

Biblio3WREVISTA BIBLIOGRÁFICA DE GEOGRAFÍA
Y CIENCIAS SOCIALES

Universidad de Barcelona.

ISSN: 1138-9796.

Depósito Legal: B. 21.742-98

Vol. XX, núm. 1.130

25 de agosto de 2015



A assistência nos anos iniciais da Primeira República brasileira: a maternidade e a infância como problema social

Ismael Gonçalves Alves

Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC

iga@unesc.net

A assistência nos anos iniciais da Primeira República brasileira: a maternidade e a infância como problema social (Resumo)

No período que compreendeu a Primeira República a preocupação com a população e o futuro do país, impulsionou a classe médica e a burocracia estatal a criarem mecanismos de proteção social que privilegiassem a assistência à maternidade e à infância pobre. Focalizado nas primeiras décadas do século XX, este estudo busca discutir como a preocupação com o futuro socioeconômico da nação obrigou as altas esferas do poder, bem como a filantropia, a repensarem seu papel na proteção das mães e das crianças brasileiras, pois para promover a construção de país forte e desenvolvido, de acordo com o pensamento predominante do período, passava impreterivelmente pela salvaguarda de uma maternidade e da infância hígida.

Palavras-Chave: maternidade; infância; assistência; proteção social; sistemas de ajuda.

Assistance in the early years of the First Brazilian Republic: motherhood and childhood as a social problem (Abstract)

In the period that included the First Republic the concern with the population and the country's future, pushed the medical profession and the state bureaucracy to establish social protection mechanisms, which focus on assistance to motherhood and poor childhood. Focused in the first decades of the twentieth century, this study seeks to discuss how the concern for the nation's future socioeconomic forced the higher echelons of power, and philanthropy, to rethink their role in the protection of mothers and Brazilian children, as to promote strong construction and developed country, according to the prevailing thought of the period, going without fail for safeguarding maternity and healthy female childhood.

Keywords: motherhood; childhood; assistance; social protection; social assistance.

Recibido: 6 de abril de 2015

Revisado: 9 de junio de 2015

Aceptado: 10 de junio de 2015

A partir do início do século XX, a maternidade e a infância tornaram-se um problema a ser gerido pela administração pública brasileira. Se durante os períodos colonial e imperial a perda de crianças era vista com normalidade – ora como um castigo divino aos pais ora como uma bem-aventurança aos pequenos sofredores – a partir da Primeira República as altas taxas de mortalidade infantil e os problemas relativos à maternidade passaram a ser vistos como um golpe direto as pretensões imperialistas da recém formada República brasileira. Para tentar reverter os efeitos negativos dos altos índices de mortalidade e (do suposto) baixo crescimento vegetativo sobre a economia, o povoamento e a defesa nacional, a administração pública federal, em consonância com os discursos da assistência e da filantropia, buscou organizar pela primeira vez um sistema de ajuda que incidisse diretamente sobre a vida das crianças e as mães pobres. Apesar das ações e dos discursos sobre a maternidade e a infância, que aqui serão analisados, possuem certo caráter universal, focalizarei minha análise sobre a cidade do Rio de Janeiro (Distrito Federal), entendendo que como capital do país e como jurisdição exclusiva do Governo Federal esta cidade transformou-se numa espécie de laboratório, ou protótipo a ser seguido, haja vista que as ações exitosas ali implantadas eram posteriormente exportadas para outros entes da Federação, que as adaptavam de acordo com suas necessidades locais e regionais.

De maneira geral, a valorização da maternidade e da infância como fenômeno social e cultural pode ser considerada como algo relativamente novo e historicamente situado nas sociedades industrializadas de meados do século XIX. Neste período as principais potências econômicas e militares do ocidente viviam relações cotidianas de tensionamentos, pois o objetivo de cada uma delas era ocupar lugar privilegiado no contexto geopolítico mundial. Para alcançar tal posição hegemônica e sustentá-la ao longo dos tempos era necessário garantir o pleno desenvolvimento de uma população vigorosa, pois somente com a salvaguarda e a manutenção de um conjunto populacional sadio, produtivo e hígido é que seria possível garantir a perpetuidade e a primazia de uma nação sobre outra.

Neste contexto de preocupação extremada com o futuro da população, as crianças surgem como um grupo portador de necessidades específicas, cujo valor não estava depositado em sua força de trabalho ou em sua capacidade de defender a nação, mas em sua existência unicamente¹. Percebidas como semente das populações futuras, a criança e suas infâncias passaram a ser alvos de medidas médico-sociais que visavam garantir, prolongar e proteger essa etapa da vida, pois a perda de crianças na mais tenra idade, significava para os defensores da infância uma sangria do conjunto nacional, um tesouro que era dilapidado a conta gotas e que deveria cessar urgentemente sob a penalidade de levar a nação à ruína populacional. Apesar da existência de inúmeros discursos positivos em prol da salvaguarda das mães e das crianças, a questão da mortalidade infantil e da maternidade desamparada era uma problemática de alta complexidade e de difícil solução em curto prazo, pois sua resolução passava impreterivelmente por um reordenamento sociocultural que envolvia diferentes parcelas da população, abarcando desde os mais pobres até as mais altas esferas de poder.

¹ Martins, 2004.

Embora em outro contexto sociocultural, mas com grande proximidade com a realidade social brasileira do início do século XX, o descompasso entre o valor discursivo da maternidade e da infância e sua real situação de descaso social, foi denunciado no prefácio do livro *Sociedade e Maternidade*², no qual Alexandra Kollontai, ativista revolucionária e teórica marxista russa, alertava para a complexidade desta questão social que por sua vez vinha, anos após anos, se avolumando a sombra do poder público e da sociedade civil, sem que nenhum debate sério fosse estabelecido. De acordo com Kollontai, apesar da grande importância que a criança e a maternidade representavam para o desenvolvimento de uma nação, seu reconhecimento político pelas elites administrativas era proporcionalmente inverso à relevância retórica sobre elas, o que tornava tanto as mães quanto as crianças valiosas moedas discursivas capazes de despertar toda sorte de emoções, mas que por fim, eram percebidas como um problema individual das mulheres que deveria ser sanado no contexto de cada família, e não como uma atribuição do Estado. Assim escreveu Alexandra Kollontai sobre a complexidade que envolvia a proteção à maternidade e à infância no início do século XX:

Os problemas da proteção e provisão da mãe e da criança são aqueles que devem ser enfrentados pelas políticas sociais, que batem incessantemente à porta do estadista, que envolvem especialistas de saúde e higiene, que dizem respeito à estatística social, que assombram os representantes da classe trabalhadora e que pesam sobre os ombros de dezenas de milhões de mães obrigadas a sustentar a si próprias. (Tradução Livre)³.

Da mesma forma com que Kollontai advertia para o quadro problemático enfrentado pelas mulheres mães na sociedade europeia capitalista do início século XX, a militante feminista Hubertine Auclert em discurso no dia 22 de outubro de 1879 no Terceiro Congresso de Trabalhadores de Marselha, já alertava a classe operária e os dirigentes sindicais sobre os problemas enfrentados pela maioria das mães na criação de seus filhos e filhas. Para a ativista, se a maternidade figurava entre uma das principais contribuições das mulheres para o Estado, o mesmo não deveria se eximir das responsabilidades para com as mães, devendo equiparar o trabalho de cuidado ao trabalho remunerado e recompensá-lo como tal. Este posicionamento em favor das mulheres mães deveria ser o primeiro passo dado rumo à construção de uma sociedade mais equitativa, pois desta forma a maternidade deixaria de ser um pesado fardo físico e financeiro para as mulheres, libertando-as das correntes seculares do casamento e da dependência masculina.

Nós não olhamos para o casamento como um recurso alimentar disponível para as mulheres. O que queremos mesmo, é que todas as mães e suas crianças possam ter independência econômica, assim como é recompensada uma enfermeira. Pois se a mãe está morta, o homem responsável por uma criança pagará uma mulher que aceite cuidar desta [...] sendo a mãe viva, e como enfermeira natural desta criança, ela deveria receber ao menos a metade deste montante. (Tradução Livre)⁴.

Utilizando-se sabiamente da única retórica compreendida pelos administradores do Estado, Alexandra Kollontai e Hubertine Auclert advertiam para o descaso com que a maternidade e a infância eram tratadas, sendo deixadas sob a jurisdição de reformadores sociais e filantropos que se acotovelavam na tentativa de restabelecer o paraíso perdido

² Kollontai, 1915.

³ Ibid, p. 03.

⁴ Auclert, 1879.

das mães e crianças. Segundo as autoras, enquanto o Estado se mantinha inerte, os corpos de milhares de crianças se empilhavam frente a uma taxa de crescimento vegetativo desregulado e em declínio constante, colocando em risco a indústria e o próprio desenvolvimento econômico nacional.

Em um período em que as mulheres possuíam pouca representatividade sociopolítica e no qual imperava a busca desenfreada por resultados econômicos positivos, além de um clima de intensa belicosidade entre os Estados, ativistas como Hubertine Auclert, Alexandra Kollontai, Katti Anker Møller e Ellen Key, utilizavam dados estatísticos que apontavam para a drástica diminuição da população com a finalidade de pressionar as autoridades públicas e angariar direitos políticos e sociais tanto para as mães quanto para as crianças. Esta tática foi uma das primeiras formas de ressignificar a maternidade de maneira positiva, chamando a atenção das autoridades para a precariedade da vida das mulheres e das crianças, destacando que a proteção à maternidade e à infância não poderia ficar restrita apenas à esfera familiar e da filantropia, sem o apoio do Estado, pois o ônus desta situação logo se reverteria contra a própria manutenção da nação⁵.

No entanto, diferente dos demógrafos e médicos higienistas, que apontavam como causas para a mortalidade infantil a ignorância, o desleixo das mães, o neomalthusianismo e o trabalho feminino fora da esfera doméstica, as ativistas assinalavam a exploração capitalista e a pobreza como principais causas deste cenário desalentador:

[...] observemos o triste resultado das atuais condições econômicas de um número crescente de mulheres que, apesar de preparadas para propagar a raça, ainda que involuntariamente, estão condenadas a permanecerem como galhos secos. [...] encontramos mulheres casadas perdendo capacidade, ou vontade, para se tornarem mães, algumas por conta de excesso de trabalho, outras por conta de um desejo frívolo pelo prazer. Finalmente, notamos como nos últimos cem anos as severas condições de trabalho têm afetado as mães, bem como crianças, fazendo com que se tarde mais de um século de esforços incessantes para superar toda essa degeneração psíquica e física⁶.

Preocupação para os críticos sociais, a perda de crianças em idade tão tenra passou a ser contabilizada como um déficit econômico que deveria ser sanado através de medidas enérgicas, direcionadas prioritariamente aos núcleos familiares urbanos pobres. Tanto no Brasil como em outras nações da Europa e da América, este movimento estava atrelado a uma grande preocupação com o despovoamento, que segundo alguns demógrafos e médicos higienistas acarretaria no paulatino asfixiamento do poderio bélico e industrial de qualquer país. De acordo com Marcela Nari⁷, no século XIX, a população começa a ser apreciada como capital político, econômico e militar ao mesmo tempo em que aparecia como a medida da potencialidade de uma nação. O reposicionamento tanto da maternidade como da infância neste contexto sociopolítico impeliu diferentes países a reorganizarem seus sistemas de assistência, priorizando a elaboração de leis de efetiva eficácia, construção de novas maternidades e hospitais, a instituição de cuidados pré e pós-natal, vacinação em massa, entre outros, como forma de debelar a sombra da morte que pairava sobre o conjunto da população infantil.

⁵ Bock; Thane, 1996.

⁶ Key, 1914, p. 64-65.

⁷ Nari, 2004.

O discurso médico e a salvaguarda das crianças

Concomitante com as questões de cunho econômico e militar comum a todos os países ocidentais, como foi brevemente apresentado na introdução, no Brasil as preocupações relativas à maternidade e a infância estavam, sobretudo vinculadas à necessidade de povoar o grande deserto representado pelo interior brasileiro, pouco explorado e abandonado à sua própria sorte. Desde a época imperial existia uma grande preocupação entre as elites nacionais com as vastas extensões de terras desabitadas, que sem a devida ocupação ficaria à mercê de potências estrangeiras. Com o advento da República e o paulatino fortalecimento de um sentimento nacional, iniciou-se uma campanha de interiorização que só poderia ser completada com o fomento da natalidade, além de políticas que garantissem o pleno desenvolvimento das crianças brasileiras, retardado pelos altos índices de mortalidade infantil, como registrado na revista *O Brasil-Médico*, vinculada a Sociedade Brasileira de Medicina e Cirurgia e a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro:

Em todos os países da Europa a mortalidade infantil preocupa a atenção de higienistas e, entre nós, deve fazê-lo mais seriamente, por precisarmos de aumentar rapidamente a nossa população cuja a exiguidade contrasta com a vastidão de zonas extensíssimas e inhabitadas. Acresce que, como é força confessar, no Brasil, a mortalidade das crianças é avultadíssima e, proporcionalmente, maior que a da Europa. (Sic.)⁸.

No caso brasileiro o despovoamento era atribuído à existência de três fatores: neomalthusianismo, planejamento familiar e mortalidade infantil. No entanto, cabe ressaltar que no Brasil os médicos divergiam sobre a combinação destes fatores, enquanto alguns atribuíam maior peso para este ou aquele, outros até mesmo negavam a existência deles. No caso do Dr. Luiz Bulhões Carvalho, demógrafo-sanitarista do Instituto Sanitário Federal, a queda da fertilidade entre os casais brasileiros não era entendida como fator preponderante para a diminuição do crescimento vegetativo, mas sim as altas taxas de mortalidade infantil que paulatinamente corroíam o delicado equilíbrio populacional: “acreditamos que não por falta de fecundidade nossa população não progride. Antes queremos crer na excessiva mortinatalidade, além da grande mortandade de crianças [...]”⁹ Por outro lado, para médicos como o pediatra Arthur Moncorvo Filho, a escassez da população nacional era atribuída à combinação entre a baixa fertilidade dos casais com a elevada mortalidade entre a população pueril “sem querer aqui relembrar outros factores do nosso regresso, basta appellar para o excessivo dízimo mortuário infantil, a nossa escassa natalidade, a accentuada mortinatalidade [...]”¹⁰.

Apesar das divergências sobre as combinações dos fenômenos que interferiam no crescimento da população nacional, um elemento era comum na opinião de todos os especialistas no assunto: a mortalidade infantil. Frente a esta constatação, médicos, governantes, pedagogos e juristas, iniciaram uma cruzada pela higienização da cultura popular que buscava suprimir crenças e práticas relacionadas ao cuidado das crianças, consideradas primitivas, irracionais e nocivas sendo apontadas como uma das principais causas da morte. Para Margareth Rago¹¹, os médicos foram os primeiros profissionais

⁸ *O Brasil-Médico*. Assumptos de hygiene pública 28 de fevereiro de 1897. p. 57.

⁹ Carvalho, 1896, p. 62.

¹⁰ Moncorvo Filho, 1904, p. 78.

¹¹ Rago, 1997.

que, ainda no século XIX e impulsionados pelas questões demográficas, tornaram a infância um objeto privilegiado de seu saber, demonstrando a toda sociedade e ao Estado a necessidade insubstituível de sua presença como orientadores das famílias e como conselheiros das ações governamentais. Domínio até então reservado exclusivamente às mulheres e transmitido pela oralidade de mães para filhas, os cuidados maternos tradicionais foram desautorizados pela racionalidade médica que os rotulava como infundados, baseados na superstição e na ignorância, além de considerá-los como agentes da mortalidade¹².

Ao desacreditarem as práticas tradicionais de cuidados, os médicos alçaram as mães à categoria de únicas responsáveis pela perda da vida das crianças para as enfermidades, impulsionando esta corporação a forçar uma “aliança” com as mulheres em torno da proposta de uma nova maternidade, investida de caráter e prática científicas, na qual a ignorância, e não a pobreza, era apontada como causa majoritária de índices tão alarmantes.¹³ Um exemplo desta nova reposição que coloca mães e médicos em papéis opostos, sendo a primeira, fruto da tradição e o segundo, portador da ciência, é encontrada na Revista Mãe de Família, em que o médico Carlos Costa, responsabiliza as mães da capital pelas altas taxas de mortalidade infantil, colocando a medicina como a única arma eficaz no combate deste mal:

Se é elevada a missão do medico, minhas senhoras, aconselhando sempre por todos os meios a maneira de conservar-se a vida dos novos entes, muito séria é a vossa missão. *única sublime* n’esta terra, a de mãis. A mortalidade das crianças no Rio de Janeiro é enorme!!

As mãis de família são as principais responsáveis por este facto... Preferi, assim minhas senhoras, a leitura dos salutareos conselhos que a hygiene espalha aos inverossímeis e inúteis contos [...]. (Sic).¹⁴

Partindo das classes dominantes, o discurso médico condenava autoritariamente todas as práticas tradicionais de cuidados com a infância transmitidos de geração a geração e que traduziam o conhecimento empírico das mulheres. Um exemplo desta supremacia do saber médico sobre a vida das crianças foi traduzida pelo correspondente da revista O Brazil-Médico, Dr. Blottère, na Exposição Universal de Paris de 1900, na qual um pavilhão foi construído e dedicado à evolução dos cuidados infantis e da medicina pediátrica: “em todas as secções, [...] referente á hygiene e á saúde pública ou privada, encontra o médico um bello assumpto de meditação sobre o triumpho evidente da sciencia contra a rotina, da verdade contra o erro”¹⁵. Caminhando pelos corredores da exposição o médico descreve os horrores de tempos passados nos quais inúmeras almas infantis sucumbiam à falta de higiene das instalações asilares e nas mãos de mães mal informadas que se utilizavam de técnicas arcaicas e infundadas para a cura e prevenção de doenças:

Para o caso de crianças doentes a exposição contém grande variedade de amuletos e remédios mysteriosos, imaginados pela céga superstição dos pais [...] machado de pedra polida contra mão olhado e para preservar do raio, como cascos de boi e carneiro, como preservativo de sapinho e do *impetigo*, collar de cabeça de alho contra vermes intestinaes, certos fosseis contra venenos

¹² Freire, 2009.

¹³ Ibid.

¹⁴ Costa, 1889, p. 34.

¹⁵ Blottère, 1900, p. 300.

arachnides, dentes caninos de lobo engastados em prata e bolas de âmbar, formando um collar, figurando como remédios heróicos das convulsões¹⁶.

Conforme a visita avançava pelos corredores as novas maravilhas ofertadas pela medicina moderna surgiam como valentes combatentes contra épocas anteriores onde o erro e a ignorância triunfavam sobre a vida sadia. Como portadores destas boas novas os médicos apresentavam suas novas pesquisas e técnicas de terapia infantil que ao lado “de todas estas relíquias dos tempos passados e ignorantes surgem com todo o seu esplendor” e como resultado dos incansáveis esforços que “há cinquenta annos [...] arrancaram tantas crianças á morte e pouparam tantas lágrimas ás mãis”. (sic)¹⁷. Tornada um problema de Estado, transformada em objeto de exposição e imbuída em pressupostos de ação patriótica, a função maternal tornou-se um valor nacional a ser preservado e cuidado por todos, como veremos no próximo tópico.

A maternidade e a infância como problemáticas estatais: uma breve incursão sobre a legislação brasileira da Primeira República

Em comparação com os Estados de Bem-Estar europeus do final do século XIX e das primeiras décadas do século XX, o sistema brasileiro era extremamente limitado e de cobertura restrita a casos de epidemias e pandemias. Herdeiro da tradição liberal, o modelo administrativo adotado pelo Estado brasileiro republicano até os anos de 1930 alicerçou-se sobre a descentralização política em favor da liberdade de ação de cada um dos entes associados à federação. O artigo 5º da Constituição de 1891 dava o tom sobre o sistema político adotado no pacto federativo brasileiro em todos os níveis da administração pública: “Incumbe a cada Estado prover, a expensas próprias, as necessidades de seu Governo e administração; a União, porém, prestará socorros ao Estado que, em caso de calamidade pública, os solicitar”¹⁸.

Enquanto as nações industrializadas da Europa lançaram seus primeiros programas nacionais de proteção aos menos favorecidos entre 1880 até o início da Primeira Guerra Mundial, o Brasil, neste mesmo período, não havia arquitetado um sistema unificado de proteção que entrelaçasse todos os níveis da administração pública. As políticas sociais anteriores à Revolução de 1930, como revela o próprio texto da constituição, eram fragmentadas e emergenciais, evitando o confronto direto com as elites administrativas estaduais. Para Skocpol¹⁹, tal desarticulação política em nível federal na proposição de leis efetivas de proteção às camadas mais pobres foi um elemento comum aos Estados liberais do início do século XX, no qual a não intromissão em assuntos locais, bem como a não interferência na auto-regulação das leis de mercado, se sobrepunham à criação de sistemas assistenciais em favor da consolidação do pacto federativo.

Com burocracias rudimentares e de pouca expressividade, além do liberalismo que modelava a ação política, o debate estabelecido entre as elites estaduais brasileiras girava em torno de qual deveria ser o papel do poder público sobre a vida da população

¹⁶ Ibid, p. 301.

¹⁷ Ibid, p. 301.

¹⁸ Brasil, 1891.

¹⁹ Skocpol, 1988.

e até que ponto deveria ou não intervir nas relações entre a sociedade e o mercado. No que dizia respeito à saúde, cabia aos Estados o combate e o controle de epidemias, a fiscalização do exercício profissional, dos gêneros de consumo e dos medicamentos. De acordo com Maria Lucia Mott²⁰, intelectuais, médicos, juristas, estadistas, trabalhadores e patrões, indagavam-se a quem competiria o encargo da proteção à maternidade, dos acidentes de trabalho, da saúde e aposentadoria de trabalhadores; aos empregadores, empregados, ao Estado ou à benemerência?

Os primeiros passos dados no caminho de políticas um pouco mais universais na área assistencial e de saúde foram esboçados a partir da criação da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) pelo Decreto-Lei 2.449 de 1º de fevereiro de 1897, que passou a reunir sobre seus auspícios funções até então atribuídas ao Instituto Sanitário Federal e à Inspetoria Geral de Saúde dos Portos, ambos subordinados ao Ministério da Justiça e das Relações Exteriores. De maneira mais organizada e ampliando de forma moderada seu poder fiscalizador, coube a DGSP regular o exercício da medicina em todo território nacional; fornecer serviços de caráter técnico e científico no controle de epidemias; fiscalizar hospitais, asilos e abrigos; propor planos de controle sanitário, além de colocar sob sua jurisdição os portos mais importantes do país. No entanto, cabe ressaltar que apesar da relativa expansão de suas atribuições o Artigo 8º do referido Decreto ainda coibia expressamente a intervenção administrativa da União nos serviços de higiene municipais sem o devido pedido de ajuda²¹.

Ao reunir sobre o controle de um único departamento serviços de saúde distintos, o governo federal esboçava a intenção de construir um sistema mais organizado e racional, facilitando a execução de planos de auxílios mais efetivos no controle de endemias e epidemias. Ainda assim, como salienta Marcelo Medeiros²², apesar de a DGSP reorganizar as atribuições dos serviços de higiene da União, as questões de saúde no Brasil continuaram a ser tratadas como atribuições locais, não havendo por parte da União a intenção de criar um plano de atuação mais abrangente, respeitando desta forma o pacto federativo e não contrariando as elites administrativas locais, o que restringia sua ação apenas ao Distrito Federal.

No início do século XX a cidade do Rio de Janeiro, sob a administração do Governo Federal, enfrentava uma série de epidemias que assolavam o conjunto da população. No ano anterior à criação da DGSP, em relatório elaborado pelo Instituto Sanitário Federal sobre a situação sanitária do Rio de Janeiro em 1895, o médico Carvalho de Bulhões alertava para os altos índices de mortalidade que acometia a população da capital federal, que neste ano era composta de seiscentos mil habitantes. No total foram 18.225 mortos naquele ano, sendo que deste montante 1.864 foram ocasionadas pela varíola, 1.752 pela malária, 2.234 provocadas pela tuberculose, 818 em decorrência da febre amarela e 473 de *Cholera Morbus*, esta última originária da Europa e introduzida no Brasil através do Porto de Santos. No que diz respeito à maternidade e à infância, os índices de mortalidade não foram menos importantes. No caso das doenças puerperais foram 32 falecimentos contabilizados pela Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, e no que tange à mortalidade infantil estes números alcançaram a cifras de 35.8% do número total de óbitos na cidade, que foi dividido pelo médico Carvalho de

²⁰ Mott, 2001.

²¹ Brasil, 1897.

²² Medeiros, 2001.

Bulhões em dois grupos de morbidade: 1.147 natimortos e 5.386 falecimentos entre crianças de 0 a 5 anos, em decorrência de inúmeras doenças infecto-contagiosas que assolavam a Capital²³.

Centro administrativo da União e porta de entrada do Brasil, essa situação calamitosa no Rio de Janeiro impulsionou a elite administrativa a fortalecer as atribuições da DGSP dentro do Distrito Federal. Em nome da saúde pública e do bem-estar da população, instituiu-se um controle social sobre os bairros operários, comunidades rurais, fábricas e unidades comerciais; estabeleceram-se visitas domiciliares de médicos e enfermeiras nos mais recônditos cantos da cidade; escolas e hospitais se revestiram de caráter pedagógico, moral e civilizatório. Por meio do Decreto-Lei 1.151 de 05 de Janeiro de 1904, o governo federal atribuiu poder de polícia à Diretoria Geral de Saúde Pública e ampliou ainda mais as medidas de controle sanitário a cargo da União,

É reorganizada a Directoria Geral de Saúde Publica, ficando sob sua competencia, além das attribuições actuaes, tudo que no Districto Federal diz respeito á hygiene domiciliaria, policia sanitaria dos domicilios, logares e logradouros publicos, tudo quanto se relaciona á prophylaxia geral e especifica das molestias infectuosas, podendo o Governo fazer as installações que julgar necessarias e pôr em prática as actuaes posturas municipaes que se relacione com a hygiene. (sic)²⁴.

No entanto, apesar de recrudescer seu papel na organização de um sistema sanitário mais eficaz, o governo federal pouco fez pelas questões da maternidade e infância entre o final do século XIX e os primeiros anos do século XX e as escassas iniciativas tomadas nesta direção acabaram “letra morta”. Uma das primeiras manifestações do governo republicano em defesa da infância foi a promulgação do Decreto nº 1313 de 1891, que determinava normas e regras para a contratação do trabalho das crianças em estabelecimentos industriais. Nele estipulava-se entre outras coisas, a idade mínima de oito anos para exercer trabalhos fabris, proibia a permanência dos mesmos entre as seis da tarde e às seis da manhã, além de restringir as atividades laborais que exigissem a manipulação de produtos considerados tóxicos ou explosivos. Cabe ressaltar que este decreto foi uma das primeiras tentativas do Governo Federal de intervir nas voláteis regras do mercado de trabalho, tendo sua circunscrição e aplicabilidade jurídica restritas ao Distrito Federal, sendo facultada aos outros Estados da federação a sua aceitação como norma. A preocupação com o trabalho infantil no Brasil estava em consonância com o movimento internacional dos governos e da própria sociedade civil que tentava normatizar o emprego de crianças de tenra idade em estabelecimentos fabris com extensas jornadas de trabalho e que ofereciam riscos físicos para o desenvolvimento psicossocial dos infantes. Dentre estas iniciativas podemos citar o Código Industrial alemão de 1891 que limitava a idade e a jornada de trabalho das crianças, o *Children's Act* sancionado na Inglaterra em 1908 aprimorando leis anteriores que regulavam o trabalho infantil, além das próprias diretrizes eclesiásticas contidas na Carta Encíclica *Rerum Novarum*:

Enfim, o que um homem válido e na força da idade pode fazer, não será equitativo exigi-lo duma mulher ou duma criança. Especialmente a infância – e isto deve ser estritamente observado – não deve entrar na oficina senão quando a sua idade tenha suficientemente desenvolvido nela as

²³ Carvalho, 15 de Fevereiro de 1895, p. 62.

²⁴ Brasil, 1904.

forças físicas, intelectuais e morais: de contrário, como uma planta ainda tenra, ver-se-á murchar com um trabalho demasiado precoce, e dar-se-á cabo da sua educação.²⁵

Esta preocupação com a saúde infantil bem como com a saúde das mulheres, principalmente aquelas em período puerperal, mobilizou a classe médica em busca de ações por parte do Estado. Não bastava apenas regulamentar o trabalho infantil e feminino, era necessário criar uma rede de atenção médica destinada especialmente às classes pobres urbanas, pois era de entendimento comum entre os médicos que a ausência de uma política de assistência pública, colocava em risco anos de esforços realizados no combate à mortalidade infantil e materna. Conforme as pesquisas de Ana Paula Vosne Martins²⁶, esta nova visão em torno da maternidade e infância, debelou antigas ajudas baseadas no humanitarismo, sendo substituída pelo pragmatismo político de médicos e críticos sociais, que viam nas altas taxas de mortalidade infantil um entrave para o desenvolvimento econômico e social das nações.

Uma das principais reivindicações da corporação médica junto às autoridades públicas era a construção de hospitais e maternidades que atendessem as demandas advindas dos grupos populares. A ideia de construir no Brasil clínicas especializadas na saúde da mulher e da infância foi originária do final século XIX, quando a medicina encontrou nas famílias pobres o foco irradiador de doenças infecto contagiosas. De acordo com Jurandir Freire Costa²⁷, os trabalhos médicos em torno da família tinham por finalidade criar um aparato disciplinarizador e higiênico que a transformou em um núcleo irradiador de saúde. Para isso, segundo o autor, era necessário combater a presença de curandeiros, homeopatas, parteiras e curiosas que colocavam em risco a saúde dos indivíduos com suas fórmulas milagrosas, em favor do atendimento clínico especializado.

A regularização do exercício da arte de curar foi estabelecida pelo Decreto nº 5.156 de março de 1904, que na parte IV normatizava e habilitava como únicos capacitados nas práticas curativas os médicos, parteiras, dentistas e farmacêuticos, com a devida formação nos centros de ensino nacionais e internacionais. No Artigo 251, parágrafo único, do referido decreto, se punia na forma da lei, ou com privação do exercício da profissão todos aqueles que em suas práticas curativas empregassem o espiritismo, magia ou que anunciassem a cura de moléstias incuráveis. Este maior controle sobre os profissionais da saúde seguia uma tendência geral que coibia a atuação de oportunistas e colocava sob o restrito controle estatal o atendimento clínico. Este privilégio das ciências médicas sobre outras formas de tratamento estava relacionada à manutenção dos próprios sistemas de saúde, que se utilizavam de registros elaborados por ela para formularem estatísticas demógrafo-sanitárias, quadros nosológicos, planos de ação no combate de doenças infecto-contagiosas, além de preparar os sistemas de saúde para atuarem em situações calamitosas²⁸.

Ainda no que tange à regulação do exercício da medicina, um grupo específico de especialistas teve seu raio de atuação paulatinamente absorvido em favor outro profissional: as parteiras. De acordo com Maria Lúcia Mott²⁹, no final do século XIX,

²⁵ Vaticano, 1891.

²⁶ Martins, .2004.

²⁷ Costa, 1989.

²⁸ Foucault, 2010.

²⁹ Mott, 1999.

mesmo com a precariedade dos cursos de obstetrícia realizados nas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e Bahia, esta especialidade pouco a pouco foi ocupando o espaço na formação de novos médicos, que baseados em rígidos métodos científicos passaram a ditar normas e procedimentos estritos que deveriam ser seguidos à risca por todas as parteiras, sobrepondo os conhecimentos empíricos acumulados por anos de experiência. Corroborando com as análises acima, Ana Paula Vosne Martins³⁰, salienta ainda que apesar de parteiras bem informadas na ciência obstétrica, como Mme. Durocher³¹, terem contribuído para o reconhecimento da obstetrícia como um ramo das ciências médicas no Brasil, sua efetiva formação pelas faculdades de medicina foi combatida, ficando sua atuação restrita apenas às discípulas de médicos. Em um artigo sobre infecção puerperal, o Dr. Abel Parente, através de um conjunto de normas intitulado Decálogo das Parteiras, resumia bem em o papel que deveria ser exercido por estas profissionais durante o trabalho de parto:

- 1º Praticarás frequentemente o exame externo: mas *o menos possível* o interno.
- 2º A escuta praticarás também repetidas vezes; porque o coração fetal, de um momento para o outro, póde sofrer graves alterações.
- 3º *Não romperás o sacco* sem motivo e te absterás de praticar funestas tentativas de dilatação do orifício uterino.
- 4º *Não praticarás exame* interno, porquanto com a simples exploração externa póde-se distinguir perfeitamente a cabeça, o dorso, as nadegas do feto e até a placenta.
- 5º Observarás rigorosamente a assepsia das mãos.
- 6º Chamarás o medico, sem perda de tempo, logo que algum perigo ameace a mãe ou o filho.
- 7º Deverás ser prudente em retirar secundinas, a fim de evitares o remorso de ter determinado retenção de membranas.
- 8º Terás cuidado em não rasgar o períneo: mas dado este desastre farás imediatamente a sutura.
- 9º Deverás primar pelo asseio.
- 10º Se a parturiente adoecer, confessarás nobremente que a culpa é sómente tua e que as tuas mãos estavam sujas. (Grifos do autor). (sic).³²

Este decálogo reflete bem o controle exercido pela corporação médica sobre os saberes do parto. Apesar de serem consideradas importantes aliadas da saúde pública devido à escassa mão de obra obstétrica, as parteiras sofreram um estrito controle de suas atividades curativas, estando sempre subordinadas às ordens médicas. Como bem analisou Ana Paula Vosne Martins³³, apesar da fama que tantas parteiras obtiveram em seus círculos de trabalho, a maioria delas foi estigmatizada pelo discurso médico como representantes da ignorância e do atraso, sendo colocadas à margem da história da obstetrícia. Neste contexto, a ausência de mulheres exercendo a medicina, a ginecologia, a obstetrícia e a pediatria, acabou por tornar a maternidade, surpreendentemente, um assunto de homens, que, além disso, desempenharam um importante papel disciplinarizador, ditando novas regras e procedimentos que deveriam ser seguidos.

³⁰ Martins, 2004[b].

³¹ Marie Josephine Matilde Durocher, foi uma renomada parteira estabelecida na cidade do Rio de Janeiro e a primeira mulher a ser admitida pela Academia Imperial de Medicina em 1871. Cf. MOTT, Maria Lucia de Barros. Madame Durocher, modista e parteira. Vol 2, N 3. Rio de Janeiro, 1994. p. 101-116.

³² Parente, 1897, p. 313.

³³ Martins, 2004[b].

Sobre estas práticas, Michel Foucault³⁴ afirmou que a corporação médica tornou-se, na sociedade capitalista, o mais eficiente difusor de novas verdades. Ao se apropriarem de antigos conhecimentos baseados na empiria, os médicos extraíram certas verdades, para logo em seguida transformá-las em normas de aplicabilidade global desqualificando todo e qualquer discurso produzido fora dos muros da academia médica. Desta forma, tanto a medicina quanto os próprios médicos afastaram de seu círculo de conhecimento qualquer ameaça à institucionalização das práticas curativas, chamando unicamente para si a responsabilidade sobre a vida. Assim, ao estabelecerem o controle sobre a medicina obstétrica, os médicos colocaram as parteiras em um papel secundário, exigindo inclusive, a circunscrição do trabalho das mesmas por meio de leis estritas e infligindo penalização por seu não cumprimento.

No Brasil este objetivo foi alcançado em 1904, pelo já citado Decreto 5.156, que em seu artigo 254 limitava o trabalho das parteiras apenas a casos de parto natural, pois em caso de distocia, ou seja, complicações advindas do trabalho de parto, um médico obstetra deveria ser imediatamente chamado, ficando ainda proibido a elas executarem intervenções cirúrgicas e aviarem receitas, sob a pena de terem suas autorizações profissionais cassadas.

Ao limitar o trabalho das parteiras, tanto o Governo Federal quanto a corporação médica dava início ao processo de institucionalização do parto, obrigando as mulheres a buscarem o atendimento especializado das clínicas e maternidades. Mesmo que de forma desorganizada, devido às poucas iniciativas estatais e particulares na oferta de leitos hospitalares para gestantes, o parto medicalizado foi difundido como uma das melhores formas de diminuir a mortalidade do recém-nascido. Esta reformulação da clínica médica que englobava a maternidade e a medicalização dos partos vinha ocorrendo na Europa desde meados do século XIX, quando as instituições hospitalares deixaram de ser lugares insalubres, para comportar todas as novidades médicas relacionadas às técnicas pré e pós-natal, como quartos individualizados, controle da febre puerperal, distribuição de medicamentos e o uso salubre das técnicas obstétricas³⁵. No entanto, no Brasil do início do século XX, era ainda necessário contornar as antigas imagens elaboradas em torno dos hospitais, clínicas e maternidades, representadas pelas Santas Casas de Misericórdia, consideradas lugares insalubres e o último recurso dos indivíduos depauperados, pois neste espaço conviviam simultaneamente loucos, doentes incuráveis e expostos, ou seja, um depósito das mazelas humanas.

A fim de dar continuidade ao processo de remodelação instituído na capital pelo Governo Federal, ainda em 18 de janeiro 1904 foi instituída a Maternidade do Rio de Janeiro, que tinha por atribuições assistir às gestantes e às crianças recém-nascidas das classes menos favorecidas, oferecendo serviços pré e pós-natal, recolhimento de mulheres gestantes e parturientes, operações ginecológicas, distribuição de leite esterilizado e o recolhimento de crianças nascidas na maternidade que porventura perdessem as mães. Além da demanda social e humanitária, a Maternidade do Rio de Janeiro, conhecida também por Maternidade das Laranjeiras, possuía ainda a finalidade de servir como um ambiente de ensino prático e livre de partos e ginecologia, podendo ser frequentado por médicos, parteiras e alunos da Faculdade de Medicina.

³⁴ Foucault, 2008.

³⁵ Beauvalet-Boutouyrie, 2002.

Este entrelaçamento entre a prática e a teoria oferecida pela “maternidade escola” alinhava o Brasil à tendência internacional de difundir o estudo da obstetrícia e ginecologia, oferecendo as condições necessárias para formação de altos quadros nestas especialidades médicas, afastando-se, desta forma, de antigas práticas formativas baseadas em velhos manuais e tratados de obstetrícia sem nenhum interesse pelo ensino prático. Seguindo os mais modernos padrões arquitetônicos e científicos da época, a Maternidade foi referência no contexto nacional e em grande parte era inspirada em suas homônimas européias e norte-americanas. No andar térreo estava localizada a secretaria, um consultório, o salão de sessões da Associação Auxiliadora da Maternidade, gabinete do diretor, vestiário, biblioteca e sala de curso das enfermeiras, cozinha, refeitórios e banheiros³⁶.

Conectado por dois elevadores, o andar superior era composto pela Sala Schröder com sala de parto e onze leitos para mulheres grávidas que esperavam pelo início das contrações; o quarto da primeira enfermeira; a Sala Pajot, com quatro leitos e igual quantidade de berços; a Sala C. Braun, composta por oito leitos e oito berços; as Salas Teixeira e Barnes, contabilizando ambas seis leitos adultos e infantis; e por último a Seção Simpsons, que compreendia a sala de partos, desinfecção e operações assépticas. Todas estas dependências eram servidas por instalações sanitárias salubres conforme requeriam as novas normas de higiene hospitalar.

Do lado de fora do prédio da maternidade havia dois prédios anexos utilizados em caso de internações, o pavilhão Santa Isabel com oito leitos destinados a gestantes e onde residia a segunda enfermeira, e o pavilhão Tarnier composto por cinco leitos que eram utilizados em caso de isolamento. A Maternidade ainda contava com outro edifício onde ficavam hospedados os internos estudantes de medicina, as lavanderias, o almoxarifado, as estufas, entre outros equipamentos hospitalares³⁷.

Cabe ressaltar, que apesar de algumas tentativas governamentais para construir maternidades que atendessem às novas demandas sociais, obedecendo na medida do possível as novas técnicas de assepsia e controle sanitário, estes estabelecimentos não foram alvo de políticas sanitárias. Cinco anos após o início de suas atividades a Maternidade das Laranjeiras já havia contabilizado 4.300 atendimentos ginecológicos, 2.600 partos e 500 operações entre as mulheres das camadas populares, seu público alvo. Apesar de contar com o financiamento da União para a manutenção de suas atividades no atendimento às mulheres grávidas e às crianças, a Maternidade do Rio de Janeiro, tinha um gasto anual que a colocava em uma situação deficitária todos os anos. Em reportagem do dia 08 de dezembro de 1909, o periódico *Correio da Manhã* revelava aos seus leitores as dificuldades encontradas pela Maternidade em manter seu atendimento regular às gestantes e às crianças pobres após cinco anos de funcionamento. Sem dinheiro suficiente para arcar com as despesas ordinárias, os seis médicos especialistas, os seis estudantes internos, as enfermeiras diplomadas, além dos outros funcionários regulares, a Maternidade, ano após ano, enfrentava a possibilidade de fechar suas portas. Frente a estas adversidades o articulista alardeava de forma alarmista esta situação:

³⁶ Almanak administrativo, mercantil e industrial, 1905, p. 1383-1384.

³⁷ Almanak administrativo, mercantil e industrial, 1905, p. 1383-1384.

[...] numa capital como a nossa, parecendo ter nascido para a prosperidade, em que a população se dilata progressivamente e em que a pobreza é uma realidade (essa pobreza honesta, que infinitas vezes não sabe de um ninho onde deixar cair do seio fecundo o fruto que o amor deu alma e o carinho materno conseguiu fazer vingar, através de mil rajadas de infortúnios e privações), – agora e aqui, no momento actual e nesta cidade, é duro de noticiar, faz a penna do jornalista tremer em angustiosa commoção, o facto de terem de cerrar-se para sempre as portas do estabelecimento modelo que é a Maternidade das Laranjeiras. (sic)³⁸.

Apesar das constantes ameaças de fechamento e de funcionar durante anos de forma deficitária a Maternidade das Laranjeiras nunca fechou suas portas, sendo incorporada pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1918. Mesmo com os avanços tecnológicos em torno dos estabelecimentos hospitalares, no início do século XX no Brasil as maternidades eram ainda locais preferencialmente utilizados por mulheres que não possuíam recurso algum para pagar médicos particulares ou parteiras. Acreditamos que a má fama em torno destes estabelecimentos se deve aos resquícios de uma moral dominante que resguardava o corpo feminino do olhar alheio e que transformava o parto em algo privado e doméstico, restrito a poucas pessoas de confiança da família. Desta forma, por serem os serviços das maternidades prestados por uma equipe composta por homens e mulheres alheios às relações interpessoais da gestante, acabava por tornar o momento do parto um evento público, inclusive com a participação de estudantes de ginecologia e obstetrícia, expondo assim, o corpo feminino a estranhos, transformando o ato do nascimento em algo que poderia ser considerado vexatório. A dificuldade em desmitificar a clínica de mulheres e o parto nos hospitais já era debatida pelo médico Carlos Costa em 1881, que em suas experiências nos hospitais do Rio de Janeiro observava a relutância das mulheres em buscar os serviços especializados: “[...] por uma questão de mal entendido pudôr sempre se tornou impossível ao estudante fazer o exame de especulum, tocar, enfim fazer toda a sorte de estudos e observações nas mulheres doentes”³⁹.

Esta aura negativa, talvez tenha sido um dos motivos que transformou as maternidades das primeiras décadas do século XX na última opção a ser utilizada na hora do parto, sendo inclusive algo restrito às mulheres em situação de extrema pobreza e abandono. Mesmo mal afamadas as maternidades, assim como as policlínicas filantrópicas, com o passar dos anos e com a constante militância médica passam ocupar importante espaço na vida das mulheres grávidas e puérperas.

No Quinto Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia realizado no ano de 1903, a seção de obstetrícia, ginecologia e pediatria presidida pelo médico Daniel de Almeida, discutiu a necessidade de aumentar a participação do poder público no atendimento clínico às mulheres gestantes e às crianças, afirmando que uma única maternidade pública não era suficiente para atender a demanda da cidade do Rio de Janeiro.⁴⁰ Um dos principais pontos debatidos pelos congressistas foi a falta de sensibilidade dos governantes com relação à assistência a maternidade e a infância, que até então, em sua grande maioria, estava a cargo de instituições filantrópicas, dependendo da boa vontade de destacados cidadãos e cidadãs. De acordo com o médico Carlos Costa, a questão da infância no Brasil deveria ser uma atribuição exclusiva do governo, haja vista que até

³⁸ Correio da Manhã, 1909, p. 02.

³⁹ Costa, 1881, p. 01.

⁴⁰ Neste período o projeto de lei sobre a instituição da Maternidade das Laranjeiras possivelmente já tramitava no parlamento nacional, haja vista que a mesma é tida como uma conquista do Quarto Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia.

aquele momento boa parte da assistência prestada era fruto de iniciativas particulares e que por sua vez não eram suficientes para atender às demandas nacionais, além disso, os médicos alertavam para a grande quantidade de crianças abandonadas nas Santas Casas de Misericórdia, que sem nenhuma estrutura de cuidados estavam fadadas ao esquecimento ou a morte: “Sem que a assistência á infância seja entre nós estabelecida por lei, sem que parta a iniciativa do Congresso Legislativo, o resultado será platônico. Por hora não existe nenhuma Lei que regule a assistência a infância, desde que a criança nasce.” (sic)⁴¹.

A exemplo da França, os médicos presentes aventaram a possibilidade de enviar ao Congresso Nacional um projeto de lei aos moldes da Lei Roussel, que regulava o funcionamento e previa a assistência de menores de dois anos por instituições governamentais especializadas no atendimento a primeira infância, além de criar uma rede de informações técnicas, por meio de minuciosos relatórios, sobre o desenvolvimento de cada criança contemplada pela referida lei. De acordo com os médicos Joaquim Nogueira Paranaguá e Carlos Costa, somente por meio da pressão exercida por populares, médicos e intelectuais, é que o Congresso Nacional acordaria da letargia na qual repousava. Chamando para si a responsabilidade de construir as bases legislativas para a proteção da infância no Brasil e demonstrando sua força política, os médicos reunidos naquele congresso propuseram a criação de uma comissão que deveria analisar a Lei Roussel e adaptá-la da melhor forma a realidade brasileira, para que logo em seguida fosse enviada à Assembléia Nacional como uma primeira tentativa de criar uma lei específica relacionada aos cuidados com a primeira infância. Este posicionamento pode ser interpretado como uma reafirmação da corporação médica na ordem social brasileira, haja vista que alguns dos presentes, como o próprio Joaquim Nogueira Paranaguá, era integrante do Senado Nacional, demonstrando a capacidade de articulação destes profissionais com as esferas de poder: “[...] que do seio deste Congresso Médico, parta a iniciativa de uma idéa útil e practica sobre um assumpto que de tão perto deve interessar á Nação”⁴².

Para Ana Paula Vosne Martins⁴³ o discurso médico em torno da maternidade e infância no início do século XX ampliava razoavelmente a discussão do valor da criança não só para a família, mas também para a pátria. Desta forma, o próprio conceito de puericultura se expande, abarcando medidas adotadas para aumentar a natalidade, como a higiene sexual e maior controle dos casamentos, prevenção de doenças infantis, cuidados com habitação, alimentação, vestuário, cuidados corporais, morais, educação escolar e exercícios físicos. Os reflexos destas preocupações em torno da maternidade e da infância, traduzidos por sua vez na importância e nos avanços da puericultura como norma mediadora de ações governamentais, concretizou-se por meio da realização do Primeiro Congresso Pan-Americano da Criança, no qual pediatras de diversos países do continente americano reuniram-se na cidade de Buenos Aires para debater, de acordo com seu artigo 1º, “assumptos relativos á creança em si mesma, e em suas relações com a família, a sociedade e o Estado”. Dividido em sete seções, o congresso buscou reunir especialistas nas áreas de direito, legislação industrial, higiene, educação, psicologia e

⁴¹ O Brazil-Médico, 1903, p. 347.

⁴² O Brazil-Médico, 1903, p. 347.

⁴³ Martins, 2004 [b].

antropometria, sociologia e assistência à mãe e à criança, demonstrando a afinidade da reunião para o desenvolvimento de políticas públicas estatais⁴⁴.

Presidido pelo pediatra Arthur Moncorvo Filho, o comitê brasileiro mostrou também bastante afinado com as questões de Estado, apresentando comunicação em cada uma das sete seções. No que tange a assistência à maternidade e à infância, os médicos brasileiros apresentaram inúmeros trabalhos que refletiam suas experiências no contexto nacional, dentre os quais destacamos Proteção à infância no Brasil e Curso popular de higiene infantil, apresentados por Moncorvo Filho; A puericultura em São Paulo, por Clemente Ferreira; Proteção às mulheres e às crianças na indústria, pelo Deputado Mario Hermes; Do exame da nutriz mercenária, por Almeida Pires; Assistência ao Parto a domicílios, por Maurity Santos; A mãe operária e o Aleitamento, por Severino Lessa; entre outros. Cabe ressaltar que apesar de se tratar de um congresso relacionado prioritariamente às questões da maternidade e da infância, esferas alardeadas pela moral da época como inerentes à “condição feminina”, no comitê brasileiro, ao que parece, apenas um trabalho foi apresentado por mulher, a médica Myrthes de Campos, que propôs a comunicação Proteção à maternidade e o aborto criminoso⁴⁵.

A pequena participação de mulheres na Sociedade Brasileira de Medicina e Cirurgia e por consequência no comitê que a representava, demonstra o caráter masculino que as ciências médicas adquiriram ao longo do tempo, abarcando inclusive áreas como a ginecologia, a obstetrícia e a pediatria, especialidades relacionadas às mulheres. Para Irene Palacio Lis⁴⁶, a reconceitualização da maternidade a partir de critérios higiênicos-sanitários subtraiu das mulheres o protagonismo biológico e individual, passando a ser tutelado pela classe médica que as destinava um papel meramente instrumental. A maternidade consciente e racional passava então para as mãos dos profissionais da medicina, majoritariamente masculinos, que em nome da ciência, do progresso e da racionalidade, afastavam as mulheres do conhecimento científico, por sua suposta ignorância e incapacidade intelectual.

Mesmo com as constantes reivindicações de intelectuais, da sociedade civil e principalmente a corporação médica, que defendiam a necessidade do envolvimento do Estado na proteção da maternidade e infância através de serviços públicos, pouco se fez pela questão da assistência a saúde materno-infantil. Até a década de 1920, com exceção de iniciativas pontuais dos Estados de São Paulo, Minas Gerais, Bahia e Paraná, o amparo às crianças e às mulheres mães era uma questão privada.

Foi durante o governo de Arthur da Silva Bernardes (1922-1926) que as reivindicações resultantes dos congressos médicos e da própria mobilização civil sobre a necessidade de se construir novas maternidades e elaborar legislação que efetivamente protegesse as mulheres trabalhadoras e suas famílias, ecoou pela primeira vez com maior ressonância sobre a administração pública. Em 1923 foi promulgado o Decreto-lei nº 16.300, regulamentando o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), expandindo as atribuições fiscalizadoras e de apoio do Governo Federal junto aos Estados, além de estabelecer, pela primeira vez, um órgão mediador responsável pelas questões materno-infantis. Apesar de possuir atributos relativamente tímidos no que dizia respeito às

⁴⁴ Moncorvo Filho, 1916, p. 05.

⁴⁵ Moncorvo Filho, 1916, p. 05.

⁴⁶ Lis, 2003.

mulheres e as crianças, a Inspectoria de Hygiene Infantil foi o primeiro passo dado rumo à concretização de políticas públicas protetoras que iam ao encontro de antigas reivindicações de médicos e outros especialistas. Apesar da Inspetoria ser uma resposta governamental às novas demandas sociais surgidas em torno da maternidade e da infância, este órgão estava aquém das necessidades. De acordo com o proposto pelos médicos presentes no Primeiro Congresso Brasileiro de Protecção á Infância e do Terceiro Congresso Americano da Creança ocorridos em 1922 em comemoração ao centenário da independência, o Brasil necessitava de um departamento nos moldes do *Children's Bureau* norte americano, com capacidade de ação política para promover projetos assistenciais e conciliar harmonicamente as iniciativas provindas da União, dos Estados, das municipalidades e da iniciativa privada em torno da maternidade e da infância⁴⁷.

No entanto, apesar da Inspectoria de Hygiene Infantil aventar em seu marco regulatório a possibilidade de ação conjunta com outras esferas de poder, como no caso de políticas vinculadas ao controle de epidemias, sua atuação tanto no Distrito Federal, onde possuía efetiva validade, quanto em outros Estados era em tese mais fiscalizadora que interventora. Ou seja, suas atribuições tendiam principalmente para a fiscalização de instituições assistenciais privadas como creches, maternidades, casas de expostos e hospitais, deixando em segundo plano a proposição de leis protetoras que regulassem ou que atenuassem as más condições de vida e trabalho de mulheres e crianças.

De cunho extremamente liberal, as políticas de Bem-Estar gestadas pelo referido Decreto-lei pouco impacto tiveram sob as questões materno-infantis, pois boa parte das normativas contidas em seu texto era ignorada, acabando por tornarem-se ineficazes. Com relação às mulheres gestantes empregadas na indústria ou no comércio, ficava estabelecido um repouso facultativo de sessenta dias, divididos em dois períodos, sendo os trinta primeiros antes do parto, e os trinta seguintes no período pós-parto. O decreto ainda facultava aos estabelecimentos industriais e comerciais a implementação de creches e salas de amamentação para que as mães operárias pudessem exercer sua função materna sem ônus para as crianças recém nascidas. A lei também estabelecia, no seu artigo 349, que os próprios estabelecimentos deveriam organizar uma “caixa a favor das mães pobres”, que proovessem abonos salariais para que as mesmas gozassem deste período na companhia dos filhos sem prejuízos financeiros. Ao facultar o cumprimento dos referidos termos, a União se isentava legal e financeiramente de assegurar as mulheres trabalhadoras, tornando o afastamento temporário por motivo de gravidez uma questão a ser arbitrada nas relações entre patrões e trabalhadoras e não assistencial, delegando a implementação de tais benefícios a uma negociação de poder desigual entre ambos. De acordo com Ana Paula Vosne Martins⁴⁸, sem caráter compulsório leis como estas não beneficiavam nem as mulheres e nem seus filhos, pois sua aplicabilidade dependia das relações de poder entre patrões e empregados, ficando o Estado à margem de tais negociações.

Revogando dispositivos anteriores o Decreto-lei 16.300 passou a proibir a contratação de crianças menores de 12 anos em quaisquer estabelecimentos industriais, consentindo apenas sua presença na idade limite de idade de 12 a 18 anos. Ainda no capítulo que

⁴⁷ A Noite, 1922.

⁴⁸ Martins, 2004.

tratava do trabalho de “menores”, restringiu-se sua jornada de trabalho a seis horas diárias, eximindo-os da obrigação de cumprir horas extras e proibindo sua presença em indústrias de tabaco, ficando a Inspectoria de Hygiene Infantil responsável por fiscalizar e cadastrar todas as crianças trabalhadoras. De maneira geral, pode-se perceber que tal inspetoria tinha por objetivo final salvaguardar a infância e todos os problemas que envolviam este estágio da vida, cabendo à mulher um papel instrumental, da mesma forma com que grande parte das prédicas médicas sobre os cuidados infantis difundidas em congressos, periódicos, revistas e manuais destinados às mães, tendiam alocá-las em uma posição instrumental e como únicas responsáveis pela criação de seus filhos, tanto em caso de sucesso como de fracasso.

[A mulher] deve reagir energeticamente, instruindo-se, educando-se e interagindo-se dos problemas dos problemas sociais para bem gerar, educar e orientar os homens, no recesso do lar, pelo consorcio da razão e do sentimento, do cérebro e do coração, da sciencia e da fé. E o caminho seguro para essa sublime finalidade [é que a] moça ao ligar o seu destino ao de um homem pelo casamento tenha perfeita consciência da responsabilidade que assume perante a sociedade, a pátria e a humanidade, de construir uma família que contribua para o progresso coletivo, para o aperfeiçoamento physico e psychico da espécie [...]. (sic)⁴⁹.

A difusão generalizada da crença de que mães eram as primeiras responsáveis pelo bem-estar infantil, e que seu instinto natural de cuidar as dotariam de capacidades especiais para lutar contra todas as adversidades em favor de sua prole, ajudou a sustentar a ideia de que os cuidados seriam atribuições exclusivas do sexo feminino e que o Estado pouco teria a contribuir com esta dimensão da vida e de sua proteção. No caso do Estado brasileiro das primeiras décadas do século XX, apesar do empenho de parte da elite administrativa, as políticas assistenciais destinadas à maternidade e à infância pouca relevância adquiriam no sistema assistencial nacional. Esta restrição institucional abriu espaço para a atuação das associações de benemerência e filantropia que encontraram na assistência às mães e crianças pobres um alvo preferencial de suas atividades.

Considerações Finais

Assim como ocorreu em outras nações ocidentais, as questões materno-infantis também passaram a ocupar lugar de destaque dentro do sistema assistencial brasileiro, que a partir da Primeira República passou a combater de forma mais efetiva a mortalidade que assolava sua população pueril. Fomentada por diversos seguimentos da sociedade as ações assistenciais desenhadas neste período buscaram aliar iniciativas privadas com empreendimentos públicos criando um perfil de assistência que ao mesmo tempo combatesse a mortalidade infantil, regulasse o trabalho das mulheres e das crianças, normatizasse o período de gestação e fornecesse auxílio financeiro às famílias, contribuindo na criação e manutenção identidades de gênero tradicionais que não subvertessem o ordenamento social estabelecido.

Pode-se inferir, então, que preocupação com a infância e suas condições de desenvolvimento estava atrelada à noção de que a criança era aquilo que o Estado possuía de mais valioso. Futuro incontestável da nação, a vida da criança deveria ser mantida a todo custo, cabendo à família em consonância com o Estado, assegurar-lhe

⁴⁹ Penna, 1924, p. 09.

um meio social saudável para o seu desenvolvimento psicossomático. Como semente futura das nações estabeleceu-se em torno das crianças uma série de obrigações físicas e morais: cuidados com o corpo, higiene, alimentação, limpeza, preocupação com o vestuário e a amamentação das crianças pelas mães, que em hipótese alguma deveria ser negligenciada.

Este movimento procurou aplicar o uso racional de recursos e de novas tecnologias na expansão de campanhas profiláticas (imunizações em massa, controle de epidemias e saneamento) sobre as populações mais pobres ou excluídas do processo de acumulação do capital.⁵⁰ No Brasil, o controle sobre a mortalidade infantil e sobre a maternidade saudável transformou-se também em um dos “carros chefes” do projeto médico-social das primeiras décadas do século XX. Ocupando postos de destaque na administração das cidades, os profissionais da medicina tinham por intenção analisar meticulosamente o cotidiano das populações mais pobres, figurando entre suas principais atribuições controlar o estado de saúde dos indivíduos, suas condições de vida e habitação, seus hábitos e costumes.

Através de políticas sanitárias, os médicos e a administração estatal trataram de implementar junto às famílias das camadas populares uma série de ações normativas que buscavam reverter os efeitos negativos das doenças sobre as mulheres e as crianças. De diversas maneiras tentou-se cercar as crianças de múltiplos cuidados a fim de garantir-lhes o pleno desenvolvimento de suas funções sócio-biológicas, com vistas à construção de uma nação poderosa e desenvolvida. A fim de alcançar este propósito, a medicina buscou desenhar os contornos daquilo que considerava a “nova mulher”, dedicada, afetuosa e acima de tudo inteira sacrifício, que através dos preceitos regeneradores da medicina, seria recompensada com a existência de filhos saudáveis, futuros cidadãos e trabalhadores.

Por fim, cabe ressaltar que apesar da intensa mobilização de filantropos, da classe médica e de críticos sociais em prol da maternidade e da infância pobre, as poucas iniciativas gestadas pela burocracia estatal central impactaram de forma tímida sobre a vida das camadas populares, tendo em muitos casos um efeito quase nulo. No entanto cabe ainda que as medidas aventadas pela União não fossem de caráter obrigatório elas acabaram por demonstrar a existência de um movimento burocrático no interior da máquina pública que via na centralização políticas assistenciais como único caminho para acabar com as mazelas que afligiam a populações mais pobres. Este pensamento centralizador acabaria por se concretizar no período pós Revolução de 1930, quando Getúlio Vargas tomou para si as rédeas do país e integrou compulsoriamente os diferentes Estados da Federação em suas políticas assistenciais e de saúde, tema este já tratado por uma amplo produção historiográfica.

Bibliografia

A MATERNIDADE do Rio de Janeiro: falta de recursos, um apelo ao publico. In: *Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, 08 de Dezembro de 1909. p. 02.

⁵⁰ Ver: Foucault, 2000 e 2004.

ASSUMPTOS de hygiene pública. In: O Brazil-Médico, Rio de Janeiro, 28 de fevereiro de 1897. Ano 01, n 08. p. 57

AUCLERT, Hubertine. *Discours au Congrès ouvrier socialiste de Marseille (1879)*. Disponível em: <http://www.alternativelibertaire.org/?Discours-d-Hubertine-Auclert-au>. [Acesso em 08 jan. 2014].

BEAUVALET-BOUTOUYRIE, Scarlet. As parteiras-chefes da maternidade Port-Royal de Paris no século XIX: obstetras antes do tempo? *Revista de Estudos Feministas*. Florianópolis: UFSC, 2002. Ano 10, Vol 2. p. 403-413.

BLOTTÈRE. Carta de Paris. *O Brazil – Médico*, Rio de Janeiro, 01 de Setembro de 1900. Ano 14, n 35. p. 300-301.

BOCK, Gisela; THANE, Pat (Orgs.). *Maternidad y políticas de género: la mujer en los estados de bienestar europeos, 1880-1950*. Madrid: Ediciones Cédra, 1996. 440 p.

BRASIL. *Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil*. (24 de Fevereiro de 1891).

BRASIL. *Decreto nº 2.449, de 1º de fevereiro de 1897*. Unifica os serviços de higiene da União.

BRASIL. *Decreto nº 1.151, de 05 de Janeiro de 1904*. Reorganiza o serviço da higiene administrativa da União.

BRASIL. *Decreto nº 1.313, de 17 de Janeiro de 1891*. Estabelece providencias para regularizar o trabalho dos menores empregados nas fabricas da Capital Federal.

BRASIL. *Decreto nº 5.156, de 08 de março de 1904*. Da novo regulamento aos serviços a cargo da União. [b]

BRASIL. *Decreto nº 16.300, de 31 de Dezembro de 1923*. Aprova o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública.

CARVALHO, Pedro Bulhões. O anno de 1895 considerado sob o ponto de vista sanitário. *O Brazil – Médico*, Rio de Janeiro, 15 de fevereiro de 1895. ano 10, n 05. p. 60-62.

CARVALHO, Pedro Bulhões. O anno de 1895 considerado sob o ponto de vista sanitário. *O Brazil – Médico*, Rio de Janeiro, 15 de fevereiro de 1895. ano 10, n 05. p. 60-62.

COSTA, Carlos. Palestra do medico 56. *Revista Mãe de Família*. Ano 03, n 19. Rio de Janeiro, 1881. p. 01.

COSTA, Carlos. Palestra do medico. *Revista Mãe de Família*. Ano 01, n 05. Rio de Janeiro, 1879. p. 33-34.

COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Graal, 1989. 281 p.

DESCRIÇÕES de Estabelecimentos mercantis, industriais e profissionaes do Brazil e do Exterior: Maternidade do Rio de Janeiro. *Almanak administrativo, mercantil e industrial*. Rio de Janeiro, 1905. Ano 65. p. 1383-1384.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 15.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2010.

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. 6ª edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FREIRE, Maria Martha de Luna. *Mulheres, mães e médicos: discurso maternalista no Brasil*. Rio de Janeiro: FGV, 2009. 264 p.

KEY, Ellen Karolina Sofia. *The renaissance of motherhood*. New York: The Knicker boker press, 1914. 193 p.

KOLLONTAI, Alexandra. *Society and motherhood*. 1915. Disponível em: <http://www.marxists.org/archive/kollonta/1915/mother.htm>. [Acessado em 07/02/2013].

LIS, Irene Palacio. *Mujeres ignorantes: madres culpables, adoctrinamiento y divulgación materno-infantil en la primera mitad del siglo XX*. Valencia: Univerdidad de Valencia, 2003. 255 p.

MARTINS, Ana Paula Vosne. *Políticas da Maternidade: Uma introdução à história comparada de gênero e políticas públicas*. Relatório de estágio de pós-doutorado, 2004.

MARTINS, Ana Paula Vosne. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. [b]. 285 p.

MEDEIROS, Marcelo. *A Trajetória do Welfare State no Brasil: Papel Redistributivo das Políticas Sociais dos Anos 1930 aos Anos 1990*. Brasília: Ipea, 2001. p. 01-22.

MONCORVO FILHO, Arthur. Da assistência a infância no Brasil. *O Brazil-Médico*, Rio de Janeiro, 01 de fevereiro de 1904. Ano 18, n 05. p. 78-81.

MONCORVO FILHO, Arthur. O 1º Congresso Americano da Creança: América do Sul ocupando-se da crença, dá um bello exemplo ao mundo. *Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 1916. p. 05.

MOTT, Maria Lúcia Barros. A parteira ignorante: um erro de diagnóstico médico?. *Revista Estudos Feministas*. Rio de Janeiro, 1999. Vol 07. N 01-02. p. 25-36.

MOTT, Maria Lúcia Barros. Maternalismo, políticas públicas e benemerência no Brasil (1930-1945). *Cadernos Pagu*. N 16. Campinas: Unicamp, 2001. p. 199-234.

NARI, Marcela. *Políticas de la maternidad y maternalismo político: Buenos Aires (1890-1940)*. Buenos Aires: Biblos, 2004. 319 p.

PARENTE, Abel. A infecção puerperal. *O Brazil-Médico*, Rio de Janeiro de 22 de setembro de 1897. p. 313-317.

PELA Criança! O encerramento dos Congressos de protecção á infância: importantes votos apresentados. *A Noite*, Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 1922. p. 06.

PENNA, Belisário. Dever social de assistência á infância. *Gazeta de Noticias*, Rio de Janeiro, 24 de Abril de 1924. p. 09.

QUINTO Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia: Secção de Obstetricia, Gynecologia e Pediatria. *O Brazil-médico*. Rio de Janeiro, 01 de Setembro de 1903. Nº 33 ano 18. p. 347-351.

RAGO, Margareth. *Do Cabaré ao Lar: a utopia da cidade disciplinar, Brasil 1890-1930*. São Paulo: Paz e Terra, 1997. 209 p.

SKOCPOL, Theda. The political origins of American's belated Welfare State. In: ORLOFF, Ann Shola; WEIR, Margaret; SKOCPOL, Theda (Orgs). *The politics of social policy in the United States*. New Jersey: Princeton University Press, 1988. 465 p.

VATICANO. *Carta Encíclica Rerum Novarum*. 1891. Versa sobre a condição dos operários.

© Copyright: Ismael Gonçalves Alves, 2015

© Copyright: *Biblio3W*, 2015.

Ficha bibliográfica:

ALVES, Ismael Gonçalves. A assistência nos anos iniciais da Primeira República brasileira: a maternidade e a infância como problema social. *Biblio 3W. Revista Bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales*. [En línea]. Barcelona: Universidad de Barcelona, 25 de agosto de 2015, Vol. XX, nº 1.130. [ISSN:1138-9796]. <<http://www.ub.es/geocrit/b3w-1130.pdf>>.