uma ampla substituição das técnicas tradicionais e menos eficazes por técnicas modernas, para a realização das práticas de regulação da prole que vinham sendo incorporadas pelas gerações anteriores.

Sem entrar na análise do que vem ocorrendo nesta nova fase da vida social, vale dizer que nela, médicos e sacerdotes ou leigos católicos vão apoiar ou incentivar, cada qual a seu modo, a consolidação dos padrões de procriação restrita, no seio das classes populares. Os médicos passam a propor distintos tipos de políticas anti-natalistas ou, simplesmente, a aplicar conhecimentos técnicos novos, como novas técnicas anti-concepcionais, de aborto e de esterilização, entre mulheres casadas ou solteiras (no caso das primeiras técnicas citadas) em larga escala. Várias dessas ações se defrontam com a discordância ética ou protestos veementes do clero. Por seu turno, a Igreja passou a se empenhar na difusão dos chamados métodos naturais, junto às classes populares, embora os sacerdotes, no plano da orientação individual aos fiéis, lhes recomendassem também a procura do apoio médico às suas práticas anticoncepcionais (Pierucci, 1978).

CONCLUSÕES

Esta análise reafirma a importância da Igreja na formação da religiosidade da sociedade baiana e brasileira, do alto valor atribuído à família e da preferência por proles numerosas, até meados do século XX, que viabilizaram tanto a generalizada incorporação

da prática de deixar vir os filhos desde o casamento até a menopausa da mulher, quanto a sua rotinização através de muitas gerações, como algo "natural" ou "normal" e desejável. Contudo, relativiza-se tal influência, já que a ação da Igreja local e do clero foi grandemente influenciada pelas estruturas de relações inter-classes e inter-instituições que definiam o quadro sócio-político mais amplo. Além disso, a preservação desta prática contou com amplo apoio de diversos movimentos médicos, ao longo do século XIX e primeira metade do século XX.

Embora generalizada, a prática de deixar vir os filhos integrava padrões muito diferenciados de procriação e de produção das descendências dos casais, constituídos enquanto *habitus* de classe, tendo significados diversos para diferentes classes. E não redundava, necessariamente, em proles numerosas, sobretudo antes de 1920, face às díspares condições de preservação da sobrevivência e da saúde, entre outros fatores. Ocorre que, foram exatamente os movimentos médicos, amplamente sustentados pelo Estado que, ao produzirem conquistas de sobrevivência, higidez e longevidade, viabilizaram a consolidação, nas classes populares, dos padrões de procriação intensa resultando em proles sobreviventes muito numerosas.

Como tais padrões tenderam a persistir por quase todo o século XX, apesar de significativas mudanças ocorridas, confirma-se no senso comum das classes médias e altas, inclusive dos médicos, a percepção de que os pobres foram sempre, igualmente e naturalmente, muito prolíficos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AVELINO, C. M.**
1924 *Eugenia e casamento*. Salvador Tese (conclusão do curso) - Faculdade de Medicina da Bahia.
- AZEVEDO, T.**
1986 *As regras do namoro à antiga*. São Paulo: Ática.
- BADINTER, E.** 1985 *Um amor conquistado. O mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- BERBERT DE CASTRO, D. A.**
1990 A mulher no século XIX, Bahia (visão dos doutorandos em medicina). *A Tarde Cultural*, Salvador, nº 10, p. 6-7, mar.
- BORGES, D.**
1986 *The family in Bahia, Brasil, 1870-1945*. Stanford: Tese (Doutorado - PhD) - Departamento de História, Comitê de Estudos Graduados da Universidade de Stanford.
- BOURDIEU, P.**
1989 *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: DIFEL.
- CANESQUI, A. M.**
1987 *Assistência médica, saúde e reprodução humana*. Campinas: UNICAMP. (Textos NEPO, 13).

- CASTRO SANTOS, L. A.
1987 *Power, ideology and public health in Brasil, 1888-1930*. Harvard: Tese (Doutorado (Phd)) - Departamento de Sociologia da Universidade de Harvard.
- FLANDRIN, J.L.
1988 *O sexo e o ocidente. Evolução das atitudes e dos comportamentos*. São Paulo: Brasiliense.
- FOUCAULT, M.
1988 *O uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Graal.
- FREIRE, G.
1987 *Casa Grande & Senzala*. Rio de Janeiro: José Olympio.
- GIACOMINI, S. M.
1985 A conversão da mulher em mãe: uma leitura do "A mãe de família" *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*. Campinas, v. 2, n? 2, p. 71-98, jul/dez.
- HUTCHINSON, C. J. A.
1959 Notas preliminares ao estudo da família no Brasil. In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 1959, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: [s.n.], p. 261-274. JAMBEIRO, M.B.
1973 *Engenhos de rapadura: regionalidade do tradicional numa sociedade em desenvolvimento*. São Paulo: Instituto de Estudos Brasileiros da USP.
- LYRA, H. J. B.
1982 *Colonos e colônias, uma avaliação das experiências de colonização agrícola na Bahia na segunda metade do século XIX*. Salvador Tese (Mestrado em Ciências Sociais) Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFBA, 1982.
- MAGALHÃES, A. F.
1930 Educação eugênica em geral, consciência da responsabilidade eugênica na família, nas escolas, nas universidades. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v.60, n? 12, p.523-594, jun.
- MATTOSO, K. Q.
1988 *Família e sociedade na Bahia no século XIX*. Brasília: Corrupio/ CNPq.
- MOTT, M.L.B.
s.d. *O aborto terapêutico no pensamento médico baiano* (Monografia inédita).
- OLIVEIRA, O., SALLES, V.
1987 *Reflexiones teóricas para el estudio de la reproducción de la fuerza de trabajo*. México: El Colegio de México.
- PIERUCCI, A. F. O.
1978 *Igreja: contradições e acomodação*. São Paulo: CEBRAP/Brasiliense.
- PIERUCCI, A.F.O, SOUZA, B.M., CAMARGO, C.P.F.
1984 Igreja Católica: 1945-1970. In: FAUSTO, B (org). *O Brasil republicano*. São Paulo: DIFEL, t.3, 4. p. 346-380.
- PRANDI, J. R.
1975 Catolicismo e família: transformação de uma ideologia. *Caderno CEBRAP*, São Paulo, n? 12.
- REIS, J. J.
1986 *Rebelião escrava no Brasil* São Paulo: Brasiliense.
- RODRIGUES, W., MORRIS, L., JANOWITZ, B.
1982 *Pesquisa sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar (Bahia)*. Rio de Janeiro: BEMFAM.

SOUZA, G.A.A. de.

1978 *Migração e sub-emprego em Salvador*. Salvador: CPE/SEPLANTEC. Dissertação (Mestrado em Economia) Universidade Federal da Bahia.

1987 Redução da fecundidade e do tamanho da prole. *Informe Conjuntural*, Salvador, v.7, nº 9/12, p. 118-138, set/dez.

1988 Padrões correntes de procriação na Bahia: persistências e mudanças. In: SEMINÁRIO NORDESTE - O QUE HÁ DE NOVO?, Natal. 22-25 nov.

1990 Deixar vir os filhos. A produção de proles numerosas. *Caderno CRH*, Salvador, nº 13, p. 5-37, jul/dez.

1992 Esterilização: o encerramento das carreiras reprodutivas e as esterilizações femininas na Bahia. *Veracidade*: revista do Centro do Planejamento Municipal, Salvador, nº 3, p.5-9, set.

SOUZA, G.A.A. de, FARIA, V.

1980 *Bahia de todos os pobres*. São Paulo: Vozes/CEBRAP.

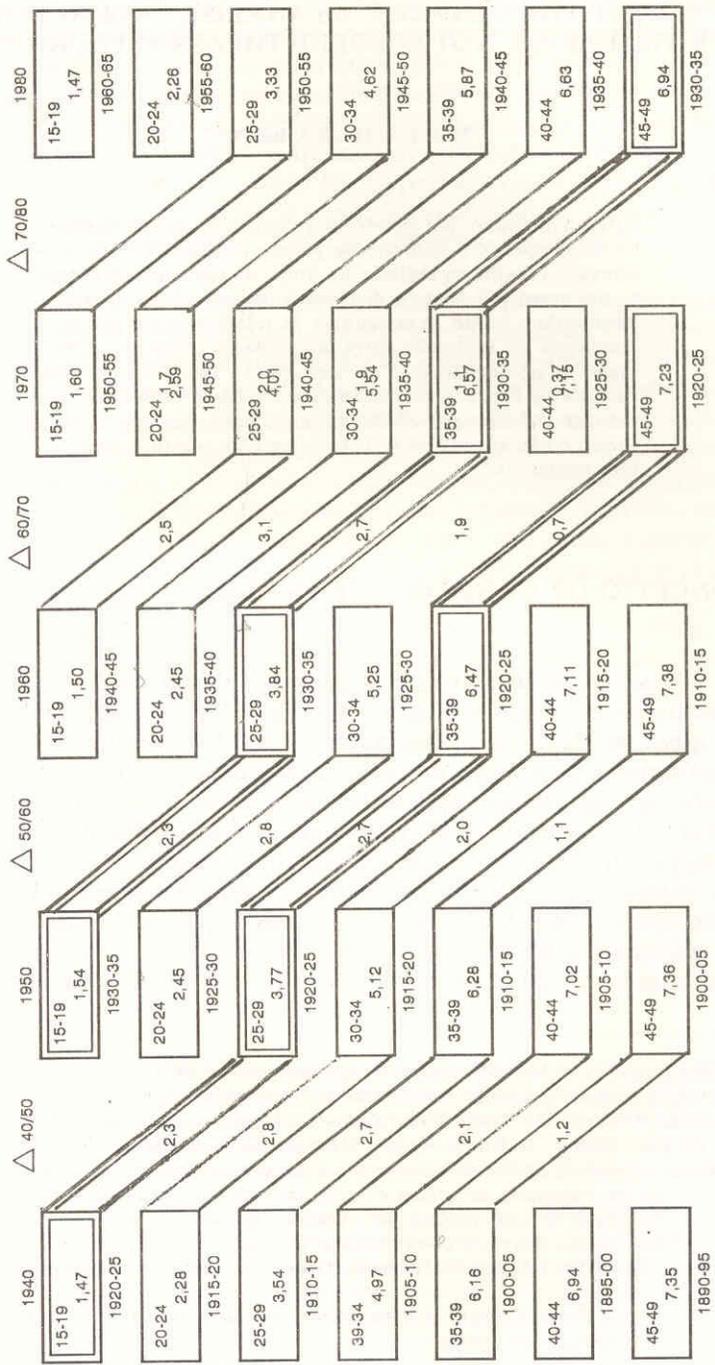
WOORTMANN, K.

1987 *A família das mulheres*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro/CNPq.

WOORTMANN, K., WOORTMANN, E.

1990 *Amor e celibato no universo camponês*. Campinas: UNICAMP. (TEXTOS NEPO, 17).

QUÁDRO I
 BAHIA - VARIÇÃO INTRA-GERACIONAL DA TAXA MÉDIA DE PROLIFICIDADE* - 40/50, 50/60, 60/70 E 70/80



FONTE: F. IBGE. Censos Demográficos de 1940, 1950, 1960, 1970 e 1980.
 (*) N° médio de filhos tidos nascidos vivos por mãe.