

O ESTADO, AS MÃES E OS FILHOS: POLÍTICAS DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE E À INFÂNCIA NO BRASIL NA PRIMEIRA METADE DO SÉCULO XX*

Ana Paula Vosne Martins
Departamento de História/UFPR

A proteção à mãe e ao filho é função do Estado e a mais sagrada missão social porque ambos são a base sobre a qual se sustenta o edifício social das nações (CANTON, 1913).

O gado, no Brasil, é mais feliz que a criança (COSTA, 1955).

Engravidar, dar à luz e criar filhos podem ter significados e conseqüências muito diferentes para as mulheres que vivem na Suécia, no Brasil e na Nigéria. Esta é uma das conclusões gerais do relatório publicado no ano de 2004 pela organização não-governamental Save the Children que, a princípio, parece ser uma conclusão esperada, afinal são países em níveis de desenvolvimento muito díspares entre si e culturas igualmente diferenciadas. No entanto, a investigação realizada pela Save the Children não visa comparar práticas e valores culturais dos países, mas sim as condições de saúde, segurança e bem estar das mães e de seus filhos por meio de indicadores sociais bastante precisos. O resultado é um quadro que classifica os melhores e os piores lugares no planeta para ser mãe e, neste *ranking*, o Brasil ocupa o 45º lugar, numa lista de 119 países na qual a primeira posição é da Suécia e a última cabe à Nigéria (SAVE THE CHILDREN, 2004).

Se observarmos a classificação de outros países sul-americanos, a posição brasileira fica ainda mais constrangedora, afinal trata-se de um país de dimensões continentais de grande importância geopolítica e econômica. Países como Chile, Argentina e Uruguai foram mais bem classificados, ocupando respectivamente o 15º e o 16º lugares. Abaixo da posição brasileira ficam apenas o Peru, a Guiana e a Bolívia. Contudo, além da classificação geral, há a discriminação dos indicadores referentes às mulheres e às crianças. No que diz respeito aos indicadores das condições sociais e políticas das mulheres, o Brasil sobe para a 37ª posição, mas quando se trata dos indicadores sociais das crianças a posição brasileira desce para uma assustadora e embaraçosa 70ª posição,

reforçando as críticas que o governo brasileiro tem recebido de organismos internacionais como a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a UNICEF.

Certamente, estes dados devem receber uma análise rigorosa e contextualizada, tendo em vista as enormes diferenças entre países desenvolvidos, em desenvolvimento e aqueles que vivem situações dramáticas, como guerras e instabilidade política, agravadas pela imensa pobreza, como é o caso da maioria dos países africanos e alguns países asiáticos. A classificação do Brasil, tanto a geral, quanto a particularizada, para as mulheres e as crianças, também requer uma análise mais cuidadosa. É evidente que estes dados refletem a posição do Brasil numa correlação de forças econômicas e políticas internacionais que dificultam sobremaneira a superação de problemas infra-estruturais que afetam diretamente a vida das populações mais carentes de serviços básicos, como saneamento, educação, moradia e saúde pública. No entanto, isto não explica totalmente ou de forma satisfatória a classificação brasileira, principalmente se comparada com a situação de nossos vizinhos continentais mais próximos, como Argentina e Uruguai, que também enfrentam problemas econômicos semelhantes.

A interpretação dos números fornecidos pela Save the Children para o Brasil requer uma compreensão da perversa concentração de renda e das profundas disparidades regionais no que se refere ao planejamento de políticas de atendimento às mulheres em idade reprodutiva e, principalmente, às crianças e adolescentes. Nesse sentido, cabe lembrar que nos grandes centros urbanos e em cidades médias do interior de alguns estados da federação, as mulheres que vão dar à luz contam com o que há de mais avançado na tecnologia médica, fazem pré-natal com obstetras de sua escolha e confiança, contam com um sistema de seguro de saúde que garante atendimento em maternidades muito bem equipadas, com pessoal treinado e, o que é mais importante, sabem que depois do parto podem contar com uma série de serviços que garantem o seu bem-estar e de seus filhos, podendo voltar para suas atividades de trabalho sem maiores preocupações. Na outra ponta da escala social, no entanto, a situação é muito diferente. Estamos já acostumados a ouvir nos noticiários que mulheres pobres dão à luz em locais improvisados senão mesmo em calçadas por não conseguirem vagas nas maternidades públicas ou por causa de alguma greve. O

atendimento às necessidades específicas das crianças e dos adolescentes nas regiões mais pobres do país e nos grandes centros urbanos é escasso, quando não mesmo inexistente dependendo da boa vontade de particulares e de programas desenvolvidos pelas ONG's e organismos internacionais.

O Estado brasileiro faz muito mal a sua parte, como demonstra cabalmente o relatório da Save the Children. Isso não significa que haja carência de quadros com formação técnica adequada, nem mesmo ausência de programas e projetos ou de legislação. Pelo contrário, há boas intenções, garantias constitucionais, estruturas burocráticas, pessoal capacitado e existem programas que poderiam, se executados, transformar o quadro apresentado pela referida organização. Qualquer analista de políticas públicas sabe que, no Brasil, no que diz respeito à assistência e à saúde materno-infantil, é necessário investimento contínuo a médio e longo prazo acompanhado de rigorosa fiscalização. A irresponsabilidade política agravada pela falta de planejamento de políticas públicas constitui os principais obstáculos para reverter os números do desenvolvimento humano no país, como mostra o relatório, e a permanência deste quadro social injusto evidencia uma tendência histórica que nos conta muito da relação entre Estado e sociedade no Brasil.

Há um século, o descaso das autoridades e a ausência de instituições e políticas voltadas para atender as mães e as crianças pobres eram motivos de manifestações por parte dos pediatras e obstetras brasileiros que denunciavam os elevados índices de mortalidade infantil e a falta de qualquer assistência à maternidade. Certamente, os dados estatísticos para o início do século XX eram muito diferentes dos atuais, mas se levarmos em conta as mudanças estruturais da sociedade e da economia brasileira, bem como o crescimento populacional, notaremos como a mesma tendência permanece. Se nos dias atuais a mortalidade materno-infantil recuou significativamente, problemas como doenças decorrentes da falta de saneamento e de alimentação inadequada, maternidades mal equipadas e com escassez de pessoal, ausência de programas de educação e de informação sobre gravidez e contracepção ainda continuam demandando soluções como há cem anos.

O objetivo deste artigo é analisar o desenvolvimento de políticas de proteção à maternidade e à infância no Brasil como forma de entender

a permanência dos problemas e das desigualdades apontadas pelo relatório da Save the Children. A finalidade da análise é mostrar o efeito do gênero na origem de instituições filantrópicas, da legislação e de órgãos públicos responsáveis pela elaboração de políticas de assistência social e de saúde materno-infantil, bem como de novas representações da maternidade e da infância. Além do gênero, dois outros conceitos foram utilizados. Trata-se do maternalismo e do triângulo do *welfare*. Maternalismo entendido como a interação entre ideologia da maternidade, o ativismo político feminino e concepções culturais de gênero, classe e raça. É a partir desse conjunto de visões ideológicas sobre a maternidade e da participação política das mulheres em defesa das mães e de seus filhos que se pode desenvolver uma análise política mais ampla do *welfare state*, o que nos leva para a formulação do triângulo do *welfare*. Este conceito foi originalmente proposto pela historiadora norueguesa Anne-Lise Seip (1984, 1988), ao afirmar que o *welfare state* não pode ser entendido apenas como meio de uma análise das estruturas burocráticas e dos governos, mas sim como resultado de uma interação triangular entre organizações sociais, autoridades locais ou municipalidades e o governo central ou federal.

As políticas sociais implementadas pelo Estado brasileiro, particularmente após a década de 1930, geralmente são estudadas tendo como base a perspectiva da força de trabalho (vista como masculina, embora fosse grande a participação feminina na mão-de-obra) e de organizações políticas formais, como partidos e sindicatos, salientando principalmente a intervenção do Estado na economia e a questão dos gastos públicos. Contudo, análises mais recentes do *welfare state* têm mostrado como outras instâncias de ação política foram importantes e desempenharam papel fundamental no desenvolvimento tanto do pensamento do bem-estar social quanto do próprio Estado. O ativismo político e social das mulheres e dos médicos, bem como a ação das organizações filantrópicas, exerceram forte pressão na opinião pública e junto aos parlamentares, atuando como verdadeiros *lobbies* em favor da infância e da maternidade no Brasil, seguindo uma tendência presente em outros países europeus e nos Estados Unidos. Concordamos com a afirmação de Koven e Michel (1990) de que não se pode compreender o desenvolvimento das políticas públicas de bem-estar social sem entender o movimento político que foi o maternalismo e sem levar em conta que

havia interesses não apenas humanitários, por parte do Estado, em proteger a maternidade e a infância.

A PROTEÇÃO À MATERNIDADE E À INFÂNCIA NO BRASIL

A produção do conhecimento médico sobre as condições de vida das populações no Brasil iniciou nas décadas de 1830 e 1840 com as teses de doutoramento das faculdades de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia. Tratando da higiene, estas teses já abordavam assuntos como a amamentação mercenária, os hábitos culturais presentes na educação das crianças - bastante condenados pelos jovens doutores - a alimentação e a mortalidade infantil. Contudo, foi a partir das últimas décadas que o discurso médico recrudescer a respeito desses assuntos, em especial sobre a amamentação materna e a mortalidade. Leitores das publicações estrangeiras, especialmente as francesas e alemãs, os médicos brasileiros começaram a se voltar para as especificidades das crianças, fazendo coro com seus colegas estrangeiros na defesa da infância como uma tarefa humanitária e política, pois delas dependia o futuro da nação.

Na época em que se formulava o pensamento médico-social no Brasil, não havia nenhuma política do Estado voltada para a população pobre. Quem podia pagar contava com os serviços particulares dos médicos; quem não podia recorria aos hospitais de caridade das Santas Casas. Enfatizando a prevenção, os médicos voltaram-se para a família e nela só encontraram erros, ignorância e descaso das mães. Da mesma forma que os médicos europeus, culpavam as mães pelas doenças e a morte de seus filhos e não as condições de existência numa sociedade escravista e profundamente injusta e desigual, principalmente com as mulheres das classes populares, estigmatizadas pela condição social, pelo gênero e pela cor da pele.

Contudo, era necessário realizar algo, intervir nas famílias dos pobres, pois as classes mais altas, também sujeitas aos erros em matéria de higiene e educação infantil, eram mais permeáveis às orientações de seus congêneres de classe. A dificuldade maior estava nas classes populares, vistas como rebeldes, refratárias e ignorantes. Desta forma, articulou-se um discurso moral sobre a maternidade, enaltecendo as qualidades e virtudes femininas a partir de uma concepção naturalista e universalizante da mulher. Os médicos, apoiados pela ideologia da

maternidade divulgada pelo catolicismo, forjaram a forma na qual as mães deviam se moldar para que elas mesmas fossem as formas de seus filhos, como bem expressou o médico Jaguaribe Filho no seu livro sobre a arte de criar filhos, ao explicar que a maternidade era uma função natural e política ao mesmo tempo: “[É] a mãe quem dá a forma do futuro cidadão e ele será todo ao seu molde, dela provém o caráter de seus filhos e destes provém a importância de sua pátria” (1880, p. 69).

As mães pobres não eram consideradas, por sua pobreza, más, ou seja, os médicos acreditavam que a ignorância e o erro podiam ser corrigidos pelos especialistas, contanto que tivessem acesso às mulheres e a seus filhos, que pudessem, com autoridade e diligência, educá-las, orientá-las da melhor forma possível para criar seus filhos, seguindo os princípios da higiene infantil. A questão da maternidade no Brasil partiu de uma visão instrumental da mãe, como sendo o meio ou a forma para se chegar ao que realmente interessava aos médicos e, mais tarde, às autoridades: a criança. Pode-se dizer que, no Brasil, o maternalismo não esteve, na sua formulação ideológica original, relacionado aos direitos das mães, como ocorreu nos Estados Unidos e em alguns países europeus, mas ao direito das crianças de ter uma mãe bem informada sobre suas necessidades ou, usando uma metáfora também comum no discurso médico da época, o espelho mais perfeito, capaz de refletir nos corpos e nos espíritos das crianças a sabedoria informada de suas mães.

As primeiras manifestações favoráveis à intervenção do Estado para proteger as mães e as crianças datam ainda do século XIX, com a defesa da construção de maternidades para atender as mulheres mais pobres e as escravas. O atendimento obstétrico era realizado no Brasil de acordo com a origem social e racial das mulheres. Aquelas que podiam pagar geralmente eram atendidas em casa pela parteira, cercadas pelos familiares e cuidados, ou então pelo médico da família caso fosse necessário. As mulheres pobres com algum recurso socorriam-se apenas das parteiras. Somente as mulheres que viviam na mais completa miséria e no abandono é que procuravam as enfermarias dos hospitais de misericórdia. Havia, no Rio de Janeiro, algumas clínicas privadas e pequenas maternidades administradas por médicos e parteiras para atender mulheres que podiam pagar ou as escravas enviadas por seus senhores, como a Casa de Saúde do Sacco do Alferes e da Gamboa, criadas em 1850 (MAGALHÃES, 1922).

Até o final do século XIX, não houve nenhuma iniciativa governamental de amparo à maternidade das mulheres pobres, com exceção do projeto de lei apresentado à Constituinte por José Bonifácio, em 1822, tratando da regulamentação do trabalho da mulher escrava grávida e puérpera, mas que não foi aprovado. Somente em 1877, o Dr. José Rodrigues dos Santos enviou à Câmara Municipal do Rio de Janeiro uma solicitação bem redigida e argumentada para que fosse criada uma maternidade custeada pelos cofres públicos. Apesar da urgência que o problema demandava, a Câmara só se pronunciou em 1880, instituindo a Maternidade Municipal de Santa Isabel, cuja finalidade era “dar proteção às mulheres pobres, que [não podem] recorrer às maternidades particulares nem [querem] recorrer à da Santa Casa de Misericórdia” (MARTINIS, 2000, p. 221).

Mesmo sem uma sede própria, a Maternidade Santa Isabel atendeu no primeiro ano de funcionamento 62 parturientes, 60% delas escravas. Apesar do movimento e da boa qualidade dos serviços prestados, a maternidade não sobreviveu à falta de interesse das autoridades municipais do Rio de Janeiro e fechou em 1882, dois anos após sua inauguração, por falta de recursos. As maternidades começaram a ser construídas nas principais cidades brasileiras somente nas primeiras décadas do século XX, sendo a Maternidade das Laranjeiras a primeira instituição voltada para a clínica e o ensino, criada em 1904 no Rio de Janeiro e incorporada à Faculdade de Medicina em 1918.

Apesar da falta de interesse das autoridades imperiais e depois republicanas com relação à infância e à maternidade, os médicos e as mulheres das classes altas que trabalhavam nas associações de caridade, não deixaram de reclamar deste descaso, atuando por conta própria ao fundar instituições para atender as mães e seus filhos. Uma das instituições particulares mais destacadas nesses moldes foi o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro. Criada em 1899 e iniciando suas atividades em 1901, essa instituição, idealizada e fundada pelo médico pediatra Arthur Moncorvo Filho, merece ter sua atuação destacada por seu pioneirismo, pelo profissionalismo e pela abrangência de seus serviços. Até 1925, foram criadas 21 filiais do Instituto nos estados (INSTITUTO DE PROTEÇÃO E ASSISTÊNCIA À INFÂNCIA DO RIO DE JANEIRO, 1930).

A estrutura administrativa e o tipo de serviços prestados pelo referido Instituto evidenciam como esta iniciativa particular forneceu modelos que foram adotados posteriormente pelo Estado na constituição dos serviços de saúde e assistência à maternidade e à infância.¹ Mantendo-se, inicialmente, com a colaboração dos sócios, o Instituto oferecia serviços bastante diversificados, como atendimento médico e assistencial para as crianças, divulgação dos preceitos da higiene infantil por meio de propaganda e palestras abertas ao público, vacinação e atendimento às mulheres grávidas e puerperais, distribuídos nos seguintes serviços: higiene infantil, proteção à infância em geral, puericultura intra-uterina, puericultura extra-uterina e assistência médica. Estes serviços eram prestados por médicos, parteiras, enfermeiras e mulheres que prestavam serviço voluntário, as chamadas damas de caridade do Rio de Janeiro.

O Instituto foi a primeira organização assistencial a investir em propaganda e campanhas educativas de saúde e higiene ao promover os "Concursos de Robustez Infantil" no país e realizar palestras e conferências para as mães. Também iniciou o serviço de assistência ao parto em domicílio, defendido pelos médicos obstetras brasileiros mais influentes na época, devido à escassez de leitos nas poucas maternidades existentes e como forma de difundir os conhecimentos da obstetrícia e da higiene infantil. Organizou a Gota de Leite, instituição idealizada na França pelos médicos Dufour e Variot, para distribuir leite de qualidade para crianças, cujas mães não podiam amamentar, e uma creche, pois um de seus objetivos "era procurar tudo fazer em prol da situação social da mulher na indústria com o intuito de favorecer indiretamente a infância" (INSTITUTO DE PROTEÇÃO E ASSISTÊNCIA À INFÂNCIA DO RIO DE JANEIRO, 1930).

Organizações como essa e tantas outras, que começaram a ser fundadas no Brasil nas primeiras décadas do século XX, mostram como o problema da infância e da maternidade desassistidas começava a mobilizar médicos e cidadãos das classes mais favorecidas, principalmente as mulheres, sensibilizados com as condições de vida destes grupos e com as altas taxas de mortalidade infantil que os médicos denunciavam. Embora prestassem serviços de grande utilidade para as mães e crianças pobres, os filantropos e os médicos sabiam que nem toda a boa vontade deste mundo conseguiria, sozinha, modificar o triste

quadro que viam nas cidades e que os médicos de lugares mais remotos relatavam. Da mesma forma que o ativismo filantrópico europeu, passaram a defender a intervenção do Estado na questão social, em particular no problema da maternidade e da infância, reivindicando a organização da assistência pública nos mesmos moldes das organizações privadas, mas com garantia de verbas e ampliação da população atendida.

No começo do século XX, a *Revista de Ginecologia e Obstetrícia* do Rio de Janeiro trazia em seus primeiros números artigos sobre o problema da infância no país, como o longo artigo do Dr. Jaime Silvado, médico que atuava no Dispensário Moncorvo do Instituto de Assistência e Proteção à Infância do Rio de Janeiro. Neste artigo, intitulado "Contribuição à puericultura no Rio de Janeiro", Dr. Silvado fazia um diagnóstico sombrio da situação da infância e da maternidade no Brasil, reclamando da falta de atenção das autoridades para este problema nacional e das pessoas que não se importavam com a criação dos futuros cidadãos:

A criação dos homens está abandonada ao empirismo, ao preconceito e ao vício, ao passo que certas espécies de animais e mesmo vegetais, recebem sistematicamente e de modo contínuo, um tratamento sábio que as preserva e as defende de muitos males, permitido-lhes um contínuo aperfeiçoamento (SILVADO, 1907, p. 57).

Esta comparação entre a zootecnia, o manejo de plantas e a "criação de homens" passou a ser muito freqüente nos textos médicos das primeiras décadas do século XX, como forma de sublinhar a importância com a qualidade da reprodução humana e da formação dos indivíduos, numa defesa crescente dos princípios da Eugenia, sempre lembrados nos argumentos em favor da higiene infantil ou da puericultura, outra palavra cada vez mais utilizada a partir de então. Os médicos puericultores, como eles se definiam, tinham uma visão política de sua profissão, pois estavam convictos da verdadeira cruzada patriótica que tinham pela frente num país onde a saúde pública mal começava a dar seus primeiros passos e a assistência pública à saúde dos mais pobres era inexistente.

Dr. Moncorvo Filho e Dr. Fernandes Figueira, fundador da Sociedade Brasileira de Pediatria em 1919 (SETA, 1997), são bastante representativos do pensamento médico-social da época. Médicos

renomados e envolvidos com a questão da proteção à infância e à maternidade, defendiam a necessidade do envolvimento do Estado por meio da organização de serviços públicos de assistência à saúde materno-infantil e da elaboração de leis que efetivamente protegessem a mulher trabalhadora e seus filhos, da mesma forma como estava ocorrendo na Europa e nos Estados Unidos. Suas idéias a este respeito foram debatidas por médicos de todo o país no "I Congresso Brasileiro de Proteção à Infância", ocorrido no Rio de Janeiro entre 27 de agosto e 5 de setembro de 1922. A publicação dos trabalhos apresentados resultou num livro de mais de 400 páginas, trazendo contribuições de médicos pediatras e obstetras das mais diferentes cidades do país, revelando como, em pouco mais de duas décadas, a questão da defesa da maternidade e da infância aglutinava os médicos. Os temas eram variados, mas havia uma ênfase no aspecto assistencial, como a necessidade de se construir maternidades e de uma legislação que protegesse a mulher trabalhadora e as famílias numerosas. De uma forma geral, os médicos reclamavam a ausência de políticas públicas, algo que começou timidamente a ser tratado pelo governo federal em 1923, sob a presidência de Arthur Bernardes, com o Decreto-lei 16.300, aprovando o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública e tratando das maternidades, do trabalho feminino e da amamentação mercenária.

Como lembrava Dr. Martagão Gesteira (1957), no capítulo sobre a legislação protetora da maternidade e da infância, algumas leis já existiam no Brasil antes de 1923, mas todas ficaram no papel, como o Decreto de 23 de janeiro de 1891 sobre o trabalho de menores e mulheres nas fábricas e o Decreto Municipal 1.900, de 1917, do Distrito Federal, que proibia o trabalho nas fábricas para mulheres gestantes quatro semanas antes e quatro semanas após o parto. Com exceção de algumas leis estaduais que regulamentavam o trabalho de professoras, na verdade, a primeira lei de caráter nacional que tratava da maternidade foi o Decreto-lei 16.300 que, segundo Gesteira permaneceu "letra morta". Esta lei criou a Inspetoria de Higiene Infantil, o primeiro órgão público voltado para a questão da maternidade e da infância, extinto em 1934. Era sua atribuição implementar os serviços de saúde e fiscalização das maternidades no Distrito Federal, promover iniciativas, bem como orientá-las nos estados brasileiros. Criava-se, portanto, uma estrutura que além das atribuições específicas para a saúde materno-infantil, tinha pretensões centralizadoras de âmbito nacional.

Contudo, observando os relatos médicos dos anos 1920, percebe-se que a atuação da citada Inspetoria restringiu-se com mais eficiência ao Distrito Federal, tendo em vista a tradição política descentralizadora e mesmo as tensões sociais e as crises políticas do período que desembocaram nos eventos de 1930. Uma análise mais particularizada para os estados poderá dizer se a atuação dessa Inspetoria foi eficaz na tarefa de incentivar e orientar as políticas públicas para a maternidade e a infância. Nossa investigação até o momento aponta para a escassez de programas formulados e geridos pelo poder público nos estados, com algumas exceções, como São Paulo, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Paraná e Bahia. O que se destaca nesse período é a atuação da assistência filantrópica, na qual as organizações assistenciais femininas desempenharam importante papel, sozinhas ou em colaboração com os médicos, como é o caso das associações femininas de proteção à maternidade e à infância ou associações Pró-Matre, criadas em várias regiões e cidades do país na primeira década do século XX.

Mas voltemos para a lei de 1923. Por se tratar da primeira lei sobre a maternidade e a infância no país é necessário entender seus princípios e objetivos. Nota-se que foi inspirada pela legislação francesa e pela Convenção n. 3 da OIT,² especialmente no que diz respeito à regulamentação da amamentação mercenária e do trabalho das mulheres grávidas e puerperais nos estabelecimentos industriais e comerciais. Na verdade, há pouca intervenção do Estado na questão, a não ser a criação da Inspetoria de Higiene Infantil, cujas atribuições são vagas como *promover iniciativas e orientar providências*, além do papel fiscalizador e burocrático. O texto da lei refere-se muito mais às medidas que deveriam ser tomadas pela iniciativa privada, no sentido de fornecer melhores condições de atendimento para os recém-nascidos, no caso das maternidades, das amas de leite e de trabalho para as mulheres. Trata-se de uma lei de inspiração liberal. No capítulo referente ao trabalho feminino, estabelece que às mulheres seria facultada uma licença de 30 dias antes e 30 dias após o parto perante atestado médico, no entanto, esta licença não era compulsória. As mulheres que amamentavam os filhos deviam contar com creches ou salas de amamentação próximas ao local de trabalho, podendo se afastar duas ou três vezes em intervalos regulares para amamentar. Havia ainda um artigo referente às *caixas em favor das mães pobres*, uma medida que procurava organizar fundos para o

pagamento de abonos para a maternidade, semelhante a algumas iniciativas adotadas em países europeus.

Em vista disso, nota-se que estão contemplados os mesmos benefícios recomendados pela Convenção n. 3, contudo, como lembravam as feministas, leis como esta não beneficiavam as mulheres trabalhadoras e seus filhos, pois dependiam, para a sua aplicabilidade, das relações de poder entre trabalhadoras e patrões, já que não tinham caráter compulsório. O Estado apenas propunha, mas não fiscalizava e muito menos intervinha nas relações de poder ao deixar que os benefícios resultassem da negociação entre trabalhadoras e patrões. Como expressou Dr. Gesteira, o resultado era o esperado, ou seja, a lei ficou apenas no papel, como também constatava Bertha Lutz no *Correio da Manhã* em 1924:

[...] Para a mulher que trabalha na fábrica o horário é habitualmente o mesmo que para o homem. Não se atende as condições materiais da mulher na maioria dos estabelecimentos fabris. Quase todas as operárias casadas trabalham até a véspera do parto, tendo-se dado o fato, aliás, freqüente, de saírem algumas nas horas de sua *délivrance*. Essas pobres mães, a fim de não ficarem prejudicadas, retomam o trabalho antes do restabelecimento normal (apud LINO, 1986, p. 59).

Da mesma forma que o ativismo feminino na Europa e nos Estados Unidos desempenhou importante papel da elaboração das políticas públicas para a maternidade e a infância, é necessário mencionar a atuação das organizações femininas brasileiras, entre as quais merece destaque a Federação Brasileira para o Progresso Feminino (FBPF), cuja fundadora foi Bertha Lutz. Quando esteve nos Estados Unidos, Lutz participou da conferência de fundação da OIT e dos debates das convenções sobre o trabalho. Em 1922, foi a representante brasileira na I Conferência Pan-Americana de Mulheres, ocasião em que conheceu Carrie Chapman Catt, feminista norte-americana envolvida diretamente com a elaboração das políticas públicas para a maternidade e a infância nos Estados Unidos. As idéias de Bertha Lutz sobre os direitos das mulheres vinham sendo divulgadas pela imprensa carioca por meio da coluna Rio Femina do *Rio Jornal*. Ao retornar das viagens que fez aos Estados Unidos, fundou a FBPF em 1922 e passou a atuar, junto com

outras militantes, em favor dos direitos políticos e de uma legislação trabalhista eficiente. Para tanto, além da divulgação na imprensa, procuraram trazer para a causa, médicas, advogadas, professoras, escritoras, ou seja, mulheres profissionais de classes médias e altas que pudessem fortalecer o movimento e contribuir com suas idéias e contatos políticos.

Além da garantia dos direitos políticos, eram finalidades da FBPF “proteger as mães e a infância e obter garantias legislativas e práticas para o trabalho feminino”. Nesse sentido, como lembra Saffioti (1976), as idéias de Lutz e de suas colegas da Federação seguiam a direção do feminismo norte-americano, enfocando os direitos políticos, o trabalho feminino e a proteção à maternidade e à infância, seguindo o mesmo modelo das políticas públicas adotado nos Estados Unidos, conforme se pode perceber em seus projetos de lei quando foi deputada pelo Distrito Federal entre 1936 e 1937.

Em análise à legislação do início da década de 1930, observa-se como a atuação das feministas brasileiras e também dos médicos surtiu efeito. A rigor só se pode falar de políticas públicas para a maternidade e a infância, tanto no que diz respeito à legislação, quanto à organização e prestação de serviços de assistência social e de saúde, nas décadas de 1930 e 1940. Com a ascensão de Getúlio Vargas ao poder, um grupo de médicos e intelectuais defensores da necessidade da intervenção do Estado na sociedade contribuiu para a criação de organismos governamentais e a elaboração de programas voltados para o atendimento à maternidade e à infância, amparados por uma legislação menos propositiva e mais reguladora. Esta nova orientação pode ser percebida no Código de Trabalho das Mulheres, instituído pelo Decreto-lei 21.417, de 17 de maio de 1932. Em linhas gerais, esta lei segue as orientações da OIT sobre o assunto contidas na Convenção n. 3, mas se comparada ao decreto de 1923, foi um avanço considerável, pois não deixava dúvidas sobre a obrigatoriedade dos dispositivos do decreto, prevendo multas aos empregadores que os descumprissem, além de atribuir ao Ministério do Trabalho e ao Conselho Nacional do Trabalho as funções normatizadoras e de fiscalização. O decreto estabelecia que os salários deviam ser iguais, sem distinção de sexo, regulamentava o horário e as condições de trabalho, estabelecia a licença maternidade de quatro semanas antes e quatro semanas após o parto, criava o abono-

maternidade para o período da licença correspondente no valor da metade do salário e garantia o emprego para as mulheres que estavam em licença. Além disso, estabelecia horários para a amamentação durante a jornada de trabalho, prevendo a criação de locais apropriados para tal finalidade nos estabelecimentos com mais de trinta mulheres acima de 16 anos, proibia a demissão de mulheres grávidas e previa a criação de Caixas de Seguridade para as mães, mantidas pelo Instituto de Seguro Social ou pelo empregador. Em suma, trata-se de uma lei que, de forma mais detalhada, regulamentava o trabalho feminino, incluindo as reivindicações dos médicos e das feministas, seguindo a tendência das legislações estrangeiras e as determinações da OIT.

Em dezembro do mesmo ano Getúlio Vargas redigiu a sua mensagem de Natal, enviada aos interventores dos estados brasileiros e divulgada pela imprensa, demonstrando que o governo provisório tinha grande interesse pela infância ao iniciar um conjunto de medidas voltadas para o atendimento da saúde das crianças e de suas mães. O texto foi influenciado pelas idéias médicas, marcadamente pela Eugenia e a Puericultura. Nele, o presidente primeiro mostrou-se preocupado com a infância no país, especialmente com os índices de mortalidade infantil e as condições de saúde das crianças. Segundo ele, a assistência social e a proteção à saúde constituíam parte essencial da obra patriótica, "intimamente ligada ao aperfeiçoamento da raça e ao progresso do país, [sendo] preocupação predominante em toda atuação política verdadeiramente nacional". A efetivação desta obra dependia de uma aliança entre a iniciativa particular e os poderes públicos, de acordo com a mensagem:

Desejando dar caráter prático a esta campanha, que é quase de salvação pública, deveis desde já, nesse Estado, ir congregando os especialistas no assunto, de forma a estudarem o problema, ampla e minuciosamente em face das estatísticas e à luz dos ensinamentos da higiene moderna³.

Pela primeira vez no Brasil parecia ocorrer uma coincidência de interesses entre o governo federal e os médicos, que vinham desde o século XIX defendendo a intervenção do Estado nos assuntos referentes à saúde, de uma forma geral, e à proteção à criança e à maternidade em especial. No início do Governo Provisório foi criado o Ministério da

Educação e da Saúde Pública, que manteve a Inspeção de Higiene Infantil, responsável pela implementação das políticas de saúde materno-infantil até 1934. Nela atuavam médicos que defendiam as novas orientações, como é o caso de Belisario Penna, que foi diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, de Clovis Correia da Costa, autor de vários estudos sobre a maternidade e a infância, e de Olinto de Oliveira, que assumiu a Inspeção e, posteriormente, ocupou cargos de direção nos órgãos de proteção à maternidade e à infância, sendo considerado por seus contemporâneos o terceiro nome mais importante da pediatria no Brasil, junto com Moncorvo Filho e Fernandes Figueira.

Se a documentação do Ministério da Educação e da Saúde, que se encontra no Arquivo Nacional, for analisada, será possível observar que, apesar das dificuldades políticas do período que colocavam obstáculos ao desenvolvimento das políticas de saúde pública coordenadas pelo governo federal, os serviços da Inspeção foram estimulados e começaram a apresentar resultados. A partir de 1931 foram criados lactários nas regiões mais pobres da cidade, sendo o primeiro inaugurado no Centro de Saúde de Jacarepaguá e outros cinco nos bairros D. Clara, Penha, Bangu, Campo Grande, Anchieta e na Ilha do Governador.⁴ A Inspeção administrava 20 consultórios no Distrito Federal, uma creche e o Hospital Arthur Bernardes. Além da clínica pediátrica, o serviço de atendimento pré-natal era prestado em 14 dos consultórios, com pessoal treinado e especializado, como as enfermeiras visitadoras da Saúde Pública, além dos obstetras.

Contudo, apesar dos esforços dos novos médicos-burocratas, a organização de serviços de saúde materno-infantil ficou restrita ao Distrito Federal, com algumas exceções nos estados que anteriormente já vinham desenvolvendo algum tipo de ação. Há que se destacar a Bahia, que desde a década de 1920 vinha desenvolvendo uma série de programas coordenados pela Liga Baiana contra a mortalidade infantil e o Departamento da Criança da Bahia, primeiro órgão público autônomo, ou seja, não estava subordinado à Saúde Pública. No entanto, lendo as cartas de Olinto de Oliveira para o Presidente Vargas, nota-se que apesar das boas intenções e da diretriz do governo federal em favor da maternidade e da infância, os obstáculos burocráticos, os conflitos políticos no interior do Ministério e, principalmente, aqueles de ordem

financeira dificultavam sobremaneira a implementação das políticas de saúde e os programas de assistência social.

Uma tentativa de resolver os impasses foi elaborada com muito empenho pelo Dr. Olinto de Oliveira entre os anos de 1932 e 1934. Desde o início de suas atividades no Governo Provisório, Oliveira defendia a necessidade de se criar uma estrutura autônoma da diretoria da Saúde Pública, nos moldes do Children's Bureau, organismo criado em 1912 nos Estados Unidos com a atribuição de desenvolver programas de assistência social e de saúde para atender as mães e seus filhos, ligado diretamente ao Departamento de Comércio e Trabalho. Para ele, a nova estrutura devia ser uma diretoria subordinada apenas ao Ministério da Educação e Saúde, desvinculada, portanto, do Departamento Nacional de Saúde Pública. Numa de suas cartas a Getúlio Vargas, assim defendeu seu plano para a nova diretoria:

[...] Em resposta [às alegações que eram contrárias ao projeto] devo dizer que se de fato a proteção à infância compreende serviços de higiene, não são estes os mais importantes. Sobrexcedem-os, principalmente em nosso país, os de assistência a todas as categorias e que os próprios higienistas consideram com razão assunto alheio às cogitações da Saúde Pública. Na própria Conferência Nacional de Proteção à Infância ficou assentado que o problema de maior urgência da infância brasileira é o da alimentação deficiente em quantidade e qualidade, e que a continuar como vai, comprometerá consideravelmente o futuro da nossa raça [...].

Avultam ainda grandemente outros problemas de assistência que nada tem a ver com as repartições de higiene pública – a assistência às mães necessitadas, sobretudo por ocasião do parto e da criação dos filhos, o asilamento dos órfãos e abandonados, a fundação de hospitais e enfermarias para crianças, tão escassos entre nós e a de colônias e recreatórios ao ar livre, o melhor preventivo da tuberculose. Estas providências exigem uma colaboração íntima e constante com as associações de caridade e uma propaganda constante e convincente que só podem ser atendidas por órgãos especialmente encarregados de tais serviços.⁵

As cartas de Olinto de Oliveira fazem menção aos interesses pessoais que se opunham ao seu projeto e chega mesmo a dizer que o ministro Gustavo Capanema, que assumiu o ministério em 1934, a princípio era favorável às suas idéias, mas era influenciado por seus opositores. No entanto, apesar das “influências poderosas” contrárias à autonomia do órgão de proteção à maternidade e à infância, o Decreto 24.278 de 22 de maio de 1934 extinguiu a Inspetoria de Higiene Infantil e criava a Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância. Era de sua incumbência “promover em todo o país o bem estar da criança, preservar-lhe a vida e a saúde, assegurar-lhe o desenvolvimento normal e prestar-lhe assistência e proteção” (BRASIL..., 1934).

Os serviços da Diretoria eram amplos e diversificados, abrangendo a administração hospitalar (hospitais infantis e maternidades), a formação de quadros (Escola de Puericultura), investigações e inquéritos e a cooperação com os governos estaduais. No que diz respeito ao atendimento às mulheres, foi criada a Inspetoria Técnica de Higiene Pré-Natal e Assistência ao Parto, que abrangia a notificação, registro, exame obstétrico, instrução e vigilância das gestantes, a assistência em refúgios adequados às intoxicadas e hipo-nutridas e às indigentes, a fiscalização das parteiras e licenciadas e a profilaxia das infecções da puerpera e do recém-nascido (BRASIL..., 1934).

A assistência ao parto seria realizada tanto nas maternidades, quanto pelo serviço obstétrico domiciliar. Para tanto, a Diretoria propunha a instalação de maternidades regionais subvencionando os serviços prestados às mulheres nas maternidades então existentes. Além dos serviços médicos, de planejamento e de formação, havia também a Secção de Assistência Social para atender mulheres e crianças pobres por meio da concessão de seguros ou pensões e proteção à criança abandonada. Para estes serviços, o decreto recomendava uma atuação conjunta entre a Diretoria e as associações filantrópicas.

O Decreto 24.278 representou uma vitória para o Dr. Olinto de Oliveira. No entanto, as dificuldades financeiras não permitiram que a Diretoria desempenhasse todas as suas atividades, mesmo assim nota-se que o trabalho de divulgação e interiorização que estava previsto começou a dar frutos, principalmente no que diz respeito à colaboração

com a iniciativa particular, sendo criadas instituições de proteção à infância e maternidades em diversos municípios do país.

Há que se lembrar que a criação da Diretoria foi, em grande parte, resultado da atuação e do debate que os deputados constituintes vinham travando a respeito da proteção à maternidade e à infância no Brasil, bem como da pressão política de instituições filantrópicas e políticas, como é o caso da FBPF. Se observado o texto constitucional de 1934, será possível ver a incorporação não só das garantias de direitos e proteção às trabalhadoras, como a licença maternidade remunerada, mas também a orientação de que os serviços de proteção à maternidade e à infância, ao lar e ao trabalho feminino fossem, de preferência, realizados e fiscalizados pelas mulheres habilitadas, conforme o Parágrafo 3 do Artigo 121. Esta orientação jamais foi regulamentada, ficando a Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância sob a administração de Olinto de Oliveira e os principais cargos administrativos sendo ocupados por médicos e técnicos, cabendo às mulheres habilitadas as funções secundárias e de atendimento ao público. Nesse sentido, as idéias defendidas pelas feministas brasileiras ficaram restritas ao papel, não conseguindo estabelecer alianças políticas que garantissem a sua participação na estrutura do poder, como aconteceu com suas colegas estadunidenses.

Ainda no que diz respeito à ordem econômica e social, a Constituição de 1934 estabelecia como sendo incumbência da União, dos estados e dos municípios a assistência social aos idosos, doentes mentais e famílias numerosas, estabelecendo pelo Artigo 141 a obrigatoriedade do amparo à maternidade e à infância em todo o território nacional por meio de um percentual das rendas tributárias. Pela primeira vez no país criava-se um mecanismo legal de caráter nacional para a elaboração e implementação de políticas de assistência e de saúde materno-infantil, cujos resultados podem ser parcialmente conferidos na documentação do Ministério da Educação e da Saúde.

No conjunto das correspondências enviadas ao gabinete do ministro nas décadas de 1930 e 1940, nota-se o quanto esta determinação legal passou a ser seguida e colocada em prática pelos municípios e estados de forma articulada com instituições filantrópicas leigas e religiosas. É notável a participação feminina tanto na organização, quanto na administração destas instituições, criando maternidades, postos de

puericultura e Associações de Proteção à Maternidade e à infância (APMI), que tanta importância tiveram na história da maternidade no país desde então, constituindo um espaço de atuação política para mulheres de camadas médias e altas dos grandes centros urbanos e das pequenas cidades do interior. Foi por meio destas instituições que muitas mulheres que até então viviam para suas famílias, passaram a ter uma atuação que as obrigava a se comunicar com os técnicos do Ministério e a estrutura administrativa responsável pelas políticas da maternidade e da infância, escrevendo cartas, solicitando verbas, submetendo projetos.

Com a reforma do Ministério da Educação e da Saúde, a Diretoria tão acalentada por Olinto de Oliveira perde seu estatuto e se transforma numa Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância, ligada ao Departamento Nacional de Saúde, um dos órgãos de administração especial do Ministério, reorganizado pelo Decreto-lei 378 de 15 de janeiro de 1937. A divisão ficou enfraquecida com a reforma, como reclamava Olinto de Oliveira nas suas cartas ao presidente, principalmente com a criação, pelo mesmo decreto, do Instituto Nacional de Puericultura, “destinado a realizar estudos, inquéritos e pesquisas sobre os problemas relativos à maternidade e à saúde da criança” (BRASIL..., 1937).

Apesar destas mudanças administrativas, as intenções do governo Vargas em proteger a maternidade e a infância não foram esquecidas, pelo contrário, durante o Estado Novo ganharam força as idéias eugenistas articuladas por discursos médicos e políticos em defesa do casamento, da família e do aumento da população. A mensagem de Natal de 1939 não deixa margem para dúvidas das intenções do governo. Nela, Vargas lembra que apesar dos esforços, continuava precário o atendimento às gestantes e elevado o índice de mortalidade infantil, especialmente entre os pobres. Explica que sob o seu governo o poder público começava a ampliar o seu raio de ação, construindo maternidades, lactários, elaborando uma lei de proteção às famílias numerosas, determinando que os estados e municípios também fizessem o mesmo, ao destinar verbas permanentes para os serviços de proteção à maternidade e à infância. Por fim, lembra da responsabilidade dos ricos e pede a colaboração das organizações filantrópicas.

No início de 1940, entra em vigor o Decreto-lei 2024, estabelecendo as diretrizes das políticas de saúde e assistência materno-

infantil no país. É este decreto que cria o Departamento Nacional da Criança (DNCr), órgão autônomo do Ministério da Educação e da Saúde responsável pela elaboração e implementação das políticas públicas para a maternidade e a infância a partir de então até a década de 1970 (FONSECA, 1990; PEREIRA, 1992). Novamente as idéias de Olinto de Oliveira foram contempladas com esta nova estrutura administrativa, tanto no que diz respeito à autonomia das políticas materno-infantis, quanto à coordenação de todas as atividades relacionadas à questão, como também a transformação do DNCr num centro de formação de médicos e enfermeiras puericultores por meio de seus cursos.

De acordo com a documentação, nota-se que Olinto de Oliveira tinha razão. Foi no período de 1940 e 1941 que estruturas semelhantes foram criadas nos estados, os Departamentos Estaduais da Criança, implementando as diretrizes estabelecidas pelo DNCr e promovendo campanhas como a que foi realizada no Paraná, cujo slogan era “Um Posto de Puericultura em cada Município”, muito elogiada pelos médicos puericultores do DNCr. Também foram construídas maternidades em muitas cidades brasileiras, bem como os famosos Postos de Puericultura, menina dos olhos do DNCr, instalados em bairros pobres das cidades ou junto às maternidades. Outra área de atuação marcante foi a propaganda, divulgando as noções de higiene e os ensinamentos da puericultura, por meio de cartazes, conferências populares e os famosos concursos de robustez infantil.

Após a criação do DNCr estavam estabelecidas as linhas mestras das políticas de saúde materno-infantil e de assistência social às mães e crianças pobres. Em colaboração com o Instituto de Puericultura, que realizava estudos científicos e também atendia as mães e as crianças, foram mantidos e ampliados os serviços de atendimento médico e social, principalmente após 1946, como o convênio estabelecido entre o Departamento e a Legião Brasileira de Assistência (LBA) que, a partir deste ano, passava a dedicar-se especificamente à proteção à maternidade e à infância, ampliando consideravelmente o público assistido, com a sua infra-estrutura de postos de puericultura, clubes de mães e a oferta de cursos populares de puericultura, nos quais atuavam os médicos e enfermeiras do DNCr⁶.

Após a redemocratização do país, as políticas de saúde materno-infantil mantiveram seu curso graças à preservação do DNCr e à

continuidade de seus serviços. Cabe destacar a destinação de verba específica para a construção de 160 maternidades e 200 postos de puericultura por ocasião da elaboração do Plano SALTE (1950-1954), ainda no governo Dutra, por meio da Lei n. 1.102, de 18 de maio de 1950. No governo de Juscelino Kubitschek, foi criado o Fundo Nacional de Assistência à Maternidade, estabelecendo uma dotação orçamentária específica que seria distribuída entre as maternidades e hospitais que tivessem leitos para parturientes. Somente em 1965, no governo de Castello Branco, a assistência médica e a maternidade foram concedidas aos trabalhadores rurais, seguindo as orientações da OIT que, em 1952, revisou a Convenção n. 3 ampliando a proteção da maternidade para mulheres trabalhadoras domésticas e rurais (BRASIL..., 1965).

O balanço do percurso das políticas públicas para a maternidade e a infância no Brasil aponta para um aspecto que até os dias atuais, infelizmente, ainda está presente. Trata-se da ineficiência dos serviços públicos de saúde devido, entre outras causas, à nossa proverbial falta de verbas para as áreas básicas de atendimento à população. Sabe-se que o resultado desse quadro é o descompasso entre o texto das leis e a prestação dos serviços. Como bem lembrava Dr. Martagão Gesteira (1957), as leis se tornavam letra morta e apesar dos esforços dos profissionais de saúde do DNCr e das pessoas ligadas às instituições privadas de assistência, o problema da mortalidade materna e infantil no Brasil continuou a ser uma realidade, apresentando, mesmo nos dias atuais, índices acima do ideal, principalmente devido às grandes desigualdades regionais e à concentração de renda, somadas à falta de serviços de saúde materno-infantil em quantidade e qualidade razoáveis.

Outro aspecto a se ressaltar desse processo é como no Brasil o ativismo feminino teve uma contribuição importante até a década de 1930, porém limitada. Embora tenha antecipado as políticas públicas com a assistência prestada às mães e às crianças e desempenhado um papel importante por ocasião da proposição das mesmas na elaboração da Constituição de 1934, não conseguiu espaço nas estruturas de poder criadas pelo Estado, como ocorreu com as ativistas européias e principalmente norte-americanas. Esta ausência das mulheres na elaboração das políticas de saúde materno-infantil revela um outro traço marcante desse processo, pois foram os médicos que levaram à frente os projetos e campanhas, ocupando os cargos de direção e decisão,

enquanto as mulheres foram incorporadas nas atividades de atendimento, basicamente, ou em cargos de segundo e terceiro escalão na estrutura burocrática, como médicas, enfermeiras, assistentes sociais e professoras. No Brasil, a participação feminina nas políticas da maternidade se deu de forma mais sistemática e duradoura por meio das instituições filantrópicas, salientando o caráter não profissional do maternalismo no país, embora isso não signifique que as mulheres ligadas às instituições de benemerência não atuassem politicamente, como pode-se observar. A maior diferença está na ausência das mulheres habilitadas, como previa a Constituição de 1934, nos quadros técnicos e administrativos de decisão, tanto da Diretoria de Amparo à Maternidade e à Infância, quanto do DNCr.

Ao longo da história das políticas públicas para a maternidade e a infância, há outro aspecto que merece ser destacado, pois revela a visão de gênero dos envolvidos com a questão, como também a relação entre o Estado e as mães. Caso seja levada em consideração a forma como as políticas da maternidade foram elaboradas em vários países e no Brasil, especificamente, um aspecto fundamental poderá ser observado: seus mentores não partiram de uma concepção dos direitos das mulheres em ser mãe contando com assistência pública. Pelo contrário, os formuladores das leis e das políticas públicas tinham uma visão instrumental das mulheres, afinal era delas que as crianças nasciam e nascem, portanto, para ter sucesso na *tarifa patriótica* de salvar e preservar as crianças, era necessário olhar para as mães e protegê-las também. O problema é que, ao olharem para as mães pobres, os médicos, principalmente, não viam indivíduos marcados pela miséria, pelo abandono ou pelo estigma de uma gravidez fora do casamento, mas criaturas toscas, ignorantes, culpadas pela sua condição e de seus filhos.

Nesse sentido, os médicos brasileiros envolvidos com os órgãos responsáveis pelas políticas públicas para a maternidade e a infância nas décadas de 1930 e 1940, desenvolveram uma relação paternalista com aquelas mulheres e seus filhos. Repete-se aqui o mesmo duplo padrão de beneficiadas que a historiadora Linda Gordon (1992; 1994) analisou para os Estados Unidos, isto é, apesar de existirem aquelas que eram esposas de trabalhadores com carteira assinada e que recebiam os benefícios da previdência social, a maioria não era protegida pela legislação trabalhista, restando a elas a assistência social, pública ou privada. Mas em ambas, o

preconceito era evidente nas descrições de suas casas, de suas roupas, de seus hábitos, da falta de conhecimentos sobre nutrição, enfim, eram dignas de uma severa piedade, mas não de direitos, parafraseando Gordon (1994).

Apesar dos avanços no que diz respeito à organização dos serviços de saúde materno-infantil no Brasil, há ainda muito a percorrer, principalmente com relação aos direitos de cidadania. Para um grande número de mulheres em nosso país, a gravidez e o parto são motivos de angústia, de preocupações, de medo, pois o Estado e a sociedade ainda não conseguiram resolver o problema da maternidade e da infância e as mulheres continuam sendo dignas de piedade, mas sem direitos. Parece que o relatório da Save the Children só confirma, infelizmente, esta nossa conclusão.

NOTAS

- 1 Este artigo é resultado de parte da pesquisa desenvolvida no estágio de pós-doutorado realizado na Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ, financiado pelo CNPq e pela Fundação Araucária/PR.
- 2 Este é o caso também de organizações femininas com os mesmos objetivos, como a Cruzada Pró-Infância, estudada por MOTT. "Maternalismo, políticas públicas e benemerência no Brasil (1940-1945)", 2001, p. 199-234.
- 3 A Convenção n. 3 foi adotada em 1919 por ocasião da primeira Conferência Internacional do Trabalho, ocorrida em 29 de outubro na cidade de Washington. Entrando em vigor somente em 1921, esta convenção foi ratificada por 16 países em 1937, tratando das condições do trabalho feminino nas indústrias e no comércio e regulamentando a licença maternidade. www.ilo.org
- 4 Telegrama enviado aos interventores dos estados com a Mensagem de Natal, publicada em 24 de dezembro de 1932. Arquivo Gustavo Capanema, h 1935-06-22. CPDOC/FGV.
- 5 Carta de Belisário Penna ao Presidente Getúlio Vargas com documentos anexos. Secretaria da Presidência da República, Lata 33, Arquivo Nacional.
- 6 Carta de Olinto de Oliveira ao Presidente Getúlio Vargas, de 16 de fevereiro de 1934. Secretaria da Presidência da República, Lata 33, Arquivo Nacional.
- 7 A LBA merece um estudo mais detalhado das suas atividades, tendo em vista sua natureza para-estatal e o grau de profissionalismo de seu pessoal e serviços.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Decreto n. 24.278 de 22 de maio de 1934. [s.n.t]. Artigos 1º, 3º.
- BRASIL. Decreto n. 378 de 15 de janeiro de 1937. [s.n.t]. Artigo 54.
- BRASIL. Decreto n. 56.619 de 28 de julho de 1965. p. 28.
- CANTON, E. *Protección á la madre y al hijo*. Buenos Aires: [s. n], 1913.
- COSTA, C. C. da. *Puericultura*. Rio de Janeiro: Departamento Nacional da Criança, 1955.
- FONSECA, C. M. de O. *Modelando a cera virgem: a saúde da criança na política social de Vargas*. 1990. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 1990.
- GESTEIRA, R. M. *Puericultura: higiene física e social da criança*. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1957.
- GORDON, L. "Social insurance and public assistance: the influence of gender in welfare thought in the United States, 1890-1935." *American Historical Review*. v. 97, n. 6, Feb. 1992.
- _____. *Pitied but not entitled: single mothers and the history of welfare, 1890-1935*. New York: The Free Press, 1994.
- INSTITUTO DE PROTEÇÃO E ASSISTÊNCIA À INFÂNCIA DO RIO DE JANEIRO. *Boletim do Anno de 1930*. Rio de Janeiro: Paulo Pongetti, 1931. Fundo AP 46 – FBPF, Arquivo Nacional.
- JAGUARIBE FILHO, D. J. N. *A arte de formar homens de bem*. São Paulo, Typographia do Correio Paulistano, 1880.
- KOVEN, S.; MICHEL, S. "Womanly duties: maternalist politics and the origins of welfare states in France, Germany, Great Britain and the United States, 1880-1920." *American Historical Review*. v. 95, n. 4, Oct. p. 1076-1108. 1990.
- LINO, S. C. da F. M. *As idéias feministas no Brasil. 1918-1932*. 1986. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1986.
- MAGALHÃES, F. *A obstetrícia no Brasil*. Rio de Janeiro: Leite Ribeiro, 1922.
- MARTINS, A. P. V. *A medicina da mulher: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia e da ginecologia no século XIX*. 2002. Tese (Doutorado em História) – Universidade de Campinas, 2000.
- MOTT, M. L. de B. "Maternalismo, políticas públicas e benemerência no Brasil. (1940-1945)" *Cadernos Pagu*. v. 16, p. 199-234, 2001.

- PUREIRA, A. R. V. V. *Políticas sociais e corporativismo no Brasil: o Departamento Nacional da Criança no Estado Novo*. 1992. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 1992.
- SAPPIOTTI, H. I. B. *A mulher na sociedade de classes: mito e realidade*. Petrópolis: Vozes, 1976.
- SAVE THE CHILDREN. *2004 Mothers' Index*. Disponível em <http://www.savethechildren.org>
- SEIP, Anne-Lise. "Motive forces behind the new social policy after 1870. Norway on the European scene." *Scandinavian Journal of History*. v. 9, p. 329-342, 1984.
- _____. "Who cares? Child, family and the social policy in Twentieth Century Norway." *Scandinavian Journal of History*.v. 12, p. 331-343, 1988.
- BETA, M. F. de. *Instituto Fernandes Figueira: delineamento de 50 anos de história institucional. (1924-1974)*. 1997. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, 1997.
- SILVADO, J. Contribuição à puericultura no Rio de Janeiro. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia do Rio de Janeiro*. v. 1, set., 1907.