

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ISMAEL GONÇALVES ALVES

**(Re)construindo a maternidade: as políticas públicas materno-infantis
brasileiras e suas implicações na Região Carbonífera Catarinense (1920-
1960)**

CURITIBA

2014

ISMAEL GONÇALVES ALVES

**(Re)construindo a maternidade: as políticas públicas materno-infantis
brasileiras e suas implicações na Região Carbonífera Catarinense (1920-
1960).**

Tese apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de doutor, pelo Curso de Pós-Graduação em História – Área de História, Cultura e Sociedade, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Professora Doutora Ana Paula Vosne Martins.

CURITIBA

2014

Catálogo na publicação
Fernanda Emanoéla Nogueira – CRB 9/1607
Biblioteca de Ciências Humanas e Educação - UFPR

Alves, Ismael Gonçalves

Re(construindo) a maternidade : as políticas públicas materno-
infantis brasileiras e suas implicações na região Carbonífera
Catarinense (1920 -1960) / Ismael Gonçalves Alves – Curitiba, 2014.
294 f.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ana Paula Vosne Martins
Tese (Doutorado em História) – Setor de Ciências Humanas da
Universidade Federal do Paraná.

1. Assistência social. 2. Maternidade - Políticas públicas - Santa
Catarina. 3. Estado de Bem-Estar. 4. Família - Assistência. I.Título.

CDD 362.7



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS HUMANAS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA

Rua Gal. Carneiro, 460, 7º andar, sala 716, fone/fax + 55 (41) 3360-5086,
80.060-150, Curitiba, PR, Brasil.

E-mail: cpghis@ufpr.br Website: www.poshistoria.ufpr.br

PARECER DA BANCA EXAMINADORA

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Paraná (PGHIS/UFPR) para realizar a arguição da Tese de Doutorado de **ISMAEL GONÇALVES ALVES** intitulada: **(Re)construindo a maternidade: as políticas públicas materno-infantis brasileiras e suas implicações na Região Carbonífera Catarinense (1920-1960)**, após terem inquirido o aluno e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua aprovação, completando-se assim todos os requisitos previstos nas normas desta Instituição para a obtenção do Grau de **Doutor em História**.

Curitiba, onze de março de dois mil e quatorze.

Profa Dra Ana Paula Vosne Martins (Orientadora)
Presidente da Banca Examinadora

Prof. Dr. Luiz Otávio Ferreira (FIOCRUZ)
1º Examinador

pl

Profa Dra Lucia Provencio Garrigós (Universidade de Murcia)
2º Examinador

Profa Dra Silvia Maria Fávero Arend (UDESC)
3º Examinador

Profa Dra Roseli Boschilia (UFPR)
4º Examinador

Aos meus pais Amauri e Maria.

Às minhas irmãs.

Aos meus sobrinhos e sobrinhas.

Por todo amor, por quem sou e por tudo o que alcancei.

AGRADECIMENTOS

Após quatro anos de intenso trabalho escrever os agradecimentos deveria ser o mais simples, mas não é. Agradecer a cada instituição ou cada pessoa importante e especial requer atenção redobrada, pois muitos foram os que colaboraram para o desenvolvimento desta pesquisa, deixando suas marcas em cada parágrafo e palavras aqui expostas. A vocês dedico cada momento (único), cada risada, cada esquecimento, cada ideia genial e, acima de tudo, cada conquista angariada ao longo deste caminho, assim meus agradecimentos são destinados:

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão das bolsas de estudos – no país e no exterior – que me permitiram dedicação total a esta pesquisa, financiando ainda a aquisição de livros, viagens e participação em congressos.

À Fundação Araucária pelo custeio da viagem de estudos ao Arquivo Nacional do Rio de Janeiro.

À Prof^a. Dr^a. Ana Paula Vosne Martins por depositar confiança nesta pesquisa, por todos os conselhos, indicações de leituras e por me ajudar a ultrapassar cada obstáculo surgido ao longo do caminho. Não posso deixar de expressar toda admiração por esta brilhante historiadora que por meio de seu profissionalismo, seriedade e produção científica, inspirou-me, de maneira única, a adentrar efetivamente nos Estudos de Gênero e na História das Mulheres. Muito obrigado Professora.

À Prof^a. Dr^a. Lucía Provencio Garrigós que me recebeu de maneira acolhedora na Universidad de Murcia, aconselhando-me e propondo novos caminhos para elaboração desta pesquisa. Obrigado por me apresentar ao imenso acervo histórico existente na Espanha, pelas indicações de leituras e por me inserir nos debates acadêmicos sobre a maternidade no contexto espanhol.

À Prof^a. Dr^a. Roseli Boschilia por suas atentas considerações durante a qualificação e por novamente atender nosso convite e participar desta defesa, seu atento olhar e sua dedicada análise serão sempre bem-vindos.

À Prof^a. Dr^a. Joseli Maria Nunes Mendonça por suas valiosas intervenções durante a qualificação.

À Prof^a. Dr^a. Silvia Maria de Fávero Arend, amiga e eterna orientadora, por ter me ajudado nos primeiros passos da pesquisa histórica e por ter aceitado o convite para esta Banca.

Ao Prof. Dr. Luiz Otávio Ferreira por gentilmente aceitar participar desta defesa de tese.

À Prof^a. Dr^a. Giani Rabelo, grande amiga e intensa colaboradora desta pesquisa. Obrigado por cada conversa e cada conselho dado.

À Prof^a. Dr^a. Anne Cova que gentilmente me recebeu no Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa e me propôs novos desafios sobre o Associativismo Feminino como objeto de investigação histórica.

Às Professoras, Dr^a. D^a Maria del Carmen Martínez Martínez (Universidad de Murcia); Dr^a. D^a Carmen Gonzalez (Universidad de Murcia); Dr^a. D^a Ángeles Jiménez Perona (Universidad Complutense de Madrid); Dr^a. D^a Amalia Morales Villena (Instituto de Estudios de las Mujeres y Género de la Universidad de Granada); obrigado por toda atenção, indicações de leituras e intercâmbio científico que vocês me proporcionaram.

Às Professoras e Professores da Linha de Pesquisa Intersubjetividade e pluralidade: reflexão e sentimento na história, da Universidade Federal do Paraná, aos quais tive o prazer de conhecer e cursar disciplinas. Seus debates, discussões e ensinamentos se encontram refletidos no formato final desta tese.

À Maria Cristina Parzowski, que carinhosamente e pacientemente me guiou pelos meandros da burocracia institucional. Muito obrigado Cris.

Às Bibliotecas: Ciências Humanas e Central da Universidade do Federal do Paraná; Luis Vives, Antonio Nebrija, General e Clara Campoamor da Universidad de Murcia; Estudios de la Mujer da Universidad de Granada; Geografia e Historia e Instituto de la Mujer da Universidade Complutense de Madrid; Biblioteca Nacional de Catalunya; e a Real Academia de la Historia.

Às amigas e amigos que fiz durante o doutorado, especialmente à Lorena Beghetto e Mariana Corção. Obrigado pelas conversas, carinho e atenção durante os cafés e os almoços, inclusive aqueles do RU.

Aos amigos e amigas que fiz durante minha estadia na Universidad de Murcia: Cesar Perez, Ángela LaCu, Maria Rodriguez Gonzalez-Moro, Chloé Rebillard, Ascen Agea, Joël Frei, Marisol Alcaraz Risueño, Pedro José Herades Ruiz, Juan Psche e Pilar Rodriguez.

Aos amigos e amigas e conheci na Espanha, especialmente à Linara Segalin e Simone Almeida, com que dividi inúmeros pensamentos e possibilidades de pesquisa.

À Marien e Mari Cruz, que me receberam de braços abertos quando cheguei à Espanha, ensinaram-me o idioma, a cultura e a história de seu país, além de dividirem comigo seus amigos e família durante os dez meses que estive lá.

À Izani Mustafá, que sempre esteve ao meu lado nas alegrias e nas dificuldades, mas que também sempre me ajudou a superar as adversidades e comemorar as gargalhadas cada vitória.

À Caroline Vitti e Suzana Tramontin, por fazerem minha estadia em Curitiba agradável e por estarem do meu lado como se fossem da minha própria família.

À Juliana Fleig Bueno, amiga que conheci relativamente há pouco tempo, mas que parece fazer parte da minha vida desde sempre. Obrigado Ju, pelas longas conversas por telefone, por cada conselho dado, leituras, considerações e por me convencer inúmeras vezes a mudar de ideia e seguir o melhor caminho, sua presença nesta tese é inequívoca.

À Pérola Gonçalves de Paula Sanfelice, pessoa que me fez entender o verdadeiro sentido da palavra amizade. Que com palavras calmas e doces esta sempre ao meu lado quando preciso, levantando-me de cada tropeço ao longo do caminho e congratulando-me por cada conquista. Parceira inseparável de histórias e História, a você também dedico cada linha aqui escrita, cada ideia exposta, cada pensamento expressado, sem você, com toda certeza, esta pesquisa teria outro rumo. Muito obrigado por fazer parte da minha vida, ainda temos o mundo para conquistar e sozinho não conseguirei!

À minha família que soube compreender minhas ausências e que soube me convencer perfeitamente a sair da frente do computador e aproveitar o mundo lá fora.

Aos meus pais que sempre estiveram ao meu lado. Principalmente a Maria Gonçalves Alves, que quando precisava, se fez passar despercebida, mas que quando eu necessitava estava sempre pronta a ajudar. Mãe seu carinho e amor me trazem paz em meio à turbulência da vida!

RESUMO

O Estado de Bem-Estar ocidental foi um importante instrumento de inserção social do século XX. Com o intuito de garantir o mínimo economicamente necessário para a manutenção da vida de homens e mulheres, os sistemas de proteção social, por meio de legislações específicas, forneceram subsídios para que ambos os sexos enfrentassem os dilemas do capitalismo de maneira supostamente igualitária. No entanto, ao analisarmos as políticas públicas materno-infantis, balizados pelos estudos de gênero, pudemos averiguar que a premissa da igualdade não se cumpria, uma vez que o Estado de Bem-Estar produzia padrões de masculinidade e feminilidade muito específicos que se projetaram na vida cotidiana e nas práticas sociais dos seus beneficiários. Nesse ínterim, esta tese está voltada para a análise das políticas públicas materno-infantis brasileiras, sobretudo, para suas implicações na Região Carbonífera Catarinense, tendo como recorte temporal os anos de 1920 a 1960, período no qual o Estado de Bem-Estar brasileiro operou profundas transformações na estrutura de seu sistema de proteção social, ao mesclar assistência pública e privada, ora centralizadas na burocracia estatal ora descentralizadas com o auxílio de instituições filantrópicas. Este processo de colaboração entre a filantropia e o Estado se ancorou em um sistema de gênero que reforçava a ideia da maternidade como dependente e a paternidade como provedora. Assim, visando recriar um modelo de sociedade, no qual o homem era o principal responsável pela manutenção financeira da família, enquanto à mulher mãe cabia os trabalhos de cuidados no interior de espaço doméstico, as políticas assistenciais reforçaram um aparato simbólico e discursivo que tinha por finalidade tutelar a maternidade pelo Estado, pela família e pela filantropia.

Palavras chaves: Estado de Bem-Estar; Políticas Públicas Materno-Infantis; Assistência.

ABSTRACT

The Welfare State was an important instrument of social inclusion on the twentieth century. In order to ensure an economic support to men and women, the social protection systems, through specific laws, provided subsidy to both sex in a supposedly equal way. However, when studying mother-child policy based on gender studies, we notice that the equality premise didn't work as the theory, since the Welfare State produced patterns of masculinity and femininity that took form in beneficiaries' social practices. In this manner, this thesis is focused on the analysis of Brazilian mother-child policy, especially in the Coal Region of Santa Catarina, between 1920s and 1960s. In this period the Brazilian Welfare State operated a plenty of changes in the structure of the social protection, merging public and private assistance. This process was anchored in a gender system that reinforced the idea of motherhood as dependent and fatherhood as provider. Therefore, aiming to recreate a model of society in which man was primarily responsible for the financial maintenance of the family, while the woman/mother has to take care of the domestic sphere, the assistance policies reinforced a discourse that the purpose was the motherhood control by the State, by the family and by the philanthropy.

Keywords: Welfare State; Mother-Child Public Policy; Assistance.

RESUMEN

El Estado de bienestar occidental ha sido un importante instrumento de integración social del siglo XX. Con la intención de garantizar el mínimo necesario para mantener la vida de los hombres y las mujeres, los sistemas de protección social, a través de leyes específicas, proporcionaron subsidios para que ambos sexos enfrentaran los dilemas del capitalismo de manera supuestamente igualitaria. Sin embargo, cuando analizamos las políticas públicas materno-infantiles, ancladas en los estudios de género, nos damos cuenta que la premisa de la igualdad no se cumplía, puesto que el Estado de Bienestar ha producido patrones de masculinidad y feminidad muy específicos que a la vez se reflejaban en la vida cotidiana y las prácticas sociales de sus beneficiarios. Mientras tanto, esta tesis se dedica al análisis de las políticas públicas materno-infantiles brasileñas, sobre todo en sus implicaciones en la Región Carbonera de Santa Catarina, entre los años 1920-1960, periodo en el que el Estado brasileño de Bienestar ha operado profundas transformaciones en la estructura del sistema de protección social, mezclando la asistencia pública y privada, que por veces estaban centradas en la burocracia estatal, y por otras, descentralizadas y dependientes de las organizaciones filantrópicas. Este proceso de colaboración entre la filantropía y el Estado estaba anclado en un sistema de género que reforzaba la idea de la dependencia de la maternidad y de la paternidad como proveedora. Así, con el objetivo de recrear un modelo de sociedad en que el hombre era el principal responsable por el mantenimiento financiero de la familia, mientras que la mujer, se dedicaba al trabajo reproductivo, las políticas de asistencia reforzaron un aparato simbólico y discursivo que tenía por finalidad tutelar la maternidad sobre la égida del Estado, de la familia y de la filantropía.

Palabras clave: Estado de Bienestar; Políticas Públicas Materno-Infantiles; Asistencia.

Todas as vitórias ocultam uma abdicação.

Simone de Beauvoir

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – MAPA DA REGIÃO CARBONÍFERA CATARINENSE.....	179
FIGURA 2 – VISTA PARCIAL DO PÁTIO DE UMA CASA OPERÁRIA ONDE SE PODE PERCEBER O CONVÍVIO DE CRIANÇAS E ANIMAIS DOMÉSTICOS – CRICIÚMA/SC (DÉCADA DE 1950).....	200
FIGURA 3 – CICLO DA IGNORÂNCIA.....	240
FIGURA 4 – CRIANÇAS DISTRÓFICAS ATENDIDAS PELO SERVIÇO DE PUERICULTURA DA SATC.....	241
FIGURA 5 – REVERSÃO DO CICLO DA POBREZA.....	246
FIGURA 6 – HOSPITAL VOLANTE DAS PIONEIRAS SOCIAIS.....	269

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – QUADRO DE TRABALHADORES DAS COMPANHIAS CARBONÍFERAS DE CRICIÚMA, REGISTRADOS NO DNPM EM 31 DE DEZEMBRO DE 1947.....	182
TABELA 2 – MORTALIDADE INFANTIL EM CRICIÚMA E REGIÃO (1946 1956).....	202
TABELA 3 – VACINAÇÃO REALIZADA PELO SERVIÇO MÉDICO DO DEPARTAMENTO NACIONAL DE PRODUÇÃO MINERAL...	210
TABELA 4 – PARTOS REALIZADOS PELO SERVIÇO MÉDICO DO DEPARTAMENTO NACIONAL DE PRODUÇÃO MINERAL...	216
TABELA 5 – DISTRIBUIÇÃO DAS VERBAS DO PLANO DO CARVÃO NACIONAL.....	221
TABELA 6 – NÚMERO DE PARTOS REALIZADOS DO HOSPITAL SÃO JOSÉ (1953-1960).....	225
TABELA 7 – SERVIÇOS DE PUERICULTURA OFERTADOS PELA SATC EM 1965.....	243
TABELA 8 – DADOS SOBRE AS CONGREGAÇÕES RELIGIOSAS QUE ATUARAM NO COMPLEXO CARBONÍFERO CATARINENSE ENTRE OS ANOS DE 1920 1960.....	251
TABELA 9 – AULAS, MATRÍCULAS E COMPARECIMENTOS NOS CURSOS POPULARES.....	256
TABELA 10 – ESTATÍSTICA DE PUERICULTURA 1969.....	258

LISTA DE SIGLAS

CEPCAN	– Comissão Executiva do Plano do Carvão Nacional
CNAC	– Campanha Nacional pela Alimentação da Criança
CNBB	– Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CPI	– Comissão Parlamentar de Inquérito
CSN	– Companhia Siderúrgica Nacional
DGSP	– Diretoria Geral de Saúde Pública
DNCr	– Departamento Nacional da Criança
DNPM	– Departamento Nacional de Produção Mineral
DNSP	– Departamento Nacional de Saúde Pública
DPMI	– Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância
FBPF	– Federação Brasileira pelo Progresso Feminino
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INP	– Instituto Nacional de Puericultura
IPAI	– Instituto de Proteção e Assistência à Infância
LBA	– Legião Brasileira de Assistência
Ltda	– Limitada
MG	– Minas Gerais
RJ	– Rio de Janeiro
SATC	– Sociedade de Assistência aos Trabalhadores do Carvão
SC	– Santa Catarina
SENAI	– Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SESI	– Serviço Social da Indústria
SP	– São Paulo
UF	– Unidade da Federação

SUMÁRIO

Introdução	19
1. Teorias e possibilidades interpretativas em torno de um conceito: repensando o Estado de Bem-Estar	28
1.1. Equacionando teorias: as múltiplas abordagens para os Estados de Bem-Estar.....	29
1.2. As análises histórico-comparativas: um ponto chave para os novos estudos do Estado de Bem-Estar.....	40
1.3. As críticas feministas e os sistemas de proteção social: são os Estados de Bem-Estar assexuados?.....	51
1.4. Maternalismo e paternalismo: as contribuições da teoria feminista para as interpretações dos Estados de Bem-Estar.....	60
2. O Brasil da Primeira República: um prelúdio das políticas assistenciais materno-infantis	78
2.1. A Primeira República e a assistência aos necessitados: a maternidade e a infância como problemas de Estado.....	79
2.2. Médicos e filantropos: complementaridade e intervenção privada no auxílio à infância e à maternidade.....	102
2.3. Damas da assistência à infância: maternalismo e assistência feminina na capital federal.....	113
3. A maternidade na Era Vargas: a construção de políticas públicas e a manutenção dos sistemas tradicionais de gênero	124
3.1. O Estado Vargas e a formação do Estado paternalista brasileiro.....	125
3.2. A Era Vargas e paternalismo de Bem-Estar: a família como fundamento das políticas públicas para a maternidade e a infância.....	133

3.3. Departamento Nacional da Criança: a institucionalização da infância e a instrumentalização da maternidade.....	153
3.4. Federação Brasileira pelo Progresso Feminino: ativismo político-social em favor das mulheres e da maternidade.....	166
4. Família, maternidade e infância: as implicações das políticas públicas materno-infantis no Complexo Carbonífero Catarinense.....	177
4.1. A Região Carbonífera Catarinense.....	178
4.2. A criança e a mãe: os discursos médicos e a mortalidade infantil nas terras do carvão.....	188
4.3. Criciúma e a assistência social: as primeiras intervenções estatais nas políticas materno-infantis na Região Carbonífera Catarinense.....	209
5. Filantropia e assistência: organizações de mulheres e assistência privada nas terras do Carvão.....	227
5.1. Sociedade de Assistência aos Trabalhadores do Carvão: a tutela médico-sanitária das relações materno-infantis.....	228
5.2. Congregações Religiosas Femininas na Região Carbonífera: reconstruindo a maternidade e forjando infâncias.....	247
5.3. Entre chás, salões e caridade: as organizações de mulheres de classe média e a assistência social em Criciúma.....	260
Considerações Finais.....	272
Fontes e Referências Bibliográficas.....	278

INTRODUÇÃO

A pesquisa que apresentamos é resultado de um processo investigativo iniciado ainda durante minha formação no curso de Mestrado em História na Universidade do Estado de Santa Catarina. Naquela oportunidade busquei analisar o processo de disciplinarização e normatização das famílias operárias que viviam e trabalhavam na Região Carbonífera Catarinense. Intitulada *Faces da assistência social do setor carbonífero catarinense: (Criciúma, 1930-1960)*, esta dissertação partia de um estudo de caso sobre as famílias mineiras que residiam na vila operária Próspera e que ao longo do processo de formação do complexo carbonífero foram expostas a uma série de agenciamentos políticos e sociais para controlá-las e adequá-las ao modo de vida urbano.¹

As políticas assistenciais desenvolvidas por autoridades públicas e por agentes de instituições privadas locais tinham por objetivo transformar antigos agricultores e pescadores em trabalhadores fabris disciplinados e ordeiros. O objetivo da dissertação de mestrado foi identificar as formas e os mecanismos utilizados pela classe empresarial para normatizar as famílias operárias de acordo com o ideário patronal, médico e filantrópico. Analisando como tais políticas sociais voltadas para as famílias operárias agiram na modelagem de uma população adequada às necessidades da indústria, pudemos perceber o forte impacto das mesmas na construção de identidades de gênero para homens e mulheres.

Ao constatarmos que as políticas assistenciais podiam ser eficazes ferramentas para a imposição de normas, valores e condutas aos indivíduos, procuramos ampliar e dar continuidade ao processo investigativo que resultou nesta tese de doutorado. Se num primeiro momento o foco das análises foi a família operária e sua adequação às normas sociais, nesta tese buscamos identificar de que maneira as políticas sociais materno-infantis formuladas no Brasil contribuíram para criar identidades de gênero específicas para as

¹ Esta Dissertação de mestrado foi defendida no ano de 2009, sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Maria de Fávero Arend.

mulheres por meio da elaboração de um modelo universal de maternidade e de infância.

Desde o início do século XX os problemas relacionados à infância e à criança ocuparam lugar de destaque nas preocupações de setores das elites brasileiras. Adotando o combate à mortalidade infantil como elemento central de suas ações, médicos, juristas, cientistas sociais e filantropos, pressionaram as autoridades públicas a defenderem a mãe e a criança pobre, que devido às suas condições precárias de vida eram afetadas pelos altos índices de mortalidade infantil que assolavam o país. (Freire, 2009). Com a finalidade de diminuir tão elevadas taxas demográficas, a corporação médica em sintonia com as autoridades públicas e instituições filantrópicas elaboraram um plano assistencial que visava adentrar e corrigir diversos aspectos da vida das mulheres pobres com a finalidade de preservar a vida das crianças. Por meio de medidas higienizadoras e de políticas públicas materno-infantis, as mulheres foram alvos centrais de instituições políticas e assistenciais que viam na maternidade higiênica e saudável uma garantia de sucesso na preservação da criança e, por conseguinte, da própria nação brasileira.

De acordo com Ana Paula Vosne Martins (2004), desde o início do século XX a maternidade deixou de ser uma experiência exclusiva das mulheres para se tornar um compromisso de todos para o desenvolvimento da nação brasileira. A maternidade deixava de ser algo privado para se tornar uma questão pública e uma missão patriótica das mulheres, que deveriam vivenciar esta experiência de acordo com as prédicas médicas e em consonância com os anseios das autoridades públicas em favor do melhoramento da raça. Em nome de uma maternidade saudável os Estados de Bem-Estar no Ocidente, dentre eles o Brasil, construíram sistemas assistenciais voltados especificamente para a mulher e a infância, no entanto, a forma como se desenvolveram e as prioridades que cada um estabeleceu em defesa da mãe e da criança estão na origem de sistemas de ajudas distintos. Alguns, menos centralizados e mais comprometidos socialmente com a maternidade erigiram sistemas assistenciais que buscavam fornecer independência econômica para as mulheres mães, dispensando a existência de um núcleo familiar como pré-requisito de acesso a tais benefícios. Outros países, com uma forte burocracia

e com práticas políticas francamente paternalistas, criaram mecanismos de ajuda que valorizavam a unidade familiar e o homem provedor, fornecendo às mulheres apenas auxílios indiretos, pois sua condição maternal não as habilitava a requerer ajudas estatais fora de uma família conjugal formalmente estabelecida.

Ao longo desta investigação buscamos identificar a maneira pela qual o sistema assistencial brasileiro voltado para a maternidade e infância se estruturou até meados do século XX, ressaltando também como as políticas sociais, fossem elas públicas ou privadas, reforçaram estruturas de gênero tradicionais impondo modelos rígidos de masculinidade e feminilidade para a população atendida. Para dar conta de tal empreitada elencamos como ferramenta analítica os estudos de gênero aplicados às análises dos Estados de Bem-Estar, pois esta perspectiva nos permite desconstruir a visão limitada de que os sistemas de ajuda são neutros e com reflexos idênticos entre homens e mulheres – como por muito tempo foram pensados.

De acordo com os estudos mais tradicionais, as políticas sociais foram mecanismos criados pelas burocracias estatais para garantir a sobrevivência de sua população frente às irregularidades do mercado. Esta interpretação levou muitos pesquisadores a desenvolverem teorias estruturadas na noção de neutralidade das políticas de Bem-Estar frente às relações de gênero, pois o Estado, independente do sexo, criava dispositivos para assegurar o bem-estar dos indivíduos, haja vista que tanto homens como mulheres sofriam da mesma forma os impactos da industrialização e os efeitos negativos do capitalismo. Diferentemente disso, nossa pesquisa afirma a existência de um caráter sexualizado das políticas sociais, pois homens e mulheres sentiram de maneira distinta o efeito de tais políticas sobre suas vidas.

Este novo entendimento acerca dos Estados de Bem-Estar foi possibilitado pelas reformulações das análises feministas a partir dos anos de 1980, quando empenhadas em investigar o surgimento dos sistemas assistenciais ocidentais demonstraram, ao contrário do que propunham os estudos tradicionais, que as políticas sociais foram fortemente sexualizadas, reforçando diferenciações simbólicas de gênero, baseadas em uma suposta natureza feminina e masculina. Tais análises reforçaram a ideia de que as

legislações de proteção social não estavam comprometidas com a busca da equidade, haja vista que muitas reivindicações defendidas pelas mulheres, como a licença maternidade e os subsídios maternais, foram implementadas de maneira vertical, sendo as mulheres vistas como dependentes do homem trabalhador e não sujeitos de direitos.

Estudiosas feministas passaram a denunciar o caráter discriminatório e seletivo das políticas sociais desenvolvidas no final do século XIX e meados do século XX, pois ao considerarem o trabalho formal como fonte garantidora de direitos sociais, os Estados nacionais deixavam à margem o amplo conjunto da população formado pelas mulheres, que encontrando entraves para acessar a esfera pública e o trabalho assalariado, não tinham direito à assistência direta. Por outro lado, mesmo quando as mulheres conseguiram adentrar ao mundo público como trabalhadoras formais, ainda assim as políticas estatais tenderam a tratá-las como dependentes de um homem provedor, fornecendo serviços de Bem-Estar apenas ao núcleo familiar e por mediação do marido. (Orloff, 1996[a]).

Além do caráter discriminatório de tais políticas, as estudiosas feministas também alertaram para a desvalorização do trabalho reprodutivo das mulheres², que há muito contribuem para o Estado fornecendo serviços de Bem-Estar com o cuidado das crianças, dos idosos, dos maridos e dos incapazes. Realizados na esfera privada, tais trabalhos foram percebidos pelo Estado como decorrência de uma função natural das mulheres para com a família e a nação e por isso não foram contabilizados como trabalho produtivo e como fonte mínima de direito à cidadania. De maneira geral, seja na esfera pública como trabalhadora formal, seja na esfera privada prestando cuidados, as mulheres foram vistas pelas máquinas públicas como indivíduos com direitos derivados, pois em primeiro lugar estava a assistência direta ao trabalhador masculino, verdadeiro responsável pelo sustento e manutenção do núcleo familiar. Em outras palavras, os homens reivindicavam direitos como

² Entendemos como trabalho reprodutivo aquele que se espera que as mulheres desempenhem na esfera privada tradicionalmente atrelados às lides domésticas e os trabalhos de cuidados aos maridos, irmãos/as, filhos/as e idosos, que por sua vez não são contabilizados pelo Estado como produtor de riqueza sendo naturalizados como função e contribuição gratuita das mulheres para com a sociedade.

trabalhadores, enquanto as mulheres os obtinham indiretamente perante sua condição de mãe e esposa.

Com a finalidade de analisar estas incoerências da máquina estatal e de identificar as distintas formas de Bem-Estar foram rearticulados dois conceitos básicos para entender a construção dos sistemas assistenciais: o maternalismo e o paternalismo. Por meio desses conceitos as pesquisadoras feministas buscaram redimensionar análises tradicionais e agregar novos elementos interpretativos, incluindo não somente conceitos analíticos e teorias específicas para o estudo da política social, mas também teorias sociais, metodologias e pressupostos epistemológicos que visibilizassem a participação das mulheres nos Estados de Bem-Estar.

Eixos centrais desta tese, os conceitos de maternalismo e paternalismo nos possibilitaram compreender e analisar as distintas configurações dos Estados de Bem-Estar. São definidos como maternalistas aqueles Estados comprometidos com as reivindicações das mulheres e que mantinham programas assistenciais exclusivamente voltados para a salvaguarda da maternidade e da infância, baseados na constatação de que as mulheres mães possuíam direitos sociais oriundos de sua condição materna. Outra particularidade dos Estados de orientação maternalista foi a participação das organizações de mulheres na formulação e execução de políticas públicas materno-infantis, além da descentralização do poder político que lhes possibilitava agirem em nível local com maior desenvoltura e proporcionar um sistema de ajuda mais adequado à realidade das pessoas atendidas. Ocupando lugares de destaque na burocracia estatal, as organizações de mulheres conseguiram propor e organizar programas assistenciais mais abrangentes e com forte impacto na vida das mães e crianças pobres.

Por outro lado, o Estado paternalista é aquele no qual as mulheres conseguiram ocupar poucos espaços de poder dentro das estruturas governamentais e nas burocracias que dirigiam as políticas sociais, partindo do pressuposto que as mesmas deveriam agir apenas na esfera reprodutiva ou como assistentes dos médicos e burocratas, ocupando funções secundárias e de assistência imediata ao público. Desta forma, ao dificultar o acesso das organizações de mulheres em sua cadeia de poder, os sistemas assistenciais

de orientação paternalista elencaram a família e o homem provedor como os principais beneficiários de suas políticas, cabendo às mulheres um papel secundário e instrumental, no qual suas necessidades eram atendidas pelos serviços públicos somente a partir da existência da tutela marital. Outra característica do paternalismo foi a centralização das ações políticas, no qual o Estado de maneira autoritária e hierárquica impunha às instâncias administrativas subordinadas os modelos assistenciais que deveriam ser seguidos em sua totalidade, possibilitando pouca margem de manobra para sua adequação à realidade local.

Assim, baseados em tais pressupostos, buscamos por meio desta pesquisa entender como as políticas assistenciais materno-infantis brasileiras foram desenhadas e executadas ao longo do século XX, identificando ainda seus impactos no que diz respeito às relações de gênero. Para entender a orientação do Estado de Bem-Estar brasileiro e identificar o grau de participação das organizações de mulheres em sua máquina burocrático-administrativa, elencamos como recorte temporal que abrange o período entre as décadas de 1920 e 1960, no qual as estruturas assistenciais nacionais passaram por um complexo processo de reformulação. Foi neste período que o Brasil passou de um sistema essencialmente descentralizado, com políticas assistenciais paliativas e fortemente influenciado por iniciativas benemerentes privadas, para um sistema mais centralizado, com iniciativas elaboradas nas altas esferas de poder e de execução obrigatória em todos os Estados da federação.

Faz-se necessário explicar o recorte cronológico da pesquisa, pois o período histórico não é homogêneo às realidades nacional e local. Enquanto nas cidades maiores e na capital federal as primeiras políticas públicas materno-infantis se desenvolveram principalmente a partir de 1920 devido sua importância econômica, estas mesmas políticas só chegaram aos centros menores, como aqueles da Região Carbonífera de Santa Catarina, nos anos de 1940 em diante. Apesar da temporalidade distinta, as políticas públicas materno-infantis implementadas no contexto do Complexo Carbonífero se inserem no mesmo aparato político-conceitual de Estado de Bem-Estar, no entanto, devido à ineficiência da máquina burocrática central, tais políticas

foram implementadas tardiamente nas regiões interioranas do país. Devido a este atraso em relação aos centros maiores e mais populosos, as políticas materno-infantis relativas ao Complexo Carbonífero se deram entre as décadas de 1940 e 1960, quando a região passou a ter maior relevância econômica.

Assim como em outros países ocidentais, as políticas públicas materno-infantis ocuparam lugar de destaque dentro do sistema assistencial brasileiro que, por sua vez, influenciou e ao mesmo tempo foi influenciado por uma série de discursos que buscavam criar um modelo de maternidade e de infância. Estas políticas foram formuladas a partir de um modelo médico de assistência que visava primordialmente o combate à mortalidade infantil, a regulamentação do trabalho das mulheres e das crianças e os auxílios financeiros às famílias.

Para entender o teor de tais discursos e identificar a maneira pela qual se construiu um modelo de maternidade e de assistência materno-infantil, optamos por utilizar fontes oficiais e institucionais como relatórios médicos, revistas científicas e periódicos. Essa documentação nos possibilitou compreender como as políticas públicas influenciaram e foram influenciadas pelos discursos hegemônicos de gênero. Dividimos as fontes em dois grandes grupos. O primeiro é formado por relatórios oficiais e a legislação federal, produzidos pela Presidência da República, Ministérios e Autarquias, sustentadas pelo saber técnico sobre a maternidade e a infância pobre e que delinearam ações normativas que deveriam ser seguidas em todos os Estados da federação. O segundo grupo é formado por revistas científicas e jornais semanais, cuja finalidade era atingir o grande público, assim como os especialistas. Devido sua ampla circulação, os periódicos conseguiram alcançar um grande número de pessoas, levando a todos os cantos do país doutrinas científicas e morais que refletiam muitas vezes a vontade das classes dirigentes acerca do que consideravam ser o melhor para as camadas populares urbanas, especialmente para as mulheres. Na análise do contexto local, as fontes utilizadas foram encontradas em arquivos e bibliotecas regionais, demonstrando a circularidade do discurso médico nacional, que de maneira verticalizada tentava chegar a todas as regiões do país.

A partir da documentação angariada, optamos por dividir a tese em cinco capítulos. No primeiro capítulo, *Teorias e possibilidades interpretativas em torno de um conceito: repensando o Estado de Bem-Estar*, apresentamos o estado da arte acerca das principais teorias elaboradas nas últimas décadas para analisar o desenvolvimento das políticas assistenciais e os Estados de Bem-Estar no Ocidente industrializado, tratando, sobretudo, da guinada analítica proposta por pesquisadoras feministas que passaram a apreender as políticas sociais por meio de dois pólos analíticos: o maternalismo e o paternalismo.

No segundo capítulo, que se intitula *O Brasil da Primeira República: um prelúdio das políticas assistenciais materno-infantis*, analisamos a especificidade das políticas sociais dirigidas para as mães e as crianças pobres nas áreas de responsabilidade administrativa do governo federal. A intenção deste capítulo é demonstrar o caráter descentralizado das políticas estatais e de como as de instituições filantrópicas e organizações de mulheres ocuparam lugar de destaque na salvaguarda da maternidade e da infância pobre.

No terceiro capítulo, *A maternidade na Era Vargas: a construção das políticas públicas e a manutenção dos sistemas tradicionais de gênero*; tratamos da guinada centralizadora das políticas sociais do governo Vargas elencando a maternidade e a infância como eixo norteador de suas ações assistenciais. Claramente paternalistas essas políticas criaram um modelo hegemônico de maternidade e infância voltadas para edificação de um arquétipo de homem nacional. Ainda neste capítulo discutimos que, apesar de todos os entraves políticos e ideológicos que colocavam as mulheres em um lugar subalterno, por meio de suas organizações elas conseguiram algumas vitórias no campo político e assistencial, mesmo que num curto período de tempo e baseadas em pressupostos maternalistas.

Em *Família, maternidade e infância: as implicações das políticas públicas materno-infantis no Complexo Carbonífero Catarinense*, ajustamos o foco analítico para entender como as políticas elaboradas no âmbito federal se aplicaram nos municípios conforme estabelecido pela Constituição. Além disso, demonstraremos como as especificidades das realidades locais impuseram novas formas de atendimento assistencial à maternidade e à infância.

No último capítulo, *Filantropia e assistencialismo: organizações de mulheres e assistência privada nas terras do carvão*, tratamos da filantropia e do associativismo feminino na assistência materno-infantil. Ora como reprodutoras da ideologia estatal, ora como proponentes de formas alternativas de assistência, as ações filantrópicas e caritativas foram de especial importância para a consolidação de uma determinada cultura assistencial no âmbito local, como em todo o território nacional.

1. TEORIAS E POSSIBILIDADES INTERPRETATIVAS EM TORNO DE UM CONCEITO: REPENSANDO O ESTADO DE BEM-ESTAR

Fenômeno particularmente característico das sociedades ocidentais da segunda metade do século XX, o Estado de Bem-Estar ou *Welfare State* tem ocupado nos últimos anos cada vez mais espaço nas discussões de cientistas sociais, sociólogos e historiadores, que buscam inventariar suas origens e suas formas de impacto sob a população. A bibliografia sobre o tema é vasta, assim como também são muitas as controvérsias sobre as razões, os significados e as perspectivas teóricas adotadas para a interpretação deste fenômeno. Apesar desta pesquisa estar centrada no Estado de Bem-Estar brasileiro e suas respectivas políticas assistenciais para a maternidade e a infância, buscaremos apresentar neste primeiro capítulo algumas das principais teorias sobre as estruturas institucionais dos sistemas de proteção social. Contudo, antes de iniciarmos a discussão sobre as orientações políticas do Estado de Bem-Estar brasileiro, faz-se necessário enveredar pelas abordagens deste tema, demonstrando a volatilidade e a pluralidade interpretativa em torno deste termo.

O intuito de examinar com marcos teóricos tão variados, que por sua vez apresentam o Estado de Bem-Estar ora como fruto de embates de classe, políticos, sociais, culturais e econômicos é apresentar uma possibilidade de ordenação deste debate a fim de melhor compreendê-lo e extrair hipóteses para analisar a experiência brasileira, pouco discutida pela historiografia nacional. Apesar de abarcarmos um variado conjunto de pressupostos teóricos, que de maneira geral definem o Estado de Bem-Estar como um instrumento ordenador da sociedade tendo por função garantir as condições mínimas de sobrevivência de forma homogênea e independente de raça, classe e sexo, buscamos ao longo deste capítulo, explicar que tais políticas não se aplicaram de forma equitativa sobre os diferentes grupos sociais, sobretudo no que diz respeito às mulheres e à infância.

Nos dois primeiros tópicos, buscamos apresentar marcos teóricos utilizados preferencialmente para interpretar países economicamente desenvolvidos, entre o final do século XIX e princípios do século XX.

Fundamentados principalmente em fatores econômicos, estes estudos instituíram ferramentas metodológicas que priorizavam os impactos da industrialização sobre a máquina estatal, em detrimento dos fatores sócio-culturais, entendendo que a população pouco ou nada havia contribuído para o estabelecimento dos Estados de Bem-Estar, sendo, um prolongamento inevitável do desenvolvimento econômico.

No terceiro tópico apresentamos algumas críticas feministas aos estudos dos Estados de Bem-Estar por terem omitido as relações de gênero em suas explicações. Para estas historiadoras, cientistas políticas e sociólogas, os sistemas de assistência social se alicerçaram sobre o trabalho reprodutivo feminino, considerando-o como parte das obrigações das mulheres para com a sociedade, conferindo-lhe *status* de inferioridade e sem recompensá-lo como tal. Esta percepção, da nulidade da esfera reprodutiva, levou inúmeras nações ocidentais a ignorarem a elaboração e execução de políticas assistenciais voltadas para a maternidade e a infância, por se tratar de experiências pretensamente restritas ao mundo privado e sob o domínio da família, o que levou muitas mulheres a adentrarem na esfera política exigindo que Estado assumisse certas responsabilidades com as mães e com as crianças.

Por fim, baseados na crítica feminista e com a intencionalidade de examinar a ação e o poder político das mulheres dentro dos Estados de Bem-Estar, utilizamos os conceitos de maternalismo e paternalismo, que atrelados aos estudos dos sistemas de proteção social, têm por finalidade explicitar os impactos do gênero sobre as políticas sociais, priorizando as análises das políticas assistenciais voltadas para a maternidade e a infância. A partir da discussão destes dois marcos teóricos, demonstraremos a existência de estreitas relações entre os Estados de Bem-Estar e as mulheres, que neste caso, podem ser consideradas o núcleo do *Welfare State*, pois simultaneamente foram fornecedoras de serviços, beneficiárias e idealizadoras de políticas assistenciais materno-infantis.

1.1. Equacionando teorias: as múltiplas abordagens para os Estados de Bem-Estar

A assistência social em sua estruturação assumiu múltiplas formas, uma mescla de público/privado, de assistência e caridade aos necessitados; conhecidas também como: “Seguro Trabalho”, “Pensões”, “Seguro Social”, “*Welfare State*”, “Capitalismo de Bem-Estar”, “Estado Social”, ou “*L'etat Providence*”. (Orloff, 2003, p. 01).

Examinar as diversas configurações pertinentes aos Estados de Bem-Estar exige, em um primeiro momento, uma aproximação teórica e conceitual acerca das formas pelas quais os sistemas de proteção social atribuíram funções interventoras e reguladoras às instituições estatais erigidas a partir das últimas décadas do século XIX. Apesar de se afigurar como tarefa aparentemente simples, explicar um conjunto tão heterogêneo como o da proteção social, em seu âmbito histórico, torna-se uma tarefa hercúlea e de grande complexidade. Reunir sob o signo da “assistência social” instituições e práticas explicitamente tão diferentes como, por exemplo, o *Poor Law Amendment Act* inglês de 1834, os seguros compulsórios instituídos nos anos de 1880 por Otto Von Bismarck na Alemanha, o *Social Security Act* estadunidense de 1935, os seguros e pensões franceses e os sistemas redistributivos da Escandinávia, entre outros, requer uma análise mais detida das múltiplas teorias desenvolvidas por pesquisadoras e pesquisadores das ciências sociais e humanas, com a finalidade de entender a estruturação dos Estados de Bem-Estar ao longo do tempo.

Destacamos que a opção por determinados modelos investigativos relacionados às políticas de Bem-Estar, requer cuidado com as análises interpretativas, pois generalizações deformam as especificidades existentes no interior de cada máquina institucional. Cabe a nós pesquisadores, não apenas procurar pelas permanências e continuidades, mas destacar também particularidades e padrões organizativos distintos que contribuíram para a viabilização daquilo que viria ser chamado de Estado de Bem-Estar.

No entanto, este esforço epistemológico não será eficaz sem que se recorra a uma meticulosa análise histórica capaz de apreender as diferentes composições políticas, sociais e culturais que delinearam os sistemas de proteção social, tornando-os alvo do poder. Destarte, de acordo com o cientista social José Luís Fiori (1997), sem conceitos claros as experiências históricas

ficam temporalmente indeterminadas, acabando por se perder em um emaranhado infinito de casos, impedindo a comparação entre seus processos e formas e, por conseguinte, inviabilizando a organização e análise de suas tendências através da elaboração de tipos e paradigmas.

Um terreno fértil para as análises dos Estados de Bem-Estar são os estudos históricos comparativos, que nos últimos anos produziram uma maciça literatura sobre o tema. Este tipo de estudo tem apreendido o Estado protetor menos como uma concretização de programas sociais e mais como um elemento estrutural importante das economias industriais, articulando as relações entre Estado, mercado e sociedades que manifestam a consolidação capitalista. Em outras palavras, de acordo com Sonia Draibe:

[...] ao examinar comparativamente os processos históricos de formação do “*Welfare State*” em diversos países, [o estudo comparativo] admitiu e reconheceu distintos padrões que marcaram a consolidação dos contemporâneos Estados de Bem-Estar Social. Padrões ou modelos que expressam raízes e condições históricas distintas que se manifestam em variação das complexas dimensões da proteção social, seja no que tange às relações de inclusão/exclusão que os sistemas abrangem, seja no que concerne a seus aspectos redistributivos, seja finalmente no que diz respeito às relações com o sistema político. (Draibe, 1993, p. 02).

Apesar de suas intenções homogeneizadoras, o sistema de proteção social constituiu-se em um complexo emaranhado operacional que abarca desde as ajudas tradicionais em que o Estado não ocupa o lugar de agente interventor – cabendo à sociedade civil a administração da assistência – até os complexos sistemas de redistribuição comandados pelo Estado e sua burocracia especializada. Para Robert Castel (2000), o Estado social é uma construção histórica e como tal seu surgimento pode ser datado, revelando em que condições sua presença se impõe. De acordo com o autor, nas sociedades em que ele existe nem sempre possui a mesma força ou as mesmas estruturas, variando de acordo com os contextos históricos e as estruturas socioeconômicas. Assim, esta perspectiva abarca dois tipos de análises: a análise histórica para destacar suas condições de emergência e suas transformações de papel protetor; e a análise comparativa, para delinear as diferentes estratégias assumidas de acordo com as especificidades nacionais.

Embora existam múltiplas diferenças culturais, econômicas, históricas e políticas, que em sua essência criaram marcas indeléveis nos distintos padrões de assistência social de cada país, alguns aspectos podem ser apresentados como sendo comuns entre os países industrialmente avançados. Com a Revolução Industrial e o desenvolvimento capitalista, os Estados Nacionais se viram envolvidos com uma série de problemas sociais, vinculados principalmente à precarização de alguns setores da sociedade, como os trabalhadores urbanos. Este ápice do “desenvolvimento” econômico auto-regulado coincidiu com a estruturação de um maciço mercado de trabalho fixado nas zonas industriais, em que a classe operária estava fadada a morrer de fome caso não se adaptasse às voláteis regras do mercado de trabalho. Frente a esta constatação, desde as décadas de 1950 e 1960, inúmeros trabalhos de historiadores e, sobretudo, de cientistas sociais se acumularam em uma clara tentativa de elucidar o desenvolvimento dos sistemas de proteção social por meio de modelos explicativos baseados nas relações entre o capitalismo e Bem-Estar, estabelecidas, a partir dos volumes de gastos sociais, a tipologia dos auxílios e pensões, a gestão dos programas, a composição da máquina estatal e as suas relações com a sociedade.

Os primeiros estudos sobre os Estados de Bem-Estar concentraram-se em sua dimensão econômica, baseando-se exclusivamente nos impactos da industrialização e como o Estado interveio na organização da sociedade. De acordo com Esping-Andersen (1991), esta teoria centra-se nas leis de movimento dos sistemas de proteção, que podem ser interpretadas como um requisito funcional, capaz de regular a reprodução da sociedade e da economia de acordo com suas necessidades. Este tipo de interpretação enfatiza mais as similaridades do que as diferenças entre as nações, pois o aspecto econômico, como o fato de um país ser industrializado ou capitalista, sobrepõe-se às variações culturais ou às divergências nas relações de poder.

De acordo com os defensores da tese da industrialização e modernidade, os sistemas de proteção social só passam a existir devido ao grande volume de capital excedente e ao elevado grau de desenvolvimento tecnológico gerado pela industrialização. Este grupo de teóricos pode ser dividido em dois blocos discursivos: o primeiro dimensiona os desdobramentos

políticos e econômicos postos em marcha pelo processo de industrialização das sociedades; o segundo ancora-se na ideia de que os Estados de Bem-Estar são uma resposta à necessidade de acumulação e legitimação do próprio sistema capitalista.

Para Harold Wilensky e Charles Lebeaux (1965), que compõem o primeiro grupo, o desenvolvimento dos programas de proteção social seria uma evolução quase que natural das grandes economias capitalistas, que de maneira geral garantiriam os padrões mínimos de sobrevivência para seus cidadãos. Os benefícios seriam afiançados como um direito político e não como caridade, opondo-se aos antigos modelos assistenciais. Este tipo de análise explicaria, por exemplo, as diferenças significativas nos regimes desenvolvidos na Europa, como as sociais democracias escandinavas nos quais as políticas de proteção social são abrangentes, e as experiências em países considerados como capitalistas periféricos como o Brasil, que durante muito tempo foram classificados como países de *Welfare State* mitigado ou embrionário, por não estenderam a toda população suas políticas assistenciais.

Ao analisarmos as teses defendidas por Wilensky e Lebeaux (1965), podemos ressaltar que estes empreendimentos políticos em torno da concessão de benefícios sociais só puderam ser erigidos com a combinação de duas variáveis: industrialização e financiamento dos gastos. Ou seja, os gastos com os sistemas assistenciais só podem ocorrer atrelados a um maciço processo de industrialização da economia que, por sua vez, seria capaz de financiar os vultosos recursos necessários para a sustentação destes empreendimentos. (Arretche, 1995). Desta forma, é possível aferir que ambos os autores consideram a industrialização como o eixo central de sua tipologia, excluindo de suas teses países com desenvolvimento industrial tardio como o Brasil, por sua incapacidade de gerar os recursos financeiros necessários para sustentar os sistemas de auxílio.

Além da exclusão dos países menos industrializados, esta teoria faz tábua rasa dos diferentes processos culturais e sociais característicos da organização político-administrativa de cada país. De acordo com esta tese, países como Noruega, Estados Unidos, Grã-Bretanha e Alemanha, independente de suas estruturas internas, foram impulsionados a

desenvolverem as mesmas estratégias de construção e defesa do Estado de Bem-Estar. A homogeneidade deste grupo de países se concentraria, então, nas mudanças estruturais da sociedade desencadeadas pelo processo de industrialização. Dito de outra forma, o crescimento econômico proporcionado pelo desenvolvimento industrial forçaria uma reconfiguração das estruturas sociais tradicionais, obrigando o Estado compulsoriamente chamar para si responsabilidades até então exclusivas da comunidade ou dos grupos familiares, como o cuidado com as crianças e os idosos. Segundo estes autores, o Estado de Bem-Estar é um subproduto da modernização e industrialização das sociedades e não um resultado de vontades políticas ou de disputas sociais.

Outra vertente expressiva é a que compõe o segundo bloco analítico. Esta, defende a ideia de que os sistemas de proteção social foram uma resposta do capitalismo para legitimação de sua própria existência. Para tais pesquisadores, os auxílios sociais eram parte integrante do desenvolvimento da "moderna" sociedade capitalista, que dependia da harmonia social para garantir sua sobrevivência. A proteção social foi entendida como um deslocamento das responsabilidades da família e da comunidade para a esfera do Estado Nacional, juntamente com a mudança do próprio caráter dos sistemas de proteção, que deixaram de ser punitivos para serem enquadrados como um direito de cidadania.

Claus Offe (1984) e James O'Connor (1977), concentraram suas análises explicativas do *Welfare State* na dinâmica das estruturas econômicas internas do Estado capitalista, sustentando a teoria de que a industrialização tornaria as políticas sociais tanto possíveis quanto necessárias à sua própria manutenção. Conforme esta dinâmica, o desenvolvimento dos Estados de Bem-Estar ocorre com relativa independência dos embates ideológicos desenvolvidos no interior das estruturas sociais, de modo que os programas político-partidários, assim como as eleições, ocupam pouco espaço em relação às decisões orçamentárias destinadas à promoção de programas sociais.

Assim, o mais importante para definir políticas de assistência são as variáveis econômicas, tais como: "aumento da produtividade, mobilidade social, nível tecnológico das indústrias básicas, tamanho e competição da força de

trabalho, idade da população [...]” (Silva, 1999, p. 34). No contexto das sociedades capitalistas, o Estado, independentemente dos governos ou das forças políticas que o controlam, deve responder às demandas geradas pelo capital, “essa condição é estrutural [...] é uma característica do sistema; não se trata de uma opção política”. (Bento, 2003, p. 24)

Para James O'Connor (1977), o Estado deve desempenhar duas funções básicas e muitas vezes contraditórias, uma no plano econômico e outra no plano social. A primeira pode ser associada ao capital social, quando o crescimento dos setores estatais e suas despesas sustentam o crescimento do setor monopolista e sua produção absoluta, ou seja, “o crescimento do Estado, tanto é causa quanto efeito do capital monopolista” (O'Connor, 1977, p. 21). Para o autor, a socialização dos custos do investimento em Bem-Estar – dedicados a aumentar a produtividade dos trabalhadores e o consumo de caráter social – é destinada a diminuir os custos de reprodução da força de trabalho, que aumenta com o tempo e se torna cada vez mais necessária à acumulação lucrativa do capital. Isso se deve porque o crescimento do setor monopolista, de acordo com suas análises, provoca pobreza, desemprego, retração econômica, entre outros, obrigando o Estado assegurar as demandas daqueles que sofrem as consequências do crescimento econômico do processo de acumulação, ou seja, “o crescimento do capital monopolista gera a expansão crescente das despesas sociais” (O'Connor, 1977, p. 22).

A segunda premissa da teoria da crise fiscal de O'Connor, ligada ao plano social só pode ser entendida no escopo da teoria marxista e seus conceitos econômicos. O autor observa que existe um descompasso nas finanças do Estado, uma vez que as despesas vêm sendo socializadas e os lucros têm sido crescentemente apropriados de maneira privada. Isso indica que a acumulação de capital social e as despesas sociais são um processo contraditório, criando espaços para crises econômicas, políticas e sociais, e fazendo com que “a socialização dos custos e a apropriação privada dos lucros gerem uma crise fiscal, ou uma 'brecha estrutural' entre as despesas do Estado e suas rendas” (O'Connor, 1977, p. 22). De acordo com a teoria marxista, o Estado – a superestrutura político-jurídica – tem a função de garantir a reprodução das relações de produção capitalista, e ele o faz através de suas

políticas públicas. Para que tal reprodução aconteça, ou seja, para que o capitalismo continue se desenvolvendo, é necessário conciliar os dois requisitos já mencionados anteriormente: acumulação e legitimação. Para sobreviver, o capitalismo depende da constante possibilidade de acúmulo de capital em volume crescente e para que isso aconteça é necessário que ele garanta sua legitimação, entendida como a aceitação – principalmente pelos menos favorecidos – de suas regras do jogo, e isso se dá por meio da concessão de benefícios sociais. (Bento, 2003, p. 24-25)

Para os defensores da teoria do industrialismo e da modernização, o Estado de Bem-Estar é um inevitável produto do modo de produção capitalista, no qual a acumulação de capital cria contradições, forçando a reforma social sem que seja necessária a ação de agentes políticos, tais como sindicatos, humanistas, partidos socialistas ou reformadores esclarecidos (Esping-Andersen, 1991). Os autores que se afiliam a estas interpretações, estabelecem uma relação direta entre as necessidades postas pela acumulação capitalista e os gastos sociais do Estado, sem demonstrar os mecanismos e processos pelos quais tais necessidades são transformadas em políticas sociais.

No caso da análise de Claus Offe (1984), o modo de produção capitalista, como já foi apresentado, desagregaria os sistemas tradicionais de produção e ajuda, tais como a família, a igreja e a solidariedade corporativa, forçando uma reforma social e a proletarização compulsória. Neste processo, aqueles indivíduos atingidos pela expropriação se encontram numa situação que não podem mais garantir sua sobrevivência por conta própria, tendo que vender sua força de trabalho ao mercado – que tem seu livre funcionamento afiançado pelo Estado – e que por sua vez deve garantir a harmonia social. Ao dismantelar as formas anteriores de vida social, o capitalismo geraria disfuncionalidades que seriam apresentadas na forma dos problemas sociais, os quais o Estado de Bem-Estar seria uma forma de compensação, ou seja, um preço a ser pago ao desenvolvimento industrial. Na ótica de Claus Offe (1984), o *Welfare State* não pode ser entendido como um mecanismo externo que se limita a garantir as condições de acumulação capitalista; mas sim como um sistema político que organiza, programa e controla o desenvolvimento

econômico por meio de um conjunto multifuncional de estruturas políticas e administrativas.

Para o mesmo autor, a economia capitalista, regulada pelos interesses privados, é pautada pela crise quase que inevitável, como uma lei histórica, e sua superação seria alcançada pelo *Welfare State*, que possibilitaria harmonizar a economia capitalista com os interesses privados, através dos processos de socialização de certos bens e serviços com a classe trabalhadora. O Estado de Bem-Estar se estrutura, então, a partir da necessidade de compatibilização de duas exigências contraditórias: os interesses da classe trabalhadora e os interesses do capital. Nesse sentido, o Estado deveria garantir que o mercado fosse a única forma de existência econômica, forçando a proletarização compulsória dos trabalhadores através da desestruturação dos antigos modos de produção pré-industriais baseados na família, na cultura da subsistência e na manufatura, substituindo-os pela dependência do mercado. O Estado proletarizaria os indivíduos de duas formas: ativa – destruindo os meios próprios de subsistência – e de forma passiva – fazendo com que estes indivíduos vendam sua força de trabalho, impedindo a evasão dos trabalhadores para formas alternativas ao mercado. (Offe, 1984). No entanto, uma determinada parcela de indivíduos não pode trabalhar como assalariados, seja em decorrência da idade ou pelas condições deficitárias de saúde. Esta situação levaria à criação de formas de subsistência legítimas e exteriores ao mercado, de maneira a ser aproveitada de outra forma. Tais formas de vida social, externas aos padrões do mercado laboral, não podem ser assumidas pelo próprio mercado, cabendo ao Estado, através de suas políticas assistenciais, a tarefa de assumi-la.

Claus Offe (1984) defende a tese de que a mutação em massa da força de trabalho ociosa em trabalho assalariado não seria possível sem uma política estatal. No entanto, esta não seria, no sentido restrito, uma “política social”, embora contribua para integrar a força de trabalho no mercado. Por isso, a política social através de seus mecanismos assistenciais auxilia na regulamentação de quem pode ou não se tornar um trabalhador assalariado, impulsionando-os a procurarem a regulamentação de sua condição laboral, para que, por meio dela, consigam acessar as políticas governamentais que

lhes conceda o *status* de trabalhador e ao mesmo tempo assegurado. Ou seja, o *Welfare State* reconhece como seus beneficiários apenas aqueles que estejam integrados ao mercado laboral e que contribuam para o financiamento das políticas assistenciais. Estes pré-requisitos impelem uma grande massa de trabalhadores a formalizarem sua condição como tal, pois somente com a legitimação deste *status* é que teriam garantidos a renda e a proteção contra as intempéries da vida laboral:

[...] a seguridade social surgiu como um complemento a moderna relação de emprego, assegurando os trabalhadores frente à perda de renda causada por acidentes, enfermidade ou desemprego, incentivando a incorporação ao emprego formal. (Juárez; Daza, 2003, p. 279-280).

Diferente destas interpretações, Thomas Humphrey Marshall, escrevendo entre as décadas de 1950 e 1960, observava os sistemas de proteção social como um progressivo aumento dos direitos de cidadania *pari passu* ao crescimento da industrialização. Nas conferências intituladas “Cidadania e Classe Social”, realizadas na Universidade de Cambridge, em 1950, tomando por referência a realidade inglesa, Marshall demonstrava que por meio das políticas sociais se estabeleceu certa igualdade política que acabou por modificar as desigualdades econômicas intrínsecas ao sistema capitalista. Para demonstrar tal efeito, o autor recorre à história da Inglaterra, quando no século XVIII se assistiu o crescente desenvolvimento das noções de cidadania, rompendo com as antigas formas do direito medieval. (Marshall, 1997). Para ele a noção de cidadania compreende três tipos de direitos: os direitos civis, políticos e os sociais que coexistiram no período medieval de forma unificada e desigualmente distribuídos entre as ordens sociais, sendo separados posteriormente na organização da sociedade industrial, fomentando modos de desenvolvimento distintos. Isto, de acordo com Marshall, deu-se da seguinte maneira:

O divórcio entre eles [os três tipos de direitos] se consumou a tal ponto que é possível, sem forçar fatos históricos, atribuir um período de formação a cada um deles em um século diferente – os direitos civis ao século XVIII, os políticos ao século XIX e os sociais ao século XX. Esta periodização, no entanto, deve ser tratada como uma certa

flexibilidade; e existe um certo cruzamento, principalmente entre os dois últimos. (Marshall, 1997, p. 304).

Estes três tipos de direitos que compõem a noção de cidadania de caráter universal podem assim ser depurados: os direitos civis agrupam um conjunto de liberdades individuais – de palavra, de pensamento, de religião – incluindo-se ainda o direito à propriedade, de estabelecer contratos e acessar a justiça. No século XVIII este tipo de direito deu origem a diversas instituições, dentre elas os tribunais de justiça. Os direitos políticos, por sua vez, se desenvolveram a partir da ampliação dos direitos civis, com o acesso ao sufrágio universal para os homens até o século XX e a possibilidade dos homens de camadas médias ocuparem cargos públicos por mérito. Estes direitos se expressam institucionalmente nos parlamentos, nos governos provinciais/estaduais ou locais e nos partidos políticos. Por fim, os direitos de cunho social que são entendidos por Marshall (1997) como um conjunto de garantias que incluem desde um direito mínimo de Bem-Estar e segurança econômica, até o direito de compartilhar plenamente do patrimônio social, de acordo com as normas e práticas da sociedade a qual pertence.

De acordo com a ótica proposta por Marshall, as instituições que mais se encaixariam no perfil dos direitos sociais são os sistemas educacionais e os serviços sociais. Estes últimos são entendidos como aqueles que protegem os trabalhadores contra as enfermidades e acidentes de trabalho, garantem aposentadoria e habitação, caixas de pensões, políticas de pleno emprego, entre outros. A cidadania social pode então ser considerada como eixo norteador dos trabalhos desenvolvidos por Marshall. Ao assegurar os direitos civis, políticos e sociais, o Estado se certifica que cada indivíduo se sinta como um membro pleno da sociedade. De acordo com o autor, “cidadania é um *status* que se outorga aos que são membros plenos de uma comunidade [e] todos os que possuem este *status*, são iguais no que se refere a direito e deveres que isto implica”. (Marshall, 1997, p. 312).

A visão de Marshall repercutiu com grande êxito entre os estudiosos do *Welfare State*. Ao recorrer aos conceitos de cidadania e das questões correlatas de inclusão e exclusão social, ele contornou o determinismo proposto pelos teóricos do industrialismo e da modernidade. No entanto,

mesmo que seus questionamentos sejam significativos ao promover importantes debates sobre a cidadania ativa, sua análise é de uso limitado na atualidade. Os críticos de suas pesquisas salientam que tais estudos foram centrados demasiadamente na Grã-Bretanha, reduzindo consideravelmente sua perspectiva sobre cidadania. Além disso, este conceito não se desenvolveu da mesma forma em outras partes do mundo. De acordo com Esping-Andersen (1991), tal abordagem se depara com problemas empíricos consideráveis, como por exemplo, ao afirmar que quanto mais se ampliam os direitos sociais e democráticos, maior a probabilidade de se desenvolverem os *Welfare States*. Esta tese se depara com singularidades históricas importantes, pois o *Welfare State* e seus benefícios muitas vezes surgiram antes da democracia e foram utilizados inclusive para impedir sua realização. Este foi o caso da França de Napoleão III, da Áustria de Von Taffe e da Alemanha de Bismark, nos quais os “fundamentos do *Welfare* foram normalmente empregados [...] no intuito principal de reproduzir, ao invés de alterar, as hierarquias sociais”. (Esping-Andersen; Myles, s/d) Inversamente, o desenvolvimento do Estado de Bem-Estar foi mais lento nas grandes democracias como Estados Unidos, Austrália e Suíça, devido a seus sistemas políticos fortemente influenciados pelo liberalismo econômico.

Mesmo assim, a perspectiva teórica de Marshall abriu caminho para novas e instigantes análises acerca do desenvolvimento de *Welfare State*, ao dar maior relevância ao contexto sociopolítico na expansão dos sistemas de proteção social. Estas abordagens, calcadas nos indivíduos e na sua interação cultural e política com as estruturas governamentais, foram ponto chave das abordagens históricas e comparadas, bem como as suas tipologias do *Welfare State*, como discutiremos na sequência.

1.2. As análises histórico-comparativas: um ponto chave para os novos estudos do Estado de Bem-Estar.

Nos últimos vinte anos as análises histórico-comparativas têm alargado de modo expressivo seu escopo analítico na busca de apreender as complexas

estruturas que compõem a formação do *Welfare State*. Destoando consideravelmente das teorias anteriores, esta linha de investigação possibilitou o exame das múltiplas experiências que abarcaram a instauração dos Estados de Bem-Estar ao longo do século XX. Para José Luís Fiori (1997), no intuito de abarcar esta diversidade histórica e cultural, nos últimos anos vários autores construíram tipologias que tentam aglutinar diversas experiências em alguns padrões básicos, diferenciados de acordo com sua forma de financiamento, abrangência de seus serviços, peso do setor público, grau de sensibilidade aos sistemas políticos e sua organização institucional, entre outros.

Pioneiro neste tipo de análise, Richard Titmus, inaugurou uma nova vertente teórica junto aos estudos comparados, estabelecendo, ainda nos anos de 1960/70, uma tipologia que permite examinar as características que são mais permanentes nos diferentes modelos de *Welfare State*. Segundo o autor, é possível encontrar três modelos que singularizam elementos ou padrões de política social: A) *The Residual Welfare Model* (Modelo Residual); B) *The Residual Achievement-Performance Model* (Modelo Meritocrático-Particularista); C) *The Institutional Redistributive Model* (Modelo Institucional Redistributivo). (1964, p. 122).

No primeiro modelo, o residual, a política social intervém *ex-post*, quando os meios tradicionais de ajuda (família, mercado, comunidade, entre outros) já não possuem mais condições de satisfazer determinadas necessidades dos indivíduos. A intervenção estatal possui um caráter temporário, devendo cessar com a eliminação da situação de emergência. Dois modelos podem exemplificar esta categoria: historicamente, a experiência inglesa com a Lei dos Pobres³; e, mais recentemente, os Estados Unidos, que

³ A Lei dos Pobres, ou Poor Laws em sua nomenclatura original, foi um conjunto de regras assistenciais que visavam fornecer auxílio aos mais necessitados. Tanto a Old Poor Law (1601) como a New Poor Law (1834), tinham por objetivo principal prestar assistência social para aqueles indivíduos que comprovadamente não possuíam condições de sustentar a si próprios e nem possuíssem parentes e amigos que o pudesse fazer. O critério da pobreza extremada era condição indispensável para o recebimento de tais auxílios, e para recebê-los seus beneficiários deveriam prestar serviços obrigatórios em instituições de caridade. Extremamente estigmatizante, ambas as leis ficaram sobre a administração das igrejas e das instituições de caridade que vasculhavam e vigiavam a vida de seus beneficiários como uma forma de garantir que os mesmos se adequassem as normas e os padrões de convivência social. Alcoólatras, prostitutas, mendigos, entre outros, estavam fora desta assistência, pois

é residual e seletivo por ser dirigido a grupos particulares de indivíduos, dotados de características específicas.

O modelo meritocrático particularista se fundamenta na premissa de que cada indivíduo deva possuir condições para resolver suas próprias necessidades com base no seu trabalho, mérito, performance profissional e produtividade. Neste caso, a política social só intervém parcialmente, corrigindo as ações do mercado que desestabilizam a harmonia econômica, ou seja, as ações do Estado de Bem-Estar só se dão no sentido de complementar as instituições econômicas.

Podemos aferir, então, que ambos os modelos supracitados destacam o papel fundamental do mercado junto aos sistemas de proteção. No primeiro, as políticas sociais atuam de forma marginal e são direcionadas às parcelas mais pobres da população que, por algum impedimento, não podem ter suas necessidades atendidas pelos mecanismos de mercado. Por outro lado, no segundo modelo, mesmo que sejam enfatizados os benefícios do mercado, o Estado deve intervir de forma corretiva ou complementar às instituições econômicas.

O terceiro modelo, institucional-redistributivo, concebe o Estado de Bem-Estar como um importante elemento constitutivo das sociedades contemporâneas. Sua ação consiste em produzir e distribuir bens e serviços sociais em uma posição “extra mercado”, garantindo a todos os cidadãos cobertura e proteção de maneira universal, respeitando a exigência de se manter mínimo, historicamente definido para a manutenção da vida. Estes sistemas tendem a mesclar, integrar e substituir os mecanismos de renda mínima por aqueles típicos equipamentos coletivos públicos e gratuitos, especialmente de saúde e educação. (Draibe, 1993). No sistema redistributivo, os custos da manutenção do Estado de Bem-Estar recaem sobre todos os cidadãos, independente da renda ou do *status* social. De maneira geral, toda a população é convocada para arcar com os gastos destinados à sustentação deste sistema, garantindo plena igualdade de direitos sociais por não fazer distinção entre ricos e pobres, homens e mulheres, negros ou brancos. Esse

seu estilo de vida considerado imoral e pouco dado ao trabalho, os classificava como indivíduos preguiçosos e indignos da providência pública.

último modelo ainda visa alcançar a maior igualdade possível entre os cidadãos, por considerar que o bem-estar individual é responsabilidade da sociedade e que todas as pessoas têm direito à cidadania plena, e neste caso,

[...] as grandes mudanças nas políticas sociais estão ligadas às novas demandas por uma sociedade não-discriminatória, na qual os serviços seriam destinados a todos, sem distinção de classe, renda ou raça; [...] serviços que manifestamente incentivam a integração social. [...] Para que isso se opere é necessário que existam dois objetivos: o objetivo redistributivo e o não discriminatório. Para promover o último acredita-se que um pré-requisito legal seja a promulgação universal (ou global) dos sistemas nacionais de seguros, educação, assistência médica, habitação e outros serviços diretos. (Titmuss, 1964, p. 16).

Embora Richard Titmuss tenha oferecido um modelo alternativo de análise do *Welfare State* e que, em boa medida, escape do determinismo econômico, sua classificação também sofre limitações esquemáticas. Como toda a tipologia que oferece modelos interpretativos, seu esquema possui falhas estruturais ao estabelecer como variáveis as relações Estado/Mercado por um lado e políticas/destinatários por outro. Ao se deter sob estas relações, esta tipologia negligencia outras características que permitem uma elaboração mais qualitativa do perfil institucional dos vários tipos de Estados de Bem-Estar, não deixando claro, por exemplo, as diferenças entre os dois primeiros modelos, no qual o Estado desempenha quase o mesmo papel: ser complementar à iniciativa privada.

Não é por acaso que os estudos que utilizam estas classificações polarizam suas análises em dois modelos apenas, o residual e o redistributivo, que por sua vez também são insuficientes para captar toda a multiplicidade de agentes envolvidos no *Welfare State*. Ao se ater exclusivamente no par analítico residual/institucional, estes estudos não foram capazes de apreender os intercâmbios históricos que compuseram os sistemas de proteção social ao envolver o Estado, o Mercado e as organizações assistenciais – atualmente conhecidas como terceiro setor. (Draibe, 1993). Desta forma, países como o Brasil, que durante muito tempo tiveram suas políticas assistenciais fortemente ancoradas em instituições caritativas e assistenciais são deixados à margem, pois esta teoria não reconhece como parte integrante dos sistemas de proteção social ações concebidas fora do mercado e não subvencionadas pelo Estado.

Mesmo com estes problemas, a abordagem de Richard Titmuss inaugurou uma nova modalidade de análises comparativas, inspiração para um número considerável de pesquisadores⁴ a mudar seu foco acerca das estruturas constituintes do *Welfare State*. Conforme aponta Gøsta Esping-Andersen, esta é uma abordagem que força os pesquisadores a abrirem a caixa preta dos gastos para se fixarem no conteúdo dos Estados de Bem-Estar: programas direcionados *versus* universalistas, condições de elegibilidade, tipologia dos serviços e benefícios, e talvez o mais importante, “em que medida o nível de emprego e vida profissional fazem parte da ampliação dos direitos do cidadão”. (Esping-Andersen, 1991, p. 100).

A tradição inaugurada por Titmuss foi o ponto inicial dos estudos desenvolvidos por Gøsta Esping-Andersen, em sua conhecida tipologia acerca dos regimes de Bem-Estar. Em 1990, Esping-Andersen em seu trabalho intitulado *The three worlds of welfare capitalism*, constrói um modelo referencial que será a base de outras inúmeras pesquisas histórico-comparativas sobre os Estados de Bem-Estar no ocidente industrialmente desenvolvido. Ao analisar dezoito democracias capitalistas ocidentais o autor se propõe a distinguir três tipologias, ou *Welfare Regimes*, a partir das diferenças encontradas na qualidade dos direitos sociais, no grau de reprodução ou agenciamento da estratificação social por parte do sistema, e a forma como se relacionam o Estado, o mercado e as famílias com a provisão social.

De acordo com a proposta de Esping-Andersen, os regimes do *Welfare State* podem ser distribuídos em três categorias: Estado Liberal, Conservador/Corporativista e Social-democrata. É importante salientar que um conceito fundamental na análise destes três modelos, e que recorrentemente aparece nos esquemas do autor, é o de “desmercadorização”, que consiste na capacidade que os indivíduos ou as famílias possuem de manter um nível de vida socialmente aceito, independentemente do mercado para satisfazer seu Bem-Estar. Ou seja, a “desmercadorização” avalia a capacidade de resposta apresentada pelo Estado em oferecer assistência e prestar determinados serviços no intuito de reduzir a dependência dos indivíduos dos serviços privados prestados pelo mercado. (Esping-Andersen, 1991).

⁴ Ann Shola Orloff, Sonia Draibe, Seth Koven, Sonia Michel, Theda Skocpol, entre outros.

Para as premissas aventadas por Esping-Andersen, o primeiro tipo, o Liberal, é predominante nos países de tradição anglo-saxônica: como Estados Unidos, Canadá, Austrália, entre outros. Nestas nações, os movimentos operários obtiveram pouca significância nos processos políticos/eleitorais, sendo a representatividade burguesa especialmente forte na constituição da sociedade. Um exemplo desta complexa configuração política é examinado a partir da experiência estadunidense. Neste país os sistemas de proteção social iniciaram tardiamente e não foram tão generosos como os serviços sociais europeus. Isto denota, de certa forma, a relativa fraqueza com que os sindicatos industriais agiram nos Estados Unidos e aponta para uma completa ausência de partidos trabalhistas na articulação política de sua democracia. Dadas estas fraquezas de organização da classe trabalhadora, os capitalistas têm sido extraordinariamente capazes de usar pressões diretas e indiretas para impedir que o governo – através das políticas de Bem-Estar – interfira ou remodele o mercado laboral e a livre iniciativa dos indivíduos ou empresas. Apenas ocasionalmente – mais notadamente durante o *New Deal*, e depois através da ala mais liberal do Partido Democrata – é que os trabalhadores americanos e os sindicatos foram capazes de reunir força suficiente para angariar algumas inovações ou expansões das políticas sociais.

Nos países que representam o regime liberal existe uma forte pressão para que o Estado não intervenha no delicado equilíbrio do mercado, atuando junto ao corpo social de forma mínima, sob a suposição de que a maioria dos cidadãos possa obter serviços de Bem-Estar adequados a partir dos serviços produzidos pelo capitalismo. Assim, o papel do governo é manter, ao invés de substituir, as ações do mercado, e suas políticas sociais devem maximizar o *status* de mercadoria do trabalhador individual. Desta forma, os custos da reprodução social são financiados quase que exclusivamente pela contribuição individual e mecanismos de seguros privados, constatando-se a tendência de mercantilização dos trabalhadores através das políticas sociais que estimulam a centralidade do mercado na satisfação das necessidades individuais de Bem-Estar. Assim, os esquemas privados como espaço de redistribuição funcionam também como úteis estratificadores sociais, na medida em que estimulam a competitividade e o individualismo, ampliando seu espectro de proteção social

via mercado. Ou seja, quanto mais bem sucedido for o indivíduo, maior será seu grau de proteção social.

As políticas implementadas caracterizam-se sistematicamente pela seleção via testes-de-meio, de modo a distinguir os beneficiários, segundo um critério caro aos padrões liberais: o mérito. Financiadas basicamente com base na contribuição individual e vinculando a contribuição ao benefício, tais regimes tendem a estabelecer estreitos limites para a intervenção estatal e máximo escopo para o mercado na distribuição dos benefícios. [...] trata-se fundamentalmente de universalizar as oportunidades – e não os resultados –, de modo a estimular a capacidade do indivíduo de auto-proteger-se. (Arretche, 1995, p. 51).

De acordo com a afirmação acima destacada, uma segunda característica do regime liberal é a sua preferência por direcionar os benefícios públicos exclusivamente aos mais necessitados, tradicionalmente pela via testes-de-meios. Este procedimento consiste em graduar os beneficiários de acordo com os preceitos liberais, ou seja, o mérito. (Esping-Andersen; Myles, s/d). Isto, mais uma vez, espelha o princípio no qual o papel do governo nos sistemas de proteção social deve ser restrito àqueles com demonstrada incapacidade de prover sua própria vida. Neste tipo de atenção social, há uma constante culpabilização dos assistidos, no qual os riscos sociais são quase sempre associados à imprevidência e ao desmazelo dos indivíduos e não em decorrência dos fracos sistemas de redistribuição articulados pela cultura política local. Assim, de acordo com Linda Gordon (1995), todos os assistidos pelos sistemas de proteção social nos Estados Liberais são estigmatizados, tendo que se submeter a criteriosas ações investigativas de sua vida pregressa para a adesão de um determinado benefício, bem como manter um bom comportamento durante todo o período da assistência. O fato é que os benefícios sociais para os mais pobres são comparativamente pouco generosos nos países anglo-saxões, e isso, de certa forma, ajuda a explicar porque a pobreza continua a ser excepcionalmente elevada, em especial entre os mais vulneráveis, tais como mães solteiras, negros e imigrantes.

O segundo modelo, um pouco mais heterogêneo, abrange a grande maioria dos países da Europa continental, como Áustria, Bélgica, França, Alemanha, Itália e Holanda. Todos esses Estados de Bem-Estar possuem em suas origens uma forte tendência conservadora, em que seus sistemas de

proteção e seguridade social foram definidos a partir da relação do indivíduo com o mercado de trabalho. Isto implica que os direitos sociais dependem, principalmente, da condição de trabalho que cada indivíduo angariou ao longo da vida e historicamente ajudou a consolidar a imagem do homem como arrimo de família. Com a exceção parcial da Bélgica e da França, este regime é fortemente “familiarista”, ao atribuir as responsabilidades primárias do Bem-Estar aos membros do grupo familiar. Esta configuração dos sistemas de proteção social, baseada na estrutura familiar, remonta à forte ligação destes Estados com a Igreja, em que a preservação da família tradicional e hierárquica se torna uma prioridade. Desta forma, a previdência social exclui de seus favorecidos as mulheres não trabalhadoras e os benefícios claramente encorajam a maternidade. A seguridade social implementada nestes países possuía o claro objetivo de reforçar o papel do homem como provedor da família, substanciando uma concepção paternalista de assistência, pois estes benefícios, mesmo que tivessem a intenção clara de proteger as mulheres e as crianças, as transformavam em um apêndice da condição do homem como trabalhador e segurado, garantindo desta forma a manutenção da norma familiar burguesa.

De acordo com as hipóteses aventadas por Esping-Andersen e Myles (s/d), nos Estados de Bem-Estar conservadores e fortemente corporativistas, a obsessão liberal com o mercado e eficiência nunca foi uma preocupação, por isso a concessão de benefícios sociais não chegou a ser uma questão controvertida que mobilizasse a classe política e a sociedade. O que predomina é a preservação das diferenças de *status* entre os trabalhadores, portanto, os direitos sociais estavam atrelados à classe e ao *status*. Esta ênfase na diferença de categorias teria como objetivo desmobilizar e criar divisões no interior da classe trabalhadora, impedindo sua organização em torno de interesses comuns. A atenção especial do Estado na manutenção das diferenças de classe significa que seu impacto na redistribuição de renda é pífio, corroborando para o manutenção de determinados *status quo*.

O terceiro modelo, que abarca um menor número de nações, compõe-se por países em que os princípios universalistas e de desmercadorização dos direitos sociais se estenderam também para as classes médias, não ficando

restrito apenas ao grupo formado pelos trabalhadores. Nos países nórdicos a massa operária conseguiu traduzir em proteção social as antigas reivindicações políticas, que só foram possíveis por meio da aliança com os partidos socialdemocratas, que durante um período considerável de tempo mantiveram o controle dos parlamentos e representaram as classes trabalhadoras. (Arretche, 1995). Essa abordagem de certa forma se aproxima dos argumentos desenvolvidos por Thomas Marshall, que defendia que os direitos políticos (por exemplo, o sufrágio, direitos de organização, etc) são usados para reivindicar direitos sociais, que por sua vez oferecem proteção contra as intempéries do mercado.

Assim, os Estados de Bem-Estar socialdemocratas se revelam como alternativa política contra as incongruências dos mercados: os direitos sociais foram conquistados pelos trabalhadores na arena democrática – trabalhadores *versus* poder econômico que por sua vez afetou o próprio caráter da estrutura de classe, ampliando o poder de barganha dos trabalhadores que, em seguida, pressionam para concessões ainda maiores. (Orloff, 2003).

De acordo com Esping-Andersen e Myles (s/d), os países nórdicos como Finlândia, Noruega e Suécia são os que melhor representam o modelo socialdemocrata; um regime caracterizado por sua ênfase na inclusão universal dos indivíduos e sua aceção abrangente acerca direitos sociais, equalizando as condições de vida por meio da cidadania. Neste modelo estão incluídos os trabalhadores braçais, funcionários públicos, classe média e os mais ricos, que são nivelados pelos sistemas de proteção social. Por esta razão, a política socialdemocrata procurou deliberadamente marginalizar o papel dos mercados na promoção de previdências privadas e na assistência social aos beneficiários. Ao evitar o dualismo entre Estado e mercado, os socialdemocratas buscaram construir um Estado de Bem-Estar que promovesse a igualdade entre os cidadãos, melhorando, acima de tudo, a qualidade de vida sem acirrar de forma deliberada as disputas de classe. Isso implicou, em um primeiro momento, que os níveis dos programas desenvolvidos fossem elevados e sincronizados com as exigências da classe média; em segundo lugar, que a igualdade fosse concedida, garantindo que a massa de trabalhadores usufruísse dos mesmos direitos dos mais ricos.

Essa fórmula traduz-se numa mistura de programas altamente desmercadorizantes e universalistas que, assim, correspondem a expectativas diferenciadas. Desse modo, os trabalhadores braçais chegam a desfrutar de direitos idênticos aos empregados *white-collar* assalariados ou dos funcionários públicos; todas as camadas são incorporadas a um sistema universal de seguros, mas mesmo os benefícios são graduados de acordo com os ganhos habituais. (Esping-Andersen, 1991, p. 110).

O modelo nórdico exclui a participação do mercado na providência de serviços de proteção social e, em consequência, constrói um sentimento de solidariedade em favor da manutenção do Estado de Bem-Estar, pois todos se sentem beneficiados por ele, todos são dependentes em certa medida e todos se sentem obrigados a pagar seus elevados custos. Então, o *Welfare State* socialdemocrata se caracteriza por ser um sistema de proteção abrangente, com cobertura universal e os benefícios são garantidos como direitos sociais, cujos valores são desvinculados do montante de contribuição efetuado pelo beneficiário, trata-se então de “assegurar os mínimos vitais, distribuídos segundo critérios de equalização, e não de mérito”. (Arretche, 1995, p. 50). Além disso, sua sincronização de políticas sociais e laborais é característica, sendo os mercados de trabalho extremamente regulados tanto em termos de contratação e demissão, como em fixação de salários; desta forma, a política social tem desempenhado um papel importante na promoção do pleno emprego.

De acordo com Marta Arretche (1995, p. 49), os três modelos de *Welfare State* propostos por Esping-Andersen são compostos com base nas distintas articulações das variáveis anteriormente citadas. As características institucionais e distributivas dos sistemas de proteção social permitem agrupar os países selecionados em distintos regimes de políticas sociais. Ou seja, é possível depurá-los de acordo com as diversidades ou as semelhanças com que, no decorrer da trajetória histórica, seus sistemas de proteção foram arquitetados. Ainda conforme a autora, é preciso notar que os países analisados tendem, historicamente, a divergir quanto às características institucionais sob as quais se erigiram os serviços sociais. A partir destas análises, podemos aferir que o universalismo e a desmercadorização atingem amplamente a todos os estratos da sociedade, que são incorporados a um

sistema universal de proteção à saúde, educação, seguros contra perda de emprego, velhice, entre outros. Neste tipo de seguro todos são considerados simultaneamente beneficiários, dependentes e, em princípio, pagadores.

Na tipologia desenvolvida por Esping-Andersen, é possível perceber como distintos interesses políticos forjaram estratificações do *Welfare State*, que por sua vez produziu diferentes padrões de política social. Assim, por exemplo, Estados de Bem-Estar universalistas, como os regimes socialdemocratas da Escandinávia, são entendidos como oriundos de uma ampla base de apoio popular. Enquanto os Estados de regime liberal – principalmente os países de língua inglesa – constituem-se a partir de uma limitada cobertura de proteção, no qual o Estado deixa a maioria dos cidadãos dependentes de assistência privada, que por sua vez são hostis ao Estado de Bem-Estar. (Orloff, 2003).

As investigações desenvolvidas por Gøsta Esping-Andersen podem ser consideradas como uma alternativa eficaz para aqueles que se dedicam aos estudos das origens e desenvolvimento do *Welfare State*. Sua originalidade reside na demonstração da existência de uma correlação e distintas condições políticas que forjaram os diferentes regimes, fugindo das tradicionais análises que utilizam exclusivamente indicadores econômicos.

Ainda que tenha significado um avanço considerável para as pesquisas sobre os Estados de Bem-Estar, as tipologias desenvolvidas por Esping-Andersen não dão conta das diversas tensões sociais existentes no interior das máquinas estatais, bem como as pressões externas de classe, raça e gênero. Neste tocante, os estudos feministas romperam com as explicações elaboradas a partir de um viés de gênero masculinista a respeito do *Welfare State* baseadas no economicismo, na política formal e na burocracia. Engendrando em suas explicações as relações de raça e gênero, as feministas abriram um novo campo investigativo que busca desvelar o papel dos diversos indivíduos na construção dos sistemas de proteção social, demonstrando, sobretudo, como as identidades de gênero imprimiram marcas indelévels em cada uma das tipologias desenvolvidas por Gøsta Esping-Andersen, que por sua vez criaram especificidades que não podem ser desconsideradas entre os pesquisadores e as pesquisadoras dos Estados de Bem-Estar Social.

1.3. As críticas feministas e os sistemas de proteção social: são os Estados de Bem-Estar assexuados?

O conjunto teórico tratado nas páginas anteriores teve por objetivo elencar alguns dos principais preceitos analíticos que contribuíram para o entendimento da formação histórica e cultural dos Estados de Bem-Estar. No entanto, ao nos acercarmos de forma mais minuciosa destes estudos, percebemos que a grande maioria deles negligenciou as divisões sexuais e raciais existentes no interior dos sistemas de proteção social. Preocupados apenas com as relações entre mercado e direitos sociais, os pesquisadores dos Estados de Bem-Estar invisibilizaram, e não de forma inocente, as relações de raça/etnia e gênero intrínsecas a estes sistemas. De crucial importância para esta guinada analítica foram as críticas feministas que pluralizaram os objetos de investigação que interessavam às ciências humanas e sociais, adequando estas análises a uma miríade de possibilidades investigativas na qual as mulheres foram alçadas à condição de sujeitos e objetos de pesquisa.

Este alargamento interpretativo com relação ao Estado de Bem-Estar demonstrou que as políticas sociais foram fortemente influenciadas pelo gênero, que por sua vez, também afetavam diretamente as relações sociais entre homens e mulheres, mulheres e mulheres e entre os homens. Este tipo de abordagem contribuiu para explicar o peso das construções de gênero em diferentes contextos institucionais, alertando para a existência de uma sexualização das instituições políticas, que embebidas em construções identitárias binárias, produziram e optaram por determinados sistemas de proteção social, responsáveis por reproduzir dinâmicas de gênero, ao mesmo tempo em que foram influenciados por elas. Tratando das construções de gênero que permearam o poder político e abordando o caráter sexualizado das instituições governamentais, Claire Annesley (2008) explica que a crítica e a pesquisa feminista buscam não apenas a presença das mulheres nos parlamentos, nos partidos políticos ou nas burocracias estatais, mas sim os

impactos do gênero das instituições, nas práticas e nos resultados de suas políticas sociais.

Este novo interesse expandiu a produção acadêmica dos temas relativos à assistência social, gerando uma considerável produção na qual questões relativas ao Estado de Bem-Estar se tornaram uma fértil área de investigação para a escrita feminista em vários campos, incluindo a História. Ao ampliar as dimensões sócio-políticas da assistência e do Bem-Estar, que em grande medida ainda hoje é desconhecida para uma boa parcela dos historiadores, a investigação feminista sobre o *Welfare State* representou um acréscimo substancial para o estado da arte neste campo do conhecimento. As pesquisas feministas, de acordo com Eirinn Larsen (1996), são importantes práticas por si só, pois funcionam como uma crítica à História tradicional, desvelando as distintas funções desempenhadas pelas mulheres na construção dos Estados de Bem-Estar.

Tradicionalmente os sistemas de proteção social foram conceitualizados como entes comprometidos com as forças sociais ou de mercado, a fim de garantir e promover maior igualdade entre seus cidadãos. Este suposto comprometimento com a equidade, segundo estas análises, são operacionalizados por meio da promoção de programas de assistência e seguros sociais que visavam garantir condições apropriadas de subsistência para as vítimas do desemprego, acidentes de trabalho, invalidez, morte, aposentadoria ou situações de extrema pobreza. Outros analistas, e aqui podemos também incluir estudiosas feministas, defendem uma definição ainda mais ampla de *Welfare State*, acrescentando aos serviços acima relacionados aos de cuidados, como educação, habitação, atendimento médico, e outros serviços ligados aos cidadãos dependentes. (Orloff, 1996[b]).

Ao se propor um estudo sobre o Estado de Bem-Estar a partir de uma perspectiva de gênero, parte-se do pressuposto que estas intervenções podem ou não produzir igualdade entre os cidadãos, pois em grande parte dos casos reforçam diferenciações simbólicas de gênero, baseadas em uma suposta natureza feminina e masculina. Como ressalta Jane Lewis (1994), empregar o conceito de gênero como uma variável dentro das análises dos Estados de Bem-Estar nos ajuda a compreender as tensões entre a família e os indivíduos

presentes naquelas suposições homogeneizadoras das políticas sociais, demonstrando que as mesmas produzem resultados mais ou menos adequados para homens e mulheres. Corroborando com esta ideia, os movimentos feministas e suas análises acadêmicas correlatas têm demonstrado que a legislação de proteção social de vários países não realizou plenamente sua busca pela equidade, haja vista que muitas reivindicações como subsídios e licenças maternidade foram implementadas de maneira paternalista, entendendo a mulher como um apêndice do homem trabalhador e não como um sujeito de direitos.

No entanto, como ressalta a historiadora Ana Paula Vosne Martins (2004[b]), embora não seja possível falar de uma teoria feminista do *Welfare State*, pois são inúmeras as interpretações, bem como o arsenal conceitual, o que há de novidade nestes trabalhos é uma orientação teórica e metodológica em repensar o Estado a partir de uma ampliação do conceito de política e a utilização do gênero como categoria de análise articulada a outras categorias como classe e raça. Uma análise feminista do *Welfare State* deve ter em conta que as dimensões de gênero perpassam os diversos níveis da vida social, agindo diretamente sobre a política, processos econômicos e culturais, além de atravessar de forma polivalente as instituições estatais.

A inexistência de uma teoria feminista única do *Welfare State* permite elencar e construir diversas interpretações, que por sua vez são eficientes ferramentas teóricas para a análise dos sistemas de proteção social e seus efeitos de gênero para a construção de masculinidades e feminilidades. Além disso, tais análises buscam ainda perceber como as relações de poder consubstanciando a divisão sexual do trabalho, a heterossexualidade compulsória, os discursos e ideologias de cidadania, a maternidade, a masculinidade e a feminilidade modelaram profundamente as características dos sistemas assistenciais.

Sem a intencionalidade de criar uma teoria sobre o Estado de Bem-Estar, o pensamento feminista atrelado às ciências políticas, à sociologia e à história, proporcionou interpretações mais amplas para o entendimento das políticas assistenciais que se desenvolveram a partir dos séculos XIX e XX nos países industrializados. Ao utilizarmos conceitos como os de público e privado,

paternalismo, trabalho reprodutivo feminino, gênero e maternalismo, buscamos redimensionar análises tradicionais e agregar a elas novos elementos interpretativos, incluindo não somente conceitos analíticos e teorias específicas para o estudo da política social, mas também teorias sociais, metodologias e pressupostos epistemológicos que sustentavam ou sustentam esta e outras áreas dos estudos históricos.

Rompendo com os paradigmas tradicionais, muitas pesquisadoras feministas, críticas às teorias da modernização e aos historiadores sociais que enfocaram apenas padrões políticos convencionais, foram levadas nos dois lados do Atlântico a uma tentativa de desenvolver outras explicações para entender a expansão intervencionista do Estado entre o final do século XIX e a primeira metade do século XX. (Martins, 2004). Assim, trabalhos como os de Linda Gordon, Theda Skocpol e Sonia Michel, publicados no início dos anos 1990, são pioneiros neste tipo de análise, sobretudo ao evidenciarem a importância do trabalho reprodutivo feminino para a manutenção do *Welfare State*, que utiliza o trabalho de cuidado das mulheres sem agregar valores econômicos e sociais, considerando-os de segunda categoria.

Baseados em interpretações como estas, buscamos demonstrar o caráter discriminatório com que diversos programas de proteção social trataram questões atinentes a homens e mulheres, criando dispositivos sexistas que reforçavam distinções entre a vida doméstica e a vida pública. Parafraseando Linda Gordon, “a política de bem-estar tem funcionado e vem reforçando todo o sistema social de subordinação das mulheres, particularmente dentro da família e sob a dependência masculina”. (1990, p. 183). Desta forma, podemos afirmar que as bases sob as quais se assentaram as estruturas do Estado de Bem-Estar estavam ancoradas na divisão sexual do trabalho, na qual as mulheres, mesmo que formalmente estabelecidas como trabalhadoras, eram pensadas pelas políticas sociais exclusivamente como mães, esposas, trabalhadoras do lar ou cuidadoras.

Esta construção de uma identidade feminina atrelada exclusivamente ao trabalho reprodutivo, entendido como algo dado e natural, serviu como base para criar sistemas de proteção social que priorizavam o homem provedor, fornecendo complementos salariais e uma série de outros benefícios que

tinham a finalidade de manter seu papel como chefe de família e trabalhador. Em grande medida “os Estados de Bem-Estar priorizaram a proteção do ego masculino contra os danos de ser incapaz de sustentar uma família”, negando às mulheres sua condição de sujeito e de portadoras de necessidades próprias e circunstanciais. (Gordon, 1990, p. 173).

Ao nos determos com maior atenção na contribuição social dos trabalhos de cuidado – formal e informal – prestados historicamente pelas mulheres, é possível identificar como elas, desde há muito tempo, fornecem serviços específicos de Bem-Estar para as crianças, os maridos, idosos e incapazes. O trabalho reprodutivo feminino na maior parte dos casos é invisibilizado e não contabilizado como um serviço de Bem-Estar Social, haja vista que os trabalhos de cuidados são entendidos apenas como aqueles prestados formalmente pelo Estado ou pelo mercado, no qual as mulheres são contempladas como beneficiárias e não como prestadoras de serviços.

De acordo com Gama, a “crítica feminista vai incidir com contundência sobre o papel das mulheres na provisão do Bem-Estar por meio do trabalho doméstico não remunerado e o trabalho de assistência na esfera da reprodução social”. (2008 p. 49). Em geral, os estudos sobre o trabalho reprodutivo feminino procuraram demonstrar que o mesmo jamais poderia ter sido negligenciado, pois o Estado de Bem-Estar está assentado no pressuposto de que determinados aspectos da providência podem e devem continuar sendo exercidos por mulheres em casa, como parte de sua responsabilidade privada, e não por meio da provisão pública. Esta percepção acerca do trabalho reprodutivo demonstra como a sociedade é dele dependente e a importância que adquiriu na sustentação do Estado de Bem-Estar, que por sua vez se isenta de prestar determinados auxílios baseado na ideia de que os mesmos devem ser tratados como tarefas do âmbito privado feminino não remunerado, ou seja, “[...] o Estado sistematicamente estruturou a provisão de Bem-Estar social através do trabalho ‘invisível’ da mulher”, procurando inseri-lo no campo do não trabalho. (Gama, 2008, p. 43). Ao evidenciar a dependência do trabalho de cuidados, as historiadoras feministas demonstraram o desinteresse dos governos em reconhecê-lo e recompensá-lo

tal como o trabalho produtivo, revelando ainda, a forma estigmatizante com que ele vem sendo tratado.

[...] As estudiosas de gênero consideram o cuidado como uma atividade socialmente necessária, que devido ao seu caráter de gênero, nem sempre é reconhecido como tal. O trabalho reprodutivo se transforma em uma fonte de muitas desvantagens econômicas e políticas para as mulheres, pois em um mundo baseado na economia de mercado e, que relega à segundo plano assuntos da esfera privada, acaba por colocar as mulheres em uma posição de desvantagem, tanto na vida política quanto na esfera econômica. (Orloff, 2009, p. 08).

Esta citação demonstra como boa parte dos Estados ocidentais industrializados consideraram apenas o trabalho masculino como produtivo e capaz de fomentar a autonomia e fornecer direitos sociais. Por outro lado, o trabalho das mulheres (produtivo ou reprodutivo), além de mal remunerado e pouco reconhecido, confere o *status* de dependência social, ou seja, a dependência feminina através do trabalho reprodutivo privado contribuiu para a independência masculina na esfera pública, associando masculinidade com cidadania e direitos sociais. Esta construção do trabalhador como provedor e de sua esposa como dependente esteve na origem de legislações sociais que, por sua vez, conceberam a provisão de Bem-Estar de acordo com o gênero.

Primeiro há os benefícios disponíveis para os trabalhadores individuais por sua participação no mercado, no geral, benefícios reclamados por homens. Em segundo, existem aqueles disponíveis para os indivíduos dependentes dos da primeira categoria, geralmente reclamado por mulheres. (Gama, 2008, p. 61).

Este modelo foi o cerne da estruturação dos sistemas de proteção social que, em diferentes níveis, sustentaram a figura do homem provedor e da mulher esposa, dona-de-casa e mãe-de-família, fortemente submetida ao marido no que diz respeito à concessão de direitos sociais, esperando que realizassem o trabalho de cuidar – de crianças e outros dependentes – em casa e sem o apoio público. Os discursos de gênero, desenvolvidos em meados do século XIX e início do século XX, assim como as representações culturais da diferença sexual, desempenharam um papel decisivo na consolidação de um imaginário social coletivo, assentado em estereótipos de masculinidade e feminilidade. De acordo com a historiadora Mary Nash (2010),

estes discursos definiram as mulheres como sujeitos subalternos, construindo uma identidade que derivava de sua capacidade biológica de reprodução, definindo a maternidade e os cuidados como eixo central de sua identidade. Nesta mesma perspectiva, Marcela Nari sublinha que o valor social e político de uma população variava radicalmente de acordo com o sexo:

A população avaliada e valorizada como trabalhadores, cidadãos e/ou soldados era exclusivamente masculina. O valor da população feminina não se vinculava à política e nem à guerra, e cada vez era menor sua vinculação com a economia e a produção. No imaginário social, as mulheres, [...] estavam exclusivamente vinculadas à reprodução da vida dentro de uma unidade familiar hierárquica e naturalizada. (Nari, 2004, p. 32).

Ao desvincular o feminino de questões políticas, econômicas e militares, os governos centrais e seus sistemas de proteção se tornaram potentes centros perpetradores de desigualdades de gênero no campo da assistência. Fundamentados na ideia de que o Estado de Bem-Estar é fortemente marcado por questões de sexo e gênero, podemos aferir que em suas diversas facetas, o *Welfare State* é uma instituição altamente influenciada e instituída pelas dinâmicas de gênero que constroem comportamentos normativos para homens e mulheres por meio da prestação de serviços sociais. As instituições políticas do Estado de Bem-Estar marcam as identidades masculinas e femininas, demonstrando ter bases patriarcais que moldam o destino das mulheres como cidadãs ou como beneficiárias de seus serviços sociais.

Esta generificação da proteção social e a primazia deste ou daquele sexo, baseia-se na ideia de um Estado paternal que por meio de suas políticas sociais impõe, de acordo com a ótica masculina, a reprodução de determinadas identidades de gênero. Ou seja, a emergência do Estado de Bem-Estar fomentou a transição do “privado” ou “pessoal” para uma “estrutura patriarcal pública”, na qual as políticas estatais seriam substituídas da figura do homem provedor e corroborariam para a manutenção da dominação masculina. Isto estaria ligado às questões de cidadania, nas quais os homens tendem a fazer reivindicações como trabalhadores, enquanto as mulheres fazem reivindicações como membros de família (esposas ou mães).

Esta masculinidade compulsória das instituições políticas estatais é incorporada de maneira transversal tanto em suas estruturas burocráticas quanto hierárquicas. O Estado objetivamente possui a função de reproduzir a dominação masculina, dificultando o avanço de posições femininas assertivas e de empoderamento das mulheres no contexto político e social. Portanto, o Estado ajuda a garantir a supremacia masculina através da regulação dos direitos sociais, organizando políticas que se sistematizam em torno de um “Estado masculino” e um “Estado feminino”.

O primeiro ancorava-se no trabalho produtivo e no mercado, sendo o homem trabalhador entendido como a principal peça motriz da economia. O segundo, pelo contrário, baseava-se na dependência, entendendo a mulher como sustentáculo do trabalho reprodutivo, que por sua vez não é considerado como economicamente útil, e por isso, os auxílios sociais eram menores e estavam atrelados aos “testes-de-meio”, ou seja, a mulher deveria provar que necessitava e estava habilitada a recebê-los. As pesquisadoras do Estado de Bem-Estar classificam estes auxílios como preconceituosos, estigmatizantes e extremamente invasivos, pois partem do pressuposto que as mulheres são possíveis fraudadoras, dissimulando para perceber tais benefícios. (Gordon, 1990, Orloff, 1996 [b]).

O entendimento da existência de um “Estado Masculino” e outro “Feminino”, levou as feministas a se reapropriarem das análises desenvolvidas por Esping-Andersen, que dividem o Bem-Estar em três regimes: Social Democrata, Corporativista e Liberal, utilizando seu conceito de *regime*, expandindo as noções de cidadania social e incluindo às suas análises o trabalho reprodutivo feminino e seus impactos sobre os padrões de emprego pós-industrial. (Orloff, 2009). A centralidade da ideia de regime, está na evocação a um sentido de governança, o que permite classificar conceitualmente os vários princípios que norteiam os Estados de Bem-Estar, destacando principalmente suas relações com o mercado e as famílias. Para Julia Adans e Tasleem Pandamsee (2001), o conceito de regime incorpora as maneiras pelas quais certos sinais, julgamentos e emoções sobre o que é feminino e masculino organizam as relações entre os indivíduos, perpetuando os mecanismos sexistas que sustentam os Estados de Bem-Estar.

Ao elencarem o conceito de regime como central em suas análises, sociólogas e historiadoras feministas depuraram as tipologias desenvolvidas por Gøsta Esping-Andersen com a finalidade de construir um modelo interpretativo no qual a categoria gênero fosse mais relevante, privilegiando a ação das mulheres na formulação e execução das políticas públicas. Foi a partir dessa nova orientação teórica que conceitos mais tradicionais na teoria feminista, como patriarcado, por exemplo, foram repensados e novos conceitos começaram a ser utilizados, como o maternalismo e o paternalismo. (Martins, 2004[b]). Assim, os conceitos foram formulados na tentativa de classificar os regimes de proteção social, buscando escapar de uma visão masculinista e essencialmente vinculada ao economicismo. Tanto o maternalismo quanto o paternalismo podem ser entendidos como uma depuração das análises apresentadas até então, pois utilizando interpretações que levam em consideração os impactos do trabalho reprodutivo, a construção de identidades de gênero, conceitos de público e privado, patriarcado, entre outros, conseguem perceber de maneira mais clara e eficaz a participação feminina na elaboração e execução de políticas públicas voltadas para as mulheres e as crianças.

Ao longo desta discussão, buscamos apontar como o movimento feminista contribuiu para a reordenação dos estudos do *Welfare State*, partindo da constatação que as políticas de Bem-Estar, desenvolvidas no ocidente, visaram proteger e reforçar identidades masculinas, ancoradas nas concepções tradicionais sobre o feminino. Na sequência discutiremos os conceitos de maternalismo e paternalismo nos apoiando em estudos que desnaturalizaram as concepções tradicionais sobre o Bem-Estar. Centrando-nos com maior atenção no debate maternalista, um dos eixos centrais desta tese, por se tratar de um conceito maleável e de alta performatividade interpretativa abarcando elementos como gênero, classe e raça, buscaremos demonstrar que apesar da ampla aceitação de certos estereótipos de gênero, as mulheres participaram ativamente na esfera política – na verdade, em grande parte com base na diferença sexual – alegando que seu trabalho como mães lhes dava capacidades únicas para o desenvolvimento de políticas de Estado que salvaguardassem as mães e as crianças.

1.4. Maternalismo e paternalismo: as contribuições da teoria feminista para as interpretações dos Estados de Bem-Estar

Antes de iniciarmos as discussões acerca dos conceitos de maternalismo e paternalismo é importante salientar que os debates teóricos nos quais estes conceitos são problematizados permearão as análises realizadas nos capítulos posteriores, no qual buscamos entender as conformações socioculturais do Estado de Bem-Estar brasileiro. Desta forma, pensamos ser necessária uma discussão teórica mais aprofundada acerca destes dois conceitos, haja vista que ambos serão utilizados como ferramentas analíticas para a interpretação da experiência brasileira, dedicando especial atenção para a participação das mulheres na elaboração e execução de políticas de Bem-Estar para a maternidade e infância.

Fruto das reformulações empíricas e metodológicas propostas pelas pesquisadoras feministas para a compreensão do Estado de Bem-Estar, os conceitos de maternalismo e paternalismo foram introduzidos como ferramentas analíticas capazes de desvelar a capacidade das mulheres exigirem direitos sociais, baseadas em suas experiências como mães, reclamando dos governos autonomia, integridade física, dignidade, seguridade social e voz política. Uma das principais contribuições destes conceitos para o entendimento das estruturas assistenciais foi demonstrar a importância das políticas sociais desenvolvidas a partir do século passado, em reforçar uma estrutura familiar na qual o pai deveria aportar o sustento econômico enquanto a mãe deveria se dedicar às tarefas de atenção e cuidados, ignorando a maneira pela qual cada membro da família experimentava a assistência social. Embora vários trabalhos tenham se debruçado sobre o gênero, isto não significou que todas as pesquisas estivessem de acordo com seu impacto na produção da equidade entre homens e mulheres. Algumas estudiosas sustentaram a tese de que o Estado de providência reforçou as desigualdades, enquanto outras salientaram os seus aspectos reformadores e equitativos. (Cova, 2008).

Cabe ressaltar que a intencionalidade destas investigações era identificar as controvérsias ou coincidências existentes entre os diferentes discursos e as políticas para a maternidade provenientes do Estado, da Igreja, da medicina, do saber acadêmico, das associações políticas e do próprio movimento feminista. De acordo com os escritos de Linda Brush (1996), a novidade aportada pelos estudos sobre o maternalismo, comparativamente às pesquisas anteriores, foi centrar-se nos debates sobre o direito e o poder das mulheres como mães, desvelando os riscos e as conquistas políticas dentro de uma sociedade estruturada pelos valores masculinos.

De modo geral, as investigações relacionadas ao desenvolvimento dos Estados de Bem-Estar tendem a se constituir como um campo extremamente disputado e controverso, abarcando temas que vão desde a economia à formação das burocracias; dos movimentos de classe à pobreza operária; dos esforços do pós-guerra às pressões neoliberais, enfim um leque de possibilidades no qual as análises de gênero têm sido pouco privilegiadas. Mesmo sendo uma tarefa relativamente complexa e pouco desenvolvida entre os historiadores nacionais, pretende-se nesta tese abordar a temática do *Welfare State* por meio do uso do conceito de maternalismo, evitando-se, desta forma, uma abordagem economicista e/ou masculinista.

Privilegiando este tipo de análise em detrimento das investigações mais convencionais, buscamos identificar o papel central dos movimentos e associações femininas e feministas, que de diversas maneiras interagiram com as estruturas governamentais, formando boa parte do que conhecemos hoje como políticas sociais destinadas à maternidade e à infância. Ao defendermos que tais associações são um dos principais focos irradiadores das políticas maternalistas, pretendemos evitar a personificação do Estado como um ente monolítico, neutro e homogêneo em seu desenvolvimento histórico, capaz de gerar por si próprio as políticas assistenciais e agir de acordo com o surgimento de novas demandas sociais. Ao inserir as discussões de gênero no âmbito dos sistemas de proteção social materno-infantis, pelo viés maternalista, entendemos que as políticas assistenciais não significaram um reconhecimento da condição materna, ou da boa vontade da classe política para com as mulheres. Estas ações, mais do que benevolência estatal, eram em parte

resultado de constantes pressões exercidas por organizações de mulheres, que mesmo antes de obterem acesso ao sufrágio, formavam verdadeiros grupos de pressão política, impelindo as autoridades públicas a dedicarem especial atenção para as questões da maternidade e da infância. (Brush, 1996).

Na academia, a temática do maternalismo surgiu concomitantemente aos ataques sofridos pelas reivindicações femininas no campo político e social. Este incremento dos estudos maternalistas esteve ligado a uma clara tática feminista para encorajar o ativismo das mulheres e ao mesmo tempo embaraçar a classe política pelo tratamento dispensado à condição materna na atualidade. Tal reformulação conceitual, adaptada às preocupações feministas, possibilitou o entendimento de que os diferentes tipos de políticas sociais, implantadas desde o início do século XX, não foram baseadas exclusivamente no componente econômico ou de classe, mas ao contrário, possuíam uma forte ancoragem em sistemas de gênero.

O movimento maternalista, e consecutivamente todo o arcabouço ideológico que envolvia ações políticas e sociais na esfera pública, partia em grande medida do pressuposto de que as mães, por sua natureza, estavam mais habilitadas a identificarem as desigualdades existentes entre homens e mulheres. Alvo de disputa acadêmica, o conceito de maternalismo demonstra ser extremamente fluido e conflituoso, gerando intensos debates dentro do próprio movimento feminista. Por se tratar de um feminismo relacional, que interpretava as necessidades das mulheres de maneira distinta, especialmente em sua posição de defesa de um Estado em favor das mães, o maternalismo foi alvo de inúmeras críticas entre ativistas e pesquisadoras feministas.⁵ De acordo com Seth Koven e Sonya Michel (1990), a rejeição à maternidade e conseqüentemente ao maternalismo, entendidos como incompatíveis com a emancipação das mulheres, levou as historiadoras e outras investigadoras das

⁵ O feminismo relacional tem a sua visão centrada no casal, o que levou a uma interpretação diferenciada das necessidades das mulheres, especialmente no que se referia à ação estatal em favor das mães. Para as feministas maternalistas, distinções tanto biológicas quanto culturais forjam a ideia de uma natureza feminina e outra masculina, uma estrita divisão sexual do trabalho e das funções dentro da família e em toda a sociedade, derivadas desta "natureza" ou "diferença". Suas análises do contexto social estavam baseadas na centralidade e na complementaridade do casal e/ou na díade mãe e filho. Ver mais: (Offen, 1991).

ciências sociais a minimizarem sua influência na formação dos Estados de Bem-Estar. Como movimento social, as maternalistas deram maior importância à elaboração do essencialmente feminino, ponderando as diferenciações sexuais por meio de um marco complementar entre homem e mulher, mais do que suas similitudes. Em lugar de perseguir uma inserção incondicional em uma sociedade dominada por homens, elaboraram uma extensa crítica à mesma e suas instituições, defendendo a construção de um Estado com capacidade de identificar e dirimir a negligência com as mulheres. (Offen, 1991).

Utilizando o conceito de maternalismo, as pesquisadoras conseguiram explicar a experiência das mulheres nos sistemas de proteção social e a desconstruir a persistente imagem da mulher como beneficiária, edificando a figura da articuladora de políticas. Desta forma, o maternalismo, de acordo com a perspectiva analítica adotada por esta tese, é definido como um conjunto de ideologias e discursos que exaltam a capacidade das mulheres de serem mães, atendo-se à ideia de que a dedicação às tarefas de nutrição, cuidados e moralidade, as habilitavam a construir uma sociedade mais justa com base nos chamados valores femininos. (Koven; Michel, 1993). De acordo com esta perspectiva, as mulheres atuaram na esfera política com base na sua “diferença”, alegando que a experiência com a maternidade dava capacidades únicas e inestimáveis para arquitetar políticas de Estado que salvaguardassem as mães e crianças. Desta forma, o emprego do conceito de maternalismo nas investigações sobre o Bem-Estar nos possibilita mapear os pressupostos culturais, ideológicos e discursivos que sustentam a divisão sexual do trabalho, bem como as dinâmicas familiares, as estruturas burocráticas e as políticas governamentais de assistência que ancoram os programas de Bem-Estar desenvolvidos no Ocidente industrializado.

Ao conceitualizar as origens das políticas de Bem-Estar nos Estados Unidos, Patrick Wilkinson (1999), aponta que entre as principais particularidades deste país está, sobretudo, sua dimensão maternalista. Para o autor, as primeiras políticas de Bem-Estar estadunidenses, usualmente entendidas como um legado da Grande Depressão têm suas origens nas primeiras décadas do século XX, quando reunidas em organizações de

caridade, inúmeras mulheres das camadas médias pressionaram o governo a elaborar leis de proteção às mulheres trabalhadoras, bem como benefícios públicos para mães pobres. Várias pesquisadoras da História das Mulheres, assim como Patrick Wilkinson, têm vinculado a ascensão de políticas maternalistas a governos descentralizados e de forte cunho liberal, cenário no qual medidas de assistência e de intervenção no mercado de trabalho eram desaconselhadas e até proibidas por lei. Nestes países, coube às instituições de caridade e à filantropia ocuparem os espaços deixados pelo Estado, provendo assistência às camadas mais pobres da população.

A tradição assistencialista, engendrada em boa parte dos países ocidentais a partir de meados do século XVII, tinha em suas raízes a ação conjunta de homens e mulheres abastados e fortemente influenciados pela moral cristã, que se dedicavam a diminuir o sofrimento dos mais pobres. Contudo, foram as mulheres que se envolveram mais intensamente com as atividades caritativas, num movimento coerente com os valores ideológicos que definiam “a assistência como um gênero de trabalho feminino que não atentaria contra a moral e a virtude das mulheres”. (Martins, 2011, p. 22). Esta feminização histórica da assistência capacitou as mulheres como agentes políticos na formulação de leis de proteção, com especial atenção para as mulheres de baixa renda “nas quais reformadoras partiram dos pressupostos sobre a natureza feminina, para fundamentar estratégias políticas, proporcionando proteção social responsável para a mulher/mãe”. (Larsen, 1996, p. 05). Em Estados “fortes” ou chamados de paternalistas, como a França, Alemanha e Espanha onde a burocracia estatal já realizava reformas de Bem-Estar por conta própria, havia pouco espaço para a influência das mulheres. Nos estados “fracos” ou maternalistas, como a Grã-Bretanha e os Estados Unidos com governos menos centralizados e menos burocratizados, as mulheres tiveram uma maior margem de manobra e foram capazes de reivindicar e estender sua influência na formulação de políticas de Bem-Estar. (Wilkinson, 1999).

Cientes da vulnerabilidade das mulheres perante a pobreza, estas ativistas iniciaram uma série de ações privadas, como casas de ajuda, maternidades, atenção pré e pós-natal, creches e escolas, com o intuito de

reduzir a mortalidade materno-infantil, além de valorizar as mães. Essas medidas possuíam o claro objetivo de proporcionar condições materiais para que as mulheres mães pudessem viver com mais dignidade e mais preparadas para enfrentar os dilemas da pobreza, além de buscar equiparar o exercício da maternidade com o trabalho remunerado. O êxito de boa parte destas ações voluntárias na promoção de uma maternidade sadia, juntamente com a crescente pressão dos movimentos feministas, fez com que o Estado, posteriormente, encampasse ou financiasse um número considerável de ações assistenciais voltadas para o bem-estar materno-infantil:

[...] o setor voluntário foi a arena na qual o Estado de Bem-Estar testou inúmeros programas, estes, quando bem sucedidos, transformavam-se em um importante modelo para as políticas sociais nascentes. A trajetória da iniciativa privada e pública, especialmente no que diz respeito à saúde materna, a infância e o bem estar, muitas vezes implicou em uma estreita cooperação entre associações voluntárias [...] e os governos locais. (Koven, 1993, p. 114).

A intencionalidade de focar especialmente o âmbito político local, onde as organizações voluntárias eram extremamente atuantes, é identificar um intenso processo dialógico entre o Estado e o associativismo feminino, que por sua vez pode ser considerado como um dos principais focos irradiadores de políticas assistências para a maternidade e a infância. Por isso, de acordo com Eirinn Larsen (1996), a interação entre o público e o privado – associações voluntárias e o Estado – possui uma importância crescente no atual processo analítico desenvolvido por historiadores e historiadoras do Estado de Bem-Estar. Este intercâmbio interpretativo possibilita partir do particular, do privado, da família e dos indivíduos, para a construção de uma versão mais plural das políticas assistenciais materno-infantis, demonstrando que as mesmas não são frutos somente de uma burocracia especializada e sim da interação de diversos atores sociais, entre os quais as mulheres se destacaram.

Esta relação entre Estado, administração local e associações voluntárias/privadas, foi objeto de estudo da historiadora norueguesa Anne-Lise Seip (*Apud*: Larsen, s/d), ao investigar as origens do *Welfare State* nos estados Ocidentais mais industrializados. Segundo a autora o Estado de Bem-Estar é resultado e produto de uma triangulação de ações privadas, locais e

federais ou centrais que, entrecruzadas, erigiram uma série de políticas sociais voltadas para os grupos mais suscetíveis às irregularidades do mercado. Assim, uma das principais características dos emergentes Estados de Bem-Estar do século XX foi a mistura de público e privado, ou seja, no intuito de obter maior efetividade em suas ações assistenciais, o Estado buscou o apoio de iniciativas privadas e filantrópicas desenvolvidas no âmbito local, que em muitos casos foram o ponto de partida para as políticas nacionais.

Este entrecruzamento de agentes levou Anne-Lise Seip a cunhar o conceito de *triângulo do Welfare*, que se tornou uma importante ferramenta analítica para os estudos de gênero e assistência. Demonstrando que o Estado não foi o único idealizador das políticas de assistência social, o uso deste conceito possibilitou situar o nível local como um centro irradiador e mantenedor de ações assistenciais. Em muitos dos países que hoje etiquetamos como Estados de Bem-Estar, as ações voluntárias e de filantropia foram durante muito tempo as únicas formas assistência social à classe trabalhadora, às mulheres pobres, aos indigentes e outros desafortunados. Encabeçadas majoritariamente por associações femininas, geralmente ligadas aos representantes da burguesia comercial e industrial local, estas ações caritativas e de benemerência se entroncaram com as ambições, mesmo que veladas, dessas mulheres de ascensão à esfera pública, que vinham se delineando desde meados do século XIX:

As associações locais atraíram milhares de mulheres para a atividade política fossem elas solteiras, casadas, letradas, da mesma geração ou de gerações posteriores; inúmeras mulheres foram atraídas para as atividades dos recém-criados escritórios locais das organizações assistenciais, que lhes ofereciam inúmeras oportunidades de participar das atividades de Bem-Estar. (Koven; Michel, 1990).

Impulsionadas pela possibilidade de maior participação pública e sensibilizadas com a situação de pobreza extremada na qual vivia boa parte das mulheres, trabalhadoras ou não, as ativistas passaram a ocupar inúmeros espaços de poder nas comunidades em que estavam inseridas. Suas associações voluntárias e de caridade prestavam os mais diversos tipos de assistência, como ensinar noções de puericultura, prestar atendimento médico, distribuir alimentos, transformando-se em espaços de referência no contexto

social no qual estavam inseridas. Este proeminente destaque das associações voluntárias e os significativos resultados de suas ações assistenciais acabavam por transformar suas idealizadoras ou coordenadoras em autoridades morais, com forte influência nos círculos locais de poder. Apesar de não ocuparem os postos mais elevados da administração pública, estas mulheres conseguiram, por meio de seu protagonismo assistencial, relacionar-se com as diversas áreas do poder público, ora buscando apoio para seus empreendimentos, ora instando as autoridades públicas em favor de medidas mais amplas e eficazes, voltadas para a salvaguarda da maternidade e da infância. (Brush, 1996).

Seguindo esta linha analítica, Theda Skocpol (1987; 1993) foi uma das pesquisadoras feministas pioneiras nos Estados Unidos em relacionar o surgimento do Estado de Bem-Estar com as lutas feministas do início do século XX. Seus estudos sobre a assistência social estadunidense introduziram entre os cientistas sociais o termo “maternalismo”, identificando os esforços das associações feministas no desenvolvimento de um sistema de assistência social no qual se privilegiavam dois indivíduos em especial, as mães e as crianças. Skocpol se refere às políticas maternalistas para tratar da legislação social promulgada entre o final do século XIX e início do XX. Theda Skocpol sustenta a hipótese de que o *Welfare State* nos Estados Unidos desenvolveu uma política estatal de orientação maternalista, diferente do que ocorria nos Estados europeus no mesmo período, em que as políticas sociais eram fundamentalmente orientadas para a classe trabalhadora, tendo no homem operário sua prioridade e seu principal objetivo.

O *Welfare State* estadunidense, desde sua estruturação no final do século XIX, manteve como único programa de políticas sociais a proteção à maternidade e à infância, o que o diferenciava consideravelmente dos outros sistemas de proteção estatal europeus, nos quais diferentes grupos sociais eram atendidos. No entanto, esta “preferência” pelas questões da maternidade e da infância não o tornou especial, e tampouco pode ser chamado de Estado exclusivamente maternalista. O que definiu os Estados Unidos como um *Welfare State* de orientação maternalista foi a ampla mobilização dos movimentos feministas frente a uma burocracia estatal frágil e a sindicatos politicamente enfraquecidos, juntamente com a ocupação das estruturas

estatais criadas para implementar as políticas sociais por mulheres, abrindo um importante espaço para a sua atuação profissional.

De acordo com os estudos de Skocpol (1987), enquanto boa parte dos países da Europa continental construiu sistemas de assistência que privilegiaram a classe trabalhadora, destinando benefícios financeiros diretamente para o operário, o *Welfare State* estadunidense canalizou sua assistência diretamente para as mulheres mães, independente de estarem atreladas ou não a um homem. Esta distinção entre os dois sistemas de assistência levou Skocpol a interpretá-los como políticas sociais paternalistas e maternalistas. O primeiro concedia benefícios indiretos às mulheres, ou seja, para obter acesso as políticas de Bem-Estar proporcionadas pelo Estado, elas deveriam estar preferencialmente inseridas em um contexto familiar estável, ou seja, heteronormativo e fundado no casamento. Por outro lado, nos países anglo-saxões as mulheres se aproveitaram do poder moral da maternidade para angariar, desde o nível local até o federal, políticas assistenciais dirigidas para as mulheres e as crianças, desatrelando a mãe da figura do homem como cabeça de família. (Skocpol, 1987)

Neste sentido, os Estados Unidos foram pioneiros de um estilo alternativo de Bem-Estar Social, “baseado no gênero”, com programas especialmente destinados para mães e seus filhos que começaram a ser delineados ainda no início do século XX. No caso estadunidense, a força política acumulada pelo movimento feminista foi capaz de lançar uma série de políticas assistenciais nas quais o componente de gênero, e não a classe social era importante. Portanto, Skocpol (1987) identificou a configuração excepcional do Estado e das políticas nos Estados Unidos, onde as mulheres puderam ocupar alguns espaços de poder e formular políticas materno-infantis, considerando a maternidade como uma função social.

Reafirmando as pesquisas de Skocpol, as historiadoras Seth Koven e Sonia Michel (1990) também utilizaram o conceito de maternalismo no intuito de explicar os fundamentos ideológicos nos quais as atividades reformistas femininas foram arquitetadas nos Estados europeus. Segundo a perspectiva adotada por Koven e Michel (1993), o maternalismo é um conceito político que interage com as diferenças de gênero, salientando a identidade das mulheres

como mães e sustentando a ideia que as mulheres, por suas diferenças “naturais” e morais, possuíam a capacidade de estender os valores individuais e familiares ao conjunto da sociedade. Desta forma, reconhecendo a existência de uma grande variedade de agentes, as investigadoras dos sistemas de proteção social perceberam que o papel do Estado era complementado, quando não antecedido pela atividade privada e voluntária, na qual as mulheres e o movimento feminista aparecem como elementos sustentadores, reivindicativos e formuladores de políticas.

No entanto, ao evocarem imagens tradicionais e naturalizadas de feminilidade como contrapartida às ingerências encampadas pela medicina e pelo Estado na vida cotidiana das mulheres, as ativistas acabaram optando por uma determinada imagem daquilo que deveria ser a verdadeira feminilidade, que por sua vez não correspondia à realidade da maioria das mulheres que suas organizações visavam atender e amparar. Este perfil fortemente arraigado do movimento maternalista manifestava-se através da mulher branca, de classe média e com um determinado nível de educação formal, contudo este modelo não correspondia à grande massa de mulheres que vivia nos bairros mais pobres dos núcleos urbanos e nos mais longínquos rincões, que desde sempre se dedicavam às atividades laborais com a finalidade de complementar a renda da família. Em nome da solidariedade feminina, da saúde familiar e da nação, as reformistas reivindicavam o direito de instruir e regular as condutas das mulheres da classe trabalhadora, que por sua vez não se adequavam ao modelo familiar baseado na norma e na respeitabilidade burguesa. No entanto, as reformadoras burguesas e de classe média muitas vezes alheias às realidades das mulheres que atendiam, minaram a possibilidade de realizar a tão sonhada solidariedade baseada no gênero.

De acordo com Gwendolyn Mink (1996), iniciativas institucionais impulsionadas pelas ativistas maternalistas, como as pensões destinadas às mães, ofereciam às mulheres das camadas populares a promessa de vivenciar a maternidade com plena dignidade política e de cidadania, mas tudo isso a um preço exorbitante. Para adquirirem o direito de serem assistidas pelo Estado, elas deveriam aprender e interiorizar a forma maternalista de ser mãe. Com o poder de fiscalizar e aplicar os recursos financeiros destinados aos centros de

atenção à maternidade e à infância, as maternalistas estabeleciam uma série de requisitos para que as mulheres obtivessem acesso aos benefícios sociais, além de uma rígida fiscalização da assistência. A ação maternalista promoveu, em nome do Estado e de uma moral de gênero, a uniformização cultural da maternidade e da vida familiar entre a classe trabalhadora, baseada na crença de que todas as mães poderiam, por sua natureza, cumprir com funções que supostamente eram próprias da vida feminina, devendo apenas aperfeiçoar e possibilitar seu desenvolvimento.

Apesar de sua grande importância em defesa dos direitos sociais femininos o maternalismo não foi um movimento coeso, em suas fileiras agiam mulheres das mais distintas origens socioculturais, com aspirações e objetivos que ora coincidiam ora divergiam. Ao essencializar a maternidade como algo comum a todas as mulheres, as ativistas construíram uma imagem idealizada, como sendo a origem das habilidades especiais que capacitavam as mulheres a agir na esfera pública. Sobrepondo à maternidade um forte discurso moral, as maternalistas pretendiam criar sobre todas as mulheres uma blindagem especial que as autorizava ascender em igual valor aos homens no mundo da política, como agentes capazes de criar, regular e fomentar políticas sociais dirigidas especialmente para as mulheres mães. No entanto, apesar de suas diversas conquistas no âmbito social, as ativistas maternalistas, ao utilizarem a maternidade como um elemento moral e natural aglutinador, idealizaram um determinado tipo mãe, que por sua vez, oriundo das classes médias, não correspondia à realidade social de outras mulheres, mas devido sua força política acabou se impondo às demais – não sem discordância.

Por outro lado, o paternalismo político, de acordo com as análises propostas pelas pesquisadoras feministas, parte do pressuposto que determinadas ações públicas destinadas às mulheres com a finalidade de assegurar-lhes proteção social, foram construídas sobre estruturas de gênero que visavam alicerçar a dominação masculina. Tal constatação refere-se ao sistema binário do gênero, opondo a dominação e o senso de responsabilidade de um lado e a debilidade, as necessidades e a dependência, de outro lado. Neste sentido, o contexto europeu da primeira metade do século XX foi significativo para a compreensão de como determinados Estados –

principalmente aqueles governados por regimes autoritários e totalitários – produziram políticas assistenciais, jurídicas e econômicas a partir de um modelo masculino e paternal de governança. De acordo com Ana Paula Vosne Martins (2011), grande parte das nações europeias circunscreveu as mulheres a uma ação paternalista de poder que articulava um ideal de feminilidade baseado em ideias naturalizadas sobre o sexo.

A partir deste entendimento, podemos afirmar que assim como o conceito de maternalismo foi utilizado pelas pesquisadoras feministas para interpretar certas configurações dos Estados de Bem-Estar, o conceito de paternalismo foi utilizado como uma maneira de identificar aqueles Estados em que o grau de mobilidade das mulheres nas estruturas sociais e políticas foi reduzido ao mínimo possível, partindo do pressuposto de que elas só atuariam na esfera reprodutiva. As pesquisadoras denominaram como Estados paternalistas aqueles que definiam suas políticas a partir da instrumentalidade feminina. As mulheres, em especial aquelas oriundas das classes operárias, independente se sua condição civil, mas, sobretudo as mães, foram objetos de inúmeras políticas assistenciais que lhes atribuíam um caráter instrumental, ou seja, para alcançar a família e a infância, fazia-se necessário criar mecanismos que garantissem o Bem-Estar das mães.

Cabe ressaltar que esta assistência, na maioria das vezes, não se estabelecia de maneira direta, pois o diálogo entre as administrações públicas e as mulheres mães se realizava por meio da existência de terceiros. Como as mulheres eram vistas a partir de necessidades específicas, como saúde, alimentação, renda e moradia, o Estado, através de abonos, salário família, creches, entre outros, as enquadrava a partir de um estatuto moral, político e social de dependência do marido. Suas necessidades eram atendidas pelos serviços públicos somente a partir da existência da tutela do marido, ou então, na impossibilidade do mesmo cumprir seu papel de provedor familiar, o Estado deveria desempenhar temporariamente esta função. (Martins, 2011)

Definimos o Estado paternalista como um organismo funcional que se coloca como árbitro nos conflitos entre capital e trabalho, representando os interesses coletivos em contraposição aos interesses individuais. Esta atuação se estabelece de maneira hierárquica, no qual o Estado portador de uma

autoridade do tipo paternal, rege, legisla e alinha a grande massa populacional sob a alegação de criar uma homogeneidade, indiferente à raça, classe ou sexo. Com o pretexto de organizar a sociedade como uma grande família, seu poder é fortemente influenciado por uma masculinidade compulsória, na qual sua potência emana de todo um conjunto de virtudes supostamente naturais, baseadas nos valores morais atribuídos ao sexo masculino tais como autoridade, controle e paternidade.

Desta forma, as relações paternalistas se caracterizam pelo poder e dominação do tipo tradicional, oriundo das estruturas familiares patriarcais, na qual a autoridade paterna representa a lei e as hierarquias se constroem e se estabelecem com respeito a esta autoridade que é, sobretudo, moral. Este qualificativo moral de um poder exercido através de uma relação natural, oriunda da paternidade, sustentou e ainda hoje sustenta uma série de práticas e relações políticas e sociais. Seu fundamento natural e moral justifica a existência das mais diferentes hierarquias de classe, raça, religião, de geração, política ou de gênero, apesar de seu discurso afirmar equidade, pois aquele que exerce o poder busca atender as necessidades de seus protegidos, dispensando proteção e cuidados que somente ele sabe como suprir. (Martins, 2011). De acordo com esta formulação paternalista de poder, a dependência e a necessidade justificam a existência de determinadas políticas marcadas pelo gênero, pois as mulheres são vistas como indivíduos que mais necessitam de um poder benévolo e superior, devido à sua suposta fragilidade e debilidade naturais.

Identificado como uma força positiva e racional, o poder do Estado paternalista legitima um discurso de dominação sobre as mulheres, estabelecendo um elo de subordinação entre elas e a família, atrelando-as aos poderes do pai, dos irmãos ou do marido, entendidos como mais capazes. Frente ao Estado paternalista, as mulheres serão reconhecidas somente por sua relação de dependência com o outro, não possuindo uma cidadania social *per se*, mas sempre como filha, esposa ou mãe de alguém.

O paternalismo tem, portanto, uma justificativa original no gênero, nesta diferença construída culturalmente a partir do sexo, criadora de outras diferenças. É o discurso do gênero que estabelece igualmente a dicotomia entre os potentes e os impotentes, bem como o que cabe

a cada um no interior das relações entre si estabelecidas. Cabe ao mais potente não só o poder natural sobre os mais fracos, como enunciou Aristóteles e tantos filósofos depois dele, mas também a responsabilidade sobre a vida, a fim de que ela seja protegida e que se reproduza. Na sua origem de gênero o poder masculino supre as necessidades, organiza e protege a vida daqueles que por serem definidos pela impotência precisam se colocar sob a sua proteção e tutela. (Martins, 2011, p. 10-11).

A crítica feminista, por sua vez, proporciona o desvelamento da estrutura patriarcal do Estado de Bem-Estar ao destacar as implicações sociopolíticas e os impactos sobre as relações de gênero que determinadas políticas produzem sobre as mulheres. Este ponto de vista é extremamente importante, pois através dele podemos identificar algumas estruturas elementares que constituem o Estado paternalista, tais como a existência de uma burocracia fortemente estatizada e masculinizada, o afastamento das mulheres dos círculos políticos que planejam e executam as políticas públicas, e o enquadramento moral das mulheres por meio da consolidação do poder marital e provedor masculino, no qual ambos, marido e esposa, deveriam desempenhar funções sociais de acordo com o seu sexo.

Diferente do que ocorreu nos Estados Unidos onde a burocracia estatal era enfraquecida facilitando o acesso das mulheres aos círculos de poder – mesmo que de forma subordinada – as burocracias dos Estados paternalistas eram extremamente masculinizadas e com um forte sentimento de responsabilidade e de controle sobre a população. O controle exercido pelos homens sobre os diversos cargos da administração pública inibiu e dificultou a entrada das mulheres nestes espaços de poder, entendendo-as apenas como beneficiárias da ação estatal e incapazes de gerir e elaborar políticas. De acordo com Linda Gordon (1995), nestas sociedades extremamente burocratizadas as mulheres foram obrigadas a desempenhar um papel secundário, limitando sua atuação exclusivamente à filantropia e à caridade privada, impedindo-as de uma ação política mais propositiva junto ao Estado.

Baseados em uma estrutura de poder que entendia a mulher como dependente, tanto no sentido moral quanto político, os técnicos e burocratas desenvolveram políticas assistenciais que refletiam esta mentalidade. Para a elite administrativa, bem como para os líderes políticos, os programas assistenciais deveriam privilegiar o homem trabalhador, responsável natural

pelo bem-estar da família. Nestes termos, o homem era percebido como o chefe incontestado da família e por esta razão os benefícios deveriam ser direcionados a ele, já que, de uma maneira ou outra, estas benesses acabariam por se refletir na segurança de sua esposa e filhos dependentes. De acordo com Mary Nash (1996[a]), a prioridade das reformas sociais que paulatinamente erigiram estes Estados de Bem-Estar afetavam diretamente aos homens, pois se destinavam principalmente a aliviar o fardo que a família representava para a mão de obra masculina.

Ao reservar a exclusividade de direitos sociais ao trabalhador ativo, o Estado paternalista instaurava um regime com dupla ação. Ao conceder seguridade a partir da ideia de direito adquirido – via mercado de trabalho – o Estado não desacreditava a capacidade paterna em manter sua prole e ainda reforçava a dependência do grupo familiar, principalmente das mulheres, criando um vínculo estrutural de subalternidade. Os efeitos indiretos provocados por estas políticas fortaleceram a dependência das mulheres com respeito aos maridos, que se beneficiavam das ajudas sociais, além de ampliar consideravelmente as desigualdades de gênero no que se refere à renda e pobreza, pois as mulheres sem maridos estavam mais propensas a serem solapadas pelos múltiplos efeitos da miséria. Ao estarem presentes em sociedades que impediam as mulheres de acessar o mundo do trabalho – indispensável para obter determinados benefícios – e serem significadas através de seu *status* de esposa e mãe, as administrações públicas pretendiam consolidar e defender um determinado tipo de família na qual cada integrante desempenharia um papel social de acordo com a importância do seu sexo. Ao adentrar no século XX, os corpos burocráticos introduziram uma série de políticas sociais que pressionavam pelo retorno ou a fixação das mulheres no espaço doméstico, vetando qualquer possibilidade de adentrar no mundo do trabalho.

De acordo com as ideologias e os discursos da domesticidade e da maternidade vigentes nos Estados paternalistas, o trabalho remunerado fora do ambiente doméstico, assim como a participação na esfera política, eram incompatíveis com a definição normalizada de mulher. Todos os auxílios e benefícios elaborados para as famílias das camadas populares possuíam o

claro objetivo de forjar um determinado ideal de vida conjugal e familiar. No entanto, Koven e Michel (1993) argumentam que, paradoxalmente, nos países onde predominaram as políticas maternalistas, os benefícios foram menos abrangentes e generosos, ao contrário dos Estados em que prevaleceram as políticas paternalistas, que formularam uma ampla rede assistencial voltada para a proteção da maternidade e da infância. No entanto, este interesse especial nas mulheres raramente estava atrelado à ideia de expandir direitos ou oportunidades, ou mesmo em fortalecer a família como um objeto com valor em si. As inúmeras leis de proteção, limitação e regulação do trabalho feminino que estabeleciam jornadas, salários e carga de trabalho regulada, estavam longe de se caracterizarem como leis que visavam a igualdade. Apesar da roupagem maternalista que acompanhou e legitimou a aprovação de tais leis, estas medidas visavam enquadrar as mulheres em um modelo social que não só as afastava, mas a desestimulava a entrar no mercado de trabalho assalariado. (Koven; Michel, 1993).

A partir da segunda metade do século XX, algumas medidas limitadoras do trabalho feminino foram substituídas por outras, de caráter redistributivo, compensando a ausência das mulheres no mercado de trabalho por serviços de saúde e direitos sociais. No entanto, essa legislação não visava alcançar a mulher como um sujeito de direitos políticos e sociais, ao contrário, elas foram promulgadas em nome das crianças, da raça e da nação, ou seja, marcadas pelos valores paternalistas. (Koven; Michel, 1993).

A exemplo disto, países dominados por ideologias autoritárias ou totalitárias, como Alemanha, Itália e Espanha, iniciaram uma série de programas assistenciais que visava alcançar a família através das mulheres. No entanto, para ser merecedora de tais benesses, a mulher deveria cumprir com sua suprema missão de ser mãe, ficando seu *status* de cidadania tutelado à maternidade, que por sua vez deveria respeitar as normas e valores morais. Cabe ressaltar que tais projetos de proteção social não entendiam a maternidade como uma experiência plural, que poderia ser vivida e experimentada das mais variadas formas. Ao invés disso, tais políticas centraram sua atenção em auxílios que visavam reforçar a paternidade e

colocar muitos obstáculos à autonomia feminina a partir de uma visão tutelada de maternidade.

Com um movimento feminista restrito na sua influência política, seja pela forte estrutura burocrática que impedia a participação das mulheres, seja pelo completo rechaço ao feminismo, as mulheres ficaram circunscritas a um papel secundário. Inseridos no contexto entre guerras, estes países depositaram um valor exacerbado no militarismo e na masculinidade, cabendo ao Estado controlado por homens elaborar políticas assistenciais que incrementassem a população e assim elevassem o potencial bélico nacional. A competição militarista internacional e o medo da despovoação proporcionaram um maior incentivo em defesa da criança e da maternidade com a finalidade de promover o crescimento acelerado de uma população saudável, que se refletia no desenvolvimento de políticas sociais generosas, de amplo alcance e com um forte sentimento paternal.

A construção de uma determinada tipologia materna se inseria em um contexto de redefinição dos próprios grupos familiares. Nos países onde imperava o militarismo exacerbado, o forte sentimento de obediência e o controle sobre a conduta dos indivíduos, a família foi o principal local em que se operaram mudanças estruturais baseadas na figura do homem provedor. Este universo de normas, valores e discursos, tão minuciosamente elaborado, buscou criar um novo lugar para as mulheres, já que se viu abalado por um mundo povoado por mulheres que passaram a pressionar os governos por uma maior participação na vida pública. No entanto, uma conjuntura de relativa liberdade, que paulatinamente foi sendo conquistada a partir no início do século XX, acabou refreada no período entre guerras, quando governos fascistas e seus remanescentes buscaram (re)enquadrar e limitar as mulheres em sua velha e conhecida função de mãe e esposa, contexto este para o qual as políticas assistenciais desempenharam um papel fundamental. Para Carmen Molinero, (1998) uma das principais características dos governos autoritários foi o completo rechaço aos movimentos feministas e as reivindicações de igualdade exigidas pelas mulheres. O anti-feminismo era uma parte essencial do discurso fascista, que unido ao anti-liberalismo, antissocialismo e ao

militarismo, formavam parte de um amplo projeto anti-emancipatório, e de enquadramento social.

Frente a estas considerações, pode-se afirmar que o uso do conceito de maternalismo dissipou a espessa névoa que envolvia a atuação política do movimento reformista de mulheres que, baseadas numa natural condição feminina, reivindicaram direitos sociais para si, para outras mulheres e para os seus filhos. Durante muito tempo houve um consenso generalizado de que a maternidade, assim como o próprio movimento maternalista, conflitavam com as aspirações de emancipação e por isso o movimento reformista foi minimizado pelas historiadoras do *Welfare State*. Assim, é possível entender que a suposta neutralidade de gênero das políticas públicas, largamente defendida pelos pesquisadores tradicionais, mostrou-se uma falácia; a abordagem feminista desvelou de maneira irrefutável como as estruturas políticas são perpassadas por contundentes dinâmicas de gênero. Desta forma, podemos afirmar a partir do pensamento e da ação maternalista, que as instituições sociais não são independentes umas das outras, mas estão interligadas por meio de conexões que se estabelecem entre o público e o privado, entre o Estado de Bem-Estar e os movimentos sociais, que de maneira convergente ou divergente, estabelecem o pano de fundo para a atuação das mulheres na esfera política e social.

Balizados pelas discussões acima propostas, no próximo capítulo analisamos o processo de conformação do Estado de Bem-Estar brasileiro, identificando as formas pelas quais as políticas sociais dirigidas para a maternidade e a infância foram elaboradas e executadas, percebendo ainda a maneira pela qual as mulheres interagiram com as estruturas assistenciais, seja como beneficiárias, seja como articuladoras. Buscamos ainda com as discussões que seguem, compreender as maneiras pelas quais tais políticas se entrecruzaram com os sistemas de gênero vigentes na sociedade brasileira, criando determinados lugares políticos e sociais para a maternidade, paternidade e infância.

2. O BRASIL DA PRIMEIRA REPÚBLICA: UM PRELÚDIO DAS POLÍTICAS ASSISTENCIAIS MATERNO-INFANTIS

Este capítulo tem por objetivo mapear a conformação das primeiras políticas assistenciais desenvolvidas pelo Estado brasileiro em parceria com as ações filantrópicas privadas e que se destinavam prioritariamente para a maternidade e a infância. A análise se restringe primeiramente à cidade do Rio de Janeiro, por ser a sede administrativa de três esferas diferentes de poder, União, Estado e Município, concentrando uma elite burocrática e financeira que se entrecruzavam de maneira orgânica, originando sistemas de ajuda destinados às camadas populares urbanas. No entanto, cabe ressaltar que o principal objetivo deste capítulo é identificar como a máquina pública brasileira interagiu com os sistemas de ajuda filantrópicos e como ambos, por sua vez, interagiram com as mulheres, tanto as integrantes de associações que promoviam a assistência, quanto aquelas que receberam os cuidados e serviços proporcionados pelas políticas de auxílio e proteção.

Dessa forma, no primeiro item demonstraremos como num contexto de mudança dos sistemas assistenciais, as políticas brasileiras de assistência durante o início do século XX foram esparsas e pouco intervencionistas, abrindo espaço para que instituições filantrópicas e de assistência, que se destacaram no atendimento às questões relativas à maternidade e à infância.

Na segunda parte do capítulo analisamos como os médicos, por meio das instituições filantrópicas e assistenciais, destacaram-se no auxílio às mães e crianças brasileiras, estabelecendo com elas relações de poder verticais, que reproduziam e reforçavam um ideal de maternidade e infância, que instituíam e eram instituídas por identidades gênero, que serviram de modelo para a promoção de políticas de ajuda às populações urbanas.

No terceiro e último item apresentamos a importância das mulheres de elite que, a partir de um ideal de feminilidade baseado na maternidade, estiveram na origem de ações e organizações filantrópicas e das políticas públicas, promovendo a assistência às mulheres pobres através de sua valorização como mães.

2.1. A Primeira República e a assistência aos necessitados: a maternidade e a infância como problemas de Estado

No prefácio do livro *Sociedade e Maternidade* (1915), Alexandra Kollontai, ativista revolucionária e teórica marxista russa, alertava para a complexidade de uma questão social que vinha anos após anos se avolumando à 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 a 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. (Kollontai, 1915. p.3).

Da mesma forma com que Kollontai advertia para o quadro problemático enfrentado pelas mulheres mães na sociedade capitalista do século XX, Humbertine 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. Segundo 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 a ser 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. (Auclert, 1879).

A infância e a maternidade como problemas de Estado surgem com maior envergadura entre meados do século XIX e início do século XX, quando as nações industrializadas passaram a depositar nas crianças valor positivo, entendendo-as como o gérmen de seu futuro. Dentre as diversas problemáticas que envolviam este estágio da vida, aquelas que desencadearam maior mobilização social foram os altos índices de mortalidade infantil e a suposta queda de natalidade existente em países com relativo grau de desenvolvimento industrial. Se um Estado realmente se importasse com seu futuro no contexto internacional, deveria prevenir a queda de natalidade bem como combater com veemência as altas taxas de mortalidade entre a população infantil, pois os efeitos deste problema demográfico-social logo seriam sentidos na composição da mão de obra e no efetivo dos exércitos nacionais. (Martins, 2004). Utilizando-se sabiamente da única retórica compreendida pelos administradores do Estado, Alexandra Kollontai (1915) advertia para o descaso com que a maternidade era tratada, sendo deixada sob a jurisdição de reformadores sociais e filantropos que se acotovelavam na tentativa de restabelecer o paraíso perdido das mães e crianças. Segundo a autora, 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 nações, ativistas e/ou feministas maternalistas como Humbertine 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 resignificar a maternidade de maneira positiva, chamando atenção das autoridades para a precariedade da vida das mulheres, 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 nação. (Bock; Thane, 1996). No entanto, diferente dos demógrafos e médicos higienistas, como veremos adiante, 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 maternalistas 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 física. (Key, 1914, p. 64-65).

Preocupação para os intelectuais, 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. 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 Nari (2004), 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.

No Brasil, concomitante com as questões de cunho econômico e militar, a preocupação com a maternidade e a infância estava também vinculada 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 completa 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.). (*O Brasil-Médico*. Assumptos de hygiene pública 28 de fevereiro de 1897. p. 57).

Como apontado anteriormente, assim como em outras das nações européias, no caso brasileiro o despovoamento era atribuído à existência de três fatores: neo-malthusianismo, 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 mortalidade, além da grande mortalidade de crianças [...]”. (Carvalho, 1896, p. 62). 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 lembrar outros factores do nosso regresso, basta appellar para o excessivo dízimo mortuário infantil, a nossa escassa natalidade, a accentuada morti-natalidade [...]”. (Moncorvo, 1904, p. 78).

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 Rago (1997), os médicos foram os primeiros profissionais que ainda no século XIX e impulsionados pelas questões demográficas, tornaram a infância um objeto privilegiado de seu saber, demonstrando a toda sociedade 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 e baseados na superstição e na ignorância. Ao desacreditarem as práticas tradicionais de cuidados, os médicos alçam 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. (Freire, 2009). 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). (Costa, 1879, p. 34).

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. Blottèrre, 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”. (Blottèrre, 1900, p. 300). Caminhando pelos corredores da exposição o médico descreve os horrores de tempos passados nos quais inúmeras almas infantis sucumbiam à falta de hygiene 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 misteriosos, imaginados pela cega 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 arachnides, dentes caninos de lobo engastados em prata e bolas de âmbar, formando um collar, figurando como remédios heróicos das convulsões. (Blottère, 1900, p. 301).

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 reliquias dos tempos passados e ignorantes surgem com todo o seu esplendôr” e como resultado dos incansáveis esforços que “há cincoenta annos [...] arrancaram tantas crianças á morte e pouparam tantas lágrimas ás mãis”. (sic) (Blottère, 1900, p. 301). 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, apenas variando de intensidade conforme a filiação política e econômica de cada país.

Em comparação com os Estados de Bem-Estar europeus do final do século XIX e início 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”. (Brasil, 1891).

Enquanto as nações industrializadas da Europa lançaram seus primeiros programas nacionais de proteção aos menos favorecidos entre 1883 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 Skocpol (1988), tal desarticulação política em nível federal na proposição de leis efetivas de proteção às classes trabalhadoras 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 autorregulação 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 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 Mott (2001), 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 ajuda. (Brasil, 1897)

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 Medeiros (2001), apesar da 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 Federal Sanitário 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 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 Capital. (Carvalho, 15 de Fevereiro de 1895, p. 62).

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, institui-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). (Brasil, 1904).

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 início 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 facultado 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 eclesiais 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 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. (Vaticano, 1891).

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 Martins (2004), 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

Costa (1989), 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 demógrafa-sanitárias, quadros nosológicos, planos de ação no combate de doenças infecto-contagiosas, além de preparar os sistemas de saúde para atuarem em situações calamitosas. (Foucault, 2010).

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 Mott (1999), no final do século XIX, 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 Martins (2004), salienta ainda que apesar de parteiras bem informadas na ciência

obstétrica, como Mme. Durocher,⁶ 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 soffrer 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). (Parente, 1897, p. 313).

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 Martins (2004), 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

⁶ 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.

maternidade, surpreendentemente, um assunto de homens, que, além disso, desempenharam um importante papel disciplinarizador, ditando novas regras e procedimentos que deveriam ser seguidos.

Sobre estas práticas, Michel Foucault (2008) 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 obstétricas. (Beauvalet-Boutouyrie, 2002). 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.

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 banheiros. (Almanak administrativo, mercantil e industrial, 1905, p. 1383-1384).

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 hospitalares. (Almanak administrativo, mercantil e industrial, 1905, p. 1383-1384).

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:

[...] 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). (Correio da Manhã, 1909, p. 02).

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, emfim

fazer toda a sorte de estudos e observações nas mulheres doentes. (Costa, 1881, p. 01).

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, que serão discutidas posteriormente, 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.⁷ 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 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). (O Brazil-Médico, 1903, p. 347).

⁷ 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.

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 idéia útil e practica sobre um assumpto que de tão perto deve interessar á Nação”. (O Brazil-Médico, 1903, p. 347).

Para Ana Paula Vosne Martins (2004 [b]) 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 antropometria, sociologia e assistência à mãe e à criança, demonstrando a afinidade da reunião para o desenvolvimento de políticas públicas estatais. (Correio da manhã, 1916, p. 05).

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 criminoso. (Correio da manhã, 1916, p. 05).

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 Lis (2003), 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 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 infância. (A Noite, 1922).

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 provessesse 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 Martins (2004), 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 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 energicamente, instruindo-se, educando-se e interando-se dos problemas dos problemas sociaes 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). (Penna, 1924, p. 09).

A difusão generalizada da ideia 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, como veremos no tópico seguinte.

2.2. Médicos e filantropos: complementaridade e intervenção privada no auxílio à infância e à maternidade

Desde o início do século XX a importância da mulher, devido à maternidade já estava bem consolidada do ponto de vista moral e ideológico na sociedade brasileira, no entanto havia uma paralisia institucional acerca de políticas assistenciais que minorassem os flagelos da vida cotidiana de mães e crianças pobres. Mesmo com a tentativa do governo em introduzir componentes reformistas que remodelassem os serviços de saúde, com a finalidade de aproximá-los das novas exigências sociais, estes esforços quando não se tornavam inócuos por falta de fiscalização ou operacionalidade da máquina pública, acabavam por atuar de forma meramente paliativa:

Aqui [no Brasil], porque circula a lenda da fartura, apregoando que não há fome, os poderes públicos não se querem preocupar com o que lhes parece uma reclamação romântica. Antes fosse! [...]
Em muitos lares o lume não flammeja, o pão só aparece levado pela caridade e as creancinhas emmagrecem devorando famintamente a ração bastante para lhes manter o calor do sangue, essa mesma vae-lhes á boca embebida em lagrimas, porque as pobres mães conquistaram-n'a chorando. (sic). (Correio da Manhã, 1907, p. 01).

Agindo apenas de maneira pontual, as políticas estatais de assistência no Brasil da Primeira República estavam destinadas apenas a corrigir pequenas distorções do mercado de trabalho, colocando grande parte da população pobre sobre os auspícios da filantropia e da benemerência, sendo a maternidade e a infância, por questões morais e religiosas seus alvos preferenciais. Esta interação entre público e privado no interior das estruturas de assistência, de acordo com Eirinn Larsen (s/d), foi o embrião conformador dos futuros Estados de Bem-Estar, e para compreendê-los como tal, é de essencial importância que se investigue este entrelaçamento entre os setores

da administração pública, da filantropia e do próprio mercado, pois em grande parte dos casos o Estado incorporou a assistência privada entroncando em sua estrutura os programas e as ações assistenciais já existentes.

Conhecidas como triângulo do *Welfare* ou triângulo do Bem-Estar, estas relações entre o Estado, iniciativa privada e a filantropia, foram também marcas indelévels dos sistemas de ajuda brasileiro do início do século XX, que atendia certas demandas sociais a partir do compartilhamento de atribuições entre as três esferas, eximindo-se de ser o principal responsável pela proteção social.

Constituídas em grande parte por homens e mulheres das camadas mais abastadas, as instituições filantrópicas foram paulatinamente ampliando sua presença e ação no atendimento às populações mais pobres na ausência dos poderes públicos. No que tange ao auxílio aos necessitados, um grupo em especial despontou como importante articulador de programas assistenciais particulares de apoio à velhice, à maternidade, à infância, ao combate à tuberculose, à febre amarela, endemias e epidemias rurais, doenças venéreas e ao alcoolismo. Jogando importante papel nas pautas culturais e normativas que definiam as prioridades assistenciais para as camadas populares urbanas, a corporação médica, coberta pelo manto da benemerência, paulatinamente tomou lugar de honra nos altos círculos de poder passando a definir que parcela da população era merecedora de auxílio e proteção. (Freire, 2010).

Em fóruns tão diversos como entidades de classe, congressos científicos e revistas especializadas, a classe médica foi agente importante na consolidação e elaboração de políticas assistenciais que definiam as mulheres e as crianças pobres como indivíduos a serem assistidos prioritariamente. No desenvolvimento de tais identidades os congressos médicos com sua aura de cientificidade e modernidade, foram os espaços que maior impacto produziu na formulação de políticas assistenciais materno-infantis, privadas ou públicas. Por meio destes encontros os profissionais da saúde de diferentes estados e nacionalidades, trocavam experiências sob suas iniciativas exitosas, pavimentando o caminho para que tais medidas fossem experimentadas em outros lugares. Na pauta de tais encontros, tanto a infância e seus problemas específicos, quanto a maternidade, surgiam como temas recorrentes de

grandes preleções de cunho patriótico ou em pontuais estudos de caso, afirmando a importância da criança saudável para a família e, sobretudo para o engrandecimento da nação. Esta centralidade das ciências médicas para o bem-estar geral da população, e por consequência das mães e seus filhos, é apresentada pela fala do médico pediatra Moncorvo Filho na qual afirmava que,

[...] de tempos em tempos se torna necessária a aproximação de pessoas dotas de Congresso nacionais e internacionais, para, trocando ideias, discutirem as grandes reformas sociais, propondo as medidas gerais a serem adoptadas [na] assistência a criança e sua genitora [...]. (sic). (Moncorvo Filho, 1916, p. 05).

Mais próximos da administração pública federal e investida de caráter nacional-reformador, a corporação médica tratou de unir-se de maneira simbiótica ao Estado e à sociedade civil na proposição de auxílios que ora interagiam com a máquina pública ora com a filantropia, tornando-os verdadeiros paladinos dos sistemas assistenciais. De acordo com Michel Foucault (2010), esta aproximação entre medicina e filantropia fornecia aos médicos um controle ainda maior sobre a população, pois os problemas que não pudessem ser abarcados pelos sistemas públicos eram normatizados pelos sistemas privados da benemerência, como bem expressou o Dr. Souza Lima durante o discurso de abertura do Quinto Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia:

[...] a prova dessa missão nobilíssima do medico verifica-se não só no exercício dos cargos sanitarios em auxilio da administração publica, mas tambem no exercício da clinica, á cabeceira dos doentes no seio das familias, e collectivamente na organização destas cruzadas philanthropicas denominadas ligas, e instituídas contra os grandes factores da ruína e da destruição da especie humana [...]. (sic). (Lima, 1903).

Este sentimento de responsabilidade sobre a totalidade da população transfigurou-se em um conjunto de ações filantrópicas encarregadas de suplantarem a ausência do poder estatal. Dentre as diversas especialidades médicas, destacamos a atuação de um grupo específico de profissionais que se projetou desde os mais altos círculos sociais até os mais ordinários cidadãos, por suas obras assistenciais para a maternidade e a infância. Formado por puericultores e pediatras, este grupo tratou de construir uma rede

filantrópica de assistência à saúde materno-infantil que ocupasse o vazio deixado pela administração pública, propondo campanhas de vacinação, nutrição infantil, construção de policlínicas, bancos de leite, cuidados pré e pós-natal, como parte de empreitada civilizatória que colocava a criança no centro das preocupações nacionais.

Problema constantemente debatido nos mais variados espaços de discussão médica, a falta crônica de leitos para gestantes e de clínicas especializadas em doenças infantis na capital federal, foi ao longo do tempo tornando-se um problema capaz de agregar profissionais das mais distintas especialidades médicas, mas que em comum concordavam em não mais esperar por uma solução do poder público. Além do caráter humanitário, é importante salientar que a falta de leitos destinados à pediatria e à obstetrícia comprometia a própria institucionalização de ambas como especialidades da medicina, pois a constituição de novos quadros não dependia apenas do ensino teórico, mas também da formação prática fornecidas por hospitais e maternidades.

Frente a tais problemas agravados pela dificuldade de acesso às instituições médicas administradas por congregações religiosas, a solução encontrada por pediatras e puericultores foi a construção e instalação de policlínicas de saúde. Seguindo os modelos existentes na França como as Policlínicas infantis de Montpellier e de Harvre, estes dispensários eram destinados a pacientes que não se recolhiam ao hospital, pois todo o tratamento era realizado em domicílio sob os auspícios da família, responsável por levar as crianças à policlínica para realizar os exames e receber os medicamentos prescritos. (Figueiredo *Apud* Rocha, 1947). A construção deste tipo de clínica para o atendimento de crianças ia ao encontro das novas exigências da pediatria que repudiava a internação em hospitais por fomentar o contato inadequado entre adultos e crianças, expondo-as a inúmeras doenças infecto-contagiosas de difícil controle. Além da questão sanitária, o atendimento nas policlínicas colocava sob a guarda da mãe a manutenção de todo o processo terapêutico, reforçando assim a imagem da mãe-enfermeira que instruída pelos científicos preceitos da medicina e os conselhos médicos, salvaguardaria as pequenas criaturas que estavam sob os seus cuidados.

Formado pela Policlínica Geral do Rio de Janeiro, fundada em 1881 pelo pediatra Arthur Moncorvo de Figueiredo; pela Policlínica de Botafogo, inaugurada em 1899 por Luiz Barbosa; e pela Policlínica das Crianças Pobres estabelecida em 1905 por Carlos Rodrigues, o sistema clínico-assistencial proposto pelos médicos filantropos buscava desvencilhar o atendimento às mães e às crianças pobres da caridade religiosa, fornecendo ainda uma alternativa para descongestionar o atendimento proporcionado pelo Estado. Defensores da institucionalização do ensino da pediatria no Brasil, os idealizadores das policlínicas ao proporem a construção destas referidas instituições alcançavam uma dupla emancipação no atendimento às crianças provenientes das camadas populares urbanas. Primeiramente, descentralizavam o atendimento à população infantil pobre do Hospital da Santa Casa de Misericórdia, e em segundo lugar, forneciam um local adequado e livre do jugo religioso para o treinamento e formação de novos médicos pediatras, provenientes da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. (Sanglard; Ferreira, 2010).

Contando com expoentes da medicina como Moura Brasil, Moncorvo Filho e Oswaldo Cruz, as Policlínicas disponibilizavam serviços similares no atendimento à população infantil que compreendiam seções de moléstia de pele e sífilis; moléstias internas; cirurgia e clínica cirúrgica; garganta, nariz e ouvidos; sistema nervoso e ginecologia; gabinete dentário e radiografia. Assim relatava o médico Nicolau Ciancio ao comentar os serviços prestados pela Policlínica das Crianças: “a Polyclínica das Creanças – pela função que tem, de “consultórios” – é bastante completa [...] servindo de clínica terapêutica e local de ensino”. (A Noite, 1913, p. 04).

Mesmo representando um avanço da clínica pediátrica para o tratamento das moléstias infantis, e por vezes afastando-se das antigas imagens de depósito de crianças e gestantes, as Policlínicas também foram alvo de denúncias devido a superlotação e demora no atendimento da população carioca:

Entrar por uma manhã linda de sol e de luz, como foi a de hontem, em um ambiente de miséria, é soffrer o maior dos contrastes. Sete horas da manhã na rua Miguel Frias. Entramos, ali, do lado esquerdo da Polyclínica das Creanças. Bom edifício, grande, espaçoso e bem

iluminado; mas relativamente pequeno, muito estreito para a grandeza do mal a que esta destinado dar allivio. Ali viam-se, acotoveladas mulheres pobres, algumas das quais andrajosas, e todas ellas sobrecarregadas de creanças doentes, chorosas e de roupas infectas. “Sobrecarregadas, – é o termo, porque muitas levam para lá três ou mais creanças. Quantas eram ao todo? Cem? Duzentas? Talvez mais. (A noite, 1913, p. 04).

O relato acima transcrito de um periódico demonstra parte do caos no atendimento às crianças da capital federal. Mesmo com a participação das instituições filantrópicas o atendimento materno-infantil ainda era um problema a ser sanado com políticas eficazes e com forte impacto no sistema de saúde. No entanto, como vimos anteriormente, no período que compreendeu todo o espaço da Primeira República, poucas foram as ações federais na promoção de políticas assistenciais que contemplassem a maternidade e a infância, dependendo o sistema estatal, em grande parte de suas ações, da iniciativa privada.

Formando um quadrilátero da saúde infantil e de proteção à maternidade, o Instituto de Proteção e Assistência à Infância (IPAI), foi dentre todas as obras assistenciais dirigidas às mães e às crianças carentes, aquela que adquiriu maior prestígio tanto no contexto nacional quanto internacional. Fundado pelo médico pediatra Arthur Moncorvo Filho no ano de 1899 e iniciando suas atividades em 1901, o Instituto representava o avanço científico-tecnológico no tratamento de doenças relacionadas à primeira infância e cuidados pré-natais. Dirigido por Moncorvo Filho e assessorado por um grupo destacado de puericultores, o dispensário central do Instituto de Proteção a Infância contava com diversos serviços de clínica médica, destacando-se os gabinetes de moléstias de pele; de exames às gestantes; de moléstias de olhos, nariz, garganta e ouvidos; de eletroterapia; balneoterapia; massagem e ginástica médica; microscopia; análise, vacinação e exames de amas de leite; e de cirurgia dentária. (O Brazil-médico, 1901).

Durante o Quinto Congresso Médico Moncorvo Filho apresentou ao grupo de congressistas da seção de pediatria, o resultado dos vinte e dois primeiros meses de funcionamento do IPAI. Segundo o médico, de julho de 1901 a maio de 1903 foram atendidas cerca de 5.314 crianças, que posteriormente foram devidamente matriculadas para a realização do

acompanhamento médico. Este número foi dividido pelo puericultor em dois blocos, o primeiro, 4.257, foram aquelas atendidas em caráter de socorro, assistência médica e cirurgia; o segundo, 1.057, eram crianças cadastradas como pensionistas, ou seja, que recebiam socorro em forma de alimentos, vestuário e ajuda financeira. Além do caráter humanitário, o IPAI, assim como as Policlínicas, transformou-se em um centro de referência na formação de novos quadros para a pediatria e obstetrícia, recebendo inúmeros estudantes da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, que a partir da prática cotidiana preparavam suas teses de doutoramento:

Um ponto muito conveniente a ser atingindo em relação a campanha de protecção ás creancinhas é o que se refere á missão scientifica do Instituto. A affluencia de estudantes distinctos de todos os cursos de nossa Faculdade de Medicina aos diferentes Gabinetes do Dispensário, recebendo em troca de relevantes serviços, que prestam, conhecimentos de pathologia, therapeutica e hygiene infantis do maior alcance, faz-nos, a todos que têm observado tão auspicioso movimento presagir que o instituto não tardará a constituir-se, em breve tempo, uma verdadeira escola de pediatria. (sic). (Moncorvo Filho, 1904, p. 80).

Adepto da maternologia, Moncorvo Filho defendia que além do constante acompanhamento clínico para as crianças, as mães deveriam passar por um paulatino processo de aperfeiçoamento de suas atribuições maternas, para que antigos hábitos e crenças no cuidado aos recém-nascidos fossem substituídos por práticas mais salutares e de acordo com os preceitos médicos científicos. Para Irene Palacio Lis (2003), a maternologia era uma ramificação da puericultura e da Eugenia desenvolvida na primeira metade do século XX, que tinham como principal objetivo o combate veemente às arraigadas práticas culturais relacionadas aos cuidados infantis. Ensinada em locais especializados, em encontros esporádicos ou por meio de cartilhas e folhetos, a maternologia contemplava princípios de higiene da mulher relativos à gravidez, ao parto e ao puerpério; alimentação adequada para mães e crianças; cuidados infantis especiais que deveriam ser tomados durante o nascimento, a lactância e o desmame; noções básicas de primeiros socorros; e limpeza, vestuário o profilaxia de enfermidades infantis.

Como forma de justificar e demonstrar a importância da existência de entidades assistenciais infantis para o conjunto da sociedade, na reportagem

em comemoração aos seis anos de inauguração do dispensário central do Instituto de Proteção e Assistência à Infância, o articulista do jornal Correio da Manhã apresentava assim a situação das crianças deixadas à toda sorte de cuidados maternos e da falta de iniciativas governamentais para o amparo à infância:

Só a criança, filha do homem, parece não mover piedade. Mais desherdado que planta, mais desprotegido que o animal selvático, o infante, não raro, logo ao entrar na vida, recebe a marca do Soffrimento e, de baldão em baldão, se logra a suportar o desconforto e a penúria, resistir ao abandono, senão á crueldade, chega a miséria physica e á bastardia moral, no tempo em que devia triumphar em beleza e força, irradiando inteligência e bondade. [...] A terra não repulsa a planta, a fera não rejeita o filho – só a Humanidade conhece esse nefando trato. (sic). (Correio da Manhã, 1907, p. 01).

A ideia de Moncorvo Filho ao criar o Instituto de Proteção e Assistência à Infância era oferecer uma alternativa complementar aos serviços prestados pelo poder público, criando um espaço no qual a mãe e a criança, fossem atendidas e ao mesmo tempo orientadas por uma equipe de saúde capaz de abarcar os diversos males que solapavam a população infantil e as mulheres gestantes. Apesar de no início de suas atividades encontrar certa resistência da população, pois “só em casos extremos, desesperados, as mães subiam as desertas escadas do Instituto, levando nos braços crianças moribundas” (Correio da Manhã, 1907, p. 01), o Instituto paulatinamente foi se transformando em um centro de referência nacional, expandindo suas atividades por meio de filiais em diversos estados da Federação.

O Instituto foi ainda a primeira organização assistencial brasileira a investir maciçamente em propagandas educativas sobre a saúde infantil e promover todos os anos o concurso de Robustez Infantil, no qual as mães das crianças sadias eram premiadas por seguirem estritamente os conselhos dispensados pela organização. (Martins, 2004). Os concursos de robustez, inaugurados pelo IPAI e depois difundidos por todo o país tinham por finalidade condecorar meninos e meninas das camadas populares, que a partir daquele momento seriam os legítimos representantes de uma nação forte e soberana, patrimônio biológico de um país que se alçava à condição de potência “o concurso de robustez é um estímulo ás mães pobres para que se interessem,

com todo zelo, pela criação de seus filhos”. (sic). (Correio da Manhã, 1907, p. 01). Para participar do concurso alguns requisitos deveriam ser obedecidos, pois um bom fenótipo apenas não bastava, o bebê deveria apresentar vitalidade equilibrada, funções harmônicas e órgãos perfeitos, a gordura não era sinônimo de saúde, pois ela poderia mascarar o uso desregulado de alimentos farináceos o que desequilibrava as funções internas e contribuía para os males infantis. (Almeida, 2007).

Outra particularidade do Instituto na prestação de socorros a população infantil, como dito anteriormente, foi a difusão dos cuidados maternos por meio de palestras à população pobre, além da possibilidade da realização de atendimento médico no ambiente doméstico onde “médicos, parteiras e estudantes de medicina dignamente se prestam a fazer o parto e várias intervenções cirúrgicas no domicílio das mulheres indigentes”. (Moncorvo Filho, 1904, p. 79). As palestras por sua vez, eram realizadas mensalmente nas dependências do Dispensário sendo intituladas por Moncorvo Filho como *conferências sobre higiene infantil* e versavam sobre a nutrição dos recém-nascidos, higiene do corpo e da boca infantil; moléstias nervosas e de pele mais comuns em crianças; o papel dos insetos e brinquedos como vetores de enfermidade; malefícios da chupeta; dentição; ginástica médica e alcoolismo durante a infância. Tais informações, posteriormente eram resumidas e publicadas em pequenos avulsos que eram “amplamente distribuídas a todos os indigentes que diariamente recorrem ao estabelecimento”. (Moncorvo, 1904, p. 80). Ao educarem as mulheres de acordo com os preceitos científicos, os médicos se asseguravam que estas desempenhariam seu papel de mães em máxima consonância com as aspirações patrióticas, preservando e cultivando futuras gerações de brasileiros, pois o binômio saúde e educação era indissociável para o pensamento médico brasileiro:

Em ocasião da distribuição de socorros, um dos profissionaes do Instituto realiza uma conferencia sobre hygiene infantil em linguagem ao alcance das mães pobres. Taes conferencias são depois publicadas em avulsos e distribuídas pelas famílias pobres que frequentam o instituto em busca de socorros. (sic). (Correio da Manhã, 1907, p. 01).

A formação em saúde e higiene difundida pelas prelações distribuídas nas dependências do Instituto conferia às mulheres uma formação básica de noções de puericultura, que posteriormente eram difundidas entre a vizinhança de seu bairro de origem, transformando-as em uma espécie de propagadoras da saúde infantil. Outra função importante desempenhada pelo Instituto de Proteção e Assistência à Infância foi a fiscalização das amas-de-leite mercenárias bem como a distribuição de leite devidamente processado e higienizado para lactentes. Inspirado em uma iniciativa francesa, o centro Gota de Leite do IPAI tinha por finalidade o atendimento às mulheres pobres que devido a doenças, rejeição ou não produção de leite fossem incapazes de amamentar os filhos recém-nascidos com o próprio leite, necessitando desta forma, recorrer a mecanismos de amamentação artificial. Como fiscalizador das amas-de-leite, o Instituto realizava exames clínicos que atestassem as plenas condições das mulheres para exercer tal profissão. Segundo o jornal Correio da Manhã até 1907 cerca de 367 amas-de-leite haviam se submetido às análises clínicas, das quais 131 foram rejeitadas. (Idem).

Após anos de trabalho junto à população pobre o IPAI passou a gozar de efetivo prestígio no atendimento e tratamento de crianças desvalidas, sendo inclusive mencionado por inúmeras vezes nos Congressos Pan-Americanos da Criança. Esta posição reconhecida somada ao prestígio social de seu fundador, fizeram com que Moncorvo Filho estabelecesse metas ambiciosas para o Instituto, preconizando que o mesmo deveria ampliar suas funções básicas de cuidados. Em cooperação com o governo federal, estadual e municipal, deveria instituir uma complexa rede assistencial que abarcasse todas as etapas da vida infantil, para a partir daí, criar uma agência para-estatal capaz de sustentar as atividades governamentais. (Wadsworth, 1999). A concretização de tal empreendimento solidificou-se em março de 1919 quando Moncorvo Filho criou o Departamento da Criança, uma ramificação de seu Instituto, que aos moldes do *Children's Bureau* norte americano, tinha por finalidade assessorar os órgãos públicos por meio de pesquisas e coletas de dados sobre a saúde materno-infantil no Brasil, contribuindo desta forma para elaboração de políticas mais eficazes e que colocassem o país no patamar das grandes

potências nos cuidados relativos à infância e à maternidade. Dentre as principais atribuições do Departamento da Criança estavam:

O estudo das questões que dizem respeito á situação social da infância em todo Brasil, a obtenção e organização de dados estatísticos referentes á nupcialidade, natalidade, morbidade e mortalidade infantis, assim como da mortinatalidade; o combate contra o analfabetismo; o alcoolismo, a tuberculose, a syphilis; o amparo ás collectividades infantis (escolas, fábricas, etc.) e á infância abandonada, victimas de paes ébrios ou dissolutos. (sic). (A Noite, 1919, p. 04).

Ainda em seu ano de fundação, ficou estabelecido que o Departamento de Criança do IPAI, também seria o responsável pelo Primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância e a criação do Museu da Infância, com exposições sobre os desdobramentos dos cuidados materno-infantis ao longo do tempo. A ideia da abertura do Museu durante e a realização do Congresso, que por sua vez também estava atrelada à comemoração do centenário da independência, surgiu das visitas realizadas por Moncorvo Filho a Exposição Universal de Paris em 1901. Com este museu Moncorvo Filho tentava expor ao público a precariedade dos cuidados materno-infantis em tempos passados, e ao mesmo tempo demonstrar como seu instituto representava o novo, rompendo com antigas práticas consideradas bárbaras e supersticiosas.

Providas de boa vontade e solidificadas como cruzadas em favor do bem-estar materno-infantil, as instituições filantrópicas surgidas nas primeiras décadas do século XX no Brasil ocuparam respeitável papel na execução e elaboração de políticas assistenciais que complementavam os empreendimentos estatais no auxílio às camadas populares urbanas. Sua importância é ainda maior se pensarmos que iniciativas como as Policlínicas e o Instituto de Proteção e Assistência a Infância, serviram de modelo para futuras políticas públicas no Brasil. No entanto, é preciso salientar que tais atividades filantrópicas não foram neutras na construção de identidades de gênero e geração, pois ao definirem a maternidade e a infância como objetos da assistência, os médicos também definiram um determinado estereótipo feminino e infantil, que deveria ser assumido por todos aqueles que fossem alvo de suas atividades filantrópicas. Os discursos assistenciais definiam as mulheres como sujeitos subalternos e acabaram também por forjar uma

identidade biossocial que atrelava a existência mulher à sua capacidade biológica de reprodução, transformando a maternidade no eixo central da identidade feminina e a ela subordinando toda sua existência e significado social.

Apesar da importância político-social os médicos não foram os únicos indivíduos que se destacaram nos serviços assistenciais para a maternidade e a infância. As associações femininas caritativo-filantrópicas foram estratégicas na elaboração de auxílios e sistemas de proteção dirigidos principalmente às mulheres e às crianças pobres assoladas pela miséria. Por diferentes meios, fossem eles a distribuição víveres de primeira necessidade, conselhos e cuidados sobre a infância ou lutando por políticas públicas, estas mulheres concentraram-se nos problemas vividos pelas mães brasileiras abandonadas a sua própria sorte por legislações antiquadas e pouco propensas a colocar um fim na sua situação de miséria.

2.3. Damas da assistência à infância: maternalismo e assistência feminina na capital federal

Em finais do século XIX e nos primeiros cinquenta anos do século do XX as grandes potências ocidentais desenvolveram uma série de políticas de proteção à maternidade como parte de uma campanha natalista e expansionista. Esta preocupação governamental com a maternidade não significou uma valorização social da mesma, haja vista que tanto as mulheres quanto a própria maternidade eram instrumentais e ambas não possuíam valor em si, o que estava em jogo era criar cidadãos hígidos para desenvolver e defender a pátria.

Foi neste período de extremas mudanças socioculturais, de luta pelos direitos políticos das mulheres, de mudanças nas estruturas familiares, da irreversível inserção feminina no mundo do trabalho, não só nas fábricas, que o feminismo maternalista passou a questionar as bases que sustentavam o domínio masculino, bem como a valorização física e moral do homem em detrimento das mulheres. Fazendo o uso racionalizado dos discursos acerca da

maternidade, contrariando aqueles que transformavam as mulheres em alvos e objetos de um controle social massificador e homogeneizante, as feministas maternalistas trataram de aglutinar boa parte das mulheres em torno de sua capacidade reprodutiva. Para Patrick Wilkinson (1999, p. 571), o movimento feminista da primeira onda – no qual o maternalismo está inserido – desempenhou um importante papel na definição e no desenvolvimento do *Welfare State* nos países ocidentais, cujos efeitos podem ser vistos nos contornos das primeiras legislações sociais que tinham nas mulheres e na infância seu objetivo.

Em suas diversas vertentes o feminismo maternalista tendia a defender a existência de uma cultura feminina baseada em diferenças indelévels entre os sexos que deveriam ser preservadas por se tratar de algo essencialmente feminino. (Puleo, 2004). Além disso, o maternalismo se assentava no pressuposto de que a maternidade não deveria ser considerada como um problema e sim uma condição unificadora e definidora de identidade feminina. (Bock, 1995). De modo geral, as maternalistas lutavam pelo reconhecimento dos direitos e necessidades especiais das mães, buscando difundir a ideia de que a maternidade era uma função social e por isso deveria ser reconhecida e equiparada ao trabalho remunerado masculino. No entanto, ao exigirem direitos, recompensas e proteção para o que até então se considerava como um dever individual e restrito às famílias, as maternalistas não questionavam a divisão sexual do trabalho, mas, sobretudo, a repartição baseada no sexo entre trabalho remunerado e não remunerado: “desde que foram lançadas estas ideias, o pagamento de subsídios para maternidade constituía uma estratégia para a liberação feminina e um meio de dignificação da maternidade”. (Abad; Seco, 1999, p. 317).

Para a historiadora Mary Nash (2010, p. 31), o feminismo maternalista depositou um enorme valor positivo sobre a maternidade e por meio dela criticou o monopólio masculino sobre a política. Elaborando um conceito diferenciado de cidadania feminina, estas mulheres difundiram um ideal de feminilidade intrinsecamente ligado à domesticidade, aos cuidados e à identidade maternal. Estes discursos baseavam-se na existência de valores femininos provenientes da experiência materna dos cuidados, que, por sua vez,

respaldavam moralmente todas as mulheres a interferirem na esfera pública, delegando a elas uma tarefa regeneradora e humanizadora na sociedade. O discurso maternalista assentava-se no pressuposto de que a consciência política feminina derivava de suas virtudes na esfera do privado, primordialmente da maternidade:

[...] as feministas maternalistas sustentavam que, por mais importante que fosse a justiça social, não era condição suficiente para uma política feminista verdadeiramente libertadora. Haveria que se referir as mulheres como mães e não como “reprodutoras”; como participantes do âmbito público e não só como membros das ordens sociais e econômicas. (Dietz, 1991, p. 114).

Formado em grande parte por mulheres brancas, bem educadas e de classe média, o maternalismo estava intimamente conectado às reformas sociais e à noção complexa de pureza moral, articulando-se à ascensão das ideologias nacionalistas como sustentação para a mobilização e expansão. Além destes pontos, a política maternalista destacava a existência de diferenças essenciais entre homens e mulheres; fomentava a preocupação humanitária com as condições de vida das trabalhadoras e das crianças pobres, além de promover uma interpretação mais engajada dos Evangelhos, incitando as mulheres a uma participação mais efetiva junto às camadas populares urbanas. (Koven; Michel, 1990, p. 1085). A visão moral do feminino ligada à compaixão, benevolência, abnegação crescia *pari passu* com a importância da maternidade. Destarte, a exaltação destas qualidades morais foi adaptada com frequência às realidades políticas e econômicas, demonstrando o caráter plástico do discurso maternalista, que ora se convertia em um caminho viável para as reivindicações femininas, ora se transformava em um ponto de discórdia por defender certas posições abertamente conservadoras, excluindo uma parte considerável das mulheres, como as trabalhadoras, por exemplo.

Em um primeiro momento, as maternalistas defendiam a existência e o cultivo da verdadeira feminilidade representada pela mulher de classe média não trabalhadora e dedicada ao lar. Em um período marcado pelo industrialismo e o cientificismo, a corrente maternal defendia uma espécie de retorno ao naturalismo, no qual as mães e os bebês fossem transformados em

ícones de pureza, natureza e simplicidade. (Weiner, 1994, p. 1358). O culto à “verdadeira feminilidade” era facilmente acoplado aos discursos nacionalistas, o que transformava o maternalismo em um objeto maleável e de fácil aceitação social. Apesar de na maioria das vezes difundir discursos da norma familiar burguesa, o maternalismo soube manipular em seu favor diversos pressupostos morais que pesavam fortemente sobre a conduta das mulheres no âmbito social, tais como a domesticidade e a caridade. Se por um lado, as mulheres foram conclamadas a cultivar sua feminilidade dentro da esfera doméstica, assumindo todos os encargos com os cuidados que sua família necessitasse, por outro lado, elas eram pressionadas pelos valores cristãos a praticar o trabalho da filantropia em sua comunidade e assim contribuir para o bem-estar dos mais necessitados. Desta forma a maternidade tomava contornos privados e também públicos, pois a filantropia feminina não era antitética à natureza e nem à moral.

Formada por médicos e associações de mulheres, a assistência filantrópica desenvolvida no início do século XX no Brasil fazia parte de um projeto moralizador que buscava alinhar as camadas pobres urbanas às novas exigências do mundo burguês. De acordo com Maria Martha de Luna Freire (2009), ao esvaziar-se do caráter espiritual existente na caridade a filantropia deslocou seu foco para o bem-comum, o progresso moral e social, reforçando seu vínculo com as novas sociabilidades urbanas. Entendida como um gesto de utilidade que buscava soluções para melhorar a vida cotidiana, a filantropia abdicava da necessidade de anonimato e incitava a visibilidade de seus praticantes, transformando-se em um instrumento de ação social: “a iniciativa particular, que tem sido até hoje a crystalina fonte do nosso entendimento [...] em cujo topo se distingue, qual fóco luminoso, o amor pelo próximo” (sic), (Barbosa, 1900, p. 109), comentava o médico Luis Barbosa na inauguração de mais uma obra beneficente na cidade do Rio de Janeiro.

Para as mulheres das elites as atividades filantrópicas eram uma oportunidade de ingressarem de maneira mais efetiva no mundo público, sem com isso subverter as fortes amarras morais de gênero, que as colocavam em uma posição de subalternidade em relação aos homens. Para estas mulheres os trabalhos assistenciais e de benemerência eram considerados extensões de

suas atribuições na esfera do privado e estavam em total conformidade com sua suposta natureza feminina de dedicação à família e ao próximo (Nash, 1996[b]). Ao se enveredar pelo mundo dos necessitados as mulheres das classes abastadas projetavam diante da sociedade seus elevados atributos morais, sendo reconhecidas por sua sensibilidade, bondade e solidariedade com os sentimentos alheios, ou seja, uma extensão de sua função maternal: “o amor feminil não é no fundo senão um aspecto secundário da maternidade” (Jornal das moças, 1914, s/p). Desta forma, foi a partir de uma política de gênero que enclausurava as mulheres no espaço doméstico, que a filantropia surge como algo relacionado à feminilidade, definindo a assistência como um trabalho que não atentaria contra a virtude e a moral das mulheres.

Por outro lado, a participação dos médicos em atividades filantrópicas era interpretada como um reflexo de sua moral ilibada, espírito nacionalista e falta de apego às questões materiais, pois mesmo ocupando posições elevadas na escala social, eles despendiam parte de seu tempo e dinheiro para minorar os impactos negativos das péssimas condições de vida sobre a existência dos pobres: “o medico, mais do que qualquer outro, sente a emoção perturbadora dos quadros de dôr; mais do que ninguém compreende a grandeza de sua ação tutelar na sociedade” (sic) (Barbosa, 1904, p. 266). Mesmo praticada por homens e mulheres, que muitas vezes se dedicavam às mesmas questões como o caso da maternidade e infância, o trabalho filantrópico era fortemente marcado pelo gênero e estabelecia posições e hierarquias fundamentadas no gênero. Enquanto para os homens o trabalho filantrópico era entendido como fruto do despreendimento e ausência de soberba, para as mulheres era interpretado como uma extensão de suas atividades maternas, um aprimoramento de suas capacidades de cuidar e dedicar-se ao outro de forma altruística.

Bemdicta, pois, seja a caridade feminina, feita de sorrisos, de flores e de gestos suaves. Bemdicta seja ella pela doçura que irradia e pelo consolo que irá levar aos desgraçados distantes, [...]. (sic). (Gardenia, Paulo de, 1915, s/p).

O discurso acima revela como o trabalho assistencial das mulheres era interpretado por sua natureza benevolente, quase transcendental, espelho de

uma alma que refletia compaixão e doçura; um ser que guiado pelo coração e pelos bons sentimentos – e não pela razão – era capaz de colocar-se em segundo plano em favor do bem coletivo e dos sofredores. Fosse praticada por homens ou por mulheres a filantropia adquiria um caráter instrumental, na qual uma parcela da elite dirigia seu capital social, político e financeiro para abertura de obras sociais destinadas ao atendimento aos pobres e, que em última instância, estavam relacionadas a um projeto político que visava nacionalizar as mães e socializar a maternidade, amparando “as creancinhas desde a concepção [...], e bem como dar a pátria, no futuro, mãis carinhosas que a amem e braços fortes que a defendam”. (O Paiz, 1918, p. 05).

Sensibilizadas pela maternidade e infância desassistidas, as associações de mulheres também ocuparam importantes espaços dentro dos sistemas filantrópicos de assistência. Oriundas das camadas mais abastadas, estas associações se proliferaram em diversas regiões e cidades brasileiras no começo do século XX. No entanto, foi na cidade do Rio de Janeiro devido sua conjuntura político-social de capital federal que estas agremiações encontraram terra fértil para o desenvolvimento. Grandes apoiadoras das obras de Moncorvo Filho, as mulheres da elite carioca fundaram uma associação que buscava respaldar a obra iniciada pelo médico, angariando fundos, promovendo eventos e difundindo um ideal sobre a maternidade e família.

Fundada em 05 de setembro de 1906 a associação denominada Damas da Assistência à Infância já em seu estatuto deixava claro o modelo de mulher e a identidade de gênero que deveria ser obedecida por aquelas que viessem a se unir em tão honrosa missão de salvaguardar a infância, haja vista que somente as mulheres de reputação ilibada e reconhecidas socialmente por seus atributos morais podiam afiliar-se a tal agremiação:

Art. 1º A Associação “Damas da Assistência à Infância” fundada nesta cidade do Rio de Janeiro, onde tem sua sede, compõe-se de numero limitado de sócias e se rege pelos presentes estatutos.

Art. 2º Toda senhora de **moralidade reconhecida** e maior de quinze anos, poderá pertencer á associação. [...]

Art. 4º A Associação considera parte integrante de seus Estatutos, o programa do “Instituto de Protecção e Assistencia á Infância do Rio de Janeiro” e tem por fins especiais:

- a) Promover por meios de proteger efficazmente a infância pobre, proporcionando-lhe os cuidados que carecer;
- b) Angariar objetos que lhe possam ser úteis á vida;

- c) Incumbir-se, pelo trabalho de suas sócias, da confecção de vestes e do tratamento de creanças, quando enfermas;
- d) Offerecer ás creanças pobres festas e brinquedos por ocasião do Natal, Anno Bom e Reis;
- e) Auxiliar o conselho administrativo do Instituto de Protecção e Assistencia á Infância do Rio de Janeiro, sempre que solicitar sua coadjuvação para a fiel execução do seu programa;
- f) Promover pelos processos que forem mais profícuos ao fim que deseja attingir, os recursos que o Instituto precisar para a sua permanente e condigna installação. (Grifo meu). (sic). (Estatutos *Apud* Garcia; Silva Junior, 2010).

Assim como suas congêneres européias e norte americanas, a associação das Damas da Assistência à Infância primava por um determinado tipo de moral dominante que deveria ser obedecida por todas aquelas que viessem a se candidatar ou que participassem ativamente de suas atividades. Colocar como requisito básico para admissão de sócias ser de *moralidade reconhecida*, era uma tentativa de restringir o acesso ao grupo a pessoas de moral duvidosa, que por sua vez refletia com propriedade o que se esperava das mulheres de elite dos primeiros anos do século XX: uma boa educação e acima de tudo ser boa mãe e esposa. A existência de tais atributos as preparariam para enfrentar com resignação toda a sorte de agruras encontradas no desenrolar de suas atividades filantrópicas e não se deslumbrar com os meandros da política e dos salões de festas, que por sua vez poderiam comprometer sua suposta superioridade moral e minar as bases de sua missão social como mulher e mãe. (Koven; Michel 1993). Desta forma, grande parte das atividades desenvolvidas pelas Damas da Assistência não destoavam dos papéis femininos considerados tradicionais. Como seu próprio estatuto revela suas tarefas eram coadjuvantes daquelas desenvolvidas pelo Instituto, cabendo a elas os trabalhos menos burocráticos, mas de maior proximidade com a população pobre.

Familiares aos altos círculos do poder, estas mulheres foram exímias articuladoras entre a elite local e o financiamento das atividades de benemerência promovidas pelo Instituto de Protecção e Assistência à Infância. Durante todo ano, por meio de chás beneficentes, as Damas da Assistência recolhiam donativos de todas as espécies, “esmolas em dinheiro, roupas, calçados, chapéus, alimentos, brinquedos, etc.” que eram revertidos em investimentos ao IPAI ou em presentes e premiações nas festas previstas no

calendário religioso. (O Imparcial, 1926). Ao que parece, contribuir com tais empreendimentos colocava o benfeitor em posição de destaque junto à sociedade carioca, pois não eram raras as listas de doadoras e doadores estampadas rotineiramente em diversos periódicos que circulavam na capital, exibindo nome e sobrenome, além da quantia ou produto doado. Talvez a estratégia de tornar público os nomes dos beneméritos doadores fosse uma tática da associação de estimular a emulação na elite carioca, além de constranger aqueles que do alto de suas posses nada faziam pelas crianças e mulheres pobres.

Outra importante frente de atuação da associação era seu engajamento social em prol do aleitamento materno, o que pode ser verificado através dos concursos dos bebês robustos. Enquanto os médicos do IPAI difundiam em suas consultas a importância da alimentação exclusiva por meio do leite materno, as Damas de Assistência à Infância eram encarregadas de realizar anualmente o concurso de robustez infantil, sendo elas as responsáveis por aceitar as inscrições e enviar os pequeninos para análises clínicas que comprovassem que os ensinamentos distribuídos pelo IPAI estavam sendo seguidos a risca. Para poder participar a mãe devia apresentar os seguintes documentos na sede da associação: registro cível comprovando a criança ter menos de um ano de idade; atestado de pobreza e um atestado médico que indicasse a exclusividade da amamentação por no mínimo seis meses. (O Imparcial, 1922). Como dito anteriormente, o concurso de robustez infantil, mais que uma premiação, era um elemento de fiscalização que permitia aos médicos verificar a execução das boas práticas da pediatria junto às crianças pobres. O que se queria realmente não era premiar a boa mãe – pois isso deveria ser inerente à natureza feminina – mas sim, penalizar todas àquelas que não cumpriam suas obrigações de cuidado e únicas responsáveis pelo bem-estar de seus rebentos, como também estimular a emulação entre as mães pobres.

A casa da mulher pobre, além de sua própria família, também passou a ser alvo de fiscalização por parte das Damas de Assistência à Infância. Ao dispensarem especial atenção para o mundo privado da família dos pobres, sua rotina diária e o asseio de seus domicílios, a Associação foi ao encontro

dos ditames médicos que apontavam a falta de higiene das habitações pobres como um dos vetores da contaminação e dos índices perigosos de mortalidade infantil. Na abertura do Quinto Congresso de Medicina e Cirurgia, o médico Carlos Seidl, citando o economista francês Blanqui, lembrava a seus colegas sobre a importância do controle sanitário sobre as habitações dos pobres: “estudei com a vida privada das famílias dos operários e ousei afirmar que a insalubridade da habitação é o ponto de partida de todas as misérias, de todos os vícios, de todas as calamidades do seu estado social”. (sic). (Blanqui, Apud Seidl, 1903, p. 245).

Com o intuito de fomentar a limpeza e a boa organização do espaço doméstico das mulheres mães atendidas pelo IPAI, evitando desta forma a proliferação das habitações insalubres, foi instituído por volta da década de 1920 o prêmio “casa pobre asseada” (Diário Carioca, 1929), que consistia em uma bonificação em dinheiro para as donas-de-casa que em melhor estado mantivessem seus lares. De acordo com Marina Maluf e Maria Lúcia Mott (1998), nas primeiras décadas do século XX por conta do excessivo medo de doenças infecto-contagiosas estabeleceu-se uma vigilância diuturna sobre os lares brasileiros, no qual todos os recônditos da casa deveriam ser minuciosamente limpos e inspecionados, as roupas – fossem elas de cama ou de uso pessoal – deveriam ser bem lavadas e expostas aos benéficos raios de sol, as casas sempre abertas e arejadas, a comida higienicamente preparada evitando a contaminação dos alimentos. Desta forma, nada mais justo que premiar aquelas mulheres que cuidando bem de seus lares e incorporando o papel de única administradora da casa, conseguissem tornar seus lúgubres casebres em lugares higiênicos e saudáveis.

A premiação da dona-de-casa dedicada aos afazeres domésticos ia ao encontro da ideologia da domesticidade, que confinava as mulheres casadas ao interior do espaço da casa, tornando-as as únicas responsáveis pela organização do lar e o bem-estar da família. Quando pertencente às camadas mais abastadas, cabia à esposa e dona-de-casa administrar o trabalho das empregadas domésticas, criando um lugar aconchegante para seu marido e filhos. No caso das mulheres pobres, estas deveriam dividir seu tempo entre o trabalho assalariado e as suas tarefas e obrigações domésticas, engendrando

diariamente uma dupla jornada de trabalho quase impossível de ser realizada e que se não cumprida era penalizada pelo constante olhar moral das classes privilegiadas, perpetuando desta forma um ciclo vicioso que responsabilizava a mulher e não a pobreza a qual estava submetida pelos problemas e dificuldades familiares.

As atividades desenvolvidas pelas Damas de Assistência a Infância e muitas vezes desempenhadas de maneira fiscalizatória não foram aceitas de maneira passiva por todas as mulheres atendidas, haja vista o próprio significado das premiações que traziam implícitas em si que boa parte daquelas mães e esposas não premiadas pouco relevância davam aos trabalhos e aconselhamentos promovidos pelas damas e pelos médicos do IPAI. Esta situação de controle sobre as famílias pobres também foi alvo da mídia especializada que fazia críticas às associações benemerentes, porque sob o manto da caridade mais serviam de polícia de costumes das classes populares. No dia 07 de maio de 1908, escrevia a articulista do Correio da Manhã, a feminista Carmen Dolores, sobre a atuação de uma associação de mulheres da cidade do Rio de Janeiro:

Conheço uma que, em vez de se resumir a beneficencia, fim que aparenta, faz a policia dos costumes das associadas e até outras que o não são. A mãe do doentinho necessitado tem que trazer uma certidão de casamento, e qualquer documento do vigário da freguezia ou a recomendação de alguma das senhoras *policiaes*, destacadas aqui ou ali, sinão o filho não será socorrido... A moralidade traça o manto do rigorismo e enxota severamente o soffrimento que lhe bate a porta... Mas quem sabe lá o que o manto esconde?
Este é o mystério... (Grifo da autora). (Dolores, 1908, p. 01).

Cabe ressaltar que apesar das críticas recebida em seu próprio tempo e posteriormente por inúmeros trabalhos historiográficos, as associações femininas de classe média desempenharam um importante papel na salvaguarda de mães e crianças oriundas das camadas populares. Como bem analisa Karen Offen (1991), estabelecer uma crítica ao movimento de mulheres das primeiras décadas do século XX a partir da ótica que aponta como “verdadeiro” feminismo aquele que luta pela igualdade de direitos políticos e econômicos entre homens e mulheres, é epistemologicamente limitado, pois boa parte deste movimentos – entendidos por ela como feminismo relacional –

mais do que romper com as hierarquias de gênero, tinha por objetivo exaltar qualidades ditas femininas, fomentando a participação das mulheres no meio social a partir de atributos considerados exclusivos do sexo feminino como a maternidade. Sua maior contribuição, segundo Offen, foi pressionar os governos nacionais e a sociedade civil a voltarem sua atenção para a situação de extrema pobreza e miséria com que muitas mulheres viviam a experiência materna.

Desta forma, podemos afirmar que o trabalho filantrópico desenvolvido pelas Damas de Assistência a Infância, representou uma abertura de ação pública das mulheres sem demasiados conflitos. Em um período no qual reinavam fortes amarras de gênero que definiam o feminino a partir das figuras da boa filha, esposa e mãe, o trabalho assistencial representou uma brecha para vivenciarem suas próprias vidas de maneira mais autônoma, atribuindo-lhes conhecimentos específicos sobre gestão, administração e comunicação, que futuramente serviriam de base para a profissionalização. Foi a partir de tais condições e representando seu lugar de classe que tais associações interagiram com seus assistidos impondo-lhes normas e valores que elas próprias foram obrigadas a introjetar. Assim, requerer que mulheres inseridas numa sociedade altamente patriarcal e com resquícios de colonialidade agissem de maneira progressista, defendendo a total emancipação social, política e econômica de si próprias e de outras mulheres, é um tanto improvável quanto anacrônico.

3. A MATERNIDADE NA ERA VARGAS: A CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E A MANUTENÇÃO DOS SISTEMAS TRADICIONAIS DE GÊNERO

Este capítulo tem como objetivo analisar algumas das principais políticas assistenciais destinadas à maternidade e à infância na Era Vargas. A importância de nos dedicarmos a uma análise mais acurada sobre as políticas sociais destinadas ao grupo da população compreendido pelas mulheres e as crianças, justifica-se porque se delineou nesse período um Estado interventor e propositor de políticas de Bem-Estar. De maneira geral as políticas sociais desenvolvidas na Era Vargas, sobretudo no período do Estado Novo, continuam ainda hoje influenciando o *modus operandi* da proteção social brasileira.

Dividido em quatro partes, num primeiro momento buscamos apresentar as acepções políticas da Era Vargas que priorizavam a centralização do poder em detrimento da autonomia política dos Estados e municípios. Ainda neste tópico abordamos o que chamamos de orientação paternalista do Estado desenhado por Vargas, que observava a concessão de benefícios como uma forma de harmonizar diversos setores da sociedade. No segundo item, analisamos de maneira mais aprofundada as políticas sociais para as mulheres e crianças desenvolvidas na Era Vargas – principalmente no período do Estado Novo – no qual as políticas sociais estavam claramente direcionadas à família, valorizando a figura do homem trabalhador como sujeito de direitos em detrimento das mulheres; da paternidade em relação à maternidade.

No terceiro tópico abordamos o papel desempenhado pelo Departamento Nacional da Criança na promoção e execução de políticas assistenciais para a maternidade e à infância, e qual sua orientação na valorização das mulheres enquanto mães. No quarto e último item, apresentamos a participação das mulheres na formulação e execução de políticas assistenciais materno-infantis por meio da Federação Brasileira pelo Progresso Feminino que, por diferentes vias construiu discursos de valorização da maternidade que as levavam a demandar em diferentes instâncias do poder

por direitos sociais, políticos e econômicos decorrentes da experiência materna das mulheres.

3.1. O Estado Vargasista e a formação do Estado paternalista brasileiro.

A partir da década de 1930 as políticas assistenciais brasileiras sofreram uma substancial ruptura com os antigos sistemas organizados no período que compreendeu a Primeira República. Se num primeiro momento a legislação federal referente às políticas de saúde e assistência restringia-se apenas à fiscalização dos portos e ao controle e erradicação de endemias e epidemias circunscritas à capital federal, após a Revolução de 30 este cenário mudou consideravelmente. Articulado poderes de diversos setores das camadas urbanas, o primeiro governo Vargas pavimentou o caminho para a construção de um governo programático, interventor e centralizador que buscava desmantelar o poder político local das antigas elites agro-exportadoras que fragilizavam os poderes da União.

De acordo com Cristina Fonseca (2007), para alcançar tais objetivos três eixos da política nacional foram exaustivamente debatidos com a finalidade de que se operassem mudanças estruturais: o primeiro se referia à crítica do caráter privado da política brasileira e à interpretação de que o federalismo e a descentralização constituíam mecanismos de favorecimento aos poderes locais em detrimento das necessidades da nação; o segundo ressaltava a necessidade de transformar o Brasil em um país organicamente articulado; e o último eixo enfatizava o papel do governo central como agente preferencial na construção do Estado e da consciência nacional.

Para alcançar tal finalidade, uma das primeiras medidas tomadas pelos articuladores da política Vargasista foi o fortalecimento do setor público federal frente às elites administrativas locais, fazendo-o presente em todo território nacional e integrando compulsoriamente as esferas estaduais e municipais em um projeto político unificado. A criação de uma burocracia forte, especializada e com senso de responsabilidade sobre o conjunto da população nacional, foi

fortalecida com a integração de intelectuais de diversas áreas às esferas políticas que, como observa Cristina Fonseca (2007), foram os responsáveis pela articulação e efetivação de um programa político-institucional de governo, estabelecendo as conexões entre as ideias programáticas e sua aplicação administrativa. No dia 02 de Janeiro de 1930, em discurso pronunciado em função das eleições vindouras, Getúlio Vargas destacava quais seriam as prioridades de seu governo na área de assistência social, que posteriormente, com poucas mudanças, seria uma meta central em seus quinze anos ininterruptos no poder:

Não se pode negar a existência da questão social no Brasil como um dos problemas que terão de ser encarados com seriedade pelos poderes públicos.

O pouco que possuímos em matéria de legislação social não é aplicado ou só o é em parte mínima, esporadicamente, apesar dos compromissos que assumimos a respeito, [...].

Se o nosso protecionismo favorece os industriais, em proveito da fortuna privada, corre-nos, também, o dever de acudir ao proletário com medidas que lhe assegurem relativo conforto e estabilidade e o amparem nas doenças como na velhice. A atividade das mulheres e dos menores nas fábricas e estabelecimentos comerciais está, em todas as nações cultas, subordinada a condições especiais que, entre nós, até agora, infelizmente, se desconhecem. Urge uma coordenação de esforços entre o governo central e os dos estados para o estudo e adoção de providências de conjunto [...]. (Vargas, 1930. p. 06).

O teor desse discurso reflete os caminhos políticos adotados pelas políticas sociais varguistas que se estruturaram em torno da classe trabalhadora, priorizando a valorização do “homem nacional”, em contraposição às ideias liberais europeias que tendiam a reforçar a inferioridade da raça e do caráter nacional. Segundo Gilberto Hochman (2005), o Estado que se estruturou após a ascensão de Getúlio Vargas ao poder se articulou em torno da identidade do trabalhador brasileiro, alinhando as questões de trabalho com os direitos de cidadania e enfrentando com prioridade as questões sociais. Assim, podemos notar que a principal distinção entre as políticas sociais desenvolvidas durante a República Velha e no Estado Varguista – tanto no período do Governo Provisório e Constitucionalista, mas principalmente durante o Estado Novo – foi sua incorporação enquanto atribuição do Estado,

fortalecendo a ideia de que a União, como ente primaz do pacto federativo, deveria assumir e ser o principal agente implementador de tais políticas.

Tendo como plano a concessão de benefícios à população pobre urbana que vivia nas maiores cidades do país – devido sua força política como massa que poderia aderir ao projeto político do novo grupo no poder –, os assuntos referentes à saúde pública e às questões trabalhistas emergiram como alvos importantes das ações do Executivo, que na concretização de sua empreitada centralizadora observava na concessão de tais “benefícios” um fator de união entre o Estado central e a população pobre, frente aos rompantes liberais de determinados entes federativos. Na prática, significa dizer que durante os anos que antecederam o Estado Novo, Getúlio Vargas estabeleceu uma série de concessões políticas, sociais e econômicas, que a conta gotas fortalecia o poder presidencial e projetava sua própria figura como benevolente e unificadora da nação. Manipulando com certa desenvoltura as reivindicações surgidas e impulsionadas pela crise de 1929, Vargas por vezes adotava uma posição de expectador, aguardando a marcha dos acontecimentos para então colocar-se a sua frente, corrigindo as possíveis distorções e garantindo que apenas os aspectos mais adequados a seus objetivos fossem levados a cabo.

De acordo com Cristina Fonseca (2007), foi nesse quadro de instabilidade política que Vargas buscou criar mecanismos que garantissem sua estabilidade no poder e ao mesmo tempo reforçassem a ideia de construção de um Estado Nacional centralizador e intervencionista. O investimento na política social, principalmente naquelas de cunho trabalhista, resultou em leis que, se por um lado garantiram determinados direitos aos trabalhadores, por outro, impuseram o controle direto sobre as atividades sindicais, criando com isto uma relação paternalista de proteção e dependência, distante das ideias liberais de auto-suficiência das classes trabalhadoras. Esta relação tutelar por meio das políticas sociais está presente no discurso pronunciado por Getúlio Vargas aos trabalhadores da cidade de São Paulo em 29 de outubro de 1932:

O individualismo excessivo, que caracterizou o século passado, precisava encontrar limite e corretivo na preocupação predominante

do interesse social. Não há nesta atitude nenhum indício de hostilidade ao capital que, ao contrário, precisa ser atraído, amparado e garantido pelo poder público. Mas, o melhor meio de garanti-lo está, justamente em transformar o proletariado numa força orgânica de cooperação com o Estado e não o deixar, pelo abandono da lei, entregue á ação dissolvente de elementos perturbadores, destituídos dos sentimentos de Patria e de Família.

Faz-se mistér, aos que desfrutam os benefícios da riqueza e do conforto – regalias que aos pobres parecem um privilegio, mas que a lei transforma em prerrogativas jurídicas – reconhecerem que a essas prerrogativas correspondem deveres, convencendo-se de que todos quantos cooperam com o seu trabalho para semelhante resultado possuem também respeitáveis direitos ao bem estar, aos cuidados da saúde e a garantias de previsão social contra os acidentes do labutar afanoso. Entramos, definitivamente, num período de ordem, de segurança e de firmeza de ação. (sic). (Vargas, 1932, p. 96).

A noção de proteção social construída e organizada no período Vargas estava indiscutivelmente atrelada ao trabalho submetido a um sistema corporativista, resultado da relação tripartite entre Estado, trabalhadores e patrões. Ou seja, garantia benefícios aos trabalhadores, ao mesmo tempo em que permitia o controle das atividades sindicais pelo Estado, que por sua vez atendia igualmente aos interesses dos patrões. Cabe ressaltar durante o tempo em que Getúlio Vargas se manteve no poder, principalmente, no período compreendido pelo Estado Novo, o reconhecimento da cidadania se definiu por sua relação com o mercado de trabalho, sendo traduzida por benefícios administrados e geridos pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Para o restante da vasta população urbana e rural à margem do mundo do trabalho formal, coube as políticas sociais instituídas pelo Ministério da Educação e Saúde Pública.

No entanto, o frágil equilíbrio estabelecido pelas alianças entre os trabalhadores urbanos, elites locais, o Estado e os empresários, sofreu uma importante ruptura em 1937 quando encabeçado por Getúlio Vargas foi instituído um governo autoritário que destituiu os poderes do Congresso e impôs uma nova Constituição ao país. Durante o período do Estado Novo as políticas sociais se tornaram elos ainda mais importantes na relação entre o governo e as camadas populares, criando uma relação paternalista de poder a partir da qual tanto o governo quanto o líder governante aparecem como responsáveis diretos pelo Bem-Estar da maioria da população.

Entendemos como Estado de orientação paternalista aqueles que elencavam o homem trabalhador como o legítimo receptor dos benefícios sociais, e que tanto sua prole como sua esposa dependiam dele para ter acesso à assistência pública. Além disso, o Estado paternalista possuía uma estrutura burocrática verticalizada que impunha sua vontade aos outros níveis da administração pública e que delimitava o espaço de atuação das mulheres na sociedade a partir da esfera privada. Assim, o paternalismo político e de Bem-Estar levado a cabo por Getúlio Vargas partia do pressuposto que sindicalistas, trabalhadores e os pobres eram uma massa débil, maleável e fácil de ser manipulada por meio de concessões político-sociais que criavam a sensação de amparo e de proteção.

Em seu âmago, os regimes autoritários tinham a intenção de assegurar a coesão nacional mediante a um novo tipo de governo que inverteria o suposto processo de decadência atribuído ao liberalismo e ao materialismo. Seu objetivo primordial era enfrentar a crise moral, política, econômica e social que ameaçava toda a nação, pois ao ser entendida como um ente vivo transcendente aos indivíduos que a compunham, uma nação em decadência arrastaria todos os seus membros em direção à miséria. (Molinero, 1998).

Para entender as motivações das políticas assistenciais desenvolvidas durante o Estado Novo é preciso salientar que seu modelo organizacional de sociedade era extremamente hierarquizado, fundado na família, devido sua capacidade de disciplinar e controlar os indivíduos. Na conferência realizada no Instituto Nacional de Ciência Política em 19 de julho de 1941, o jurista Alfredo Tranjan afirmava que o Estado Novo Brasileiro deveria reafirmar o papel da família como célula básica da sociedade, assegurando sua manutenção por meio de incentivos e afastando-a de qualquer resquício ideológico liberal, pois de acordo com o autor:

[...] esses Estados Liberais só consideravam a família como um órgão necessário a sociedade, enquanto representa o meio natural do cultivo do ser. Não lhe reconhecia, porém, direitos próprios, nem a considerava como parte natural dos grupos, em que se divide a sociedade. (Tranjan, 1941, p.45).

Ao delimitar a família como elo integrador do corpo social se fazia necessário redefinir os papéis de gênero que cada um de seus membros

deveria desempenhar. No que diz respeito às mulheres, os regimes autoritários possuíam um discurso unívoco sobre quais deveriam ser os atributos relacionados à suposta essência feminina. De acordo com Maria Fernanda del Rincón (2010), apesar de se apresentarem como movimentos modernizadores da sociedade frente à modernidade bolchevique e às decadentes democracias liberais, os movimentos políticos de orientação autoritária em nada foram inovadores no que diz respeito aos seus discursos sobre as mulheres.

Tanto em seus programas ideológicos quanto em seus regimes políticos a função social feminina restringia-se à dedicação exclusiva à família, à maternidade e conseqüentemente à nação. No caso brasileiro, mesmo com o envolvimento do movimento feminista – como veremos mais adiante – na elaboração da Constituição de 1934, com o advento do Estado Novo a participação das mulheres foi paulatinamente limitada e, seus ideais de emancipação e participação ativa no espaço público foram asfixiados em favor dos tradicionais papéis de gênero.

De acordo com as análises desenvolvidas pela historiadora Rosario Ruiz Franco, (2007) entre os governos autoritários instaurados até meados do século XX, existiam importantes similitudes no desenvolvimento de políticas de gênero elaboradas e dirigidas com o intuito de erradicar qualquer vestígio e intenção de emancipação das mulheres, baseados no conjunto de ideias difundidas pelo movimento feminista. Desta forma, para a autora, é possível sintetizar as ações destes governos autoritários em cinco pontos de controle sobre as mulheres: 1- uma forte política natalista que implicava na promoção do espaço doméstico e na maternidade; 2- a difusão de um estereótipo de feminilidade baseado na identidade de mãe, esposa e dona-de-casa; 3- leis que limitavam a participação das mulheres no espaço produtivo; 4- perpetuação da estrutura familiar patriarcal; 5- a canalização da participação pública feminina em organizações políticas que deviam cumprir com as expectativas de enquadramento político de gênero destes regimes.

Frente a tais argumentações, a ideologia do Estado Novo pode ser considerada totalmente antifeminista, pois se baseava na completa incompatibilidade entre os sexos e tinha uma compreensão bastante limitada de cidadania para as mulheres. Além disso, este regime se identificava com

expressões de uma masculinidade viril e hegemônica, cabendo às mulheres uma posição secundária e de total subordinação aos homens. A partir das concepções acerca das distinções entre os sexos e a convicção de que as mulheres eram inferiores, os regimes autoritários e totalitários, criaram um pequeno mundo baseado na inequívoca vocação feminina em ser dona-de-casa e mãe. Para Juan Carlos Manrique Arribas (2007), esta concepção de que homens e mulheres possuíam funções sociais distintas sustentou ideologicamente as ações que culminaram no paulatino afastamento das mulheres da esfera política, dos altos círculos de poder e de qualquer cargo de comando, exceto das associações femininas, que mesmo assim estavam, na sua maioria, sob o controle de órgãos supervisionados por homens.

Destacamos que essa concepção acerca da existência de valores e qualidades naturais femininos estruturaram uma linguagem comum a todos os regimes autoritários de total rechaço ao feminismo, da negação da mulher enquanto indivíduo autônomo, difundindo a exaltação da mulher apenas como mãe e esposa. De acordo com os estudos desenvolvidos por Mary Nash (2010), a representação cultural da mulher entre os governos paternalistas se formulava a partir da reprodução e maternidade, transformando estes dois atributos em características determinantes na construção de identidades femininas:

Assim, a mulher foi associada com a natureza e sua distinção biológica reprodutora foi trasladada a uma categoria cultural diferenciadora, que por sua vez, atribuía-lhe uma função social específica e de nível social inferior. Entre os atributos femininos a maternidade era considerada como um dos traços mais definidores, uma vez que se aludia a ela como princípio explicativo de características da feminilidade. Frente à razão, à cultura, à agressividade e o individualismo evocados como epicentros da masculinidade, para as mulheres o instinto maternal coroava seus atributos em termos de uma natureza distinta. (Nash, 2010, p.26).

Cabe ressaltar que a única maternidade aceitável era aquela encontrada em um legítimo local de acolhimento dentro da sociedade: a família legalmente constituída pelo casamento. Para os regimes paternalistas e autoritários os conceitos de mulher e família eram quase que indissociáveis: a existência de um dependia da manutenção do outro. A ideia de família como célula básica da sociedade, o único lugar para o desenvolvimento saudável de

uma nação, desencadeou uma série de ações políticas que visavam garantir e manter inalteráveis os tradicionais valores morais e disciplinadores. Desta forma, assim como a família foi alçada ao núcleo ético da sociedade, a maternidade passou a ser a função mais importante no interior do grupo familiar, transformando-se no alvo primordial das políticas assistenciais da nação.

A valorização da maternidade e da família durante o Estado Novo calçou suas políticas assistenciais num quadro ideológico paternalista, manipulando os ideais originais do maternalismo, e reelaborando os valores da maternidade em favor de políticas autoritárias e carregadas das ideologias tradicionais de gênero. Desta forma, o Estado brasileiro, assim como o espanhol, italiano, alemão e português, preservou do maternalismo apenas a valorização moral da maternidade, implementado por um processo político vertical e autoritário que delegava às mulheres um papel secundário e dependente dos homens e do Estado.

Em grande medida, as políticas assistenciais para a maternidade e a infância implantadas no período do Estado Novo se pautavam na reordenação da família como sustentáculo da sociedade. Assim, as mulheres, em especial aquelas provenientes das classes trabalhadoras e com filhos, eram definidas a partir de um estatuto que as definiam como dependentes de seus maridos, ou seja, para receber determinados benefícios tanto as mulheres quanto seus filhos deveriam estar sob a tutela de um homem provedor. Como bem ressaltam Koven e Michel (1993), embora muitos países utilizassem a retórica maternalista para conceber assistência para as mães e as crianças, tais benefícios estavam envoltos sobre o manto do paternalismo, pois delegavam às mulheres um papel meramente instrumental na esfera reprodutiva. Com leis exclusivamente voltadas para a manutenção da família e da infância, cabia ao Estado garantir, por meio de compensações financeiras para famílias numerosas, que os trabalhadores aderissem a esse discurso ideológico do desenvolvimento da nação.

Como debateremos na sequência, boa parte dos marcos civis, trabalhistas e da assistência social para a maternidade e infância, desenvolvidos principalmente no período do Estado Novo, basearam-se em

uma concepção paternalista de Estado. Com uma visão essencialmente instrumental da mulher, o Estado brasileiro, apoiado pelos médicos, lançou mão de campanhas organizadas que buscavam transformar as mães em peças fundamentais da construção de um novo país baseado na ordem e na moral, para o qual uma gestação saudável e cercada de cuidados médicos era imprescindível para uma infância hígida. Aperfeiçoando física e moralmente as mulheres, o Estado preparava o terreno para a construção de uma maternidade responsável, comprometida com o destino das populações futuras.

3.2. A Era Vargas e paternalismo de Bem-Estar: a família como fundamento das políticas públicas para a maternidade e a infância

Durante o governo varguista a família foi elevada ao *status* de fundamento físico e moral da sociedade brasileira, cabendo ao governo estabelecer uma série de ações e valores que visassem protegê-la dos diversos males fomentados pelo liberalismo exacerbado da Primeira República. Essa preocupação com a família se justificava, de acordo com os artífices do regime, pois o Brasil vinha sofrendo um processo paulatino de despovoamento e degeneração moral que o impedia de equiparar-se às grandes nações industrializadas. Para alcançar tal objetivo, era necessário fomentar as taxas de natalidade do país e ao mesmo tempo criar mecanismos sociais que garantissem o pleno desenvolvimento das crianças brasileiras até a fase adulta, quando se transformariam em braços laboriosos para o engrandecimento econômico e moral da nação. Desta forma, a Constituição brasileira de 1934 estipulava em seu artigo 138 que a União, os Estados e Municípios estavam obrigados a amparar a maternidade e a infância e proteger as famílias com prole numerosa, destinando um por cento de sua arrecadação às obras assistenciais e políticas públicas que contemplassem a salvaguarda das mães e das crianças. A escritora Mercedes Dantas assim relatava a importância de assistir a infância como forma de garantir o desenvolvimento de uma população apta ao mundo laboral:

Temos, claro, um dever de assistência econômico-financeira e de educação. Síntese de uma tarefa nacional cujo primeiro termo é a criança. Aí está a geração que desponta quasi todo fóra das escolas, sem a proteção articulada do lar, da higiene e do poder público. Ensaia-se na vida sem que encontre, como diretiva firme, a mística do nacionalismo pátrio.

Gastamos palavras. Bonitas palavras muitas vezes encobrindo programas impraticáveis. Gastamos ideias em reformas que se não cumprem ou que exigem grandes verbas.

Entretanto nenhum país, hoje, pode, impunemente, esquecer esta força miraculosa que é a criança. [...]

Por que negar isso? Porque desconhecer? O nosso dever é preparar os novos obreiros do futuro. (Sic). (Dantas, 1936, p. 05).

Apesar de ser a criança e a família o centro das políticas assistenciais, como fica claro nas observações de Mercedes Dantas, foram as mulheres aquelas que primeiramente sentiram o impacto da reafirmação de certas identidades de gênero nas relações existentes no interior da unidade doméstica. Vargas e sua máquina político-burocrática deram início a um contínuo processo de enquadramento das mulheres, pois as leis definiam o homem como arrimo de família, delegando a elas um papel coadjuvante e dependente. No intuito de reforçar a autoridade masculina sobre as mulheres o Estado paternalista arquitetado por Vargas e seus técnicos burocratas reafirmou o estatuto jurídico que as definiam como indivíduos destinados à esfera reprodutiva. A intencionalidade existente na reafirmação e execução de tais estatutos regulatórios era limitar fortemente a autonomia das mulheres e reforçar a subalternidade. Este modelo foi de essencial valia para promulgação das futuras leis assistenciais que colocavam a mulher numa relação de dependência do marido, reafirmando a necessidade de laços conjugais para obter acesso aos sistemas de ajuda. Tais leis refletiram-se no Código Civil⁸ que se baseava na ideia de total submissão das mulheres perante a autoridade marital, sendo que em seu artigo 233 ficavam decretadas as seguintes prerrogativas:

Art. 233. O marido é o chefe da sociedade conjugal. Compete-lhe:

I. A representação legal da família.

⁸ O Código Civil brasileiro de 1916 vigorou até o ano 2002 quando foi substituído. No entanto, no período em que esteve em vigência foi modificado inúmeras vezes para se adequar às novas exigências sociais.

II. A administração dos bens comuns e dos particulares da mulher, que ao marido competir administrar em virtude do regime matrimonial adaptado, ou do pacto antenupcial.

III. Direito de fixar e mudar o domicílio da família.

IV. O direito de autorizar a profissão da mulher e a sua residência fora do tecto conjugal.

V. Prover à manutenção da família, guardada a disposição do art. 277. (Código Civil, 1916).

Ao destacarmos este trecho do Código Civil, buscamos salientar que durante todo o governo Vargas e especialmente no Estado Novo a mulher foi identificada como um apêndice do marido, cabendo a ele a exclusividade da representação jurídica de seu grupo familiar perante o Estado. Assim, como veremos mais adiante, por ser o homem o representante legítimo do núcleo familiar, diversas medidas assistenciais como os abonos financeiros distribuídos às famílias numerosas deviam ser entregues diretamente ao marido para sua devida administração. Esta reafirmação da autoridade marital na sociedade conjugal era prevista pelas encíclicas papais *Casti Connubii* (1930) e *Quadragesimo Anno* (1931), que defendiam o matrimônio indissolúvel e criticavam movimentos sociais como o feminismo, por sua defesa à equidade das relações conjugais e a valorização das mulheres como indivíduos autônomos. No caso específico da Encíclica *Casti Connubii* o Papa Pio XI reafirmava que a finalidade primária do matrimônio era a procriação e a educação da prole; suas propriedades essenciais eram a unidade e a indissolubilidade, deixando claro o papel de dependência que a esposa deveria desempenhar perante as responsabilidades econômicas do marido, fortalecendo a ideia de que o homem era o único administrador possível da unidade conjugal:

Os mesmos mestres do erro, que por escritos e por palavras ofuscam a pureza da fé e da castidade conjugal, facilmente destroem a fiel e honesta sujeição da mulher ao marido. Ainda mais audazmente, muitos deles afirmam com leviandade ser ela uma indigna escravidão de um cônjuge ao outro; visto os direitos entre os cônjuges serem iguais, para que não sejam violados pela escravidão de uma parte, defendem com arrogância certa emancipação da mulher, já alcançada ou por alcançar. Estabelecem, mais, que esta emancipação deve ser tríplice: no governo da sociedade doméstica, na administração dos bens da família e na exclusão e supressão da prole, isto é, social, econômica e fisiológica. (*Casti Connubii*, 1930).

No entanto, o reacionarismo das Encíclicas chocava-se diretamente com as novas medidas políticas de intervenção e supressão do poder paterno em favor do Estado. No caso brasileiro, mesmo que o Código Civil tenha reafirmado a autoridade do homem como representante da família junto à esfera pública, a mulher foi alçada à administradora do lar, cabendo a ela a responsabilidade pelo bem-estar da prole. Para o Estado, a família patriarcal aos moldes da Colônia ou do Império já não tinha mais lugar na nova ordem social e política; o grupo familiar não podia mais ser tratado como um dos bens do homem, sua autoridade precisava ser dividida com a mulher e o Estado, daí a revalorização feminina como sustentáculo moral da família. De acordo com Marcela Nari (2004), os Estados modernos delimitaram o poder do pai, primeiramente deixando de ser a sua fonte legitimadora e, em segundo lugar, se colocando acima do pátrio poder e se apropriando de uma parte dele. O pai foi perdendo o poder de castigar, de se aproveitar da força de trabalho de seus filhos e de educá-los sem nenhum tipo de interferência, sendo forçado a seguir as leis civis.

Se o casamento continuava indissolúvel e o homem permanecia chefe da família como queria a Igreja Católica, a sua regulação passava para a mão do Estado que delimitava as condições para sua constituição e permanência, garantindo que normas eugênicas fossem observadas visando o melhoramento da raça, pois “só uma raça física e culturalmente forte é capaz de agüentar com os imprevistos de amanhã” como argumentava o Doutor Ari Doria (1944, p. 38). O casamento já não visava a procriação a qualquer custo; sob a regulação do Estado ele passaria a ser instituído de forma eugênica a fim de melhorar a raça brasileira. Esta preocupação com a descendência, e logo com as condições físicas e mentais do casal, estava vinculada à necessidade de mudar a antiga imagem do homem nacional, atrasado, preguiçoso e ligado à terra, pela imagem do brasileiro moderno, instruído e urbanizado, capaz de construir um Brasil que se elevaria frente às outras nações:

As possibilidades materiais, valiosíssimas em si, só valem efetivamente nas mãos de homens inteligentes e empreendedores de espírito esclarecido e corpo robusto, capazes de transformá-las em elementos de expansão individual e coletiva.

É inadiável dar pronta solução ao problema do fortalecimento da raça, assegurando o preparo cultural e eugênico das novas gerações. (Vargas, 1937).

Coube à nova mulher que se desenhava nas décadas de 1930 e 1940 a responsabilidade por forjar futuras gerações de brasileiros robustos e bem orientados que delineariam os caminhos do Brasil rumo ao progresso: “precisamos de mães sadias e robustas, que garantam gestações perfeitas e filhos normais, que sejam o orgulho de um país como o nosso”. (Doria, 1944, p. 38-39). De acordo com Maria Martha de Luna Freire (2009), ao delegar às mães a importante tarefa de formar o caráter das futuras gerações, tal discurso acabou por reforçar a autoridade moral das mulheres e contribuiu para fortalecer a importância social da maternidade junto à população, o que levou as políticas públicas na direção de algumas das reivindicações maternalistas. No entanto, o conceito de uma nova mulher arquitetado pelo Estado varguista, principalmente no período do Estado Novo, ancorava-se na confluência entre modernidade e tradição. Por um lado as mulheres estavam submetidas a um constante processo de disciplinamento com a valorização do espaço doméstico e a exaltação da maternidade, de outro lado eram impulsionadas rumo a uma emancipação controlada através do rompimento de elos tradicionais que balizavam as relações conjugais entre homem e mulher. Cabe ressaltar que tais mudanças nas relações de poder dentro do casamento, como a possibilidade de trabalho fora do lar e o maior controle sobre a gerência sobre a prole, estavam condicionadas ao exercício da maternidade.

Mesmo que ideias emancipatórias tenham se propagado e servido de base para formulação de políticas assistenciais de valorização da maternidade, o governo varguista foi profundamente marcado pelo paternalismo sendo a mulher mais um dos instrumentos utilizados para salvaguardar a família e a infância. Cabia à mulher a exclusividade dos cuidados com a saúde e o desenvolvimento da criança, fosse ela trabalhadora ou de classe média, intelectual ou operária. Independente de sua emancipação política e econômica, ela deveria zelar pelo bem-estar de sua família, compatibilizando suas atividades extra-domésticas com o desempenho da função materna. Se na esfera civil, com relação à família, o Estado Varguista era conservador delimitando os poderes das mulheres a partir dos homens, como relação à

esfera econômica as limitações eram mais brandas, pois nunca existiram leis que proibissem deliberadamente a inserção das mulheres no mercado de trabalho.

Na década de 1930 a presença das mulheres em postos de trabalho industriais, comerciais e nos serviços públicos não era novidade, principalmente entre as camadas populares, onde a existência do salário feminino para a manutenção do grupo familiar significava o afastamento da extrema miséria. No entanto, mesmo presentes no mercado de trabalho e muitas vezes sendo as únicas responsáveis pelo sustento familiar a principal identidade das mulheres, do ponto de vista dos técnicos e do aparato burocrático estatal, ainda continuava sendo a de mães.

Se coibir o trabalho das mulheres era impossível, regulá-lo de forma higiênica e racional, zelando pela maternidade, fazia-se necessário, pois as “mulheres [...] se viam, inúmeras vezes, obrigadas a renunciar os deveres da maternidade, com sacrifício de sua saúde e dos interesses da coletividade nacional para não perder seus salários”. (Ciência Política, 1940, p. 54). Desta forma, em 17 de maio de 1932 foi instituído o Decreto-lei 21.417 que passou a regular a relação entre patrão e empregada, obrigando o cumprimento de todos os seus dispositivos. Dentre outras coisas, o referido decreto previa a equiparação dos salários entre os sexos; estabelecia a licença maternidade de 8 semanas, sendo as 4 primeiras semanas anteriores ao parto e o restante no pós-parto; determinava o pagamento de um abono maternidade equivalente à metade do salário mensal e garantia da manutenção do vínculo empregatício para as mulheres que estavam de licença.

Além disso, o decreto também estabelecia horários especiais para as mulheres que amamentavam e obrigava a estabelecimento com mais de trinta mulheres acima dos 16 anos a instituírem uma espécie de berçário que garantisse a manutenção de tal norma. O decreto previa ainda a constituição de Caixas de Seguros mantidas pelo empregador ou pelo Instituto de Seguro Social; proibia a demissão de trabalhadoras grávidas e impedia sua permanência em lugares considerados perigosos e insalubres.

Os dispositivos contidos no referido decreto iam ao encontro das antigas reivindicações médicas e feministas de salvaguarda da maternidade,

além da equiparação salarial quando ocupando o mesmo posto de trabalho. No entanto, apesar de confluírem em muitos de seus objetivos na proteção da maternidade, o discurso médico e o feminista possuíam premissas por vezes distintas. Como vimos anteriormente, se para o movimento feminista as leis de proteção à maternidade se sustentavam na valorização social da mulher como mãe e como sujeito autônomo, para boa parte dos médicos o que estava em jogo era elaborar medidas protetoras que garantissem um período de gestação adequado para o bom desenvolvimento do feto. Esta preocupação médica com o período anterior ao nascimento – refletida pelo próprio Decreto-lei 21.417 nos capítulos que proibiam a permanência de mulheres em ambientes considerados insalubres – pode ser encontrada também no livro *Puericultura: higiene física e social da criança*, no capítulo em que trata dos perigos biológicos, ambientais e sociais sobre o desenvolvimento da vida intra-uterina:

O perigo congênito, [é] constituído pelas influencias malélicas que podem atuar, na vida intra-uterina, sôbre o embrião e o feto, desde o momento da concepção até o nascimento, influencias de ordem nutritiva, física, infectuosa ou endócrina, capazes de comprometer a vida, a perfeição ou a vitalidade do produto da concepção. (sic). (Gesteira, 1957, p. 09).

Publicado pelo pediatra Joaquim Martagão Gesteira em 1941, nove anos após a promulgação da referida lei, o livro refletia os anos de experiência do autor frente à Liga Baiana Contra a Mortalidade Infantil fundada em 1923, que o levou a obter destaque nacional, inclusive ocupando postos de relevo na proteção à infância durante a Era Vargas. Martagão Gesteira ainda afirmava que a profissão ocupada pela mãe e o trabalho fora de casa representavam grande influência no desenvolvimento infantil desde a concepção até os estágios mais avançados da vida da criança, sendo o período mais crítico aquele relacionado à lactação:

De influência ainda mais direta é, como bem se compreende, a profissão da mãe. O trabalho da mulher fora do lar, sobretudo nos primeiros meses após o nascimento da criança, avulta como causa de mortalidade infantil, conhecida e proclamada por todos os puericultores. Esse fato influi [...] ainda mais para a supressão do alactamento ao seio, fator êste de clamorosas conseqüências. (sic). (Gesteira, 1957, p. 329).

No entanto, a clara influência do paternalismo sobre o Decreto-lei 21.417 ficou a cargo do artigo 10 no qual estavam constituídas as normas de assistência em caso de aborto. No artigo se estabelecia que em caso de interrompimento espontâneo da gravidez a mulher ficaria assegurada financeiramente por um período de duas semanas após o aborto, sendo garantida a ela ainda sua permanência no posto de trabalho ocupado. No entanto, caso fosse comprovada a existência do aborto “criminoso” todos os direitos contidos no dito artigo seriam suprimidos. Tanto no Código Penal de 1890 quanto no de 1940, ambos em vigência na Era Vargas, o aborto era tratado como crime passível de reclusão para a mulher que o consentisse ou para quem o praticava. Em apenas dois casos o Código Penal de 1940 aceitava a realização do aborto: quando havia risco eminente à vida da gestante ou quando fruto da violência sexual. Este posicionamento, além de suas origens patriarcais de controle sobre a fecundidade feminina, também se justificava pela existência de um vigoroso pensamento pró-natalista que via no fomento de altas taxas de natalidade uma solução para o desenvolvimento do país. Assim, provocar o aborto não era apenas um crime contra a vida, mas também contra o Estado e um ataque contra a raça brasileira:

Somos um povo nascente, em relação ao calendário da existência de outras, com um coeficiente demográfico aquém das exigências primeiras de nossa superfície. A fim de suprir tal deficiência – que será corrigida na extensão do tempo e na fecundidade patriótica das mulheres – exige-se abnegação intensiva, uniforme e coordenada. (sic). (Falcão, 1942, p. 118).

O trecho acima faz parte da conferência pronunciada por Armando Ribeiro Falcão no Instituto Nacional de Ciência Política em 1941. Nele se destaca o valor simbólico da maternidade para o Estado, pois ao classificá-la como uma missão patriótica das mulheres para com a nação afirmava que uma gestação não era um feito particular e individual, mas um compromisso contratado com todo o corpo social, impossível de ser rompido, pois “limitar a natalidade, politicamente, é um crime contra a pátria. Religiosamente é um crime contra Deus. Biologicamente é um crime contra a natureza”. (Roger, 1944, p. 45).

Cabe ressaltar que apesar da proibição legal do aborto, o Brasil nunca elaborou uma legislação que tratasse exclusivamente da interrupção planejada da gravidez, como no caso da Alemanha e da Espanha, prevendo penas específicas para cada um dos envolvidos na prática abortiva. No entanto, assim como nestes países, havia um intenso discurso moral que bestializava as mulheres que praticavam tal ato, colocando-as em uma posição contrária à da mãe amantíssima. Criatura sem alma, sem coração, perversa ou louca, era essa a imagem da mulher que se recusava a ser mãe e buscava na prática abortiva um escape para tal situação. Tanto as imagens da mãe amantíssima como a da mãe cruel, conforme salienta Mary Nash (2010), foram fomentadas pela corporação médica que legitimou um discurso de gênero no qual o conceito de feminilidade era indissociável do conceito de maternidade, estabelecendo um conjunto de “conhecimentos científicos” que ratificavam a reprodução da espécie como a mais importante missão das mulheres em favor da sociedade.

A modernização dos discursos sociais através de uma suposta base científica defendida pelos profissionais da medicina nas primeiras décadas do século XX no Brasil foi também o eixo definidor na identidade pessoal e cultural da mulher a partir da maternidade. Se num primeiro momento havia uma base legitimadora fundamentada na religião, criando funções sociais para as mulheres a partir das prédicas proferidas por autoridades eclesiais, com a consolidação da classe médica este discurso foi transladado e colocado sob a guarda da medicina, que inaugurou um novo discurso de gênero baseado na reconceitualização, medicalização e profissionalização da maternidade. Para Mary Nash (1996[a]), a reordenação do espaço discursivo em torno das mulheres cumpria o objetivo pró-natalista de fomentar o número de nascimentos e ao mesmo tempo criar uma cultura da maternidade que chocava diretamente com as ideias emancipatórias e libertárias propostas pelo movimento feminista.

As ações normativas dirigidas às mulheres desenrolaram-se em torno de dois pontos centrais, o primeiro relacionado ao fim de seu *status* como indivíduo autônomo, tanto na esfera jurídica quanto trabalhista. O segundo ponto estava relacionado à tentativa de borrar as fronteiras que separavam a

identidade feminina da identidade familiar, ou seja, tratava-se de criar dispositivos de amparo à família, mas com o objetivo de regular a vida das mulheres a partir de sua capacidade reprodutiva.

No pensamento varguista a identidade feminina era indissociável da maternidade, frequentemente percebida como um mandato biológico irreduzível do qual nenhuma mulher em plenas condições psicossomáticas poderia escapar. A partir desse pensamento, o feito biológico da maternidade passou a ser entendido como um dever de toda mulher com a sociedade e com o Estado brasileiro, que por sua vez deveria criar condições que assegurassem o bem-estar das mães, dos filhos e da família.

Para cumprir tal finalidade em 22 de maio de 1934 a Inspetoria de Higiene Infantil foi extinta e substituída por um novo organismo governamental mais bem articulado e com claros objetivos de salvaguardar a maternidade e a infância. A Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância (DPMI) foi criada pelo Decreto-lei 24.278 e sob a administração do médico puericultor Olinto de Oliveira, um de seus mentores. A DPMI tinha por objetivo “promover em todo o país o bem da criança, preservar-lhe a vida e a saúde, assegurar-lhe o desenvolvimento normal e prestar-lhe assistência e proteção”. (Brasil, 1934). Melhor articulada que o órgão anterior, a Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância possuía a prerrogativa de estabelecer conexões com os serviços de saúde pública federais e estaduais, com os sistemas já existentes de assistência social, juizados de menores, serviços de educação e registro civil. Além dos organismos públicos, a DPMI também estava orientada a auxiliar os serviços privados de assistência às mães e às crianças, ficando autorizada a conceder subvenções quando necessário.

A Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância possuía uma rede ampla de atribuições que lhe conferia autonomia sobre a rede hospitalar materno-infantil, formação de novos quadros por meio da Escola de Puericultura, assistência alimentar, o estudo e fixação de novos centros de puericultura, além da fiscalização dos centros particulares de assistência à maternidade e à infância. O atendimento exclusivo às mulheres ficou a cargo da Inspetoria Técnica de Higiene Pré-Natal e Assistência ao Parto que compreendia:

[...] a notificação, registro, exame obstétrico, instrução e vigilância das gestantes, assistência em refúgios adequados às intoxicadas e hiponutridas e às indigentes; a fiscalização das parteiras e licenciadas e a profilaxia das infecções da puérpera e do recém nascido. (Brasil, 1934).

A Inspetoria ainda era responsável por organizar um serviço eficiente de atendimento às parturientes, fosse por meio de centros médicos especializados ou pelos serviços de parto domiciliar, organizados a partir de maternidades regionais subvencionados pelo Estado. Para as mulheres e crianças que viviam em situação de pobreza extrema, foi organizada a Secção de Assistência Social que por meio do serviço social, seguros e pensões garantia as condições mínimas de sobrevivência para mães e filhos, fomentando desta forma a extinção de creches, asilos, lares adotivos e similares. A ideia de prover meios assistenciais e financeiros para as mulheres se aproximava das reivindicações maternalistas de independência financeira para a plena vivência da maternidade. Para as feministas maternalistas, as mulheres, principalmente as mães, não podiam mais ficar à mercê de esmolas ou da boa vontade da filantropia privada. Na longa luta pela defesa da maternidade e pelos direitos sociais das mães, as feministas maternalistas passaram a demonstrar os laços existentes entre a pobreza e a maternidade, pois a falta de condições financeiras para sustentar uma prole afetava negativamente mais as mulheres do que os homens, estes salvaguardados pelo emprego formal.

Para Olinto de Oliveira o Estado deveria ser o responsável pela proteção e salvaguarda de todas as etapas da vida infantil, ao mesmo tempo em que dava especial atenção para as mães pobres. Esta preocupação com a vida da criança se fazia necessária, segundo Olinto de Oliveira, pois “gérmen da nacionalidade, material plástico e maleável, [a criança era] quase totalmente aproveitável se conseguíssemos modificar todos os fatores que concordam para a sua formação”. (Oliveira, 1935, p. 10). Entusiasta do nacionalismo e das ideias varguistas, Olinto de Oliveira juntamente com Gustavo Capanema, defendia o controle mais efetivo da União sobre os sistemas de saúde e assistência, suplantando as possíveis faltas provenientes do grupo familiar com relação a sua prole. Segundo Olinto de Oliveira:

[...] aos governos civilizados compete encarar a criança, fazendo dela objeto de um conjunto de leis, organizações capazes de prover seu bem estar, preservar-lhe a vida e a saúde, assegurar-lhe o desenvolvimento normal, e prestar-lhe assistência e proteção. (Oliveira, 1935, p. 10).

A ideia de criar um departamento capaz de se articular com diversos organismos assistenciais desde a esfera federal até iniciativas particulares, era tornar a assistência à maternidade e à infância desvalidas mais homogênea e racional, unificando, planejando e fiscalizando os serviços relativos à saúde materno-infantil a partir de um único ponto. Uma das primeiras campanhas nacionais articuladas pela Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância em todos os estados da federação foi a Campanha Nacional pela Alimentação da Criança (CNAC) iniciada em 1934 e articulada pelo pediatra e diretor da DPMI, Olinto de Oliveira. A campanha tinha por objetivo levar aos mais longínquos rincões do país noções básicas sobre a alimentação na infância estabelecendo condições materiais para erradicar a desnutrição infantil e “procurando alliar à acção ao sentimento e a cooperação do povo, sobretudo da mulher”. (O paiz, 1934, p.4). A ideia básica da campanha era criar nos municípios mais pobres e em conjunto com a população local, Associações de Proteção à Maternidade e Infância que ficariam responsáveis por instalar e gerir Postos de Distribuição de Leite, além de orientar as mães sobre noções de puericultura e cuidados a serem dispensados no período posterior ao desmame. O programa desenvolvido pela CNAC era compreendido por seis pontos principais que contemplavam as seguintes questões:

- 1 – Incentivar a amamentação natural como base insubstituível da saúde do lactente.
- 2 – Promover o uso do leite como alimento principal da criança desde o desmame.
- 3 – Promover o uso habitual de alimentos contendo vitaminas às crianças de todas as idades.
- 4 – Diligenciar para que todas as crianças recebam alimentos apropriados e em quantidades suficientes.
- 5 – Promover às gestantes e às mães nutrizes de uma boa alimentação, no interesse dos filhos.
- 6 – Combater os erros e os preconceitos, a incúria ou pouco caso em matéria de alimentação. (sic). (O Imparcial, 1936, p. 07).

Apesar do objetivo principal da campanha ser a alimentação da criança pobre, os pontos cinco e seis do programa acima mencionado, deixam claras as responsabilidades das mulheres sobre a boa nutrição da população infantil. Em nenhum ponto da campanha é mencionado o efeito da pobreza sobre a alimentação, esta sim verdadeira responsável pela desnutrição e morte entre as crianças brasileira. Para o discurso médico, independente da situação financeira familiar, as mulheres do alto de sua capacidade inventiva deveriam utilizar sua criatividade para elaborar uma alimentação nutritiva a partir dos poucos alimentos existentes em suas casas impedindo que “as verminoses, as febres e outras doenças reduzam estas criaturas [as crianças] a um depauperamento físico e verdadeiramente lastimoso”. (Jornal do Brasil, 1935, p. 08). Como únicas responsáveis pela alimentação de sua prole as mulheres foram responsabilizadas pela desnutrição e conseqüentemente pelas inúmeras mortes ocasionadas pela mesma, daí a necessidade de educar corretamente as mães no mundo inventivo da culinária capacitando-as a preparar corretamente os alimentos e utilizá-los de maneira racional:

[A Campanha Nacional pela Alimentação Infantil] tem um sentido prático: o de socorrer a criança no Brasil, levando aos que têm sobre ela responsabilidade, a noção e os meios de protegê-la, ampará-la, fazê-la viver fora do perigo de uma nutrição deficiente, falha, imperfeita, que é o espetáculo desolador que se observa por todo o Brasil. (sic). (Diário da Noite, 1935).

A campanha contou com a adesão de inúmeros Estados da federação que em seus territórios e às suas expensas construíram postos de atendimento à população local, e no caso de algumas capitais, foram construídas em anexo aos postos cozinhas dietéticas que proporcionavam “gratuitamente alimentação adequada à população infantil pobre”. (A Batalha, 1936, p. 05). No ano de 1936 cerca de setenta por cento dos municípios brasileiros haviam aderido à campanha e instalado postos de atendimento a população, distribuindo leite e organizando cursos de puericultura e higiene alimentar da criança. (O Imparcial, 1936, p. 07). Cabe ressaltar, que apesar da adesão significativa dos Estados um dos problemas encontrados para maior efetividade do programa de alimentação foi a falta de recursos humanos especializados em pediatria nas cidades do interior do país. Para sanar este déficit a Diretoria de Proteção à

Maternidade e à Infância pediu ao médico pediatra Adamastor Barbosa que elaborasse uma cartilha sobre perturbações gastrointestinais na primeira infância que deveria ser distribuída gratuitamente para os médicos cadastrados na campanha. (A Noite, 1937, p. 14).

Outra particularidade da CNAC foi a possibilidade de que mães e médicos do interior estabelecessem contato diretamente com os pediatras do centro operacional na cidade do Rio de Janeiro por meio de cartas, que por sua vez eram subvencionadas pela Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos. Nestas correspondências as interessadas deveriam manifestar o desejo de receber as instruções sobre dietética infantil, incluindo na mesma o endereço e o nome de quem desejava recebê-las. Posteriormente, depois de prévia análise, era enviada à requisitante uma pequena cartilha contendo instruções e informação sobre o Posto de Distribuição de Leite mais próximo. (Jornal do Brasil, 1936, p. 16).

No entanto, como ocorreu com as estruturas administrativas no período da Primeira República a Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância sofria com a constante falta de recursos financeiros o que dificultava a implementação de todos os serviços previstos no decreto que a regulamentava. O Jornal do Brasil de 24 de Junho de 1936 destacava a fala de Olinto de Oliveira sobre a situação da Diretoria:

[...] infelizmente, até hoje, não foi possível executar o plano elaborado senão de maneira incompleta e limitada, e que tudo quanto foi feito até agora foi realizado dentro dos recursos ordinários da Diretoria; recursos estes que se vão tornando insuficientes, mas que não tardarão certamente, a serem amparados como merecem, pela verba federal que a Constituição previu para este fim. (Jornal do Brasil, 1936, p. 07).

Assim como a falta de recursos, a escassa mão de obra qualificada também era um entrave para o desenvolvimento das atividades propostas pela Diretoria. Apesar de a Constituição de 1934 no Parágrafo 3 do Artigo 121 dar preferência para que mulheres habilitadas gerissem e fiscalizassem os serviços de atendimento às mães e às crianças, sua atuação na DPMI ficou restrita ao atendimento ao público, como visitadoras, assistentes sociais e enfermeiras. A formação deste tipo de mão de obra ficou a cargo de três instituições, a Escola

de Enfermagem Anna Nery, a Escola Técnica de Serviço Social e a Escola de Enfermeiras Alfredo Pinto, todas subvencionadas pelos cofres públicos e voltadas para a formação das mulheres em profissões assistenciais, consideradas condizentes com suas supostas atribuições femininas. No curso de visitadora social eram exigidos como requisitos básicos a idade mínima de 19 anos, instrução elementar, não sofrer de doenças contagiosas, estar em dia com a vacinação obrigatória e apresentar atestado de boa conduta que garantisse os bons antecedentes de sua vida pregressa ao curso. (Jornal do Brasil, 1939, p. 12). Ao se dedicarem às atividades de assistência junto aos grupos menos favorecidos, as mulheres prolongavam seus supostos deveres da esfera privada, estendendo-os ao mundo público, pois o trabalho de assistência social, desde muito tempo era entendido como uma extensão das atividades domésticas e de suas tarefas de cuidados. Essa condição, segundo os pressupostos morais vigentes, possibilitava que todas as mulheres pudessem exercer seus sentimentos e habilidades maternais, além do que, permitia àquelas que por algum motivo não tiveram filhos desenvolver sua missão materna, dedicando-se aos filhos dos outros.

A partir de 1937 com a instauração do Estado Novo e a implementação de uma nova Constituição, a família passou a ser o cerne das políticas assistenciais do governo, devendo por isso ser mantida e amparada pelo Estado, pois de acordo com Arthur Ferreira da Costa (1942) “o engrandecimento dos povos [...] esta em função do prestígio e o culto da família, que é a base do edifício social”. (sic) (p. 38). Mantendo a primazia do homem sobre o restante do grupo familiar, a figura masculina tornou-se a legítima receptora dos benefícios sociais, pois ao entender o homem como o representante legal e chefe da família, a esposa ocupava um papel secundário, dispondo apenas de benefícios derivados. Cabe ressaltar que o modelo assistencial varguista pode ser compreendido a partir de sua divisão em dois eixos, o primeiro são os direitos adquiridos pela figura do trabalhador urbano, no qual sua dedicação ao mundo laboral lhe conferia o direito a subvenções estatais a fim de minorar os efeitos negativos do mercado sobre a unidade familiar, como foi o caso dos subsídios familiares. No trecho abaixo a advogada

e promotora paranaense Ilná Secundino destaca o papel no Estado Novo na salvaguarda da criança por meio do amparo ao homem trabalhador:

Coerente com os dispositivos de ordem constitucional, que encara a família como pedra fundamental do edifício social, o Estado procura todos os meios de assistir e cercar de cuidados a criança, estendendo a sua vigilância aos lares, às escolas, às fábricas, procurando levar amparo aos pais de família, a fim de, suprindo deficiências econômicas, garantir o desenvolvimento da prole. (Secundino, 1944, p. 19-20).

Na outra ponta do sistema assistencial elaborado por Vargas, encontramos a assistência do tipo benemerente. O Estado subvencionava as associações que ofereciam serviços assistenciais a um grande público desassistido como uma maneira de reforçar sua imagem benévola bem como a do próprio Vargas. Os serviços assistenciais privados tornaram-se importantes elementos para a solidificação do sistema estatal de ajudas fazendo-se presentes em diversas cidades do interior do Brasil nas quais o poder público possuía pouca relevância ou não estava presente. Assim como na Primeira República, a filantropia se tornou parte integrante do modelo assistencial brasileiro. Ora complementar, ora única opção de ajuda, as instituições patrocinadas em grande medida pelas elites locais, dedicaram-se a atender diversos tipos de desafortunados, privilegiando, a partir da década de 1940, especialmente aquelas ações que contemplassem o amparo à maternidade e à infância desamparada. Para o médico Ari Dória as iniciativas particulares deveriam cumprir o papel patriótico de complementar as atividades estatais e os mais afortunados tinham o dever moral de financiá-las:

São os homens de sentimentos nobres, as mulheres sempre tão abnegadas, os médicos conhecedores do assunto e as pessoas de fortuna que se devem dedicar à colaboração particular. É de esperar que em tôda a parte se levantem vozes de apôio, que se organizem esforços capazes de garantir o complexo êxito à campanha destinada a amparar a Maternidade e a Infância, oferecendo à Pátria gerações vigorosas. (sic). (Dória, 1944, p. 39).

A família adquire um novo estatuto legal durante o Estado Novo com a promulgação da Constituição de 1937, que em seu artigo 124 declarava: “A família, constituída pelo casamento indissolúvel, está sob a proteção especial do Estado. Às famílias numerosas serão atribuídas compensações na

proporção dos seus encargos”. (Brasil, 1937). Para fazer valer tal proposição constitucional, em 10 de novembro de 1939 foi instaurado por meio do Decreto-lei 1.764 a Comissão Nacional de Proteção à Família com validade de um ano e prorrogável por igual período, com a finalidade de examinar e levantar dados sobre a situação da família brasileira. Com amplos poderes propositivos cabia à comissão “estabelecer as condições favoráveis à formação, ao desenvolvimento, à segurança e ao prestígio da família”. (Brasil, 1939). Dentre as atribuições da Comissão destacamos dois pontos que estavam relacionados à assistência social às famílias pobres: amparar a maternidade, a infância e a adolescência; e instituir as condições para o pagamento do abono familiar.

Ao colocar a família no centro das preocupações assistenciais do Estado, instaurando para isso uma comissão especial, se deixou claro o importante papel das unidades familiares para o projeto “revolucionário” proposto pelo Estado Novo. Em seu conhecido discurso de Natal no ano de 1939, Getúlio Vargas reitera a importância de se criar no Brasil uma ampla legislação que amparasse as famílias numerosas pobres, e que fomentasse as condições necessárias para a salvaguarda da infância e a maternidade, ambas indispensáveis para a construção de um país laborioso como deveria ser o Brasil:

O meu Governo tem-se empenhado em garantir aos trabalhadores, aos que não dispõem de recursos acumulados e vivem do labor cotidiano, as condições de estabilidade econômica necessárias à manutenção da prole. A legislação em vigor e as instituições de previdência coletiva, em promissor desenvolvimento, se completam nos resultados e mostram o acerto da nossa política de valorização do homem de trabalho.

Impunha-se, contudo, alargar a atuação do poder público, e diversas providências se adotaram nesse sentido. Já foi autorizado o plano de construção e instalação de cerca de cinquenta maternidades e lactários, distribuídos por todos os Estados; a lei de proteção às famílias numerosas será decretada em breve; o fundo especial do auxílio familiar, por meio de uma taxa cobrada aos solteiros e casais sem filhos, constituirá, sem dúvida, uma experiência proveitosa e digna de apoio. (Vargas, 1939).

O discurso proferido por Vargas expõe claramente a necessidade de o país adotar uma legislação protetora em favor das famílias numerosas, aos moldes da legislação europeia implantada em países como Espanha, Itália e Alemanha. Estas medidas assistenciais, tanto no Brasil como nos países

européus, estavam particularmente dirigidas ao fortalecimento da autoridade masculina dentro da família e compensar os trabalhadores pela paternidade. Ao definir o homem como chefe de família, tais medidas eram uma recompensa maior aos pais do que para as mães. Para que tal empreendimento fosse realizado com sucesso, em 19 de abril de 1941 foi publicada a lei que estabelecia e regulamentava a concessão de Abonos Familiares, por meio do Decreto nº 3.200. Claramente paternalista, o referido decreto não era um reconhecimento social da maternidade, mas sim uma compensação financeira para o pai de família trabalhador, para que sua prole não vivesse na extrema miséria, ou seja, os abonos familiares distribuídos aos homens eram abertamente uma tentativa de fortalecer a figura do chefe da família perante o conjunto social, uma réplica em menor escala do chefe da nação. De acordo com Arthur Ferreira da Costa, em conferência ao Instituto Nacional de Ciências Políticas e intitulada *A Proteção da Família no Estado Novo*, o pai de família deveria se amparado pelo Estado como uma forma de compensação por seus esforços para com a pátria:

O chefe de família numerosa não é mais o tradicional “burro de carga”, da gíria popular, esmagado pelo peso de atribuições e compromissos monetários, a mais das vezes superior as suas forças, abandonado exclusivamente ao seu destino de lutas, reveses, cansaços e carências, que se refletem forçosamente sobre a criação e formação da prole, favorecendo tal descaso político e até deshumano, descendentes fracos do corpo e vasios de espiritualidade, enfermiços, tristes, vencidos antes das refregas, sem alma e nem clima para grandes empreendimentos. (sic).(Costa, 1942, p. 39).

O discurso acima destacado, assim como outros amplamente difundidos na década de 1940, colocava o marido como o único responsável pela manutenção de sua família, e a mulher, quando aparecia, era apenas mais um dos fardos a ser assumido pelo homem casado. De acordo com a proposição estabelecida pelo Decreto 3.200, ficava estabelecido que cada família brasileira – formalmente estabelecida de acordo com a lei – com uma prole igual ou superior a oito filhos menores de dezoito anos e que vivessem às expensas familiares poderia receber o abono familiar. O referido decreto dividia os grupos a serem contemplados pelos benefícios em dois núcleos distintos: o primeiro era composto pelo funcionalismo público federal, estadual e municipal,

no qual o chefe de família que percebesse menos que mil contos de réis teria direito a receber o abono de vinte mil réis por filho. Caso a mulher também exercesse função pública ficava autorizado ao chefe de família receber o abono em seu lugar.

O segundo grupo era formado por todos aqueles que não se encaixavam no primeiro, tais como: funcionários públicos com menores salários, operários industriais e comerciais. Cabe ressaltar que apenas recebiam as vantagens da lei dos abonos familiares aqueles homens que estivessem formalmente estabelecidos no mercado de trabalho, pois durante o Estado Novo o *status* de cidadania era adquirido por aqueles que de alguma forma estivessem atrelados ao mundo laboral. Ser trabalhador e receber uma remuneração financeira era a linha que separava os homens e as mulheres “de bem” dos indigentes, vagabundos, oportunistas e gatunos. Desta forma o artigo 29 do Decreto 3.200 estabelecia:

Ao chefe de família numerosa, não incluído nas disposições do artigo precedente, e que, exercendo qualquer modalidade de trabalho, perceba retribuição que de modo nenhum baste às necessidades essenciais e mínimas da subsistência de sua prole, será concedido, mensalmente, o abono familiar de cem mil réis, se tiver oito filhos, e de mais vinte mil réis por filho excedente, observado o disposto na alínea a do art. 37 deste decreto-lei. (Brasil, 1941).

Ambas as modalidades de ajudas financeiras fornecidas pelo Estado possuíam o claro objetivo de reforçar a instituição paterna através de suplementos nos salários dos trabalhadores masculinos, que por sua vez, possuíam a finalidade de fornecer supostas condições materiais necessárias para a manutenção da ordem econômica e de gênero do grupo familiar. De maneira geral, podemos aferir que o abono familiar não era considerado um pagamento extra e tampouco parte integrante dos salários, seu *status* jurídico era de suplemento salarial pago diretamente ao chefe da família e só em casos excepcionais poderia ser pago às mulheres.

Ao transformar a ajuda estatal em suplemento ao salário dos trabalhadores masculinos, tinha-se por finalidade criar um elo de cumplicidade entre os homens e a administração pública. Ao mesmo tempo em que reforçava a imagem do Estado como um ente benfeitor que compensava os

trabalhadores por sua paternidade, os abonos criavam ainda condições para que a autoridade masculina fosse reforçada enquanto as mulheres ficavam reclusas ao espaço doméstico, manifestando a assimetria latente nas relações entre os gêneros sancionada pelo Estado. Cabe ressaltar que apesar de suas pretensões universalizantes, a concessão do abono familiar seguia uma série de diretrizes que reforçavam o papel da família sobre a educação e guarda dos filhos, estando vinculada ao matrimônio e paternidade legítima.

A existência de leis como estas durante o Estado Novo, colocava todo o coletivo social, tanto homens como mulheres, sob o controle estrito do Estado, negando a possibilidade da existência de direitos individuais que fossem igualitários para ambos os sexos. Na retórica varguista, os benefícios sociais que subvencionavam as necessidades familiares não estavam apenas encarregados de cimentar ideologicamente o poder paterno do homem ou a reclusão da mulher dentro do espaço doméstico, mas também a consequente submissão feminina à autoridade de quem procurava o sustento e incorporava em si toda a representação familiar pública. (Tavera García 2006).

Essas medidas favoreciam abertamente ao pai que deveria identificar-se com a figura do chefe de Estado representado por Vargas, que por sua vez, também como um grande pai, zelava pelo bem-estar de sua grande família que era o Brasil. Cabe ressaltar que os benefícios familiares eram concedidos apenas para aquelas famílias legitimamente constituídas e com filhos gerados dentro dos cânones sociais prescritos; as crianças consideradas ilegítimas ou filhas de mães solteiras não estavam contempladas pelas ajudas sociais oferecidas pela administração pública, ou seja, a maternidade como uma instituição necessária para o desenvolvimento do Estado, só estava protegida se vinculada à paternidade de um trabalhador.

Ao orientar a seguridade brasileira para aqueles trabalhadores formalmente estabelecidos no mundo laboral o Estado brasileiro contribuiu para a precarização da vida das mulheres e das crianças forçando uma relação de subordinação ao marido ou ao pai. Tais políticas possuíam o objetivo de reforçar o papel do homem como provedor da família, consubstanciando uma concepção paternalista de autoridade e de assistência, pois os benefícios, mesmo que tivessem a intenção clara de proteger as mulheres e as crianças,

eram dirigidos diretamente ao homem como trabalhador e assegurado, garantindo desta forma a manutenção da norma familiar e do poder masculino.

Em contraste ao discurso predominante sobre a maternidade, as medidas sociais promovidas para o bem-estar das mães e das crianças estavam menos desenvolvidas do que aquelas dirigidas para o chefe da família. Como apresentaremos no item seguinte, durante o Estado Novo o Departamento Nacional da Criança (DNCR) foi o órgão governamental responsável por arquitetar políticas públicas para a maternidade e a infância. Apesar de possuir programas assistenciais menos abrangentes do que aqueles desenvolvidos para os trabalhadores e suas famílias, as políticas assistenciais elaboradas pelo DNCR possuíam forte impacto propagandístico e ideológico, vinculando a imagem do Estado Novo com a proteção das mães e crianças.

3.3. Departamento Nacional da Criança: a institucionalização da infância e a instrumentalização da maternidade

Com a instauração do Estado Novo e a promulgação de uma nova Constituição em 1937, as medidas de proteção para a criança e a maternidade ganharam relevância e importância dentro da administração pública e passaram a ser entendidas como um problema de ordem econômica e moral. No entanto, como apontamos anteriormente, tal preocupação mesclava ideias eugenistas aos discursos políticos e médicos em defesa do casamento, da família nuclear e do aumento populacional, que modernizariam a estrutura social brasileira: “a deficiência orgânica que aqui e ali se verifica em nossas populações é consequência de uma infância criada defeituosamente”. (Capanema *apud* Goulart, 1942, p. 04). Esta preocupação com a formação de uma nova raça brasileira, para o que as mulheres estavam convocadas a participar como progenitoras e cuidadoras, é encontrada também no discurso de encerramento da Semana da Pátria e da Raça, no qual Getúlio Vargas conclamava para preparar eugenicamente as populações futuras de acordo com as necessidades do país,

As comemorações da Pátria e da Raça deverão ser, daqui por diante, uma demonstração inequívoca do nosso esforço pelo levantamento do nível cultural e eugênico da mocidade, fonte de revigoração das energias nacionais e penhor seguro do progresso da pátria. [...] Nas circunstâncias atuais, torna-se urgente mobilizar essas nobres qualidades do caráter brasileiro, utilizando-as em benefício da cultura e do vigor físico da raça. (Vargas, 1938).

No discurso acima proferido, assim como em uma série de outros, como a mensagem de Natal de 1939, Getúlio Vargas afirmava a importância de se criar uma rede assistencial articulada que priorizasse o atendimento à criança e à maternidade entre as populações mais pobres, pois estas eram consideradas a espinha dorsal do sistema econômico nacional. De acordo com o presidente, apesar de todos os esforços nesta direção, o governo ainda não havia alcançado a meta de atender o mínimo razoável às mães e às crianças pobres, haja vista o precário atendimento às gestantes e os altos índices de mortalidade infantil que ainda imperavam nas capitais e nas cidades do interior.

Vargas (1939) demonstrava que em seu governo inúmeras iniciativas haviam sido tomadas na tentativa de minorar os problemas materno-infantis principalmente entre a população mais pobre. Priorizava, entre outras coisas, a construção de novas maternidades e lactários, a promulgação da lei de proteção às famílias com proles numerosas, o incentivo à participação mais efetiva dos Estados e municípios no financiamento de obras assistenciais, e por último, conclamava as classes mais abastadas do país que financiassem e participassem com maior afinco de organizações filantrópicas e benemerentes dedicadas a atender a mãe e a criança pobre. (Vargas, 1939).

Seguindo as diretrizes do Estado Novo, o médico sanitário Bonifácio Costa, em conferência ao Instituto Nacional de Ciência Política, afirma que a assistência social brasileira só alcançaria um alto nível de eficácia no atendimento à população pobre quando as camadas abastadas por meio de suas contribuições particulares se somassem à iniciativa pública na “defesa direta ou indireta das crianças, cimentando as organizações que servem de base na formação física, intelectual e moral da infância e juventude”. (Costa, 1944, p. 71).

Apesar de o amparo à mãe e à maternidade figurarem entre uma das principais frentes de atuação em defesa da população pobre, o *status* da

maternidade e da mulher junto às políticas assistenciais continuava meramente instrumental, pois partiam de programas sociais que acima de tudo valorizavam a família e a infância. O que estava em jogo não era a valorização social da maternidade e o reconhecimento das mulheres por fornecerem ao Estado algo de primordial valor para sua manutenção, como são as crianças, mas sim enredá-las em um sistema de proteção que as definiam a partir da relação de dependência e necessidades de seus filhos. Para Helga Maria Hernes (1990), esta relação de subalternidade com os Estados de Bem-Estar e seus sistemas de proteção social foi continuamente alimentada, sustentando relações de gênero desiguais que delimitavam as mulheres à esfera reprodutiva, considerada pelo próprio Estado como uma fonte inesgotável de custos. Este entendimento da esfera reprodutiva como geradora de ônus para as finanças estatais, pode ser considerado uma das principais origens para a edificação de auxílios sociais tão escassos se comparados com os dos homens trabalhadores, pois tanto o trabalho reprodutivo das mulheres como a vida das crianças só produziriam resultados socioeconômicos em longo prazo, quando estas entrassem no mercado laboral.

O discurso político que colocava a mulher numa relação de dependência do marido para obter acesso aos sistemas assistenciais tinha um efeito moral ao definir a mulher mãe a partir do feito biológico da maternidade. Ao apropriar-se de tal discurso moral o Estado compartilhava seus encargos assistenciais relativos às crianças e às famílias com as mães, partindo do pressuposto que as mulheres possuíam responsabilidades inerentes a sua condição materna, devendo dedicar-se a sua prole de forma abnegada e sem compensações financeiras. Conforme afirmava a médica Silvia Roger em reportagem à Revista da Semana:

[...] a pátria, ela exige esse dever de civismo e, embora aja por vezes atrabiliariamente em suas exigências, a nós compete compreender suas largas razões ocultas e oferecer-lhe homens, como que faz o dom de si mesma em benefício do futuro, de uma entidade imortal. [...] O filho é o mais alto juro do capital de sacrifícios e lutas que damos a vida. (Roger, 1944, p. 45).

O discurso da maternidade, como o acima mencionado, foi um dos grandes elos morais que buscaram homogeneizar as identidades femininas no

século XX. Independente de raça, geração e classe, as mulheres foram forçadas a introjetar a existência do suposto instinto maternal, que dogmatizado por discursos moralizantes normatizaram as condutas femininas. De acordo com Carmen Martínez e Consuelo Paterna (2005), tanto o nascimento quanto a criação de um filho foram exaltados como valores gloriosos que deveriam ser perseguidos pelas mulheres e, uma vez concretizados, essa relação entre mãe e filhos passava a ser intermediada por uma série de atores que atribuem significados alheios à experiência pessoal, mas que por sua vez deveriam ser introjetados como naturais e comuns a todas as mulheres.

Esta naturalização da maternidade também foi amplamente difundida entre as mulheres brasileiras das décadas de 1940 e 1950, sendo inclusive reforçada por políticas sociais de proteção à criança, as valorizando apenas após a conquista do “título” de mãe de família. Um exemplo desta restrição da individualidade feminina em favor da prole foi publicado na Revista da Semana de 08 de fevereiro de 1941, no qual se afirma que a mulher só estaria pronta para enfrentar as adversidades do mundo a partir da experiência materna, quando realmente poderia ser considerada uma Mulher completa:

Quando nasce um filho, nascem na mulher a paciência e a esperança, que lhe facilitarão enfrentar todas as responsabilidades a cumprir, com êxito, deveres que em outras condições não poderia fazer sem a experiência da maternidade. [...] A mãe moderna que se tornou perspicaz, confiante e alegre na realização das obrigações inerentes a maternidade [...] não teme tanto quanto as mães de ontem pelo futuro de seus filhos. (Revista da Semana, 1941, p. 48-49).

Ao difundir a ideia de que a maternidade era a maior contribuição da mulher para a sociedade os Estados nacionais, sobretudo aqueles de cunho autoritário e centralizador, como o Estado Novo brasileiro, colocaram sob sua guarda o ventre das mulheres em favor de políticas natalistas. Essa crescente intervenção do Estado sobre a vida das mulheres e sua paulatina incorporação nas políticas públicas nacionais do século XX, pode ser entendida como uma espécie de “nacionalização das mulheres”, pois tal intervenção impunha políticas sociais, laborais e educativas que as ajustavam de maneira mais concreta ao feito biológico da maternidade. Ou seja, o Estado adotava dispositivos natalistas que politizavam os corpos das mulheres, colocando sob

seu controle – principalmente por meio dos sistemas assistenciais – qualquer ato relacionado à procriação, com a suposta alegação de salvaguardar as mães e as crianças.

Ao construir e implementar um sistema de proteção que se utilizava habilmente da retórica maternalista de valorização da maternidade, o Estado Novo brasileiro assim como os governos posteriores camuflaram suas pretensões paternalistas eugênicas e de culto à masculinidade, colocando a capacidade reprodutiva das mulheres sob um estrito controle moral. Para Gisela Bock e Path Tane (1996), os Estados de Bem-Estar autoritários colocaram em prática políticas que contrastavam claramente com o maternalismo feminista, pois suas iniciativas dirigiam-se especialmente à paternidade, ao nacionalismo e a uma política racial de valorização da infância sadia e eugenicamente aprimorada.

Desta forma, a maternidade no Estado Novo estava completamente regulada por meio dos discursos moralizantes que a colocava como peça-chave para a construção de um novo país, sendo imposta às mulheres como dever patriótico:

A maternidade é a alma da vida e a guerra é a filha predileta da morte. Quantas noites de insônia exige a criação de uma vida humana! [...] O nascimento é uma dor – a primeira de uma série de dores, que não acabam sequer com a morte, pois que as mães, do infinito, velam, pela vida dos filhos que estão na terra. [...] Se há homens ruins, é por que há mães que não sabem fazê-los bons... O mundo é moldado no seio materno – que traz consigo o segredo da criação universal. [...] Ter filhos é a única maneira, que possuímos, de nos integrarmos na Humanidade. (Revista da Semana, 1941, p. 39).

Esse discurso reflete a importância que a maternidade adquiriu no contexto social brasileiro, da mesma forma que evidencia como a mulher mãe foi valorizada a partir de sua capacidade biológica de dar à luz, responsabilizando-a pelo sucesso ou suposto fracasso da educação física e moral de seus filhos.

A preocupação psicossomática com as crianças e a importância das mães na realização da tarefa de cuidar foi traduzida em nível governamental pela implantação do Departamento Nacional da Criança (DNCR). Instituído pelo Decreto-lei 2.024 de 17 de fevereiro de 1940, o DNCR estabeleceu as diretrizes

político-institucionais do governo Vargas em relação à saúde materno-infantil em todo o país. No entanto, conforme ficava estabelecido no seu artigo primeiro, os cuidados com a maternidade não estavam restritos apenas à saúde física da mãe e da criança, mas também sua proteção e formação psicossocial, o que ia ao encontro das diretrizes varguistas de construção eugênica do homem nacional:

Buscar-se-á, de modo sistemático e permanente, criar para as mães e para as crianças favoráveis condições que, na medida necessária, permitam àquelas uma sadia e segura maternidade, desde a concepção até a criação do filho, e a estas garantam a satisfação de seus direitos essenciais no que respeita ao desenvolvimento físico, à conservação da saúde, do bem estar e da alegria, à preservação moral e à preparação para a vida. (BRASIL, 1940).

Diferentemente da Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância, o DNCr era um órgão centralizador que unificava e colocava sob a sua tutela administrativa – forçosamente – os diversos empreendimentos assistenciais estaduais, municipais e particulares que estivessem ligados à salvaguarda da maternidade e da infância. Sua função era estabelecer as diretrizes gerais que deveriam ser articuladas em todos os níveis da administração pública, formando desta maneira uma rede assistencial padronizada, que por sua vez seria financiada com recursos da União em conjunto com os Estados e municípios. Sob a administração de Olinto de Oliveira, o Departamento Nacional da Criança expandiu suas atribuições em todos os territórios da federação, fixando-se como “o supremo órgão de coordenação de todas as atividades nacionais relativas à proteção à maternidade, à infância e à adolescência”. (Brasil, 1940).

De maneira geral cabia ao DNCr realizar inquéritos sobre a situação da infância e maternidade em todo o país, divulgar e orientar a opinião pública acerca dos problemas materno-infantis, estimular e orientar a organização de estabelecimentos estaduais, municipais e particulares, zelar pela formação e difusão dos conhecimentos de puericultura, e fiscalizar em todo o país as atividades que tivessem por objetivos a proteção à maternidade, à infância e à adolescência. O DNCr também ficou responsável por organizar as comemorações do Dia da Criança, que mais que um simples festejo tinha por

objetivo “avivar na opinião pública a consciência da necessidade de ser dada a mais vigilante e extensa proteção à maternidade à infância e à adolescência”. (Brasil, 1940).

Cabia ainda ao DNCr articular a criação do Fundo Nacional de Proteção à Criança, sustentado por doações espontâneas de particulares e grandes empresas públicas e privadas, posteriormente revertidos na forma de programas assistenciais para a infância e a maternidade desvalida. Ao escrever para o Jornal Diretrizes o médico Gastão de Figueiredo explicava que o principal objetivo do Fundo era envolver as grandes fortunas nacionais num projeto político-social de assistência à criança e à maternidade aos moldes do que ocorria com as elites econômicas nos países industrializados:

Apesar do imenso potencial que encerra o nosso território, ainda não possuímos, em escala correspondente, devido principalmente à imprevidência, fortunas numerosas, que formam a riqueza pública, como acontece em outros países onde seus detentores investem somas vultosas no estímulo e manutenção de obras filantrópicas. [...] Foi sentindo a necessidade desse concurso que o eminente chefe da nação, com notável clarividência conclamou: Aqueles que amam sua terra e sua gente, os que trabalham e acumulam fortuna, estão convocados a colaborar com o Poder Público na obra de preparação das novas gerações, desde o berço à juventude, pelo amparo a maternidade e à infância, os dois polos mais poderosos da afetividade humana. (sic). (Figueiredo, 1942, p. 20).

Com o Fundo Nacional de Proteção à Criança o governo federal pretendia aproximar a elite econômica brasileira, bem como as grandes empresas, dos problemas sociais enfrentados pela população pobre do país. Esta iniciativa tinha por objetivo fomentar nas camadas mais abastadas da sociedade um maior senso de responsabilidade pelo desenvolvimento do capital humano nacional e, ao mesmo tempo os aproximar das políticas públicas estatais, criando assim um sentimento de pertença e um elo de cumplicidade entre a iniciativa privada e o poder público.

Em 1941 por meio do o Decreto-lei 3.775 o governo federal dava uma nova organização ao Departamento Nacional da Criança criando quatro divisões que regulariam e colocariam em prática as diretrizes contidas da legislação que o fundava. Assim, criaram-se a Divisão Social de Proteção a Infância, responsável por elaborar políticas em defesa da criança; Divisão de Cooperação Federal, que tinha por finalidade prover os meios pelos quais os

diversos níveis da administração pública e das iniciativas privadas trabalhariam de forma conjunta; Instituto Nacional de Puericultura, destinado à formação e difusão do ensino de puericultura em todo território nacional; e o Serviço de Administração, que ficaria responsável pelos serviços burocráticos e administrativos do DNCr.

A grande novidade instituída pelo Departamento Nacional da Criança foi a criação de um órgão complementar para fomentar a cooperação entre as diversas iniciativas governamentais e filantrópicas que tinham na maternidade e infância seu foco principal. Gerida primeiramente pelo médico Gastão de Figueiredo a Divisão de Cooperação Federal foi indiscutivelmente um dos órgãos mais importantes do DNCr, pois articulava todas as políticas públicas nacionais de forma racional, atrelando compulsoriamente a elas os Estados e municípios e, principalmente fomentando a criação dos Departamentos Estaduais da Criança. De acordo com o Ministro de Educação e Saúde Pública, Gustavo Capanema, articular em nível nacional políticas eficientes de assistência à criança e da maternidade era a alternativa para o problema da mortalidade infantil que solapava o país, pois somente com o entrosamento entre o local e o federal é que se saberiam as verdadeiras necessidades que cada região:

Nenhum remédio será mais decisivo do que este de organizar, em todo país, um sistema de serviços completos e eficientes destinados a assegurar a todas as mães as condições mais favoráveis à concepção, à gestação, ao parto, ao puerpério e a criação, e a dar a todas as crianças, desde o nascimento até à adolescência a garantia de que será normal e feliz o processo de seu desenvolvimento. (A Manhã, 1941, p. 03).

A implementação de tais estruturas administrativas nos Estados representou um avanço para a centralização das políticas assistenciais materno-infantis no país, pois a partir delas a União conseguia fazer valer suas vontades político-administrativas no âmbito local. Uma das primeiras medidas tomadas pelo DNCr junto aos Estados foi a construção de inúmeros postos de puericultura nas regiões interioranas e nas grandes cidades. Fruto da Campanha Nacional da Criança, os postos de puericultura foram resultado de minuciosos estudos que apontavam quais Estados e cidades necessitavam da

instalação de tal instituição médico-social de acordo com o coeficiente de mortalidade infantil. (A Manhã, 1944, p. 01). Além dos postos de puericultura, através da Divisão de Cooperação Federal foram realizadas outras inúmeras obras como a construção de maternidades, campanhas de saúde, abrigos de menores e a ampliação de hospitais.

Dentre as diversas iniciativas realizadas pelo DNCR, a Campanha da Criança, citada anteriormente, foi a que maior êxito logrou na defesa da criança e da maternidade em todo território nacional. De caráter permanente, a Campanha tinha por objetivo mobilizar e envolver a sociedade brasileira em um plano nacional para salvaguardar as crianças e a maternidade desvalida, transformando cada um dos cidadãos e cidadãs em signatários de um contrato social que visava modificar e melhorar a população brasileira a partir da infância. Por mobilizar diversos setores da sociedade civil e ser de fácil gestão, a Campanha Nacional da Criança logrou lugar de destaque junto à Divisão de Cooperação Federal, pois conseguia unir os três eixos principais do sistema assistencial brasileiro: a União, o poder público local e a iniciativa privada. Nas palavras do Ministro Gustavo Capanema:

Foi com os olhos e coração postos em tao alto objetivo que v. excia [Getúlio Vargas], decidiu empreender em todo o país a campanha da criança, campanha longa, exigente e penosa, para a qual tudo quer somente a cooperação e a animação do aparelho do serviço público, da União, dos Estados e municípios, mas ainda a cooperação dos homens de boa vontade que tenham o espírito voltado para obras generosas e não queiram ser apontados, segundo as próprias palavras de v. excia., como “egoístas endurecidos”. (sic). (Capanema *apud* Goulart, 1942, p. 04).

Abordando temas como alimentação, habitação, mortalidade infantil, educação formal e puericultura, a Campanha Nacional da Criança mobilizou uma quantia razoável de recursos financeiros e ocupou papel de destaque no contexto das políticas materno-infantis desenvolvidas pelo DNCR. Apesar da grande mobilização dos órgãos governamentais e da sociedade cível em prol da Campanha, a mesma não ficou imune às críticas. Em 1947 o periódico O Momento Feminino fazia uma crítica à desarticulação, falta de informações sobre a execução da campanha além da obscuridade com que era utilizado o dinheiro arrecadado:

Perguntamos nós, em que consiste o plano, qual o ministério vai executá-lo, quaes as responsabilidades do govêrno e de que maneira vai ser recebido o concurso do povo. Muitas outras coisas desejaríamos saber e, entre essas, quando começarão a construir e funcionar as crèches, as maternidades, os jardins de infância, as casas das crianças. O assunto é urgente. As crianças, é preciso repetir, estão vivendo em condições de miséria e abandono. Mas, falar nessas condições não adianta, adianta é criar novas condições de saúde, escola e alimentação para as crianças brasileiras. (sic). (O momento feminino, 1947, s/p).

Apesar das críticas a Campanha Nacional da Criança perdurou durante todo período em que o DNCr esteve ativo, passando por inúmeras readequações que ano após ano reformularam suas prioridades ou as adaptaram à nova realidade brasileira. Desta forma para o triênio de 1953 a 1955, a Campanha elencava como objetivo a realização de quatro eixos principais: a formação de uma consciência nacional sobre o problema da infância; proporcionar à mãe uma segura e sadia maternidade e à criança higidez física e mental; preparar as futuras mães de acordo com os preceitos da puericultura; e congregar em uma federação todas as instituições públicas e privadas contra a natimortalidade e a mortalidade infantil. (DNCr, 1953, p. 03).

No que tange às mulheres mães a Campanha Nacional da Criança estava de acordo com as diretrizes paternalistas desenhadas ainda na década de 1940, reafirmando seu caráter era meramente instrumental, haja vista que a saúde e educação femininas só eram relevantes quando dirigidas à reprodução e à salvaguarda da espécie: “está provado que o amparo à mãe é de extraordinária importância, significando ampla garantia da saúde da criança”. (DNCr, 1953, p. 12).

Outra prática muito comum estabelecida pelo DNCr desde a sua implementação foram as comemorações da Semana da Criança realizada sempre na segunda quinzena do mês de outubro. De maneira geral, esta época festiva tinha a intenção de mobilizar em torno das crianças todos aqueles envolvidos como os problemas da infância, fossem eles os pais, agentes públicos ou entidades filantrópicas. Todos eram conclamados a participar das atividades propostas, conforme publicou o jornal A Manhã:

[...] o êxito deste gigantesco procedimento não depende tão somente da iniciativa oficial. É necessária a cooperação de todos, principalmente das associações particulares, das escolas primárias, das classes médicas e de outras instituições cujas finalidades se ligam ao problema da infância. (A Manhã, 1943, p. 12).

A cada ano uma temática era definida e eram preparadas diversas atividades que seriam desenvolvidas em todo o território nacional. Em 1943, ainda de acordo com o jornal A Manhã de 05 de setembro, o Departamento Nacional da Criança sugeriu que fosse abordado o problema da infância abandonada, pois o mesmo figurava desde há muito tempo como um dos principais mazelas nacionais. Com o intuito de despertar e informar a população sobre as crianças desvalidas foram elaboradas diversas cartilhas e panfletos explicativos que eram distribuídos nos municípios pelos postos de puericultura sob a coordenação dos Departamentos Estaduais da Criança. Nestes locais formaram-se comissões temporárias para elaboração de relatórios e estatísticas sobre a situação da criança abandonada em cada cidade, foram realizadas palestras e conferências com autoridades políticas e médicas, concursos de robustez infantil, e por fim exigia-se a participação das crianças em idade escolar em projetos e ações de conscientização programadas pelo DNCr. (A Manhã, 1943, p. 12).

Apesar de Semana da Criança a cada ano trazer uma temática como eixo norteador de suas atividades, uma ampla gama de outros problemas também eram abordadas, pois cada Estado ou cidade possuíam problemas específicos e que deveriam ser tratados no âmbito local, demonstrando a flexibilidade do DNCr com as questões que se desenrolavam em cada localidade. Mesmo possuindo uma temática específica para cada ano, na Semana da Criança os ensinamentos de puericultura eram recorrentes e amplamente debatidos em palestras e difundidos em panfletos distribuídos às mães mais pobres, conforme o modelo apresentado pela Revista da Semana intitulado *Conselho as mães sobre os filhos pequeninos*. Nele estavam contidas informações sobre os cuidados a serem dispensados às crianças recém-nascidas e a importância do médico para a saúde das mesmas:

É para a mãe dever sagrado criar o filho ao próprio seio; O melhor alimento para uma criança até 6 meses é o leite da mãe; só um médico deve dizer o modo de alimentar cada criancinha; [...] toda

criancinha com febre, vomito, tosse ou qualquer outro sinal de doença ou fraqueza deve ser levada ao médico com urgência; [...] leve duas vezes por mês a criancinha ao médico, mesmo que esteja com saúde, para ser pesada e saber se ela esta se desenvolvendo bem [...]. (Revista da Semana, 1944, p. 29)

Recomendações como essas fizeram parte de um conjunto ainda mais amplo de ensinamentos salutareos que foram difundidos e produzidos pelo grupo de médicos que integrava o corpo de funcionários do DNCr. Estes profissionais, assim como o conhecimento gerado e difundido por eles, estavam ligados ao DNCr por meio do Instituto Nacional de Puericultura (INP), que tinha entre outras, a atribuição de produzir conhecimentos médicos e científicos relevantes relacionados à saúde materno-infantil, que por sua vez seriam utilizados nas campanhas e programas desenvolvidos pelo DNCr. Fundado por Martagão Gesteira para servir como centro médico e científico da Universidade do Brasil, o Instituto foi posteriormente incorporado, por força de lei, ao DNCr com a finalidade de construir uma ponte entre os conhecimentos gerados na academia e as reais necessidades do país.

Por seu caráter científico o INP prestava todo o suporte necessário para o desenvolvimento das atividades promovidas pelo Departamento, que por sua vez eram revertidos nos aconselhamentos e cursos de fácil compreensão e aplicabilidade entre as populações mais pobres. Sob a administração de Martagão Gesteira o Instituto Nacional de Puericultura se fixou como uma instituição que atendia tanto o público médico especialista como a população em geral. Dentre as atividades desenvolvidas pelo INP destacaram-se os cursos populares de puericultura, apresentação e discussão de casos clínicos entre especialistas, as pesquisas sobre novas terapêuticas relacionadas às moléstias infantis e os serviços médicos-laboratoriais, que incluíam cirurgia infantil, ortopedia, fisioterapia, oftalmologia, entre outros. (A Noite, 1945, p. 08-09).

Complementando as atribuições do INP e contribuindo para a formação de pessoal especializado, o Departamento Nacional da Criança criou o Curso de Puericultura e de Administração de Serviços de Amparo à Maternidade, à Infância e à Adolescência. Voltado exclusivamente para formação de quadros médicos especializados o Curso possuía a duração de quatro meses e buscava atender a demanda nacional de profissionais médicos capacitados para atuar

na área da pediatria – escassos fora dos centros urbanos mais populosos do país. De acordo com o Decreto-lei 10.475 de 23 de Setembro de 1942 em seu artigo 2º, o Curso deveria compreender o estudo dos seguintes assuntos:

- 1 - Higiene pré e pós natal. Higiene do recém-nascido. Revisão do estudo da obstetrícia.
- 2 - Higiene da infância. Revisão dos problemas correlatos de nutrição.
- 3 - Noções de bioestatística aplicada.
- 4 - Problemas econômicos e sociais do Brasil.
- 5 - Administração pública no Brasil: federal, estadual e local. Organização da educação e da saúde pública.
- 6 - Assistência social, especialmente à maternidade, à infância e à adolescência. Direitos da criança. Código de menores. Justiça de menores.
- 7 - Organização e administração dos serviços de amparo à maternidade infância e adolescência.

De maneira geral, durante todo o período que permaneceu ativo, até 1969, o Departamento Nacional da Criança delimitou as linhas gerais das políticas materno-infantis dirigidas às camadas populares urbanas brasileiras. Apesar dos inúmeros programas desenvolvidos pelo DNCr, dos quais alguns debatemos anteriormente, o quadro assistencial manteve-se longe do ideal como se pode verificar pelos elevados números de mortalidade materna e infantil que ainda perduraram por muito tempo em todo o território nacional, principalmente nos estados periféricos distantes dos centros urbano-industriais do sudeste. Cabe ressaltar que apesar de a mulher ser considerada como uma importante aliada do governo na salvaguarda da infância sadia, não houve a criação, dentro de DNCr, de nenhuma secretaria especialmente destinada às mulheres, pois seu direito de assistência e proteção eram derivados de outros, e neste caso da criança.

Outro aspecto a ressaltar foi a limitada participação feminina nas políticas assistenciais elaboradas pelo DNCr a partir do Estado Novo. Se na década de 1920 e nos anos iniciais de 1930, como veremos posteriormente, o ativismo feminino conseguiu aportar uma importante contribuição com a proposição de dispositivos constitucionais de proteção materno-infantil na Constituição de 1934, sua participação nas estruturas políticas do Estado foram limitadas. A ausência das mulheres na elaboração de políticas públicas materno-infantis revela uma marca indelével do Estado brasileiro, pois boa parte das políticas foram elaboradas e executadas por médicos que por sua

vez assumiram os principais postos de controle e cargos de direção nas estruturas de assistência à maternidade e às crianças. Desta forma, diferentemente do que previa a Constituição de 1934 as mulheres acabaram por ocupar postos de trabalho ligados ao atendimento ao público, em cargos de segundo e terceiro escalão, como assistentes sociais, visitadoras, médicas e enfermeiras.

No item seguinte pretendemos abordar esta participação feminina nas estruturas de poder ligadas ao auxílio à maternidade e à infância durante a Era Vargas. Para tal, vamos tratar da Federação Brasileira pelo Progresso Feminino que de diferentes formas e à sua maneira forneceu importantes contribuições para a elaboração de políticas públicas materno-infantis.

3.4. Federação Brasileira pelo Progresso Feminino: ativismo político-social em favor das mulheres e da maternidade

Na primeira metade do século passado a condição da mulher brasileira, independente de sua classe social e etnia, era de limitada participação na vida pública devido a sua subordinação a um sistema de gênero que perpetuava a condição de subalternidade. No entanto, assim como nos Estados Unidos e em algumas nações européias, o movimento de mulheres no Brasil desempenhou um importante papel na elaboração e execução de políticas públicas para a maternidade e a infância.

Dentre os distintos movimentos de mulheres atuantes no século passado, buscamos destacar os trabalhos desenvolvidos pela Federação Brasileira pelo Progresso Feminino (FBPF), que por diferentes vias, deu significativas contribuições para a organização da assistência às mães e crianças pobres em todo o país. Fosse por meio da militância política ou por sua efetiva inserção nas instâncias de poder, a FBPF conseguiu, contrariando as normativas de gênero vigentes, deixar suas marcas nas políticas públicas materno-infantis brasileiras.

Criada em 1922 na cidade do Rio de Janeiro, a Federação Brasileira pelo Progresso Feminino, foi uma das entidades feministas brasileiras mais

atuantes até 1937 quando o golpe do Estado Novo trouxe uma nova dinâmica ao contexto sociocultural do país. Formada em grande parte por mulheres das camadas médias e por profissionais das camadas populares como datilógrafas, comerciárias e professoras, a FBPF foi um marco na luta pelo direito das mulheres brasileiras, principalmente na sua valorização como mães e como partícipes na elaboração e execução de políticas públicas assistenciais para a maternidade e a infância. (Mott, 2001).

Tendo como fundadora e principal expoente a cientista Bertha Lutz, a Federação agrupou em torno de si um elevado número de mulheres insatisfeitas com a condição feminina brasileira, pois neste período o *status* social, político e econômico da mulher nacional era de extrema dependência da figura masculina. Para dar conta de arregimentar o maior número de afiliadas e estender sua influência para fora da capital federal criaram-se escritórios regionais encarregados de organizar o movimento feminista local e levar reivindicações ao escritório central que as articulava em forma de exigências políticas, culturais, econômicas e sociais, que eram encaminhadas às autoridades públicas.

Diferentemente de suas congêneres europeias e norte-americanas, as ativistas da Federação não eram adeptas de movimentos grevistas e à militância política nas ruas como fizeram as *suffragettes* inglesas. Apesar de certo afastamento do movimento europeu e norte-americano, suas convicções de emancipação política e econômica eram as mesmas, principalmente a crítica estabelecida ao *status* civil da mulher casada junto ao Código elaborado em 1916 e a proibição do voto feminino. Com o mesmo convencimento com que Bertha Lutz e suas companheiras defendiam a igualdade econômica entre homens e mulheres, a ampliação dos direitos políticos e a liberdade de exercer uma profissão independente do estado civil, também defendiam a unidade doméstica como sendo o núcleo básico da sociedade, como fica claro no discurso proferido por Bertha Lutz na ocasião de sua posse na Câmara dos Deputados:

É dentro desse credo que eu aqui faço, hoje, Srs. Deputados, minha profissão de fé. O lar é a base da sociedade, e a mulher está sempre integrada ao lar; mas o lar não cabe mais no espaço de quatro muros – o lar também é a escola, a fábrica, a oficina. (1936, p. 14512).

Sem romper com os tradicionais estereótipos de gênero, apregoar a conciliação entre a esfera privada e a vida pública e defender o entrelaçamento das identidades femininas com as de esposa e mãe, as feministas da FBPF alicerçaram um espaço de discussão que transbordava as reivindicações de igualdade e de direitos políticos, englobando também a necessidade de políticas sociais sólidas que protegessem e valorizassem as mulheres enquanto mães.

Realizando pronunciamentos públicos, utilizando-se fartamente dos meios de comunicação e aproximando-se de importantes lideranças políticas, as militantes da FBPF formaram fortes grupos de pressão que buscavam angariar apoio de parlamentares, da imprensa e da opinião pública em favor da causa feminista. Sempre por meio de um discurso moderado, talvez utilizado de forma tática, as integrantes da Federação pouco a pouco galgaram um espaço social privilegiado na defesa dos direitos femininos, conseguindo trazer para a sua causa inúmeros simpatizantes que se identificavam com o discurso menos agressivo e de exortação das supostas qualidades femininas:

O feminismo triunfará, mas seu triunfo não será devido às militantes que procuram alcançá-lo pela violência, será antes a recompensa das que se tornaram esforçadas pioneiras nas artes e nas ciências, das que se dedicam ao trabalho intelectual e manual, das que para ele se preparam, das que pela educação que dão às suas filhas lhe sugerem as mais nobres aspirações, que pela reverência que inspiram aos seus filhos lhes ensinam a venerar a mulher, finalmente das que com seu amor esclarecido, abrem ao homem novos horizontes, cheios de harmonia e de luz. (Lutz, 1919).

Apesar desta corrente feminista ter sido rotulada por outras feministas como elitista e reprodutora de estereótipos de gênero tradicionais, sua atuação política em defesa da maternidade e da infância foi excepcional e com efeitos duradouros até os dias atuais. Chamado também de feminismo maternalista, esta corrente enfatizava os direitos das mulheres principalmente por sua capacidade de engendrar e criar a vida, apoiando-se na ideia de que as mulheres possuíam qualidades especiais que poderiam contribuir de forma mais efetiva para bem-estar da sociedade. (Jane Lewis, 1994). Este sentimento de responsabilidade baseado na existência de certas qualidades femininas é

encontrado também no discurso de posse de Bertha Lutz na comissão encarregada de elaborar o anteprojeto da Constituição de 1934, onde tais pressupostos foram utilizados como eixos norteadores na elaboração de uma legislação positiva com relação às mulheres:

Admitindo-nos ao cenário político, o que procuravam os homens em nós? Imitadoras das suas paixões políticas, rivais igualmente empenhadas em fazer carreira; Não.

Em todos os momentos difíceis o homem se volta para a mulher, procurando na alma feminina, as qualidades que nelas se sublimaram através dos séculos: a ternura, a tolerância, a generosidade, o bom senso, o espírito de sacrifício, a capacidade de renúncia de si própria em benefício comum.

Si os homens de nossa terra nos chamam, é porque a Patria estremece de necessidade de nós. São as qualidades eternas de nosso sexo que devemos trazer para a comissão elaboradora do anteprojeto da Constituição. (sic). (Lutz, 1932, s/p).

Baseadas nestes princípios as feministas da FBPF elencaram sete objetivos básicos que deveriam ser perseguidos por todas as associadas para que as mulheres brasileiras fossem completamente integradas às dinâmicas político-sociais da nação.⁹ No que tange a proteção à maternidade e infância, as militantes da Federação Brasileira pelo Progresso Feminino foram extremamente ativas, propondo uma série de iniciativas que visavam melhorar as condições de vida das mães e das crianças pobres ao mesmo tempo em que buscavam maior valorização da mulher e da maternidade junto às instituições estatais. Segundo Françoise Thébaud (1995) ao evocarem direitos de cidadania balizados na existência de uma suposta natureza feminina e na maternidade, as maternalistas exigiam recompensas econômicas e sociais por um trabalho até então invisível, desvalorizado e exclusivo da esfera privada. Desta forma, tais mulheres não estavam questionando somente o *status quo*, mas defendendo que o trabalho reprodutivo feminino possuía valor agregado e deveria ser reconhecido e recompensado como tal.

⁹ 1 – promover a educação da mulher e elevar o nível de instrução; 2 – proteger as mães e a infância; 3 – Obter garantias legislativas e práticas para o trabalho feminino; 4 – auxiliar as boas iniciativas da mulher e orientá-las na escolha de uma profissão; 5 – estimular o espírito de sociabilidade e de compreensão entre as mulheres e orientá-las pelas questões sociais e de alcance público; 6 – assegurar à mulher os direitos políticos e prepará-la para o exercício inteligente desses direitos; 7 – estreitar os laços de amizade com os demais países americanos a fim de garantir a manutenção perpétua da Paz e Justiça no hemisfério ocidental. (Carvalho, 1930, p. 08).

Para as feministas da Federação a maternidade garantia às mulheres uma cidadania diferenciada por gênero, devendo o Estado assumir a responsabilidade de salvaguardar as mães, amparando e reconhecendo o ato de gerar a vida como uma das maiores contribuições das mulheres para a nação. Ainda de acordo com suas ideias, a capacidade das mulheres serem mães e criarem seus filhos, deveria ser aproveitada pelo Estado em funções públicas direcionadas à proteção das famílias, da maternidade e da infância, conforme apresentaram as militantes em um suplemento especial sobre a FBPF publicado pelo jornal Correio da Manhã:

O futuro mostrará que em se ocupando dos serviços públicos a mulher – mãe de família – graças ao seu instinto maternal e ao senso de responsabilidade, será sempre fiel guardiã do lar. (Carvalho, 1930, p. 08).

A importância política da FBPF para o contexto feminista nacional e internacional expressou-se pela realização, em 1931, na cidade do Rio de Janeiro, do II Congresso Internacional Feminista, que reuniu militantes de diversas nacionalidades a fim de discutir a situação político-social das mulheres em todo o mundo. Dentre as inúmeras discussões estabelecidas pelo Congresso destacou-se a falta de medidas assistenciais por parte dos governos nacionais que protegessem a maternidade e a infância, pois na grande maioria destes países tais iniciativas estavam a cargo dos serviços privados e da filantropia.

No que tange a proteção das mulheres e das crianças brasileiras e à valorização da maternidade, destacamos dois pontos centrais deliberados pelo Congresso. O primeiro era a necessidade de se criar um *Bureau* da Mulher e da Criança que deveria ter por finalidade a fiscalização do trabalho feminino e infantil e a formulação de políticas assistenciais para as mulheres e crianças pobres. O segundo ponto, que por sua vez foi prontamente atendido, era a criação do Dia das Mães, conforme vinha sendo comemorado em outras nações, com o intento de celebrar e homenagear tão importante contribuição feminina para o país. (Correio da Manhã, 1931, p. 05)

De acordo com a moção redigida pela feminista e filantropa Alice de Toledo Tibiriçá, enviada ao presidente Getúlio Vargas, o segundo domingo do

mês de maio deveria ser reservado para os festejos em comemoração às mães, fazendo com que todos os brasileiros lembrassem “da ternura amiga de suas devotadas mães, vivas ou mortas”. (Tibiriçá, 1931, p. 01). Atendendo ao pedido da Federação em 05 de Maio de 1932 Vargas sancionou o Decreto-lei 21.336 que estabelecia no Brasil, assim como já vinha ocorrendo nos Estados Unidos da América, o Dia das Mães brasileiras.

Durante o Governo Provisório as feministas da FBPF conseguiram se aproximar de forma significativa de Getúlio Vargas, tendo este inclusive acolhido o nome de Bertha Lutz para a comissão que elaboraria o anteprojeto da Constituição de 1934. Esta suposta simpatia de Getúlio Vargas pelas militantes da Federação talvez estivesse relacionada com a forma pela qual elas agiam, pouco dadas a grandes agitações públicas e por difundirem idéias moderadas, sem romper com os tradicionais estereótipos de gênero. Em discurso transcrito pelo jornal *Diário Carioca*, Getúlio Vargas assim se referia às militantes da Federação durante o II Congresso Internacional Feminista:

Todas as idéas pleiteadas pelo elemento feminista do Brasil, são bellas e devem ser acolhidas com *sympathia*. Estamos para isso preparados e atravessando um momento excepcional para a sua aceitação, tanto mais quanto no Brasil verificamos que o feminismo continua integrado na tradição da família. (Vargas *apud* *Diário Carioca*, 1931, p. 01).

No âmbito legislativo a FBPF também ocupou lugar de destaque na política nacional. Representadas por Bertha Lutz, suas militantes apresentaram diversas proposições de leis que buscavam alterar o *status* social feminino a partir da ideia de que a maternidade era a fonte geradora de direitos e por isso deveria ser amparada pelo Estado. Durante o período que compreendeu os estudos técnicos sobre o anteprojeto da Constituição as associadas da Federação constituíram uma comissão especial que seria responsável por receber as reivindicações feministas que posteriormente foram levadas à Bertha Lutz. Mesmo reunidas em torno de um ideal comum, este não foi um processo harmonioso, em diversos pontos as feministas discordavam entre si, como foi o caso do serviço militar obrigatório para as mulheres. A fim de evitar o desgaste político entre as militantes, temas polêmicos e de pouco consenso

foram evitados, concentrando os esforços apenas para temáticas que interessavam exclusivamente às mulheres. (Lôbo, 2010)

O resultado de tais discussões foi apresentado por Bertha Lutz à comissão do anteprojeto com o título de *13 princípios básicos: sugestões ao Ante-Projecto da Constituição*¹⁰, dos quais grande parte de seus dispositivos relativos às mulheres foram aceitos pela Assembléia Constituinte e incorporados à legislação brasileira. A exemplo disso, os itens que abordavam a temática da maternidade foram acolhidos, alguns com pequenas alterações, e transformados nos artigos 121 e 138 da Constituição de 1934.

O artigo 121 previa assistência médica e sanitária à gestante, assegurado descanso, antes e depois do parto, sem prejuízo de salário e do emprego; a instituição de uma previdência a favor da velhice, da invalidez, da maternidade; e a garantia de que serviços de amparo à maternidade e à infância, os referentes ao lar e ao trabalho feminino, assim como a fiscalização e a orientação respectiva, seriam desempenhados preferencialmente por mulheres habilitadas. Já o Artigo 138 garantia o amparo estatal à maternidade e à infância; o socorro às famílias de prole numerosa; a proteção à juventude contra toda forma de exploração, bem como contra o abandono físico, moral e intelectual; e a adoção medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a moralidade e a mortalidade infantil.

No âmbito legislativo, após a posse de Bertha Lutz como deputada em 1936, a Federação apresentou diversas propostas que visavam modificar a condição social da mulher brasileira, das quais destacamos duas em especial por estabelecer estreitos laços com a proteção da maternidade e da infância: a criação do Estatuto da Mulher e a organização do Departamento da Mulher.

O Estatuto da Mulher tinha a intenção de revisar toda a legislação brasileira a fim de encontrar os dispositivos legais que mantinham as desigualdades entre homens e mulheres, e substituí-las por uma legislação mais equitativa. De acordo com a justificativa apresentada por Bertha Lutz no anteprojeto, a elaboração de um estatuto especial para as mulheres se fazia

¹⁰ 1 – racionalização do Poder; 2 – organização da economia; 3 – dignificação do trabalho; 4 – nacionalização da saúde; 5 – generalização da Previdência; 6 – socialização da instrução; 7 – democratização da Justiça; 8 – equiparação dos sexos; 9 – consagração da liberdade; 10 – proscricção da violência; 11 – soerguimento da moral; 12 – flexibilidade do direito; 13 – dinamização da lei.

necessário, pois mesmo que a nova Constituição tivesse inserido dispositivos que igualavam os direitos entre os sexos, como queriam as próprias militantes da FBPF, uma série de leis mais antigas ainda mantinham relações de subalternidade entre homens e mulheres, tais como o Código Civil e o Penal. (Câmara dos Deputados, 1937, p. 46.782).

De maneira geral, o que queriam as feministas da Federação era garantir maior autonomia político-econômica para as mulheres na sociedade conjugal e equipar seus direitos e obrigações com os do homem. Essa iniciativa era uma forma de garantir direitos legais para a mulher mãe, pois a partir do momento em que contraía matrimônio ela ficava completamente a mercê das vontades do marido, dependendo dele para fixar residência, exercer uma profissão, adquirir e desfrutar do patrimônio, além de não poder exercer com plenitude o pátrio poder. Desta forma, assim justificava Bertha a necessidade de mudanças nas relações de poder dentro da família:

A garantia da família não reside no predomínio de um cônjuge tirano sobre um cônjuge vítima. O alicerce do lar não é a autoridade, mas, sim, a afeição. Suas colunas mestras são a colaboração recíproca e o respeito mútuo entre o homem e a mulher. (Câmara dos Deputados, 1937, 46.783)

Uma das novidades apresentadas pelo Estatuto da Mulher é a clareza como os gêneros gramaticais são apresentados: pai e mãe, homem e mulher, filho e filha; o que dificultava manobras políticas e dupla interpretação sobre a referida lei, que muitas vezes foram utilizadas para impedir a concessão de vantagens e benefícios políticos para as mulheres. Além disso, os avanços instituídos pelo estatuto ainda seguiam em outros sentidos, como por exemplo, designar mulheres capacitadas para os quadros diretivos e participação em igual condição aos homens nos organismos governamentais responsáveis por criar políticas públicas de trabalho, cultura, previdência, saúde e educação. Em seu Artigo 27, proibia a dispensa de mulheres por motivo de gravidez ou casamento, enquanto no Artigo 30 previa pela primeira vez a remuneração do trabalho reprodutivo das mulheres: “À dona de casa que administra o lar e não tem emprego remunerado, são assegurados dez por cento da renda da família em consideração ao seu labor”.

O Capítulo IV foi elaborado inteiramente em torno das reivindicações feministas sobre a maternidade e a proteção às mulheres grávidas. Os artigos contidos no referido artigo foram fruto de antigas exigências médicas e dos movimentos feministas que consideravam a maternidade fonte de direitos e deveres, como ficava expresso pelo próprio artigo 6º do Estatuto: “A maternidade é fonte de direitos e obrigações para a mulher; garante-lhe assistência médico-sanitária, previdência social econômica e pátrio poder”.

Partindo desta premissa, ficavam assegurados às mães, funcionárias públicas e particulares, a licença maternidade de três meses com garantias de salário e manutenção do emprego; licença idêntica em caso de aborto; amparo médico e sanitário para a maternidade e a infância; direito às trabalhadoras de dois turnos de meia hora destinados à amamentação e a instalação de creche nas fábricas; a concessão de dois dias mensais para que as trabalhadoras braçais e de balcão pudessem faltar; e por fim a organização e administração por parte das mulheres de um sistema de seguro maternal e serviços congêneres em departamento subordinado ao Ministério do Trabalho, ou em secretaria de Estado.

A ideia de se criar um Departamento direcionado à fiscalização e implantação de políticas relacionadas às mulheres era uma antiga reivindicação da Federação Brasileira pelo Progresso Feminino, sendo apresentado formalmente pela primeira vez durante o II Congresso Feminista Internacional (1931) e reafirmado pelo III Congresso Feminino Nacional (1936). Seguindo o modelo norte-americano do *Women's Bureau*, o Departamento Nacional da Mulher funcionaria como um órgão fiscalizador do trabalho e Bem-Estar feminino.

Com sede na Capital Federal e presente em outros Estados da federação por meio de delegacias, as atribuições legais do Departamento da Mulher constituiriam em estudar os assuntos sobre do trabalho feminino e o amparo à maternidade, infância e ao lar; proteger a juventude feminina contra o abandono físico, moral e intelectual; fiscalizar a aplicação dos dispositivos legais relacionados às mulheres; formular e implementar políticas sociais com objetivos de salvaguardar a infância. O Departamento Nacional da Mulher ainda previa o trabalho conjunto entre funcionárias e funcionários públicos com

associações femininas legalmente organizadas em todo território nacional. A ideia de criar um Departamento direcionado especialmente às mulheres ia ao encontro das reivindicações maternalistas de valorização social da maternidade. Cuidadosamente inseridas no meio político, as feministas maternalistas pretendiam ocupar espaços de poder nas estruturas governamentais, para formular e difundir políticas sociais deliberadamente dirigidas às mulheres. Fossem como funcionárias públicas ou como integrantes de associações civis, as ativistas não buscavam “tornar a mulher uma beneficiária passiva do Estado, mas concorrendo para que ella seja um collaboradora do progresso do Paiz”. (sic). (Câmara dos Deputados, 1937 [b], p. 16)

No entanto, cabe ressaltar que ambas as iniciativas – Estatuto da Mulher e Departamento Nacional da Mulher – nunca chegaram a efetivar-se. Apesar de sua ampla aceitação entre os legisladores, recebendo inclusive diversos pareceres positivos para sua implementação, o sonho político das feministas da FBPF de criar uma cultura governamental em defesa dos direitos femininos foi barrado pelo Golpe de 1937, que dissolveu o Congresso e junto com ele todas as iniciativas políticas em tramitação. Com o novo regime instaurado em 1937 as ideias emancipacionistas das feministas da FBPF foram reprimidas em favor de uma “nova” ideia de feminilidade difundida pelo Estado Novo. Apesar das inúmeras tentativas de mudar o *status* político e social das mulheres brasileiras, o movimento feminista nacional foi refreado pelas intenções paternalistas acopladas pelas políticas estatais da década de 1940.

É importante salientar que o discurso maternalista teve importante papel na concessão de políticas estatais elaboradas até 1937, pois por meio de um discurso de valorização das mulheres as ativistas conseguiram propor uma série de mecanismos que visavam melhorar a condição das mães a partir da experiência materna. Apesar de não questionarem a responsabilidade das mulheres na criação e educação dos filhos, as ativistas da FBPF reclamaram por direitos sociais e reformas políticas que as valorizassem enquanto mães, capacitando-as a vivenciar esta experiência com dignidade jurídica, política e social. A importância da maternidade para estas mulheres não se reduzia

exclusivamente à sua acepção como uma simples função tradicional, mas o que se reivindicava constantemente era o reconhecimento social.

A Era Vargas serviu de modelo político para governos posteriores, que com pequenas alterações mantiveram a mesma orientação política na concepção dos sistemas de proteção social. No capítulo seguinte, vamos tratar da Região Carbonífera Catarinense, procurando identificar como as políticas assistenciais elaboradas pelo governo central foram ou não implementadas no nível local, buscando perceber também a participação de agentes privados, dos governos municipais e estaduais e do associativismo feminino na construção e elaboração de políticas públicas para a maternidade e infância.

4. FAMÍLIA, MATERNIDADE E INFÂNCIA: AS IMPLICAÇÕES DAS POLÍTICAS PÚBLICAS MATERNO-INFANTIS NO COMPLEXO CARBONÍFERO CATARINENSE

Ao estudarmos a Região Carbonífera Catarinense nosso objetivo é identificar a maneira como as políticas materno-infantis elaboradas pelo governo federal foram executadas nas cidades do interior, bem como analisar se esse processo ocorreu em sintonia com os modelos propostos pelas autoridades públicas. De maneira geral, as políticas para a maternidade e a infância que são abordadas ao longo deste capítulo seguiram as diretrizes nacionais paternalistas de valorização do homem trabalhador e da salvaguarda da família e da criança, colocando a mulher e a maternidade em uma posição instrumental. Tais políticas contribuíram para o fortalecimento de um sistema assistencial marcado por diferenças de gênero, nos quais o homem provedor era o legítimo receptor dos benefícios assistenciais, enquanto as mulheres eram tratadas como dependentes, pois os benefícios aos quais tinham “direitos” eram derivados de seu lugar ocupado no núcleo familiar.

Dividido em três partes, na primeira procuramos explicar a importância da Região Carbonífera Catarinense no contexto nacional focalizando como a cidade de Criciúma se tornou um espaço relevante do complexo industrial a partir de 1930, sendo acompanhada de muitos problemas médico-sociais. Na segunda parte tratamos da mortalidade infantil em Criciúma e de como as mães foram culpabilizadas. Ainda analisamos como os médicos locais contribuíram para a construção de uma cultura assistencial na qual as mães eram vistas como as únicas responsáveis pelo bem e pelo mal das crianças, partindo do pressuposto que as mulheres, devido sua suposta incultura e ignorância, concorriam para o fomento da mortalidade infantil na cidade. Por último, apresentamos algumas das principais políticas públicas para a maternidade e infância arquitetadas por órgãos estatais, que diferentemente do que acontecia com outras regiões do país, não eram gestadas pelos tradicionais organismos de saúde e assistência, mas sim por autarquias ligadas à produção de carvão mineral.

4.1. A Região Carbonífera Catarinense

Localizada no sul do Estado de Santa Catarina a Região Carbonífera Catarinense despontou no cenário econômico nacional através da expansão de suas atividades mineradoras a partir da década de 1930, num momento em que o incipiente complexo industrial brasileiro também passava por um processo de reestruturação promovido pelo governo de Getúlio Vargas que buscava tornar a indústria nacional mais competitiva e dinâmica e menos dependente das importações. Conforme afirma Alcir Lenharo (1986), junto a este processo de industrialização Vargas também iniciava um processo de valorização dos trabalhadores por meio da promulgação de leis sociais que criavam elos de cumplicidade entre o governo central e as regiões urbano-industriais, as elegendo como centros receptores de políticas federais de proteção ao trabalho, de urbanização e promoção social.

Neste sentido, a Região Carbonífera apresentava-se como um espaço socioeconômico de grande importância para os planos de autosuficiência da indústria nacional, pois as atividades desenvolvidas na Região comportavam todo o processo de manufatura do carvão mineral englobando extração, beneficiamento, transporte, produção de insumos fertilizantes, aço e geração de eletricidade. (Goularti Filho, 2004). Formada pelos municípios de Criciúma, Içara, Lauro Müller, Siderópolis, Orleans, Tubarão e Urusanga, as primeiras atividades relacionadas à exploração do carvão remontam ao final do século XIX, quando sob as ordens do Governo Imperial as primeiras jazidas situadas nas proximidades da cidade de Lauro Müller foram estudadas com o objetivo de desenvolver um projeto que viabilizasse o uso deste mineral e seus derivados pela pequena indústria brasileira.

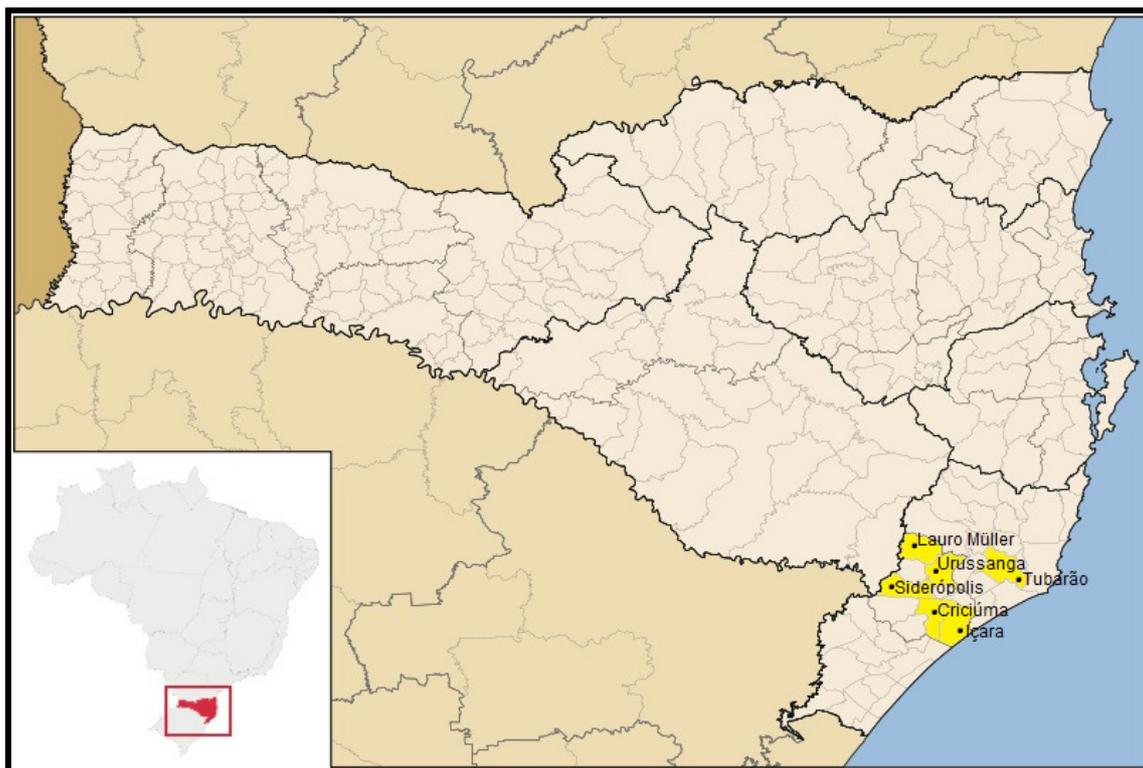


Figura 1 – Mapa da Região Carbonífera Catarinense
FONTE - O autor (2013).

O historiador Carlos Renato Carola (2002) identifica cinco momentos diferentes que caracterizaram o surgimento e expansão das atividades mineradoras no sul de Santa Catarina. O primeiro ciclo está compreendido entre os anos de 1880 e 1930, atrelado à Primeira Guerra Mundial e à política de substituição de importações do minério vindo da Europa e dos Estados Unidos. O segundo ciclo abarca os anos de 1931 a 1953 e estava intimamente relacionado às políticas nacionalistas do governo Vargas, quando uma série de leis protecionistas foi aprovada e o carvão passou a ser considerado uma importante fonte de energia para a indústria nacional durante o período. Foi nesta fase que se deu o maior desenvolvimento da Região com a construção da Companhia Siderúrgica Nacional (CSN) e a instalação de uma subsidiária na região dando início a um processo de forte intervenção estatal na dinâmica industrial local.

A terceira fase, de 1953 a 1973, está relacionada à criação do Plano do Carvão Nacional por Getúlio Vargas, que previa uma série de medidas políticas e econômicas que visavam à ampliação do setor carbonífero nacional colocando sob seu estrito controle todas as atividades relacionadas à extração,

processamento e distribuição do carvão nacional. Os dois últimos ciclos convergem para o período entre 1973 e 1985, marcados pela crise do petróleo e um forte processo de mecanização das minas levado à frente pelos Governos Militares.

Apesar da Região Carbonífera ter um longo período de destaque socioeconômico para a indústria nacional foi nas décadas de 1930 e 1960 que as maiores transformações ocorreram na região quando as atividades mineradoras provocaram um profundo processo de ruptura com as formas tradicionais de vida, expondo as populações locais a uma nova dinâmica sociocultural ligada às atividades mineradoras capitalistas. Dentre o conjunto de cidades que formam o Complexo Carbonífero Catarinense, a cidade de Criciúma foi aquela que sofreu maior impacto das atividades industriais sendo metamorfoseada de um pequeno núcleo agrícola a uma cidade industrial dedicada às atividades extratoras de carvão mineral. Fundada em 1880 por imigrantes de origem italiana, oriundas da região do Vêneto, durante alguns anos a cidade de Criciúma foi apenas uma cidade de agricultores que se dedicava exclusivamente às atividades primárias. No entanto, com a descoberta das primeiras reservas de carvão em 1913 o município teve sua dinâmica socioeconômica completamente mudada, em favor das atividades industriais, transformando-se no principal pólo extrator e fornecedor deste mineral.

Mesmo tendo descoberto carvão ainda nas primeiras décadas do século XX, foi somente nos primeiros anos de 1930 que Criciúma passou por um intenso processo de industrialização que visava fortalecer o crescimento fabril do país por meio da diminuição das importações e ao mesmo tempo formatar uma classe trabalhadora e industrial. Como maior pólo extrator do minério de carvão, a cidade passou a prover grande parte das novas demandas advindas da indústria brasileira, primeiramente fornecendo o produto para empresas marítimas e ferroviárias, e posteriormente vendendo para a geração de energia e utilização nos altos-fornos siderúrgicos.

O grande salto econômico da cidade ocorreu durante a década de 1940, quando o governo do Estado Novo estabeleceu uma série de decretos-lei que garantiram à União o total controle sobre a comercialização e o consumo

do produto. Por meio do Decreto nº 4.613 de 25 de agosto de 1942, as empresas mineradoras de Santa Catarina estavam obrigadas a entregar toda a produção do carvão ao Governo Federal que ficaria com 75% do produto e entregaria os outros 25% para livre comercialização das empresas. No ano seguinte com o recrudescimento da Segunda Guerra Mundial foi sancionado o Decreto-lei 5.964 que obrigava a entrega total do carvão metalúrgico para a Comissão da Marinha Mercante, que o distribuiria conforme as necessidades do país.

Desta forma, podemos elencar três elementos centrais para o desenvolvimento das atividades mineradoras na região e consecutivamente na cidade de Criciúma. Em primeiro lugar, a nova dinâmica econômica estabelecida pelo Estado de Guerra, em segundo a regulamentação do processo extrativo por meio da sanção do Código de Minas e por último o efetivo funcionamento da Companhia Siderúrgica Nacional, para a qual era destinado quase todo o carvão produzido na cidade. Esta situação singular levou os empresários locais a uma corrida para obter a concessão de lavra em Criciúma. Sem apresentarem estudos aprofundados sobre o modo de extração e sem contabilizar os impactos ocasionados pelas lavas de pessoas que seriam necessárias para a manutenção do trabalho, as minas abertas na cidade durante este período se tornaram um inconveniente para a própria manutenção do sistema industrial. Em relatório ao Departamento Nacional de Produção Mineral o médico sanitário Manoel Moreira descrevia os trabalhos nas frentes de extração:

De modo geral a ventilação em todas elas [as minas] é má. [...] Em algumas frentes de trabalho, a percentagem é tão pequena que as chamas do gazômetro diminuem sensivelmente. [...] As minas pequenas usam processo rudimentar [de escoamento por meio] de latas, para o que se constroem calhas de madeiras e por meio de latas manejadas por homens ou crianças, que jogam a água acumulada nas partes baixas, nas calhas, para devido esgotamento. (Moreira, 1952, p. 18-19).

Apesar da existência de um rígido código que controlava minuciosamente todo o processo exploratório do carvão, como tantas outras leis existentes no Brasil o mesmo não era cumprido. Ainda podemos perceber no relato acima citado que além do Código de Minas, a própria convenção de

Washington, ratificada pelo Brasil e que proibia a presença de crianças em estabelecimentos industriais insalubres e perigosos, também não era obedecida. Esta falta de fiscalização por parte das autoridades públicas e o crescente interesse da indústria pelo carvão propiciou um ambiente ideal para a proliferação de mineradoras de pequeno e médio porte, que a partir de sua abertura atraíam um grande contingente de mão de obra que se fixava na cidade atrás dos benefícios econômicos e sociais que supostamente seriam proporcionados pelo mundo urbano-industrial. Assim, em 1947, de acordo com a tabela elaborada pelo engenheiro Alberto Ildelfonso Erichsen, eram as seguintes mineradoras da cidade e seus respectivos funcionários:

TABELA 1 – QUADRO DE TRABALHADORES DAS COMPANHIAS CARBONÍFERAS DE CRICIÚMA, REGISTRADOS NO DNPM EM 31 DE DEZEMBRO DE 1947

Companhias	Mineiros	Ajudantes	Serviço Especializado	Diaristas	Escolhedor	Admin.	Total
ZONA DE CRICIÚMA							
Cia. Siderúrgica Nacional	95	280	577	187	50	25	1.214
Cia. Bras. Carb. De Araranguá	222	329	60	242	7	6	866
Min. Geral do Brasil Ltda.	56	103	77	35	32	13	316
Cia. Carb. Metropolitana	141	128	42	123	90	22	546
Soc. Carbonífera Próspera	125	217	153	249	49	34	837
Cia. Carbonífera Catarinense	67	47	24	7	-	4	149
Carbonífera União Ltda.	43	55	26	118	22	14	278
Cia. Carb. São Marcos	100	55	10	33	19	12	229
Soc. Carb. Criciúma	44	60	33	25	6	8	176
Soc. Carb. Boa Vista Ltda.	30	53	35	20	-	10	148
Soc. Carb. Rio Maina	12	12	2	6	6	1	39
Cia. Carb. Brasil	23	40	4	1	-	-	68
Cia. Carb. João Paulo de Luca	16	10	7	3	7	2	45
Soc. Carb. Montenegro	16	22	3	5	-	2	48
Soc. Bras. Carb. Progresso	8	8	2	7	-	1	26
Combustíveis Nacionais	-	-	15	17	17	6	55
TOTAL	998	1.419	1.070	1.088	305	160	5.040

FONTE: ERICHSEN, Alberto Ildelfonso. **Relatório da Diretoria 1947.** Nº 83. Rio de Janeiro: Departamento Nacional de Produção Mineral, 1948. p. 57

O rápido desenvolvimento da cidade proporcionado pelas atividades mineradoras ocasionou também importantes mudanças na dinâmica das migrações locais. De diversas cidades vizinhas inúmeras pessoas que até então haviam se dedicado exclusivamente às atividades agrícolas ou à pesca, se deslocaram para Criciúma em busca de emprego estável nas minas de carvão e da promessa de mudança de vida proporcionada pelo famoso ouro negro que se escondia no subsolo da cidade. Assim,

atraídos por melhores salários e por horários fixos de trabalho, os colonos começaram a abandonar as propriedades agro-pecuárias, despovoando-as completamente e criando um novo e grave problema para a região: a falta de viveres de primeira necessidade [...]. (Boa Nova Junior, 1953, p. 10).

No entanto, como afirma o médico sanitário Francisco de Paula Boa Nova Junior em seu relatório ao Departamento Nacional de Produção Mineral (DNPM) intitulado *Problemas Médicos Sociais da Indústria Carbonífera Catarinense*, as ondas migratórias direcionadas à Criciúma asfixiaram as regiões agrícolas do seu entorno e trouxeram problemas de inúmeras ordens para a cidade.

Sem as condições necessárias para a manutenção de uma cidade industrial com serviços públicos de infraestrutura, saúde e educação, já na década de 1940, Criciúma havia entrado em uma espécie de colapso urbano, transformando-se em um problema sócio-ambiental de difícil solução. De maneira geral, as famílias operárias mineiras foram obrigadas a arcar com grande parte das mudanças resultantes do crescimento do setor industrial carvoeiro tais como enfermidades, más condições de vida, trabalho precário, mortes e acidentes laborais. Se por um lado a possibilidade de trabalho fixo e com horários determinados representava um suposto avanço ao modo de vida anterior, por outro, os operários foram expostos a extenuantes rotinas de trabalho e obrigados a morar, junto com suas famílias, em vilas operárias construídas sobre o rejeito do carvão e sem as mínimas condições de salubridade, conforme relata Boa Nova Junior:

Ao tempo de nossa chegada à Criciúma, em fins de 1944, contristador era o aspecto que a cidade oferecia no tocante às suas condições higiênicas e sanitárias, à mortalidade infantil e ao conforto

oferecido aos seus habitantes. Sem rede de abastecimento d'água, sem esgotos, sem serviços de coleta de lixo, sem calçamento, e com uma iluminação elétrica precaríssima, fornecida por uma pequena usina pertencente a particulares, agravadas estas deficiências por secas prolongadas e pela dificuldade de aquisição de gêneros de primeira necessidade devido ao despovoamento das zonas agrícolas [...] difíceis eram as condições de vida de toda a população. (sic). (Boa Nova Junior, 1953, p. 13)

Como afirmado anteriormente, para abrigar os trabalhadores que cotidianamente se fixaram na cidade e que por sua vez eram indispensáveis para a manutenção das atividades industriais, as mineradoras se utilizaram de um artifício muito comum em outros centros industriais, as Vilas Operárias. De acordo com Margareth Rago (1997), estes complexos habitacionais foram muito característicos do capitalismo brasileiro da primeira metade do século XX e possuíam uma tripla finalidade: afastar o operariado do ciclo de atividades burguesas, construir um espaço higiênico e adequado ao mundo do trabalho, e por último fabricar uma massa de trabalhadores ordeiros e disciplinados.

Apesar de serem muito comuns na Região Carbonífera Catarinense, as Vilas Operárias de Criciúma e das cidades circunvizinhas possuíam pouca similaridade com suas homônimas de outros Estados. Construídas em torno das bocas de mina, na periferia da cidade, as Vilas Operárias carvoeiras eram verdadeiros depósitos humanos, incapazes de proporcionar um ambiente salutar capaz de melhorar o desempenho e produtividade de seus operários. Construídas de maneira irregular sobre o solo piritoso, servidas por ruelas estreitas e lamacentas, sem observar as mínimas normas de higiene, estes locais de habitação rapidamente foram levados à estafa, tornando-se um problema médico-sanitário de difícil solução, tanto para as autoridades estatais quanto para as próprias carboníferas que os idealizaram. Este aspecto sombrio proporcionado pela visão das Vilas Operárias da Região Carbonífera Catarinense é narrado pelo Deputado Jorge Lacerda¹¹ em visita ao Estado em 1948:

¹¹ Este excerto foi extraído do pronunciamento do Relator da CPI do Carvão em discurso ao Plenário da Câmara em 1959, quando o mesmo se apropriou das palavras do Deputado Jorge Lacerda que anos antes havia visitado diversas cidades da Região Carbonífera com a finalidade de fazer um levantamento sobre as condições de vida e trabalho da população mineira. Jorge Lacerda foi duas vezes Deputado Federal por Santa Catarina (1950/1954), quando foi um dos responsáveis pelo planejamento e execução do Plano de Carvão Nacional. Foi também Governador do Estado entre 1956 e 1958.

Testemunhei naquelas localidades, com viva emoção, o espetáculo constrangedor, das casas dos mineiros, pequenas habitações de madeira enfileiradas, totalmente pretas, pois eram pintadas com piche. Na paisagem nenhum jardim, nenhuma flor. Carvão por toda parte: no chão, nos rostos, nas ruas, nas paredes, [...] E naquele ambiente sóbrio, a lembrar sombrias necrópoles, crescem e multiplicam-se as famílias dos trabalhadores, sem que nenhuma providência, sequer, venha minorar as aflições desse estado de verdadeira penúria. (Lacerda *In: Diários do Congresso Nacional*, 1959, p. 946)

Inúmeros foram os relatos feitos por profissionais da saúde e autoridades públicas que visitaram a região e se impressionaram com a situação das Vilas Operárias e das casas que serviam de moradia para a classe trabalhadora. Se em sua origem as cidadelas operárias tinham a finalidade de criar um ambiente saudável – com amplas e iluminadas vias, servidas por todo tipo de infraestrutura, compostas por casas amplas e arejadas capazes de afastar enfermidades e zelar pela intimidade – em Criciúma elas pouco cumpriam seus objetivos. As moradias que deveriam ser minuciosamente pensadas para ser um recôndito da vida familiar, conforme relata o médico-sanitarista Francisco de Paula Boa Nova Junior, mal conseguiam proteger seus moradores das intempéries do tempo:

Casas (ou melhor dizendo “ranchos”) velhíssimas, tôscas, de madeira empenada e podre, com cobertura de cacos de telhas, cheias de buracos enormes por onde a chuva se escôa aos borbotões, com assoalhos e paredes repletos de largas frestas, por onde o vento sul, no inverno rigoroso, penetra impiedosamente, fustigando não só o próprio mineiro, mal agasalhado, como também sua mulher e seus infelizes filhos, cobertos por farrapos, constituem as habitações dos mineiros. (sic). (Boa Nova Junior, 1953, p. 67).

As condições acima descritas evidenciam as particularidades da vida operária na região, sem o empenho das autoridades locais em verificar as condições de trabalho e vida, e dos mineradores em disponibilizar o mínimo possível para a manutenção da força de trabalho. Os anos de 1940 e 1950 foram marcados por uma paisagem socioeconômica caótica e inversa à previsão de melhorias que as atividades carvoeiras supostamente proporcionariam à população. Frente a esta situação inúmeras vezes se levantaram na região levando denúncias de todas as ordens às altas esferas

do poder. Assim em 1957 foi instaurada uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI do Carvão), com a finalidade examinar as condições de vida e trabalho dos mineiros catarinenses, a fim de propor mudanças e maior fiscalização sobre as operações envolvendo a extração do minério. Após alguns anos de investigação, o Relator da CPI chegava a seguinte conclusão sobre a vida dos operários mineiros que moravam nas vilas operárias fornecidas pelas mineradoras:

[...] é seguinte o aspecto das habitações: construída de madeira, sujas, mal conservadas e cheias de frinchas por onde os ventos reinantes rodopiam e pelas quais podemos divisar o interior [...] se no verão tais casas têm condições de habitabilidade, como suportá-las assim esburacadas no rigoroso inverno de Santa Catarina quando muitas vezes é mister aquecimento artificial? Não possuem serviços sanitários, água encanada e esgoto. [...] Só o fato de as casas não possuírem água e esgoto, marca o grau de pauperismo desses operários sujeitos eles e suas famílias, em falta de água potável e esgoto, a desenterias, tifo e verminoses. (sic). (Diários do Congresso Nacional, 1959, p. 946).

O relato revela, em parte, as dificuldades enfrentadas pela população que habitava a zona carvoeira de Criciúma. Os custos socioambientais herdados pela região foram extremamente altos e proporcionais ao crescente número de empresas, trabalhadores e vilas operárias. O quadro nosológico existente na cidade tornou-se bastante amplo e diversificado, e seus impactos eram sentidos diretamente sobre a mão-de-obra local constantemente incapacitada para os trabalhos ou renovada devido aos óbitos. Não muito diferente do que ocorria nos grandes centros urbano-industriais, os aglomerados de trabalhadores passaram a se tornar lugares privilegiados para a difusão de doenças infecto-contagiosas como tuberculose, varíola, varicela, disenterias amebianas, tifo e verminoses. Um exemplo desta situação é descrita por Boa Nova Junior após sua chegada à Criciúma, em 1945, quando se deparou com a possibilidade de um surto de febre tifóide:

[...] ocorreu, ameaçadoramente, um novo surto de tifo, causando grandes apreensões a toda a população de Criciúma e determinando a adoção de urgentes e enérgicas medidas profiláticas e sanitárias, a fim de que o surto desta doença infecto-contagiosa, endêmica à região, tão temida por sua fácil contagiosidade e por seu elevado índice de mortalidade, não viesse a se transformar numa pandemia de conseqüências catastróficas. (sic). (Boa Nova Junior, 1953, p. 10).

Demasiadamente comuns na região, principalmente, na cidade de Criciúma, os surtos de doenças foram alvo de organismos governamentais que tentavam refrear seus impactos sobre a população produtiva e modernizar o setor. No comando do serviço sanitário do Departamento Nacional de Produção Mineral, sobre o qual nos dedicaremos mais adiante, o médico sanitário Francisco de Paula Boa Nova Junior, formado pela faculdade de medicina do Rio de Janeiro, iniciou uma intensa campanha profilática envolvendo todos os moradores da cidade.

Com ajuda de mineradores, do governo municipal e do Federal, representado pelo Departamento no qual trabalhava, o médico solicitou lotes de vacina ao Instituto Oswaldo Cruz e estabeleceu uma campanha de vacinação obrigatória a todos os trabalhadores das minas de carvão e seus familiares. Por meio de uma central instalada na praça da cidade foram inoculadas centenas de crianças e adultos, e aqueles impossibilitados de comparecerem foram atendidos nas próprias vilas operárias pelos enfermeiros do DNPM. No entanto a campanha não se restringiu apenas à vacinação compulsória, concomitante a esta empreitada foram ensinadas noções de profilaxia que ajudavam a evitar o contágio:

[...] conselhos e recomendações eram ministrados pelos serviços de auto-falantes local, orientando e advertindo a população contra os perigos da ingestão de verduras crúas e de águas de poços e cisternas sem fervura prévia, recomendando-se também um intenso combate as moscas domésticas, como veiculadoras da terrível doença, e os maiores cuidados possíveis a serem tomados com as dejeções dos doentes convalescentes, que deveriam sofrer rigorosa desinfecção. (sic). (Boa Nova Junior, 1953, p. 11).

Para aqueles que já manifestavam os sintomas da doença, foi criado em parceria com a Carbonífera Próspera e do Hospital São José um galpão de isolamento onde os infectados eram tratados e recebiam os cuidados necessários para o controle da doença, evitando desta forma o contato com os membros da família ainda não contaminados. Assim como estas, outras campanhas ao longo dos anos de 1940 e 1950 foram organizadas para debelar outras doenças comuns entre a população operária com a finalidade de criar um ambiente saudável para o desenvolvimento das atividades industriais.

Dentre o conjunto da população atendida pelos serviços sanitários e ações profiláticas, bem como pelos serviços sociais instituídos pelas autoridades públicas e por entidades filantrópicas, foi sobre as crianças que recaiu grande parte das ações de saúde e assistência. Assim como em outras localidades do país, a salvaguarda da infância foi um ponto crucial para o desenvolvimento de um sistema assistencial local que para garantir a constante renovação da mão-de-obra passou a construir mecanismos que preservassem a vida das mães e das crianças. Na seqüência abordaremos como a maternidade e principalmente a infância se tornaram problemas sanitário-sociais para Criciúma, mobilizando a classe médica na tentativa de identificar as principais causas para ocorrência de tão elevadas taxas de mortalidade infantil, que por sua vez colocavam em risco a própria manutenção da indústria local e transformavam a cidade em um exemplo negativo para toda a região.

4.2. A criança e a mãe: os discursos médicos e a mortalidade infantil nas terras do carvão

A criança como problema de Estado emerge no Brasil com maior envergadura entre os anos de 1930 e 1960, quando alinhado ao contexto internacional o país paulatinamente propôs uma agenda positiva em favor da infância. Alvo do discurso médico, pedagógico, assistencial e jurídico, a criança e suas inúmeras representações sociais como a delinquente, a abandonada, a ociosa e a desvalida, foi pouco a pouco se transformando em alvo preferencial de sistemas de proteção social, públicos e privados, que buscavam a todo custo salvaguardar este grupo etário. Pressionado por homens e mulheres engajados, o poder público em seus diversos níveis administrativos foi obrigado a se posicionar de maneira clara sobre quais seriam as políticas sociais destinadas à proteção à infância e à maternidade em todo país, equiparando o Brasil às grandes nações desenvolvidas do Ocidente.

Se num primeiro momento os cuidados com a infância e com a maternidade eram entendidos como problemas individuais a serem sanados no âmbito familiar, a partir dos anos de 1930 eles passam a ser indiscutivelmente

uma atribuição do Estado. Solapada pelos efeitos da Crise de 1929 e pelo clima bélico do período entre guerra, as décadas seguintes obrigaram diversos países assegurarem ou reelaborarem suas legislações de proteção às mães e às crianças implantando mecanismos institucionais que regulassem o trabalho infantil, que garantissem o repouso à operária gestante e que instaurassem sistemas sanitário-assistenciais que atendessem, principalmente, as camadas mais pobres da população. Este modelo assistencial estava ancorado na ideia de nacionalidade e de criação do novo homem brasileiro, ou seja, proteger as mães e as crianças significava resguardar a própria nação, modelando o futuro cidadão para mudar os rumos do país.

Se no Brasil, como apresentamos anteriormente, nos anos que antecederam a década de 1930 os serviços voltados para a área materno-infantil estavam quase todos administrados e financiados por instituições filantrópicas surgidas pela iniciativa de médicos como Moncorvo Filho, Fernandes Figueira, Olinto de Oliveira e Martagão Gesteira, as décadas posteriores tais serviços passam a ser institucionalizados por órgãos públicos. Críticos do Estado negligente, desinteressado e responsável pela situação de abandono material e moral das crianças e suas mães, médicos, filantropos e o movimento de mulheres exigiam que o governo, em todos seus níveis administrativos, garantisse o mínimo de assistência para esta população. Conforme advertia Olinto de Oliveira:

Compete ao Estado [...] fazer a política da criança atenuando ou eliminando a desigualdade das suas condições sociais protegendo-as diretamente por medidas adequadas e indiretamente amparando a família e a maternidade, e promovendo a assistência social. (Oliveira, 1935, p. 10).

O reposicionamento do governo brasileiro em defesa da maternidade e da infância foi impulsionado principalmente pela abertura da burocracia estatal a um corpo especializado de médicos e puericultores que assumiram o comando dos serviços assistenciais, bem como pelo movimento de mulheres, que organizado estimulou e racionalizou o atendimento aos necessitados. No entanto, tal burocracia, extremamente masculinizada possuía pouca simpatia pelas reivindicações feministas de emancipação e reconhecimento social que pudessem ser pleiteados por meio da valorização da maternidade. Este

discurso em defesa da criança e da mãe, próprios do maternalismo, foram resignificados pela burocracia estatal encarregada de formular as políticas públicas assistenciais e por meio de um discurso de gênero pouco equitativo naturalizou a maternidade transformando-a em uma obrigação biológica e moral da mulher com a Pátria e o Estado nacional.

Ao naturalizarem a maternidade e torná-la uma das funções exclusivas das mulheres para com o país, a legislação específica não reconhecia a cidadania *per se*, que só era reconhecida em sua plenitude quando as mães estavam inseridas no mercado de trabalho ou estivessem vinculadas a um homem trabalhador, tolhendo qualquer ideia de emancipação oriunda da maternidade, e excluindo dos sistemas de ajuda estatal mães solteiras, separadas, pobres e desempregadas, que por sua vez estavam a cargo da filantropia.

Parte da ideia de ampliar o amparo à maternidade e à infância, além de seu inegável cunho humanitário, estava associada a uma tentativa de regulação dos grupos familiares, definindo a partir das políticas assistenciais as identidades de gênero de seus membros: o homem provedor, o maior beneficiário da assistência; a mulher esposa e mãe que recebia assistência indireta; e as crianças, indiscutivelmente assistidas por seu vir a ser. Esta regulação, principalmente para as mães e as crianças, estendia-se por uma ampla rede de benefícios, que além de fornecer o amparo social contribuía para a manutenção dos papéis de gênero. Por meio da assistência especializada de médicos, de visitadoras sanitárias, do atendimento em postos de puericultura e maternidades, além das campanhas nacionais de saúde, a administração pública passou a regular as condutas de cada um destes indivíduos.

Transformar o Estado em um dos maiores provedores de benefícios sociais era uma clara tentativa de sobrepor e complementar o conjunto assistencial proposto pela filantropia. Sendo os sistemas de ajuda uma eficiente ferramenta de regulação das condutas, nada mais vantajoso ao Estado do que ser um de seus maiores provedores. Assim, em discurso publicado no Jornal do Brasil de 08 de novembro de 1935, o médico Olinto de Oliveira, chefe da Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância

exemplificava a importância da estatização dos sistemas de assistência social para maternidade e à infância:

Um equívoco e certamente muito comum, é o que atribui a proteção oficial a infância deveres de simples caridade e beneficência. O Estado deve socorrer a criança pobre, a criança desvalida, o órfão abandonado, eis a opinião geralmente enunciada. É a ampla transferência para o Estado das obrigações da lei moral até então assumidas pelos indivíduos ou por agrupamentos apropriados, quer por virtude de prescrições religiosas quer por simples comisseração e solidariedade humana. [...] Daí essa atenção especial com que governos civilizados competem encarar a criança, fazendo dela objeto de um conjunto de leis, de organizações capazes de promover seu bem estar, preservar-lhe a vida e a saúde, assegurar-lhe o desenvolvimento normal e prestar-lhe assistência e proteção. (sic). (Oliveira, 1935, p. 10).

A preocupação com a criança e a mãe, particularmente com a mortalidade infantil, o menor abandonado, a delinquência, a desnutrição, a mortalidade materna e a gestação saudável, foram os principais temas que pautaram o sistema assistencial brasileiro organizado entre os anos de 1930 e 1940. No entanto, como assinalamos anteriormente, foi com a Era Vargas, empenhada em forjar um novo homem nacional, que a tarefa de proteger as mães e as crianças tornou-se realmente uma preocupação estatal articulada desde os níveis federais até os locais. Salvar a infância, defender seus direitos, significava por consequência resguardar o próprio desenvolvimento da nação, pois a imagem que se divulgava da criança estava intimamente ligada à noção de progresso e de cidadania e por isso conforme assinala o jurista Alfredo Tranjan “[...] afirmou a Constituição que a infância [deve] ser objeto de cuidados e garantias especiais por parte do Estado, que tomará todas as medidas necessárias destinadas a assegurar-lhes condições físicas e morais de vida sã [...]”. (Tranjan, 1941, p. 46).

Ao estabelecer que a criança era um indivíduo a ser assistido, amparado e protegido, indiretamente o Estado Vargas elencava a mãe como sua principal guardiã e responsável. Instrumentalizada, a mulher como sujeito autônomo foi quase anulada na Constituição de 1937, pois suas expectativas e anseios particulares foram condicionados à maternidade. A cidadania plena que abarcava direitos sociais, políticos e econômicos, somente era exercida se as mesmas estivessem inseridas no contexto familiar estável,

sendo tais benefícios ampliados com o nascimento de uma criança no interior de um casamento. Desta forma, poderemos aferir que a condição das mulheres durante da Era Vargas bem como o período posterior, estava indubitavelmente atrelada a sua condição de boa mãe e esposa, criando um determinismo que quase sempre as excluía da esfera pública e do pleno exercício da cidadania.

A preocupação com o bem-estar infantil e as condições de vida das mulheres que educariam e zelariam pela saúde e vida dos futuros brasileiros estendeu-se por todo o país. Ora promovida por iniciativas públicas, ora por instituições privadas, de norte a sul do país, levantaram-se inúmeras bandeiras em favor da maternidade e da infância saudável, pavimentando o caminho para que a vida das mães e das crianças pobres fosse esmiuçada em seus mínimos detalhes em busca de desvios que contribuíssem para a depauperação da família brasileira.

Alinhada aos discursos hegemônicos que reivindicavam políticas de proteção eficazes às crianças pobres, na Região Carbonífera Catarinense foi implementada uma série de ações sócio-sanitárias que visavam dirimir os impactos negativos da ação exploratória do carvão sobre a população infantil. Assim como nas grandes cidades, foram os médicos locais que chamaram para si a responsabilidade de salvaguardar a infância, educar as mães e dirigir os serviços públicos e privados de assistência à maternidade e à infância. Este sentimento de responsabilidade sobre a vida dos demais colocou a corporação médica em situação privilegiada, pois assim como em outros lugares foram eles os primeiros a alertar o governo para os problemas relacionados à defesa e à produtividade da nação ocasionados pelas altas taxas de mortalidade infantil.

Defensor da corporação médica como agente promotor de mudanças político-sanitárias que levariam o país rumo à prosperidade, priorizando adequadamente o atendimento assistencial de mulheres e crianças pobres, Francisco de Paula Boa Nova Junior ferrenhamente advogava pela presença dos profissionais da saúde junto ao aparelho estatal e em instituições assistenciais:

A maior parte da tarefa de prevenção de moléstias na infância deve caber, entretanto, principalmente em nosso meio, ao médico. A

responsabilidade de orientar as repartições oficiais competentes e as organizações privadas deve caber ao médico especialista. [...] Está em suas mãos o contrôlo de muitas infecções esporádicas que ainda não estão sujeitas à regulamentação oficial. E, no campo da higiene mental, o pediatra ocupa uma posição tôda especial, pois a êle cabe ditar ensinamentos tendentes a corrigir os fatores de ambiente que agem de modo desfavorável sôbre a criança. (sic). (Boa Nova Junior, 1953, p. 25).

O excerto acima destacado reflete em partes uma das principais características do sistema assistencial local que em consonância com o nacional priorizava a presença dos agentes de saúde em organismos ligados à maternidade e à infância. Dirigidas basicamente por homens as instituições assistenciais, públicas ou privadas, apesar de suas preocupações maternalistas ancoraram-se sobre os pressupostos do paternalismo que definia a mulher e a criança como indivíduos passíveis de tutela devido a sua suposta fragilidade física e moral. Apesar de criarem políticas que focavam especificamente nas mulheres mães, tais instituições não se preocuparam em ouvir as reais necessidades femininas relativas à gestação e cuidados infantis, impondo de maneira vertical e hierarquicamente calcada em pressupostos tradicionais de gênero um modelo de maternidade que naturalizava a relação mãe e filho e a colocava sobre a tutela do Estado.

Dentre os discursos sobre a maternidade e a infância que dominavam a cena médica brasileira, nenhum teve tanto poder simbólico quanto aqueles relacionados à mortalidade infantil. O medo de perder as crianças em tão tenra idade autorizou a corporação médica a esmiuçar o cotidiano das populações pobres em busca das causas relacionadas à mortalidade e estabelecer na relação mãe e filhos o principal foco de sua ação. Para esta “nova” medicina, desenvolvida no Brasil da primeira metade do século passado, não importava apenas saber quais doenças levavam a um número maior de óbitos, lesionando a nação. O que realmente importava era saber que estas pessoas não morreriam mais de doenças que podiam ser prevenidas e curadas através da construção de um saber sobre o homem saudável, do homem não doente, idealizando os indivíduos através de uma espécie modelo. Neste contexto de apreensão do indivíduo pela medicina, a mulher passou por um ininterrupto processo de aculturação sanitária, o seu papel deixava de ser apenas o de transmitir bens materiais e fortunas pessoais, sua função a partir deste

momento passava a ser essencialmente instrumental, instância primeira e imediata da medicalização das crianças, garantindo o pleno desenvolvimento de sua prole em benefício do Estado.

Desta forma, muito diferente do que ocorria em outras regiões do país, fossem nos paupérrimos grotões do Nordeste ou nas desenvolvidas áreas urbanas do Sudeste, o problema da mortalidade também era um grave problema do Complexo Carbonífero Catarinense, principalmente no período que compreendeu os anos 1940 a 1960, quando a região chegou ao seu ápice exploratório. Os discursos sobre a situação da infância na região eram diversificados e abarcavam inúmeros aspectos da vida pueril, no entanto, devido seu forte impacto sobre o sistema econômico, nenhum chamou tanto atenção dos médicos e das autoridades públicas como os elevados índices de mortalidade infantil existentes na cidade e seu entorno.

Em 1944, ao chegar ao complexo carbonífero e se instalar na cidade de Criciúma como funcionário do Departamento Nacional de Produção Mineral, o médico sanitário Francisco de Paula Boa Nova Junior (1953) afirmava que a “[...] mortalidade infantil foi um grave problema que despertou nossa atenção em 1944, [...] pelo elevado número de enterros de crianças que eram vistos diariamente pelas ruas da cidade, (8 a 10, em média)”. (p.22). Este discurso alarmista, que denunciava o número excessivo de mortes entre a população infantil local, alastrou-se por outros estratos da sociedade envolvendo autoridades políticas, médicos e filantropos, que numa espécie de cruzada pela salvação infantil buscavam alertar os governantes para tão degradante situação que envergonhava a Região Carbonífera Catarinense e especialmente a cidade de Criciúma. Alinhado ao tom denunciante que Boa Nova Junior utilizava em seu relatório, o Deputado Jorge Lacerda também explorava tais cifras como uma forma de convencer o Governo Federal e seus pares sobre a importância de promover medidas salutares que protegessem a maternidade e consecutivamente a população infantil:

É com profunda tristeza que trago ao conhecimento da Câmara dos Deputados uma revelação amarga. Em Guatá, grande produtor de carvão, nasceram em 1948, exatamente duzentas crianças. E dessas duzentas crianças, Srs. Deputados já morreram 170. (Diários do Congresso Nacional, 1959, p. 946)

Ao apresentar estes dados que foram recolhidos no ano de 1948, quando o Deputado Jorge Lacerda esteve na região para investigar a questão social, o Relator da CPI do Carvão tinha a intenção de estabelecer um paralelo entre os investimentos recebidos nas áreas exploratórias e a falta de sensibilidade destas mesmas autoridades públicas e dos mineradores locais em investir na proteção social das famílias operárias, que inevitavelmente refletia-se diretamente sobre a vida das crianças. Mesmo com a existência de uma enraizada retórica que exortava a criação de um aparelho estatal de proteção às crianças e às mães pobres, tais medidas, com muita dificuldade se aplicavam nos grandes centros urbanos e nas periferias e no interior do país como em Criciúma, esta aplicação era ainda mais precária.

Elemento tão comum à região carbonífera, a mortalidade infantil demonstrava sua pior face na cidade de Criciúma. Concentrando a maioria das minas de carvão, bem como a maior parte das famílias operárias, o médico Manif Zacharias (1957 [a], p. 01) afirmava que a cidade era sempre lembrada em diversas partes do país pela existência de dois elementos comuns “a terra, por suas particularidades: uma, o carvão, expressão de sua riqueza no subsolo; outra a elevada mortalidade infantil, traduzindo a miséria de seu povo”. Impulsionados pela ideia de modernização e progresso, que por sua vez acreditavam serem incompatíveis com a miséria e o descaso com a infância, os médicos da cidade como Manif Zacharias e Francisco de Paula Boa Nova Junior realizaram uma série de estudos empíricos para identificar a origem dos problemas que afetavam as crianças contribuindo para a sua expressiva mortalidade.

Formados em grandes centros urbanos, ambos tinham uma ideia ampla de qual era o papel da medicina no processo civilizador brasileiro, principalmente a função da puericultura, que entre as ciências médicas estava encarregada de moldar a maternidade e talhar a criança em seus mínimos detalhes contribuindo para a “geração dos normais, dos sadios e dos fortes [empenhando-se] a fundo para corrigir as múltiplas causas e fatores que concorrem para a decadência da raça [...]”. (sic). (Boa Nova Junior, 1953, p. 24). Ou seja, semente das populações futuras, a criança e sua infância passaram a ser os principais alvos de uma intensa campanha médico-sanitária

que visava prolongar essa etapa da vida. Para alcançar tal objetivo, as sociedades modernas criaram regras que se impunham tanto para os pais quanto para os filhos, referentes a cuidados com higiene, limpeza, alimentação e amamentação, ou seja, uma série de investimentos necessários ao bom desenvolvimento físico desses pequenos indivíduos até a fase adulta.

Fosse realizada em grandes centros urbanos ou em cidades pequenas do interior como Criciúma, a puericultura brasileira estava intimamente atrelada às escolas carioca e baiana de pediatria, que eram responsáveis por formar um grande número de profissionais desta área. Para o destacado pediatra baiano Martagão Gesteira a puericultura era uma arte médica de máxima relevância para o aperfeiçoamento da população e concorria lado a lado com a eugenia na construção de uma raça aperfeiçoada. De acordo com este autor, em seu tratado de puericultura amplamente difundido entre os pediatras nacionais, esta ciência médica possuía o objetivo de “proteger a criatura humana contra os múltiplos perigos que a ameaçam, desde os primórdios de sua formação e desenvolvimento, até o término da infância”, zelando por seu desenvolvimento morfológico e principalmente psíquico. (Gesteira, 1957, p. 09).

Imbuídos do sentimento de responsabilidade sobre as populações pobres, principalmente sobre o bem-estar das mães e das crianças, os sanitaristas e puericultores de Criciúma desempenharam um importante papel no estudo e no atendimento à infância exposta aos impactos negativos do processo exploratório do carvão. Autorizados pelo Estado, estes profissionais da saúde passaram a fazer parte do espaço social em que circulavam os pobres urbanos. Ocupando postos de destaque na administração das cidades industrializadas, os médicos analisaram meticulosamente o cotidiano das populações operárias, em especial o estado de saúde das crianças, suas condições de vida e habitação, seus hábitos e costumes, com a finalidade de propor normativas que revertessem os efeitos negativos das doenças sobre a vida infantil. (Alves, 2011).

Seguindo esta lógica, Francisco de Paula Boa Nova Junior foi o primeiro médico na cidade de Criciúma a tentar elaborar um panorama geral das principais moléstias que acometiam a população infantil local, com a finalidade de informar as autoridades sobre a gravidade do problema e apontar

para as medidas que poderiam contribuir para a reversão de tal quadro. Em seu relatório o sanitarista descrevia quais eram os fatores que desencadearam as inúmeras mortes relatadas por ele em 1944:

Buscamos inicialmente as principais causas deste elevado índice de mortalidade infantil e encontrâ-mo-las, vitimando na maior parte as crianças de 0 a 1 ano de idade, nas doenças gastro-intestinais (salmonelose e disenterias amebiana e bacilar, entre as mais freqüentes), doenças do aparelho respiratório (pneumonia e broncopneumonia, bronquite capilar, crupe, coqueluche e gripe), doenças infecto-contagiosas em geral, e, principalmente, sub-nutrição. (sic). (Boa Nova Junior, 1953, p. 22).

Ora relacionada à degradação do ambiente, ora apontada como resultante da falta de preparo das mães em zelar pelo bem-estar dos pequenos, a mortalidade infantil local foi também vinculada à pré-existência de uma série de fatores que unidos criavam a atmosfera perfeita para seu recrudescimento. As doenças gastrointestinais destacadas por Boa Nova Junior estavam atreladas a inexistência de água encanada ou de boa qualidade que pudesse ser oferecida às populações periféricas.

Afetando principalmente o núcleo operário, esta falta de um sistema básico de saneamento e distribuição de água potável era apontada como um dos principais vetores para a disseminação de doenças infecto-contagiosas entre a população pueril. De extrema preocupação para médicos e puericultores, a conservação e potabilidade das águas de uso doméstico, principalmente aquelas destinadas para alimentação e asseio infantil, sempre figuraram nos manuais de economia doméstica, higiene e puericultura como um elemento de especial atenção, devido à facilidade com que certas doenças eram propagadas por este meio. No manual elaborado pelos médicos Henrique Grenchi e Helena Rossi Penna, as mães são alertadas sobre a importância de zelar pela pureza das águas de em locais não servidos por uma rede regular de abastecimento conseguindo-as “por meio de poços, que devem ser perfurados em lugares limpos, longe de habitações, sem perigo de contaminação por água usada ou por fossas”. (Grenchi; Penna, 1954, p. 35).

No entanto, conseguir água potável nas vilas operárias de Criciúma não era uma tarefa fácil. Rodeadas de rejeito de carvão por todos os lados e servidas por pequenos lagos e açudes que estavam contaminados por enxofre,

a única alternativa encontrada pelos moradores dos bairros operários era perfurar poços artesianos e construir pequenas cisternas neste ambiente degradado. Utilizadas por todos os moradores da casa e conseqüentemente pelas próprias crianças, a água disponível por este meio de captação, em sua grande maioria, estava contaminada e contribuía para a propagação de doenças. De acordo com Boa Nova Junior, a água destinada à população infantil, fosse ela utilizada no preparo de alimentos ou servida *in natura* era de péssima qualidade e só contribuía para o acirramento dos casos de morte e infecções:

[...] esta água empregada na alimentação das criancinhas [...] provinha, quase sempre, de poços e cisternas enlameadas, cheios de sapos, a maioria deles situada nas vizinhanças de tóscas “patentes” de madeira, com fossas rudimentaríssimas, poluídos, portanto por uma abundante flora microbiana, altamente nociva ao delicado organismo das criancinhas sub-nutridas. (sic). (Boa Nova Junior, 1953, p. 22)

Além da água de péssima qualidade, outro fator que também chamava a atenção dos médicos sobre o cotidiano infantil nas vilas operárias da cidade era o convívio rotineiro entre crianças e animais domésticos de pequeno porte, que também serviam como vetores para doenças gastrointestinais. Porcos, cabras, galinhas e até mesmo gado leiteiro eram comumente criados entre as famílias operárias como uma alternativa de prover sua subsistência devido aos baixos salários e os elevados preços dos alimentos praticados na região.

De acordo com Martine Segalen (1999), a prática de criar animais de pequeno porte para o consumo doméstico foi muito comum entre os grupos familiares que se deslocavam do campo e se instalavam em aglomerados urbanos em busca de emprego. Sem familiaridade com as regras do mundo urbano-industrial estes novos operários levaram consigo fragmentos de seu modo de vida anterior, criando em seu novo local de habitação um ambiente híbrido entre o urbano e o rural. No entanto, esta prática tão comum no mundo rural e que faz parte da identidade campesina, representava sérios riscos para a saúde coletiva no mundo urbano, pois sem o espaço necessário para o trato dos animais, sem as condições sanitárias requeridas para o descarte dos excrementos e o convívio próximo de seres humanos,

transformavam-nos em importantes vetores de doenças com rápidos mecanismos de contaminação.

Assim, ao buscar no contexto das vilas operárias de Criciúma outros fatores que contribuía para a mortalidade das crianças o médico Zacharias Manif chamou atenção para o convívio “promíscuo” entre crianças e animais domésticos que somados a fatores de ordem ambiental criavam o habitat perfeito para que a morte ceifasse centenas de vidas infantis. Para o médico “a ignorância e a miséria, de mãos dadas, gerando promiscuidade entre crianças e adultos doentes ou animais, o uso quotidiano de água poluída, e alimentos de baixo valor nutritivo tanto pela qualidade, como pela quantidade” contribuía para a sustentação tão desoladora paisagem. (Zacharias, 1957[b], p. 07).

Este convívio entre crianças e animais também chamou a atenção das Pequenas Irmãs da Divina Providência contratadas para prestar assistência social para as famílias operárias em algumas vilas operárias a partir da década de 1950. Em um Álbum/Relatório elaborado para prestar contas ao Serviço Social da Indústria (SESI) sobre trabalhos junto aos operários mineiros, as religiosas apresentam uma série de fotografias entremeadas por pequenos textos no qual são visualizadas partes da vida cotidiana dos habitantes das vilas operárias. Mesmo não se tratando de um relato escrito, a fotografia abaixo apresentada tinha por finalidade demonstrar visualmente aos administradores do SESI o modo de vida das famílias mineiras de Criciúma e os progressos alcançados por meio do serviço social prestado por elas, justificando os aportes financeiros recebidos.¹²

¹² Em capítulo posterior analisaremos minuciosamente os trabalhos assistenciais realizados por Ordens Religiosas femininas na cidade de Criciúma, bem como a interação das mesmas com o Serviço Social da Indústria (SESI).



Figura 2 – Vista parcial do pátio de uma casa operária onde se pode perceber o convívio de crianças e animais domésticos – Criciúma/SC (década de 1950).
(Reproduzida do Álbum/Relatório das atividades das pequenas Irmãs da Divina Providência. (1955-1957) – SESI – Criciúma/SC).

Fomentado em grande parte pelos problemas apontados anteriormente, em 1945 o médico sanitário Boa Nova Junior (1953), afirmava terem morrido na cidade de Criciúma cerca de duzentas crianças de até 01 ano a cada mil nascimentos, o que para uma cidade de pequeno porte era considerado algo assustador e inaceitável. Concordando em inúmeros pontos sobre as causas da mortalidade da cidade e da região carbonífera, Manif Zacharias discordava dos números apresentados por Boa Nova Junior, aventando inclusive a possibilidade de tais discursos alarmistas serem fruto de folclore local.

Com a intenção de verificar a veracidade de tais discursos o médico iniciou um estudo empírico, publicado em um jornal local, para identificar o quanto “de realidade havia na afirmação generalizada de que apresentamos um dos maiores índices de mortalidade infantil de todo o país, é cousa que, nos parece, que ninguém ainda, entre nós, procurou averiguar”. (Zacharias, 1957 [a], p. 01). A intenção de realizar tal tarefa era impor a autoridade médica como legitimadora de condutas e fonte de verdades, pois “causos” difundidos por moradores e lembranças de tempos passados não serviam de base empírica

para a ação médica, que dependia da racionalidade científica para construir seu espaço de atuação. Desta forma, a racionalidade médica aceitava apenas como evidências dados científicos relacionados ao estudo de estatísticas, de crescimento vegetativo (nascimentos e mortes), epidemias, estudos demográficos e a reorganização do espaço urbano, que por sua vez seriam capazes de apresentar diagnósticos precisos sobre determinado assunto.

Baseado nesta premissa, o médico Manif Zacharias que exerceu a medicina em Criciúma entre os anos de 1944 a 1966, decidiu verificar se os discursos que afirmavam que a cidade seria a capital brasileira da mortalidade infantil eram realmente verídicos. Percorrendo os três cartórios distritais existentes, Manif Zacharias analisou os registros de nascimentos e óbitos comunicados entre os anos de 1946-1956, e para sua surpresa, os discursos sobre os elevados índices de mortalidade entre a população pueril não se confirmaram, assim como

[...] a referência 10 a 12 enterros de crianças por dia” não passava de exagero (e dos bem exagerados) provindo de generalizações de ocorrências acidentais e esporádicas, verificada, quiçá, por ocasião” de surtos epidêmicos. (Zacharias, 1957 [a], p. 03)

Das 4.264 mortes contabilizadas no período estudado, referentes à cidade de Criciúma e os distritos de Nova Veneza e Içara, foram atribuídos 1.992 às crianças de até um ano de idade. Para entender melhor os índices de mortalidade¹³ locais Manif Zacharias apresentou dois conjuntos de dados distintos, o primeiro abrangendo a cidade de Criciúma e seus respectivos distritos, enquanto o segundo contemplava apenas Criciúma e seus arredores:

¹³ A mortalidade infantil avalia-se pelo chamado *coeficiente*, isto é, pela relação do número de nascimentos vivos e óbitos de crianças entre 0 e 1 ano de idade, durante o período de um ano civil, calculando-se o número de óbitos a cada 1000 nascimentos. A mortalidade infantil é considerada *baixa* ou *fraca* quando o coeficiente é inferior a 40; *média* ou *moderada* quando entre 40 e 70; *alta* ou *forte* entre 70 e 100, *muito elevada* ou *muito forte* acima de 100.

TABELA 2 – MORTALIDADE INFANTIL EM CRICIÚMA E REGIÃO (1946-1956)

Ano	Mortalidade Infantil	Mortalidade Infantil
	Criciúma/Distritos	Criciúma
1946	106,7	133,0
1947	101,2	131,6
1948	101,8	124,7
1949	88,5	108,0
1950	65,7	80,3
1951	82,7	98,0
1952	77,7	94,3
1953	89,9	101,7
1954	80,9	97,0
1955	81,7	92,8
1956	88,8	97,9

FONTE – ZACHARIAS, Manif. Mortalidade infantil em Criciúma. **Tribuna Criciumense**. Criciúma, 27 de maio/03 de Abril de 1957

Apesar de não contemplar temporalmente o período que Boa Nova Junior relatou os inúmeros enterros de crianças diários, os números apresentados por Manif Zacharias revelaram uma paisagem divergente.¹⁴ De acordo com o autor, os índices de Criciúma não estavam muito acima da média nacional, apesar de considerada alta na maioria dos anos pesquisados, os números identificados alinhavam-se a outros índices nacionais e até mesmo estaduais. Ao fazer um comparativo da mortalidade infantil com outras regiões do Brasil como, por exemplo, Florianópolis, o médico advertia que entre os anos 1945 a 1954 os valores variavam entre 211,6 e 99,9 sendo o coeficiente *muito elevado* em 09 anos e *elevado* em 01. Neste mesmo período, de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o coeficiente de mortalidade no Distrito Federal era de 106; em Porto Alegre 107; em Belém 110 e em Salvador 162. (Zacharias, 1957[b]).

Ao apresentarem gráficos sobre a mortalidade e estabelecerem comparações entre diferentes cidades e até mesmo países, os médicos buscavam sensibilizar as autoridades públicas e a sociedade local sobre o

¹⁴ Cabe ressaltar que os números encontrados por Manif Zacharias são referentes apenas aos nascimentos e óbitos legalmente registrados em cartórios oficiais. No entanto, uma característica comum no período e que ainda hoje persiste entre muitas as famílias pobres urbanas e rurais, é a falta do costume de impetrar junto às autoridades competentes o registro nascimento e obtidos, o que distancia muitas estatísticas elaboradas no século passado da realidade local.

descaso e a letargia com que a infância e conseqüentemente a maternidade eram tratadas. Desta forma, a constatação de tão elevados índices envolvendo a população infantil respaldava o discurso médico-sanitário a adentrar nos mais recônditos espaços da vida cotidiana das famílias pobres em busca das causas e possíveis motivos para que criaturas em tão tenra idade fossem ceifadas pela morte. (Lis, 2003).

Apesar de ambos os médicos discordarem com relação aos números da mortalidade infantil na cidade, tanto um como outro compartilhavam da mesma opinião no que se referia ao papel das mães e da família sobre a vida infantil. Segundo Manif, além das causas já apresentadas anteriormente, os óbitos entre as crianças das famílias mineiras de Criciúma também estavam relacionados aos fatores de classe, “ignorância e miséria, eis a resposta formal, categórica e imperativa e que deve ser dada corajosamente”, pois a mortalidade infantil é “fortemente influenciada pelas questões higiênicas de habitação e alimentação, e pelos fatores econômicos e sociais, que quando desfavoráveis carregam pobreza e atraso cultural”. (1957 [b], p. 07). Corroborando com estas mesmas ideias, Boa Nova Junior, apoiado no discurso classista de demonização das camadas populares urbanas também afirmava: “é sumamente desagradável e doloroso relatarmos aqui que muitas criancinhas, em Criciúma, pereciam em grande número [...] em virtude do descaso de seus próprios pais, da ignorância de suas mães”. (1953, p. 22).

Discurso muito comum entre os profissionais da medicina no século passado a suposta ignorância das mães, aliada à falta de assistência pública, criava o ambiente propício para que a morte fosse uma presença constante entre as crianças das famílias pobres urbanas. Assim como ocorria nos grandes centros urbanos do país, em Criciúma as mulheres também foram alvo de um discurso pediátrico que as apontavam como incultas e preguiçosas, reafirmando a necessidade de educá-las e controlá-las através de normas higiênicas. Frente a impossibilidade de acabar em um curto espaço de tempo com a mortalidade entre as crianças da cidade, a prioridade dos médicos era diminuir dramaticamente os números de mortes por meio de um intenso processo de reeducação das mulheres. Mesmo a maternidade sendo considerada pela medicina como algo natural e intrínseco a todas as mulheres,

a educação sanitária e a puericultura se apresentavam como complemento racionalizado a esta suposta natureza feminina. Segundo estas premissas, por meio da correta educação médica oferecida às mães e às famílias os serviços estatais seriam complementados por uma perfeita simbiose entre os profissionais da medicina, as mães e os serviços estatais de assistência, conforme expõe o *Credo da Criança*, elaborado pelo DNCr e publicado pela Tribuna Criciumense de 09 de maio de 1955:

Creemos no futuro do Brasil, pela proteção integral a criança. [...] Creemos que a base do bem estar e do futuro da criança no lar e na família bem organizados. [...] Creemos que na proteção à infância é muito mais importante a influência de pessoal habilitado, experiente e dedicado, que a das condições materiais. [...] Creemos que, para o bem futuro da humanidade, como para o do Estado, da família e do indivíduo, a proteção bem entendida à criança é mais importante e essencial que qualquer outra das atividades dos governos. (Tribuna Criciumense, 1955, p. 10).

Intimamente ligada ao discurso de salvaguarda das crianças, a tutela e culpabilização das mães foi fruto de uma concepção paternalista, patriarcal e conservadora elaborada pela classe médica com a finalidade de atribuir uma causa para a mortalidade na infância. Apesar de dirigirem suas críticas às autoridades políticas e aos sistemas de proteção social, ineficazes e pouco abrangentes, foi sobre as mulheres que recaiu boa parte das premissas tutelares que passaram a demonizar as tradicionais formas de cuidado com as crianças. Sem enfatizar com maior clareza o impacto das péssimas condições de vida sobre os infantes, os médicos e os puericultores voltaram sua atenção às mães, que por instinto e natureza, deveriam sobrepor todos os obstáculos da pobreza e da miséria cotidiana em favor de seus filhos.

Partindo das classes dominantes, o discurso médico condenava autoritariamente as tradicionais práticas de cuidados com a infância, transmitidas oralmente de geração para geração e que expressavam o saber autônomo das mulheres, como por exemplo, o uso de farinhas alimentícias em substituição ao leite materno, de xaropadas para a cura de moléstias, utilização de chupeta, entre outros. Percebidas como ignorantes, as mães deveriam ser tuteladas pelos preceitos regeneradores da ciência, que forneceriam novos modelos para antigas práticas consideradas anti-higiênicas, baseadas em superstições e credices. Por serem consideradas as responsáveis diretas pelo

bem-estar e/ou pelo mal-estar das crianças, as mães eram sempre culpadas pelas doenças e morte que atingiam seus filhos.

Em Criciúma, este discurso de culpabilização das mães e a intromissão no mundo dos tradicionais cuidados infantis estavam, principalmente, atrelados à alimentação e dietética das crianças. Para os médicos Boa Nova Junior e Manif Zacharias, o primeiro problema a resolver no âmbito familiar era modificar costumes maternos relativos à alimentação na primeira infância. Para ambos, imersas no mundo da ignorância, as mães das camadas populares eram pouco atentas às questões básicas de higiene no preparo dos alimentos e transformavam o tão precioso leite materno em alimento secundário na vida do infante. Em seu relatório, Boa Nova Junior chamava a atenção para um dos motivos alegados pelas mulheres para substituir o leite materno por uma alimentação considerada artificial e deficitária em nutrientes:

[...] sob a infundada alegação de que seu leite era fraco, desmamavam-nas [as crianças] logo às primeiras semanas de vida, substituindo o preciosíssimo leite materno por pirão de farinha de mandioca, feito simplesmente com água. (Boa Nova Junior, 1953, p. 22)

Nos anos de 1950 já estava estabelecido um sólido discurso sobre as benesses oriundas da amamentação materna nos primeiros meses de vida da criança, sustentado pelos discursos da nutrição infantil que solidificava-se como um campo específico da puericultura. As justificativas em defesa do aleitamento materno evocavam de maneira geral, seu caráter natural e nutritivo; uma composição quase mística que criava um elo indissolúvel entre a mãe e a criança. Além das propriedades nutritivas amplamente apregoadas, havia um forte discurso de gênero que considerava uma mãe completa somente aquelas que nutriam seus filhos com o alimento disponibilizado pelo seu próprio corpo. (Garrigós, 2011). Conforme afirma o pediatra Martagão Gesteira esta é a “obrigação que tem toda mãe, digna dêsse nome, toda mãe que queira ser, no conceito de Marco Aurélio, “mãe inteira”, de continuar a assegurar por algum tempo, com o leite que lhe flue dos seios [...]”. (sic). (Gesteira, 1957, p. 74).

Apesar de no pensamento maternalista a amamentação figurar como um ato que cria elos naturais entre mãe e filho, símbolo da verdadeira feminilidade

(Weiner, 1994), para os médicos o aleitamento não poderia continuar no mundo da natureza, como algo instintivo, pois desta maneira ele em nada contribuiria para o desenvolvimento da criança. Uma vez mais, se apropriando de uma prática ensinada pela oralidade entre as mulheres, a medicina em nome do bem-estar das crianças submeteu a amamentação ao mundo das ciências e a racionalizou de acordo com uma metodologia. Desta forma, o aleitamento passou a ser regado de acordo com normas higiênicas, explicado segundo os cânones da puericultura e transformado em um processo pedagógico, com uma infinidade de regras e normas que deveriam ser observadas a risca.

Um exemplo disso, foi a divulgação do *Livro das Mães* publicado pelo Departamento Nacional da Criança (DNCr) em 1955 que fazia uma ávida defesa do aleitamento materno salientando as propriedades específicas existentes no leite humano, de fácil ingestão “pois coagula no estômago em grumos muito pequenos e porque possui fermentos digestivos que auxiliam na digestão”. (DNCr, 1955, p. 116). Este livro estava dedicado às diversas etapas da vida da criança, no entanto trazia um capítulo específico sobre a amamentação com regras, horários, posições, higiene dos seios, regulação da vida alimentícia da nutriz, que transformavam o ato de amamentar em algo quase científico e difícil de ser cumprido em todos os seus ditames. Além disso, o livro afirmava categoricamente a inexistência de “leite fraco” suspeita que “costuma-se instalar na mente das nutrizes estimuladas pelas vizinhas e amigas “entendidas” em crianças” (DNCr, 1955, p. 125-126), reforçando a ideia de que a amamentação só poderia ser abandonada com a expressa autorização médica depois de exames detalhados na criança, e só após este procedimento o puericultor indicaria então um substituto para o leite da mãe.

No caso de Criciúma a reclamação médica sobre a substituição autorizada do leite materno estava relacionada à dificuldade das mães pobres em adquirir o leite de origem bovina ou caprina, nas palavras de Manif Zacharias esta situação de miséria “priva a criança pobre, o lactente (a expressão significa – que ainda mama) de seu alimento essencial, o leite, substituído em inúmeros casos constatados na clínica diária, pelo pirão ou pelo mingau de farinha e água”. Da mesma forma relatava Boa Nova Junior:

Indagamos de muitas mães porque, então, ao suprirem o aleitamento materno não ministravam o leite de vaca, de mistura com água, ou o leite de cabra ou o leite em pó. Porque, – nos respondiam (e nisto lhes dávamos razão), – o leite de vaca dificilmente se obtém em Criciúma e, nas épocas que existe, o seu preço é inacessível para a bolsa do operário, (3,80 o litro); o leite de cabra também é caro e alguns poucos mineiros, que as criam em suas próprias residências, têm-nas para obtenção de leite para seu próprio consumo [...]. (Boa Nova Junior, 1953, p. 23)

No entanto, mesmo com a precariedade do modo de vida operário e os diversos fatores de ordem econômica e social que contribuía para a mortalidade das crianças, os médicos da cidade continuavam centrando sua atenção sobre as mães. De acordo com os preceitos da puericultura difundidos por Martagão Gesteira (1957), em nada adiantava os governos estabelecerem grandes redes assistenciais se as mulheres mães não estivessem convencidas de seu papel como protetoras da infância e não fossem educadas de acordo com os preceitos da medicina, pois boa parte do desenvolvimento infantil se dava em casa sob a supervisão da família. Orientar, aconselhar e formar as mães de acordo com os princípios da puericultura era a maneira mais eficaz de combater a mortalidade na ausência de um Estado protetor.

Assim, a autoridade médica, patriarcal e conservadora, apresentava-se como a única capaz de guiar e educar as mães pobres, que devido sua origem social e a suposta falta de uma cultura letrada denotava a necessidade de ação tutelar que as afastaria da ignorância. Para Francisco de Paula Boa Nova Junior, fazia-se necessário criar entre as mulheres das camadas populares urbanas de Criciúma uma cultura da boa maternidade, na qual as mães por meio de aconselhamentos e imposições médicas se adaptariam às necessidades dos novos tempos e abandonariam as formas tradicionais de cuidados infantis:

Por estas razões, empreendemos uma árdua tarefa de educar as mães, de orientá-las, de aconselhá-las no sentido de mostrar o caminho certo que deveriam seguir para bem alimentar seus filhinhos, para bem criá-los e para preservar-lhes a saúde, e portanto a vida [...]. (Boa Nova Junior, 1953, p. 23).

Apresentando-se como o guia capaz de indicar o bom caminho, o médico sanitário alocava as mulheres em um papel secundário, imputando-lhes a responsabilidade de cuidar seus filhos por meio dos métodos tradicionais

passados de mãe para filhas. Sob a alegação de salvaguardar a infância a corporação médica adentrou na vida das mulheres pobres com a intenção de mudar antigos hábitos e valores, considerados rudes e infundados, por novos, mais higiênicos, modernos e amparados pelos preceitos da medicina. Baseado nesta premissa, assim afirmava o médico Martagão Gesteira em seu livro de puericultura: “a luta contra a miséria, o amparo econômico, a assistência a maternidade, moral e sanitária” que as medidas legislativas e outras obras assistenciais procuram assegurar “à infância e à maternidade não bastam [...] se não se atende outro grande fator responsável por todos esses males [...]: a ignorância. (Gesteira, 1957, p. 401).

Recorrendo à autoridade de Martagão Gesteira, o médico Manif Zacharias (1957 [b], p. 07) escrevia em seu artigo, que o referido autor estava correto em afirmar que quanto maior a ignorância “e mais baixas as condições de uma coletividade, maior é a incidência de mortalidade infantil”, daí a necessidade de amparar moral, econômica e socialmente às mães de Criciúma e seus arredores. Tanto para Boa Nova Junior quanto para Manif Zacharias entre outros, a Região Carbonífera estava completamente despreparada para enfrentar os problemas da maternidade e a infância, recebendo apenas por medidas sanitário-sociais paliativas e esporádicas que,

[...] vez por outra obedecendo a determinação de Departamentos e Secretarias, em comemorações festivas da Semana da Criança, ou do Dia da Raça, em que, na série interminável de discursos e palestras são exaltados os pequenos entes, radiosa esperança da Pátria estremecida. Pobre Pátria, em que os monumentos aos maiores feitos de seus filhos se originem nos cemitérios. (Manif, 1957 [c], p.07).

Sendo o grande problema da Região Carbonífera Catarinense, a mortalidade infantil foi por anos alvo de um enérgico discurso moral que responsabilizava as famílias e principalmente as mulheres pobres pelo elevado número de mortes entre a população infantil. Colocando a assistência que deveria ser prestada pelo Estado em um plano secundário, a pobreza e a ignorância foram elencadas como fatores preponderantes para tão elevados índices. Em nome da nacionalidade e da construção de um país de homens hígidos, as mulheres mães tiveram suas vidas esmiuçadas pelo poder médico que transformou toda e qualquer prática de cuidados não avalizadas pela

medicina em um ato de transgressão e descaso com o futuro do país. Inseridas em um contexto de miséria as mulheres das vilas operárias foram alvo de um forte discurso moral e de gênero que lhes impunham um modelo normativo de maternidade que quando não observado e praticado em seus mínimos detalhes justificava a ação impositiva da corporação médica sobre as tradicionais formas de vida, transformando-as em únicas culpadas do atraso pela depauperação física e moral do país.

4.3. Criciúma e a assistência social: as primeiras intervenções estatais nas políticas materno-infantis na Região Carbonífera Catarinense

Diferentemente do que ocorria em outras regiões do país a assistência social pública no Complexo Carbonífero Catarinense dependeu, em grande parte, de iniciativas desenvolvidas por autarquias estatais que pouca familiaridade possuíam com os sistemas de ajuda. Com poderes públicos locais frágeis economicamente e pouco interessados em construir sistemas de ajuda eficazes, a assistência social para a maternidade e a infância em Criciúma e arredores dependeu de ações federais realizadas por organismos ligados ao fomento, à fiscalização e à extração do carvão. Dentre estes, destacamos o papel assistencial do Departamento Nacional de Produção Mineral, ligado ao Ministério da Agricultura; e a Comissão Executiva do Plano do Carvão Nacional, subordinada diretamente à Presidência da República.

Sendo o primeiro órgão federal a instalar-se em Criciúma, em 1941, o Departamento Nacional de Produção Mineral (DNPM) estava incumbido de fiscalizar a aplicação do Código de Minas (1934), assessorar as companhias mineradoras nas pesquisas geológicas e viabilizar projetos de lavra e beneficiamento do carvão. No entanto, além destas prerrogativas legais fiscalizatórias, a situação sanitária da cidade unida a inexistência de um sólido serviço de atendimento à saúde, levou o DNPM a disponibilizar para seus funcionários e a uma parcela da população operária um equipado consultório médico para os padrões locais, no qual buscava oferecer serviços básicos de saúde. Instalado no ano de 1944 a pedido do médico Francisco de Paula Boa

Nova Junior, o consultório do DNPM representava um marco no atendimento ambulatorial local, pois pela primeira vez se disponibilizaria para a população operária um completo atendimento médico servido por um laboratório bem equipado e em sintonia com as novidades da medicina:

Instalámos assim o Serviço Médico do DNPM em Criciúma, dotando-o de um completo consultório com microscópio, arsenal cirúrgico indispensável às pequenas intervenções, aparelho de pressão arterial, aparelhagem necessária aos exames de laboratório mais usuais (urina, sangue, etc.), aspirador de Potain, etc. (sic). (Boa Nova Junior, 1953, p. 43).

No que tange ao atendimento materno-infantil, o Serviço Médico do DNPM concentrou sua atuação na execução de campanhas de vacinação, combate às práticas curativas populares, coibição do trabalho de parteiras não diplomadas, educação sanitária das mulheres e a fiscalização do trabalho feminino e infantil nas minas de carvão. Seguindo as diretrizes nacionais um dos primeiros trabalhos realizados pelo DNPM foi a vacinação em massa de toda a população operária e seus familiares contra o tifo, a varíola e o crupe¹⁵, esta última atingindo principalmente a população infantil. As campanhas de vacinação foram muito eficazes no controle de doenças que acometiam as crianças, por ser de fácil divulgação e não exigir uma grande mobilização de recursos financeiros e materiais, elas foram especialmente eficazes nas cidades do interior. Na tabela abaixo apresentamos alguns números da vacinação entre os anos de 1944 a 1952 não sendo possível identificar o número exato de inoculações realizadas em crianças.

TABELA 3 – VACINAÇÃO REALIZADA PELO SERVIÇO MÉDICO DO DEPARTAMENTO NACIONAL DE PRODUÇÃO MINERAL

Vacinas Aplicadas	1944	1945	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952	Total
Contra tifo	425	5.833	4.223	413	384	236	218	145	63	11.940
Contra varíola	206	2.829	325	194	136	81	53	32	20	3.876
Contra crupe	11	62	23	18	9	6	10	9	7	155

FONTE – BOA NOVA JUNIOR. Francisco de Paula. **Problemas médico-sanitários da indústria carvoeira**. Ministério da Agricultura: DNPM, 1953

¹⁵ Conhecida também por difteria é uma doença infectocontagiosa que provoca inflamação e lesão em partes das vias respiratórias (amídalas, laringe, faringe, traqueia, brônquios, nariz) e, às vezes, de pele.

Outra importante atuação do DNPM no campo da saúde materno-infantil foi o ferrenho combate à atuação considerada ilegal de curandeiros e parteiras práticas. De acordo com o chefe do serviço médico, era muito comum entre a população local buscar o auxílio de benzedadeiras e curandeiros para diagnosticar e medicar as crianças doentes. Mesmo entre os próprios funcionários do DNPM, que tinham a sua disposição o serviço particular de saúde, a busca pela medicina alternativa era a primeira escolha quando seus filhos e filhas eram acometidos pelas enfermidades da infância. Sem compartilhar de uma cultura médica arraigada, a população local procurava os serviços especializados apenas em último caso quando as doenças estavam em estágio avançado, conforme afirma Boa Nova Junior:

A princípio, tivemos alguns dissabores, pois em várias oportunidades, principalmente em se tratando de crianças, filhas de funcionários e trabalhadores, só tardiamente éramos chamados para atendê-las, quando já então, de extrema gravidade, eram os quadros clínicos que nos deparavam. (Boa Nova Junior, 1953, p. 43).

Em boa parte, esta espécie de aversão à corporação médica pelos trabalhadores, pode ser atribuída às relações sociais e de classe que se estabeleciam entre os dois lados. Percebidos como rudes e incultos pelos médicos locais, os operários e suas famílias talvez preferissem recorrer a pessoas de seu convívio, com quem possuíam uma relação mais equitativa, para receber conselhos e atendimento por meio da medicina alternativa, que por sua vez era menos invasiva e mais próxima da realidade financeira das camadas populares urbanas. De acordo com Boa Nova Junior:

[...] a pouca simpatia de que gozam os médicos de Criciúma [...] é decorrente da maneira apressada, e por isto mesmo pouco cortês com que os operários são atendidos nos consultórios médicos. (1953, p.39)

Frente a esta indiferença à autoridade médica local, iniciou-se uma campanha que buscava criminalizar a ação de indivíduos que exerciam a medicina sem a formação adequada, além de melhorar a própria imagem do médico como um profissional indispensável para a saúde da população e principalmente da infância. Nesta empreitada tanto aqueles que recorriam aos serviços quanto os disponibilizavam, foram alvo das críticas médicas e, no que

tange às crianças, mais uma vez as mães foram culpabilizadas por não buscarem o atendimento especializado e entregarem os pequenos nas mãos de supostos charlatões, conforme afirmava o médico Zacharias Manif “a ignorância conduziu as infelizes e pequenas vitimas às benzeduras e aos “chás” das comadres, às garrafadas dos curandeiros e as drogas milagreiras dos boticários com pretensões a doutores”. (Zacharias, 1957 [b], p. 07).

Mesmo se tratando de um universo diferente do qual abordamos, o filósofo Michel Foucault em seus estudos sobre os sistemas sanitários desenvolvidos na Europa do século XVIII, afirmava que no combate à medicina tradicional homens e mulheres, que ao longo de suas vidas acumularam o conhecimento empírico acerca das doenças, foram taxativamente classificados como charlatões e perseguidos pela corporação médica que não admitia esta intromissão sobre as ciências da saúde. (Foucault, 2010).

Nesse sentido, podemos evidenciar que esta era uma prática recorrente entre os profissionais da medicina que não autorizavam o compartilhamento de seus saberes “especializados”. Assim, Boa Nova Junior (1953) afirmava que Criciúma era um paraíso para atuação deste tipo de pessoas, pois continha dois componentes que favoreciam a proliferação destes supostos falsários: uma população analfabeta e pouco informada, além de autoridades políticas e policiais que faziam “vistas grossas” para este tipo de ilegalidade. Sem dinheiro para pagar por consultas particulares, arcar com as despesas de medicamentos industrializados, ou simplesmente por não confiarem no saber médico que de forma invasiva adentrava na vida dos indivíduos, as famílias mineiras de Criciúma recorriam aos serviços de benzedoras e dos considerados charlatões que tratavam as doenças infantis com “xaropadas” e “beberagens” que só tendiam a agravar a situação do infante ao invés de buscar promover a cura, conforme Boa Nova Junior:

[...] os pais tratavam seus filhos com “xaropadas” preparadas em casa, ou obedeciam aos conselhos quase sempre errados e desastrosos para as crianças, das avós, comadres ou vizinhos “entendidos”, ou mandavam “benzê-las”, ou mesmo, muitas vezes recorriam a “sapiência” de algum curandeiro, que embora cobrasse a “consulta” ou “visita”, prescrevia “xaropadas” e “beberragens” de custo bem mais módicos que os medicamentos receitados pelo médico. (sic). (1953, p. 44).

Considerado uma ameaça ao saber médico, o exercício “ilegal” da medicina na cidade foi amplamente combatido pelos médicos, que além dos curandeiros e benzedeiros, ajustaram sua lente também sobre as parteiras, conhecidas como “comadres” ou “curiosas”, que agiam “ilegalmente” junto às vilas operárias ao atender e medicar mulheres pobres. De acordo com o já citado médico, apesar de Criciúma contar com o serviço de médicos e parteiras diplomadas capacitadas a atender as mulheres no momento do parto ou em problemas decorrentes da gravidez, elas procuravam os serviços das parteiras práticas devido à proximidade afetiva e aos baixos preços praticados:

Não obstante existirem 3 ótimas parteiras diplomadas em Criciúma, o número de “curiosas” que lhes fazem deslealíssima concorrência é enorme, talvez mais de 20 em todo o município, e o maior número de óbitos de parturientes e recém-nascidos registrados nessa cidade são verificados em pessoas de condição humilde atendidas por essas curiosas, que continuam a agir e a matar impunemente. (sic). (Boa Nova Junior, 1953, p. 117).

Ao institucionalizarem a pediatria e a puericultura os médicos colocaram sob seu estrito controle qualquer atividade relacionada à arte dos partos. As tradicionais parteiras deveriam ser substituídas por parteiras diplomadas que depois de anos de estudos e validação de seus conhecimentos por uma junta médica eram autorizadas a exercer a atividade junto às mulheres grávidas. Por meio do Decreto-lei 8.778 de 22 de janeiro de 1946 o Departamento Nacional de Saúde formalizou as regras para a concessão e validação do *status* de parteira diplomada para aquelas mulheres que haviam aprendido a arte de realizar partos pela prática cotidiana.

Para obter o direito de exercer legalmente a profissão era necessário comprovar dois anos de trabalhos em hospitais, realizar exames de habilitação em centros credenciados e prestar concurso em dois exames, o primeiro era uma prova escrita e o segundo um exame prático-oral que versavam sobre enfermagem prática, noções de higiene individual, noções de anatomia e de fisiologia humanas, doenças contagiosas, obstetrícia, legislação sanitária e primeiros socorros.

Esta apropriação pela medicina de uma atividade tradicionalmente associada ao feminino estava baseada em uma estratégia de subordinação e domínio de uma área da ciência médica que transformou o corpo da mulher em

objeto de conhecimento e controle. Desta forma, cirurgiões e obstetras empenhados em regular as condutas femininas e por meio da ciência limitaram o campo das parteiras através da imposição do ambiente hospitalar, do uso de medicamentos, instrumentos cirúrgicos, como o fórceps, e da academia, lugares que poucas mulheres puderam estar e quando conseguiam era como discípulas, aprendendo a respeitar a hierarquia médica.

Pode-se dizer que a escolha pelos serviços das parteiras, tanto em Criciúma como em outras regiões do país estivesse relacionada a certa afinidade de gênero estabelecida entre as parturientes e as parteiras que geralmente moravam nas redondezas e acompanhavam a gestação desde o início. Além disso, os serviços oferecidos pelas parteiras transmitiam mais segurança e comodidade, visto que, até há pouco tempo, a realização de uma intervenção cirúrgica em partos, como uma cesárea, implicava grandes riscos para a mãe e para a criança. Apesar de em muitos casos as parteiras serem consideradas uma das responsáveis pelo atraso salutar, o serviço destas profissionais sempre foi muito requerido nas cidades do interior onde mesmo sem diploma ou credenciamento junto aos órgãos de saúde, eram reconhecidas como autoridades em saúde da mulher.¹⁶

Em Criciúma, assim como em outros lugares, o paulatino ataque às comadres e curiosas da cidade, ao que parece, pouco a pouco foi surtindo efeito entre a população pobre e principalmente entre as mulheres, que

¹⁶ Para mais informações: MARTINS, Ana Paula V. **A medicina da mulher: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia e da ginecologia no século XIX**. 2001. Tese (Doutorado) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UNICAMP, Campinas. Neste trabalho Ana Paula Vosne Martins visa compreender como se deu a constituição de um campo discursivo voltado para a diferença sexual feminina. A pesquisa foi direcionada no sentido de desvendar o papel cultural da obstetrícia e da ginecologia na definição oitocentista da mulher, entender seu vocabulário, suas estratégias de objetivação e a força de suas verdades. A autora foca, sobretudo, na constituição da medicina da mulher no Brasil, procurando entender como os médicos brasileiros se posicionaram no debate a respeito da natureza feminina, bem como das questões que os mobilizaram, como a defesa de um ensino que articulasse teoria e prática clínica, a criação de maternidades e uma ação mais efetiva do Estado na defesa da maternidade. Outro trabalho que versa sobre este tema é (MARTINS, Ana Paula Vosne. Memórias maternas: experiências da maternidade na transição do parto doméstico para o parto hospitalar. **Revista de História Oral**. n 8 vol 2. Rio de Janeiro: ABHO, 2005. p. 161-176) em que a autora trata da produção da memória materna para uma geração de mulheres que viveu a experiência da maternidade no período em que o Estado brasileiro deu início às políticas de saúde e assistência materno-infantil, entre as décadas de 1930 e 1940. São mulheres com mais de 75 anos que narram suas experiências da gravidez, do parto e da criação dos filhos, apresentando outra versão da história da maternidade, diferente daquela produzida pelos especialistas.

passaram a buscar sempre que possível o atendimento clínico especializado em detrimento das práticas médicas tradicionais. A constante proximidade entre médicos e mulheres foi modificando o comportamento das famílias que passaram a ver na figura do profissional da medicina um aliado na batalha contra as enfermidades. Este discurso normativo e pedagógico que criminalizava as práticas curativas tradicionais, bem como seus praticantes, resignificou “positivamente” o *status* dos médicos junto às camadas populares que por meio da repetição e sua constante presença classificando e diagnosticando patologias os aceitaram como um espécie de conselheiro particular, permitindo que estes adentrassem nos mais íntimos assuntos familiares. Nas palavras de Boa Nova Junior:

Após, entretanto, algum tempo, conseguimos grangear a confiança de todo o pessoal [...] mercê do êxito que íamos obtendo a completa recuperação dos enfermos por nós atendidos e, por meio de advertências sérias, conselhos úteis e ensinamentos práticos, bem observados por todo o pessoal, adquirimos a certeza que a mentalidade daquela gente simples se modificava. A sua pouca instrução era suprida pela bôa vontade e pela obediência aos conselhos e ensinamentos ministrados no sentido de se valerem sempre dos nossos serviços aos primeiros sintomas de quais quer doenças que os acometessem ou a seus familiares, e que não dessem ouvidos aos curandeiros e comadres que, antes, eram os primeiros a serem procurados e consultados. (sic). (Boa Nova Junior, 1953, p. 44).

Além do atendimento no consultório médico do DNPM, cerca de 1.247 registrados entre os anos de 1944 a 1952, eram também realizadas visitas domiciliares nas quais os pacientes mais enfermos não necessitavam se deslocar à sede do departamento para serem atendidos. No período acima mencionado foram realizados cerca de 418 atendimentos domésticos pelos serviços de saúde do DNPM, que atendiam famílias de operários bem como dos próprios trabalhadores do departamento. (Boa Nova Junior, 1953, p 45-46). Estes dados revelam a mudança de comportamento que foi se processando paulatinamente entre a população, especialmente entre as mulheres grávidas que passaram a procurar pelos serviços do médico no momento do parto. Ao que parece, tais procedimentos não ocorriam no consultório médico, pois o mesmo não estava autorizado a funcionar como sala de parto. No entanto, em seu relatório, Boa Nova Junior apresentava uma tabela com o número de

partos realizados por ele, sob a qual podemos inferir que o médico realizava tal procedimento no âmbito domiciliar de maneira emergencial, quando não era possível encaminhar a parturiente ao pequeno hospital da cidade. Na tabela abaixo apresentamos alguns dados relativos ao atendimento às parturientes, realizado pelo Serviço Médico do DNPM:

TABELA 4 – PARTOS REALIZADOS PELO SERVIÇO MÉDICO DO DEPARTAMENTO NACIONAL DE PRODUÇÃO MINERAL

Partos	1944	1945	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952	Total
Naturais	0	1	6	7	6	5	3	4	6	38
Anormais ¹⁷	0	0	1	0	0	1	0	0	0	2

FONTE – BOA NOVA JUNIOR. Francisco de Paula. **Problemas médico-sanitários da indústria carvoeira**. Ministério da Agricultura: DNPM, 1953

De acordo com os números houve uma média anual de quatro partos realizados pelo médico. Apesar de ser uma quantidade relativamente pequena em relação ao número total de nascimentos, para Boa Nova Junior ele representava uma mudança de comportamento das mães com relação à necessidade de optar por um parto assistido em detrimento das parteiras práticas ou curiosas. Estes números dizem respeito apenas aos partos atendidos e realizados por Boa Nova Junior, a eles é necessário somar os partos realizados na maternidade Hospital São José, no qual trataremos mais adiante.

Além dos serviços prestados à saúde da população como campanhas de vacinação, atendimento clínico, orientações de higiene e saúde, o Serviço Médico do DNPM também contemplava a fiscalização da vida laboral de crianças e mulheres que trabalhavam nas minas de carvão da cidade. Em consonância com as diretivas que proibiam e controlavam o trabalho feminino e infantil em lugares considerados perigosos e insalubres, reguladas por dispositivos legais como o Decreto nº 21.417, de 17 de maio de 1932 para as mulheres e a Conferência de Washington (1919) para as crianças, o DNPM passou a intervir na fiscalização dos trabalhadores mineiros.

¹⁷ No Relatório apresentado pelo médico não existe definição do que ele considera como parto anormal. No entanto entendemos que possa estar relacionado a procedimentos cirúrgicos ou ao uso de instrumentos específicos como o fórceps.

Por força de lei as mulheres estavam excluídas dos labores no interior da minas de carvão, pois este local era considerado extremamente insalubre e perigoso, colocando em risco a saúde e conseqüentemente sua capacidade reprodutiva. No entanto, além das restrições ligadas a aspectos físicos haviam também fortes restrições morais, pois o ambiente no interior das minas de carvão era considerado excessivamente masculino colocando em risco as virtudes e a reputação feminina.¹⁸

Com a proibição de exercerem trabalhos de lavra no interior das minas de carvão os trabalhos realizados pelas mulheres na indústria carbonífera restringiram-se à execução da função de “escolhedeiras”. Este trabalho consistia em separar manualmente o carvão de todo o seu rejeito, e prepará-lo para o embarque nos vagões do trem. A faixa estária das mulheres que trabalhavam na escolha do carvão estava entre 16 a 21 anos, geralmente no período em que se encontravam solteiras e não possuíam responsabilidades familiares, possuindo assim a disponibilidade de trabalhar oito horas diárias com descanso apenas aos domingos e feriados. No entanto, como alertava Boa Nova Junior ao DNPM as condições de trabalho nas áreas de exploração do carvão não estavam de acordo com a legislação vigente, haja vista que os equipamentos de segurança necessários não eram disponibilizados, ocasionando ferimentos frequentes entre as mulheres:

Tais riscos poderiam perfeitamente desaparecer e o trabalho talvez fôsse mesmo executado com maior rapidez desde que fôssem as escolhedeiras obrigadas a trabalhar com botinas, que lhes protegeriam os pés e o terço inferior das pernas, ou pela imediata retirada dos refugos do local de trabalho. (sic). (Boa Nova Junior, 1953, p. 55)

Com relação à maternidade não havia qualquer tipo de restrição, pois era muito comum entre as mulheres que trabalhavam na escolha deixarem o serviço após o casamento ou quando engravidavam. A única restrição aconselhada pelos técnicos do DNPM era o repouso de três dias durante o catamênio com a intencionalidade de diminuir a incidência de dismenorria entre as trabalhadoras.

¹⁸ Sobre o trabalho feminino nas minas de carvão conferir: CAROLA, Carlos Renato. **Dos subterrâneos da história**: as trabalhadoras das minas de carvão de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 2002.

Por outro lado, o trabalho infantil não era novidade, pois era comum entre os mineradores contratar menores de dezoito anos, burlando a legislação vigente, para trabalhos no subsolo. Esta prática era favorecida pela inexistência do registro civil na hora da contratação facilitando a adulteração de sua idade e conseqüentemente a utilização de sua mão de obra em trabalhos subterrâneos. No entanto, com a instalação do Departamento Nacional de Produção Mineral na cidade, as minas passaram a ser fiscalizadas com periodicidade obrigando os mineradores a “transferir os referidos menores para trabalhos de superfície ou dispensá-los do serviço, quando não fôsse possível aproveitá-los”. (sic). (Boa Nova Junior, 1953).

A preocupação com o trabalho infantil no subsolo estava atrelada ao enorme perigo de vida ao qual as crianças estavam expostas e ao desgaste físico promovido por este tipo de atividade “que rouba precocemente tôdas as energias, reduzindo de muito a duração de suas vidas”. (sic). (Boa Nova Junior, 1953, p. 59). Para Boa Nova Junior (1953) o Estado não deveria apenas proibir o emprego de menores na região das minas de Criciúma, mas também investir maciçamente na proteção social e em formação profissional das crianças que possibilitaria o seu integral desenvolvimento físico, moral e intelectual, capacitando-as a desempenharem durante a fase adulta os trabalhos industriais necessários para alavancar o potencial econômico da região e consecutivamente do país.

O auxílio social aos necessitados da Região Carbonífera Catarinense foi impulsionado entre 1947 e 1949 por uma série de conferências entre governo, estados mineradores, patrões e empregados, ocorridas no Rio de Janeiro e intituladas de *A Batalha do Carvão*. Como resultado desses encontros foi sancionado pelo presidente Getúlio Vargas o Decreto Nº 1.886 de 11 de junho de 1953 que instaurava o Plano do Carvão Nacional, com a finalidade de investir maciçamente no desenvolvimento do Complexo Carbonífero Nacional que compreendia os Estados de Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Paraná. Apesar de abarcar todo o sul do país foi o Estado de Santa Catarina, devido à qualidade de seu carvão, que recebeu maiores investimentos por meio das verbas definidas pelo Plano.

Para administrar as vultosas somas de dinheiro, orientar e fiscalizar sua aplicação entre os Estados mineradores o mesmo decreto ainda criava a Comissão Executiva do Plano do Carvão Nacional¹⁹ - CEPCAN – órgão diretamente subordinado à Presidência da República e que contemplava representantes de todos os setores envolvidos com a exploração do carvão nos Estados pertencentes ao Complexo Carbonífero Nacional. Com previsão inicial de funcionar por quatro anos, a CEPCAN não conseguiu alcançar seus objetivos no prazo regimentar sendo prorrogada pelo presidente Juscelino Kubitschek em 1957.

No que tange à assistência social os planos eram ambiciosos. Com a promulgação do Decreto Nº 36.745 de janeiro de 1955 que definia o seu regimento interno ficou estabelecido que no plano social as ações da CEPCAN se estenderiam por vários aspectos da vida do operariado contemplado as necessidades básicas de saúde, habitação e educação, além do financiamento e ação conjunta com instituições privadas e filantrópicas. Desta forma, definiu-se que as ações de promoção social desenvolvidas pela CEPCAN deveriam se concentrar nos seguintes pontos:

Art. 25. Ao Serviço de Assistência Social compete;

I - realizar os serviços de assistência social que forem estabelecidos pela CEPCAN;

¹⁹ A Comissão Executiva do Plano do Carvão Nacional (CEPCAN), criada pela Lei nº 1.886, de 11 de junho de 1953, órgão autônomo, diretamente subordinado ao Presidente da República, que tinha por finalidade executar o Plano do Carvão Nacional, visando à justa distribuição dos recursos entre os Estados mineradores. Entre suas atribuições a CEPCAN deveria determinar e supervisionar a elaboração e execução dos projetos específicos relativos aos vários setores de obras e serviços previstos no Plano, utilizando, tanto quanto possível, os órgãos próprios da União e dos Estados; determinar e supervisionar a preparação das especificações de equipamento, a servirem de base às encomendas diretas que fizer no exterior; decidir sobre os pedidos de financiamento, celebrando os contratos respectivos, de acordo com a Lei nº 1.886; promover, em colaboração com os órgãos competentes, a pronta execução das encomendas e da remessa de equipamentos do exterior; obter, pelo meios mais apropriados e através dos órgãos especializados, a cooperação da técnica nacional e estrangeira na realização de pesquisas geológicas e tecnológicas, visando ao aproveitamento do carvão nacional e de seus subprodutos e à localização e caracterização de novas jazidas; estudar planos de industrialização e eletrificação regionais, para incrementar o uso do carvão nas zonas produtoras utilizando para isso, tanto quanto possível, os serviços técnicos dos órgãos próprios da União e dos Estados; promover qualquer outra medida que julgue conveniente à execução do Plano do Carvão Nacional e zelar pelo cumprimento das determinações legais que impedem a importação de equipamento industrial que utilize combustível sólido e não seja apropriado ao caso do Carvão Nacional.

II - estudar a situação da assistência social dos trabalhadores da indústria carbonífera dos Estados de Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul;

III - propor medidas capazes de melhorar a assistência social, no que diz respeito aos problemas de moradia, abastecimento, instrução profissional, educação dos filhos, dos trabalhadores, curso de alfabetização para adultos, postos de puericultura, recreação, assistência médica, hospitalar, dentária e farmacêutica;

IV - estudar, nos pedidos de financiamento, os planos de assistência social aos trabalhadores da empresa [sic];

V - entrar em entendimento com as instituições de previdência social e órgãos de assistência social, no sentido de conseguir melhores condições de vida para os trabalhadores da indústria do carvão;

VI - opinar nos projetos de construção de obras destinadas à assistência social, realizadas pela CEPCAN, visando proporcionar condições de vida condignas ao trabalhador da indústria do carvão;

VII - fiscalizar os serviços assistência social realizados mediante financiamento concedido pela CEPCAN. (Brasil, 1955)

Tanto na área assistencial, assim como na de infra-estrutura a CEPCAN destinou o volume maior de suas verbas à Região Carbonífera Catarinense, pois era neste local do país onde se concentrava a grande parte da produção do carvão e por isso a verba deveria “em sua maior parte, ou mesmo na sua totalidade ser empregada em obras sociais no Estado de Santa Catarina.” (CEPCAN, 1956, p. 137). Assim como ocorreu com os serviços assistenciais do Departamento Nacional de Produção Mineral, a cidade mais beneficiada foi Criciúma, pois de acordo com os membros da CEPCAN “o centro de gravidade da indústria carbonífera de Santa Catarina é a cidade de Criciúma” (CEPCAN, 1956, p. 138), e por isso a Comissão deveria concentrar seus esforços em torno desta cidade.

Abarcando diversos aspectos da vida do trabalhador mineiro e de suas famílias as ações desenvolvidas pela CEPCAN na área social tinham por finalidade complementar os trabalhos já existentes tanto pelos poderes públicos locais quanto pela iniciativa privada. Este tipo de interação foi característico dos sistemas de ajuda federal do país desenvolvidos até meados do século passado, pois sem condições de se fazer presente em todo o território nacional em inúmeros casos a União financiou obras filantrópicas particulares, assim como os deficitários programas políticos locais.

De acordo com o Relatório confeccionado pela CEPCAN em 1956, a prioridade era “verificar quais os projetos já em andamento, quer com auxílio do Governo Federal, Estadual ou mesmo a iniciativa particular, que pudessem ser

aproveitados em benefício” das metas propostas. (p. 136). Ainda conforme aponta o relatório, após prefeitos, sindicatos, mineradores e autoridades religiosas serem consultadas chegaram-se as seguintes prioridades do plano de assistência social: o fomento às instituições de amparo à criança, a construção e ajuda financeira às escolas profissionais, ampliação dos leitos para o atendimento dos mineiros e seus familiares e, por último a construção de um abrigo de amparo à velhice. (CEPCAN, 1956). Os recursos da CEPCAN destinados à assistência ficaram assim distribuídos no ano de 1956 conforme relata o Jornal Tribuna Criciumense:

TABELA 5 – DISTRIBUIÇÃO DAS VERBAS DO PLANO DO CARVÃO NACIONAL

INSTITUIÇÕES	Cr\$
Ampliação do serviço de águas da cidade	3.000.000,00
Instalação do Posto Agropecuário S. Bento Baixo	1.140.000,00
Instalação de um Centro de Tratoristas	200.000,00
Associação Rural de Criciúma	80.000,00
Casa da Criança	50.000,00
Casa da Criança a cargo da Soc. Criciumense de Assistência aos Necessitados (SCAN)	50.000,00
Casa da Criança	50.000,00
Casa da Criança (em obras)	60.000,00
Conferência Vicentina	20.000,00
Conferência Vicentina São José	25.000,00
Conferência Vicentina São José	50.000,00
Liga Operária Jesus Maria José	25.000,00
Sociedade Baú do Pobre	25.000,00
Sociedade Baú do Menino Pobre	50.000,00
Sociedade Criciumense de Assistência aos Necessitados – SCAN	35.000,00
Sociedade Criciumense de Assistência aos Necessitados – SCAN	100.000,00
Soc. Cric. Assistência aos Necessitados – SCAN (obras)	340.000,00
Hospital de Caridade São José	65.000,00
Hospital de Caridade São José	20.000,00
Ambulatório a cargo da Loja Maçônica Pres. Roosevelt	15.000,00

FONTE – Subvenções e dotações do governo federal para o exercício de 1956, às instituições filantrópicas e educacionais do sul catarinense. **Tribuna Criciumense**, Criciúma 06 de Fevereiro de 1956. p. 03

Com uma tendência fortemente paternalista as ações assistenciais propostas pela Comissão Executiva do Plano do Carvão Nacional tinham como prioridade criar um sistema de ajudas que assegurassem melhores condições de vida para o homem operário e sua família. Tanto as mulheres como as crianças recebiam benefícios de maneira indireta, quando estavam atrelados a um homem formalmente empregado nos trabalhos da mineração. Desta forma,

podemos afirmar que os benefícios e os planos de assistência delineados pela CEPCAN entendiam as mulheres como dependentes dos homens, concedendo-lhes benefícios indiretos, ou seja, para obter acesso às políticas de bem-estar proporcionadas por esta Comissão, as mulheres deveriam estar preferencialmente inseridas em um contexto familiar estável.

Apesar do cunho humanitário, é inegável afirmar que tais políticas possuíam clara orientação paternalista, pois definiam as mulheres a partir de um *status* subalterno que as classificava como mães e esposas. Essa orientação paternalista é exemplificada em um discurso de um jornal local que afirmava:

À medida, porém, que cresce a produção de hulha negra, mister se faz o aumento de braços, pois que, apesar do progresso da mecanização da extração do carvão, o homem será sempre fator decisivo dela.

Daí a preocupação de uma equipe de homens devotados à solução do angustioso problema de uma verdadeira assistência social, que abranja desde a gestante, a criança, ao operário enfermo, e aos que alquebrados e sem quaisquer recursos, depois de uma existência nas entranhas da terra à cata do carvão, se vêm a braços dados com a miséria, resolveram organizar um plano de efetiva assistência, capaz de abranger toda a região carbonífera. (sic). (Tribuna Criciúmensis, 1955, p. 01).

O excerto destacado demonstra a clara preferência das políticas assistenciais pelo homem trabalhador, pois os problemas relativos à maternidade e à infância aparecem quando atrelados à problemática do declínio ou falta de mão de obra. Assim como as políticas desenvolvidas pelo DNPM, a Comissão Executiva do Plano do Carvão Nacional com relação às mães e às crianças seguia as diretrizes nacionais de combate à mortalidade infantil e o aumento do atendimento hospitalar.

Em Criciúma a CEPCAN priorizou o aumento dos leitos hospitalares insuficientes para atender as demandas dos trabalhadores e suas famílias. Em 1950 o único hospital da cidade, o Hospital São José contava com apenas 30 leitos. Administrado pelas Irmãs Escolares de Nossa Senhora, esta instituição de saúde atendia preferencialmente pacientes particulares, pois sem a disponibilidade de subvenções públicas era impossível mantê-lo com uma instituição filantrópica e gratuita. Com os investimentos disponibilizados pelo Plano do Carvão Nacional foi remodelada uma ala anexa denominada de *A/a*

dos Mineiros, que com as devidas alterações passou a receber a população operária. A remodelação do Hospital São José era uma antiga reivindicação da classe médica local, pois tanto o atendimento aos operários quanto às gestantes estava condicionado a existência de leitos vacantes e a inexistência de internações particulares.

Com instalações modestíssimas, aparelhado pobre e deficientemente, quase nenhum conforto oferecia aos enfermos, e os principais recursos para sua manutenção provinham da renda da internação de doentes particulares abastados, quase todos pequenos agricultores residentes nos arredores da cidade.

Os mais prejudicados pelas deficiências do hospital de Criciúma eram os trabalhadores das minas e suas famílias. Quando necessitavam de internação, e às vezes esta se fazia urgente, ficava ela condicionada à existência de vaga no hospital. Via de regra, êste estava sempre com sua lotação normal completa. [...] E os indigentes, que se contam em tão elevado número em Criciúma? Ora, destinando-se o Hospital S. José a atender principalmente os doentes particulares, pagantes, os pobres indigentes morriam à míngua de recursos em seus domicílios, pois raros eram os que conseguiam uma guia da Prefeitura local para, por conta desta, se internarem no hospital. (sic). (Boa Nova Junior, 1953, p. 32-33).

Conforme o relato duas categorias de indivíduos eram prejudicadas pela inexistência de leitos gratuitos no hospital, os trabalhadores e os considerados indigentes, que não possuíam qualquer tipo de vínculo empregatício formal. Com a ampliação das instalações hospitalares a classe trabalhadora viu sua situação ser atenuada, no entanto, aqueles que não possuíam um emprego formal e nem condições de pagar por sua internação continuaram sem atendimento ou eram atendidos pela caridade. Esta situação desvela a especificidade da assistência social brasileira do período, reforçando o caráter paternalista do sistema de proteção social que concebia como beneficiário apenas os indivíduos com vínculos no mercado de trabalho.

Com uma série de investimentos ao longo da década de 1950 a capacidade do hospital chegou a 90 leitos, que, no entanto ainda eram incompatíveis com as necessidades da cidade que nesta época contava com trinta mil pessoas. De acordo com Boa Nova Junior (1953), o mínimo aceitável para o bom atendimento da população, de acordo com as normas brasileiras, era de dez leitos para cada mil habitantes, o que no caso de Criciúma ocasionava um déficit de duzentos e dez leitos. Esse problema foi sanado, em

parte, com a construção da *Ala dos Mineiros*, anexada ao Hospital São José. Ao todo o pavilhão disponibilizaria mais cinquenta e quatro vagas, sendo elas divididas em quinze leitos para uma enfermaria masculina, dezoito leitos para uma ala feminina e 21 leitos de maternidade. (CEPCAN, 1956).

A construção de uma seção maternal no Hospital São José atrelada da Ala dos Mineiros desvela aspectos importantes da política assistencial local e nacional, reforçando a situação de dependência das mulheres aos maridos trabalhadores. Ao disponibilizar um tipo de assistência condicionada, as políticas públicas nacionais reforçavam relações de gênero desproporcionais entre homens e mulheres, pois ao conceder direitos derivados às mulheres o Estado colocava o homem trabalhador numa posição de superioridade, impondo compulsoriamente às mulheres relações conjugais estáveis como requisito básico para concessão da assistência. Além disso, este tipo de política reforçou a ideia de que a assistência estatal às mulheres não fazia parte do quadro de investimento da nação, como a assistência destinada aos trabalhadores, mas sim como parte dos gastos públicos, pois o trabalho das mulheres na esfera reprodutiva não era considerado como uma fonte geradora de dividendos.

Outro elemento importante que deve ser levado em consideração com a abertura da ala maternal em Criciúma, foi o maior controle da corporação médica sobre a reprodução biológica e o corpo da mulher. Conforme já defendia o sanitarista Francisco de Paula Boa Nova Junior, era impreterível que as mulheres passassem por um processo de reeducação que reafirmasse a necessidade do parto no ambiente hospitalar, além do que, esta mudança de comportamento se refletiria na diminuição da importância das parteiras no atendimento às parturientes. De acordo com Livro de Crônicas do Hospital São José, desde a construção de uma ala maternal o número de partos realizados nas suas dependências aumentou substancialmente entre os anos de 1953 a 1960, como se pode perceber na tabela abaixo:

TABELA 6 – NÚMERO DE PARTOS REALIZADOS DO HOSPITAL SÃO JOSÉ (1953-1960)

Anos	Número de Partos
1953	220
1954	317
1955	399
1956	431
1957	797
1958	1.031
1959	1.529
1960	1.636

FONTE – Livro de Crônicas do Hospital São José. nº 01 e 02

Apesar de a ala materno-infantil financiada com os recursos da CEPKAN ser inaugurada oficialmente apenas em 1959, o atendimento às mães e às crianças recém-nascidas foi realizado em outras dependências do hospital que recebia recursos anuais para oferecer estes tipos de serviços. Além disso, o aumento concomitante do parto hospitalar registrado pelas freiras no Livro de Crônicas revela o impacto da disponibilização de tais financiamentos pela Comissão, que junto com outros recursos angariados em diferentes esferas de poder, paulatinamente possibilitou a ampliação do atendimento ao parto nas dependências do hospital.

Por fim, destacamos que este processo de institucionalização do parto teve um duplo efeito sobre o processo reprodutivo das mulheres. Por um lado, ao fomentarem a necessidade de internação e supervisão de um profissional da saúde no momento do nascimento, os médicos retiravam o controle que as mulheres possuíam sobre os seus próprios corpos, sobre as técnicas de nascimento e a não invasão masculina nessas práticas relacionadas à gravidez e ao parto. Este processo de dominação e normatização do corpo grávido se deu por meio de um paulatino processo de patologização da mulher e do feto, que ia desde a concepção até o nascimento, e que impunha técnicas e procedimentos institucionalizados que poucas mulheres estavam autorizadas a dominar. Por outro lado, para o Estado, a institucionalização do parto era a garantia de controle sobre a população, pois ao obter o controle dos números de nascimentos, das condições sanitárias, entre outros, era possível prever uma expectativa de futuro e formular políticas de Estado, econômicas e sociais, que garantissem sua própria manutenção e sobrevivência.

Nesse sentido, concluímos que as políticas públicas analisadas nesse capítulo são reveladoras das diferentes maneiras como a maternidade e a infância se tornaram alvos de ações públicas no âmbito federal e como foram implementadas e readaptadas ao contexto local. De maneira geral, devido à extensão do país e a complexidade de sua máquina pública, os sistemas de assistência não foram estruturados de maneira homogênea em todos os lugares, o que proporcionou uma margem de manobra para a sua adequação às necessidades locais. No entanto, esta flexibilidade não significou autonomia política, pois as linhas mestras que delinearam tais programas federais, marcadamente paternalistas, favoreciam o homem provedor em relação mulher e a família conjugal em detrimento da maternidade e da infância. O que se projetava não era a autonomia econômica e política das mulheres mães por meio dos serviços de assistência social, mas sim reforçar sua dependência do marido no interior do casamento e da família.

No próximo capítulo essas relações aparecerão em outra instância, pois buscaremos centrar nossa análise em instituições filantrópicas e organizações de mulheres, que agindo na cidade, disponibilizaram serviços assistenciais para a maternidade e a infância pobre como uma forma de complementar as ações estatais ou de possibilitar uma nova sistemática assistencial para as famílias pobres urbanas.

5. FILANTROPIA E ASSISTÊNCIA: ORGANIZAÇÕES DE MULHERES E ASSISTÊNCIA PRIVADA NAS TERRAS DO CARVÃO

Após termos tratado das principais iniciativas governamentais pertinentes à assistência materno-infantil no contexto do Complexo Carbonífero Catarinense, tratamos neste capítulo das formas pelas quais a iniciativa privada e as associações de mulheres se destacaram no contexto local, prestando serviços de assistência às mães e às crianças. Interagindo e complementando a assistência prestada pelo Estado, as fundações filantrópicas e as associações femininas foram importantes instrumentos na construção de uma rede assistencial que visava fornecer atendimento especializado para a população mineira.

Esta aproximação entre as iniciativas do governo federal, do governo municipal e das associações de mulheres complementa o circuito do Triângulo do *Welfare*, ou seja, boa parte dos sistemas de assistência social, principalmente aqueles dirigidos à maternidade e à infância pobre, foi complementada por iniciativas particulares e associações femininas que se dedicaram a dirimir os impactos negativos da economia local e regional sobre a vida das mulheres e das crianças. Como já discutido nesta tese, a relação de complementaridade com a esfera do governo federal foi característica do sistema assistencial brasileiro, que embora tivesse formulado um projeto centralizador, não foi capaz de estender os benefícios a todas as camadas da população, cabendo à filantropia, às instituições de caridade e à benemerência ocuparem os espaços deixados pelo governo central.

A fim de analisarmos algumas das principais iniciativas assistenciais relacionadas às associações femininas e entidades filantrópicas ao longo da década de 1960 na Região Carbonífera Catarinense, dividimos os debates deste capítulo em três partes. Na primeira, mostraremos como a Sociedade de Assistência aos Trabalhadores do Carvão (SATC) se destacou no contexto regional, prestando serviços de assistência às crianças e às mães pobres por meio de um processo interventor que atribuía às mulheres a responsabilidade exclusiva pelo Bem-Estar de sua prole. Na segunda parte, analisamos como as ordens religiosas femininas participaram da assistência local, auxiliando nos

cuidados aos necessitados, buscando aliar princípios católicos com os interesses da classe empresarial e as necessidades dos trabalhadores. Por último, discutiremos como algumas associações femininas integradas por mulheres das camadas médias da região prestaram assistência à maternidade e à infância, complementando as iniciativas estatais e particulares por meio de um modelo assistencial que sustentava valores tradicionais de gênero e respeito das relações entre homens e mulheres e sobre a família e a infância.

5.1. Sociedade de Assistência aos Trabalhadores do Carvão: a tutela médico-sanitária das relações materno-infantis

Assim como em outras regiões industrializadas do Brasil, nas quais havia uma grande concentração de trabalhadores urbanos, a Região Carbonífera Catarinense também sofria com a carência de uma infra-estrutura capaz de suprir eficazmente as necessidades de sua população relacionadas ao conceito de Bem-Estar Social. Como debatido anteriormente, grande parte dos empreendimentos assistenciais desenvolvidos na região dependiam da ação conjunta de instituições privadas e do Governo Federal que, de forma mista, prestavam auxílio aos trabalhadores mineiros e às suas famílias, principalmente, aqueles serviços que de alguma forma estavam relacionados à maternidade e à infância.

Mesmo havendo o entendimento de que o Estado brasileiro deveria garantir, de forma prioritária, a proteção aos trabalhadores e às suas famílias por meio de políticas sociais como aquelas relativas à previdência, o abono familiar, a saúde, educação, entre outros, tais políticas não geravam efeitos no cotidiano dos trabalhadores, vivessem eles nas grandes cidades ou nos longínquos e esquecidos rincões do país. Essa ausência do Estado brasileiro na efetividade das políticas sociais abriu caminho para a participação de diversos segmentos da sociedade na organização e implementação de instituições que visavam atender a população mais pobre, reavivando a antiga fórmula pela qual aqueles que não tinham condições de garantir sozinhos sua subsistência dependiam da caridade e da ajuda dos mais afortunados.

Diferentemente da filantropia, que pregava auxílio ao próximo balizada em vínculos fraternais entre os indivíduos, podendo ou não estar atrelada a preceitos religiosos, a caridade faz parte das três virtudes teológicas e está intimamente relacionada à moral cristã. Praticada por pessoas ou grupos de voluntários, a caridade se fundamenta em um tipo de assistência baseada na piedade às famílias pobres, aos doentes, às crianças abandonadas, aos deficientes e mendigos. Para exercê-la de acordo com a religião, o voluntário caridoso deve ter disposição para assistir ao próximo seguindo o dever cristão e não por interesses pessoais e de autopromoção.

Desta forma, tanto a filantropia quanto a caridade foram importantes elementos no contexto assistencial da Região Carvoeira de Santa Catarina, pois a falta de um sistema assistencial realmente articulado, que unificasse as diversas esferas do poder em favor das famílias dos mineiros, impulsionou a elite industrial local a intervir e a complementar as ações governamentais destinadas ao auxílio aos trabalhadores, executadas pelo Plano do Carvão Nacional e pelo Departamento Nacional de Produção Mineral. Como já destacava o médico sanitarista Francisco de Paula Boa Nova Junior, na introdução de seu relatório sobre a situação da classe trabalhadora da região,²⁰ era necessário criar um serviço assistencial que contemplasse as diversas fases da vida, destinando especial atenção para os problemas relacionados à maternidade e à infância. De acordo com o médico, para o melhor desenvolvimento da região as autoridades governamentais juntamente com as instituições privadas deveriam ser capazes de coordenadamente instituir uma proteção integral a todos os habitantes da bacia carbonífera:

Deveremos, como é obvio, realizar neste sentido obra completa e duradoura, tanto quanto os recursos de que se dispuser o permitirem. Para tanto, deveremos procurar atender, inicialmente às necessidades mais pertinentes e imperiosas do operariado e de sua família, entre as quais nos permitiremos mencionar as seguintes: 1) reajuste dos salários; 2) alimentação do operário e sua família; 3) assistência médico-hospitalar; 4) Habitações higiênicas; 5) escolas para os filhos dos operários e cursos de alfabetização para os adultos; 6) ampliação dos Postos de Abastecimento do (SESI) ou criação de cooperativas de consumo; 7) instalação de novos Postos de Puericultura, incluindo-se no quadro de seus funcionários

²⁰ BOA NOVA JUNIOR. Francisco de Paula. **Problemas médico-sanitários da indústria carvoeira**. Ministério da Agricultura: DNPM, 1953.

assistentes sociais; 8) instalação de postos agro-pecuários onde maiores concentrações de operários houver; 9) incorporação da antiga Caixa dos Empregados da Estrada de Ferro Da. Tereza Cristina ao IAPTEC; 10) inspeção médica rigorosa dos novos candidatos aos trabalhos no sub-solo e exames médicos periódicos completos dos operários, pelo menos de 6 em 6 meses; 11) contrôles rigorosos dos preços dos gêneros alimentícios e farmacêuticos e das utilidades em geral. Desde que bem planejado, e isto o será certamente, não nos parece difícil a execução perfeita e integral do programa assistencial, e assim o fazendo, estaremos contribuindo decididamente para a realização de uma obra meritória, humana e patriótica, que culminará com a desejada formação de uma verdadeira elite operária, sem problemas e sem reivindicações, bem educada, bem evoluída, bem formada e perfeitamente sadia de corpo e espírito. (sic). (Boa Nova Junior, 1953, p. 04).

Algumas das principais reivindicações de Boa Nova Junior relativas à assistência social aos trabalhadores carvoeiros e às suas famílias foram contempladas e sistematizadas por meio da Sociedade de Assistência aos Trabalhadores do Carvão (SATC), principalmente, aquelas relacionadas aos cuidados com a infância e a maternidade. Financiada com as contribuições das grandes empresas carboníferas da região juntamente com os recursos do Plano Nacional do Carvão, esta instituição assistencial iniciou seus trabalhos em 02 de maio de 1959 tendo sua sede na cidade de Criciúma. A escolha desta cidade, assim como ocorreu com o DNPM, deu-se por sua posição estratégica como centro financeiro e produtor da Região Carbonífera Catarinense.

De acordo com estatutos que regulavam a Sociedade de Assistência aos Trabalhadores do Carvão, as carboníferas estavam obrigadas a repassar à instituição os valores arrecadados por meio da taxa de 1% que incidiria sobre o preço da tonelada do carvão vendido, recursos estes que deveriam ser utilizados para a manutenção e custeio de suas operações. (Correio da Manhã, 1966, p. 11). Ainda de acordo com seu estatuto os componentes do conselho administrativo eram divididos em três grupos distintos, diretamente ligados às atividades exploratórias e regulatórias do carvão. O primeiro grupo era formado por representantes das empresas mineradoras, personificando a iniciativa privada; o segundo por membros do Plano do Carvão Nacional, representando o poder público; e o terceiro formado pelos representantes do Sindicato dos Trabalhadores da Indústria da Extração do Carvão em Santa Catarina, que por

sua vez representava os interesses da sociedade civil e dos próprios beneficiários.

A presença destes três componentes no financiamento e gestão da SATC permite articular analiticamente a esta pesquisa o modelo proposto por Anne-Lise Seip (1996) sobre a triangulação do *Welfare State* na assistência social em diversos Estados de Bem-Estar ocidentais. No entanto, no caso específico da SATC esta confluência se deu na sua gestão. Conformada por uma aliança entre público e privado, a Sociedade de Assistência aos Trabalhadores do Carvão era dirigida e financiada por meio de contribuições estatais e privadas, que em comum acordo estabeleciam metas que deveriam ser cumpridas com o objetivo único de prestar assistência social aos trabalhadores das minas e às suas famílias.

Verificamos que o modelo da triangulação proposto por Anne-Lise Seip para analisar as estruturas de Bem-Estar também é encontrado na gestão de instituições assistenciais locais. Cabe ressaltar que no caso específico da SATC esta interação não revelava apenas a boa vontade de uns para com os outros, mas fazia parte de um plano mais abrangente de adequação dos trabalhadores urbanos à eficiência do mundo industrial, amortizando os impactos negativos do modo de produção.

Ao edificarem um aparato assistencial que não dependia exclusivamente de financiamento estatal, empresários e filantropos do carvão se destacaram em âmbito local, ajudando a forjar a imagem do empresário bem-feitor e ilustrado. O ideário muito difundido no país, de que o empresariado estava motivado a assistir a classe trabalhadora devido ao seu espírito de solidariedade e não por interesses econômicos, também é encontrado na fala do médico puericultor da SATC, David Boianovsky, que exaltava a capacidade dos empresários em se dedicar ao próximo numa atitude que mesclava benevolência e altruísmo:

No mundo, de forma generalizada, [...] solidificou-se o espírito de aperfeiçoamento das legislações trabalhistas e previdenciária e os homens de empresa verificando, inclusive no Brasil, o vácuo deixado pelos órgãos públicos, principalmente no campo previdenciário entenderam, numa demonstração de elevado sentido cívico, em organizar algo que viesse a preencher a lacuna de despertar, cada vez mais, a valorização do elemento humano. [...] Daí terem os mineradores de carvão mineral de Santa Catarina, através das

empresas que dirigem, pensado em organizar uma entidade assistencial [...]. (Boianovsky, 1965, p. 01).

Imbuídos do sentimento de responsabilidade sobre os demais e do paternalismo político que os colocava como os únicos capazes de zelar pelo Bem-Estar dos trabalhadores, os empresários buscavam por meio da Sociedade de Assistência aos Trabalhadores do Carvão prover diversos serviços como assistência médica e hospitalar, farmácias, práticas de recreação, entre outros, que abarcassem cuidados com a saúde e as atividades culturais e sociais dos trabalhadores e seus familiares. De acordo com Margareth Rago (1997), desde o século XIX o empresariado brasileiro desenvolveu medidas protetoras paternalistas que visavam ao mesmo tempo prestar serviços de assistência e adequar seus trabalhadores às normas do mundo industrial, forjando assim uma imagem de benfeitores que os colocavam numa posição privilegiada perante seus empregados. A SATC desempenhou papel fundamental na construção da auto-imagem dos empresários do carvão, pois através da assistência eles reforçavam sua autoridade patronal e criavam uma imagem paternalista comprometida com o Bem-Estar, dando a impressão de que patrões e empregados pertenciam à mesma comunidade o que assegurava, sobretudo, a integração do trabalhador ao aparato industrial.

As medidas de proteção social postas em prática pela SATC inauguravam um novo modelo assistencial na Região Carbonífera de Santa Catarina. Se anteriormente os trabalhadores das minas de carvão dependiam exclusivamente dos serviços de saúde, educacionais e assistenciais prestados por particulares ou de esparsas iniciativas públicas, com a implantação da SATC um considerável número de necessidades foi suprida por meio do atendimento dispensado por um organismo especialmente constituído para eles e seus familiares.

De acordo com seus estatutos, a Sociedade de Assistência aos Trabalhadores do Carvão tinha por finalidade básica oferecer auxílio hospitalar, farmacêutico, dentário, educacional-técnico, habitacional, alimentar, recreativo, entre outros, aos empregados da indústria extrativa do carvão em Santa Catarina, sempre priorizando o atendimento à infância e à gestante. (SATC, 1959). Prestando serviços de assistência de amplo espectro a SATC se tornou

um centro de referência no atendimento às famílias mineiras da região carbonífera, procurada principalmente por mulheres mães que viam nela a possibilidade de ajuda para suas dificuldades cotidianas. Além dos empreendimentos mencionados, a SATC, de acordo com seu regimento estatutário, podia prestar auxílio técnico e financeiro às sociedades e instituições que realizassem direta ou indiretamente outras formas de ajuda aos trabalhadores da indústria carbonífera catarinense e suas famílias.

Contudo, mesmo comportando uma extensa gama de serviços, a Sociedade de Assistência aos Trabalhadores do Carvão se destacou, principalmente, por seu serviço na área educacional e social. Em consonância com a ideologia nacional-desenvolvimentista predominante no período analisado, a SATC manteve desde 1963 projetos para a construção de uma escola de Educação Profissional Masculina e outra Feminina, tendo em vista a profissionalização e a formação de mão de obra adequada à indústria local.

No que tange à Escola Profissional Masculina, destinada principalmente, aos filhos de mineiros, os cursos oferecidos se concentraram nas áreas industriais, contemplando a formação em mecânica geral, fundição, eletricidade, mecânica de automóveis e marcenaria. (SATC [b], 1962, p. 01). Para poder atender à grande demanda gerada por municípios vizinhos que compunham a Região Carbonífera, a escola para meninos funcionava no sistema de semi-internato, podendo aqueles alunos que moravam em cidades mais distantes residir na escola enquanto estivessem participando dos cursos de formação.

Dirigida exclusivamente à preparação para o mundo do trabalho e à formação técnica específica para suprir as demandas laborais locais – já que a formação mais humanística e propedêutica era quase que unicamente dirigida para as classes médias nas escolas privadas – os cursos oferecidos para os rapazes reforçavam certas identidades de gênero, pois o trabalho industrial com maquinário pesado era entendido como de realização exclusiva dos homens, cabendo a eles o trabalho produtivo e assalariado. Esta preparação da população masculina para a atuação no mundo do trabalho remunerado, de acordo com Seth Koven e Sonia Michel (1993), contribuiu eficazmente para a desvalorização do trabalho das mulheres realizado no âmbito privado,

concedendo-lhe status de inferioridade, não sendo contabilizado como um trabalho que deveria ser remunerado por sua importância para a ordem econômica e social.

A partir do convênio firmado com o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI/SC) e com os Irmãos Maristas, que passaram a administrar o sistema de internato para meninos a partir de 1964, o número de cursos foi expandido para contemplar outras necessidades além das específicas da indústria carvoeira, tais como os cursos de torneiro mecânico, voltado para usinagem e modelagem de peças industriais; ajustador de máquinas, responsável pela montagem e operação de máquinas de precisão; soldador elétrico e soldador oxiacetilênico, ambos voltados para o trabalho de soldagem com materiais resistentes; caldeireiro e serralheiro, direcionado para os trabalhos especializados com ferro e aço; e ferreiro e carpinteiro, indicados para formação de pessoal em pequenos trabalhos com ferro e madeira. (Relatório à Diretoria, 1964). Conforme o comunicado enviado aos representantes do Sindicato Nacional da Indústria da Extração do Carvão datado de 18 de maio de 1962, a escola masculina estava assim dividida:

São sete (7) unidades que formam o conjunto da escola profissional, compreendendo os pavilhões das oficinas, salas de aula, auditorium e administração, não considerados os pátios cobertos e corredores que interligam os diversos prédios. Em segundo plano a uns 300 metros se ergue o prédio do internato, em dois pavimentos, dotados os meios, instalações e recursos necessários para abrigar 150 alunos. (sic). (SATC, 1962[a], p. 01).

Com um número total de 300 vagas, que foram expandidas paulatinamente ao longo do tempo, 150 delas passaram a ser ofertadas pelo SENAI aos filhos de outros trabalhadores industriais da região, devido à necessidade de formação de mão de obra especializada para as outras indústrias locais, as quais viviam indiretamente das atividades carvoeiras. Este investimento contínuo na educação para o trabalho, principalmente, aquela voltada para os filhos de mineiros, transformou a SATC em uma referência no ramo da assistência educacional para a população mais pobre da região. Além disso, o ensino voltado para os homens ia ao encontro das aspirações governamentais e patronais de desenvolver uma elite operária instruída bem

educada de acordo com os ditames do mundo laboral tais como pontualidade, obediência, dedicação e esforço pessoal, que deveriam alavancar a indústria brasileira a patamares internacionais. De acordo com a historiadora Roseli Terezinha Boschilia (2012), a ótica educacional desenvolvida pelas escolas administradas pelos Irmãos Maristas em todo território brasileiro visava forjar uma identidade masculina específica que distinguisse seus alunos – como bons cristãos e cidadãos virtuosos – dos demais jovens. Calcada na figura do homem viril, honrado, produtivo e saudável, expectativa da Igreja tanto quanto do próprio Estado, estas escolas se empenharam em construir um sistema educativo que visasse forjar cidadãos aptos a exercerem uma importante função na sociedade: o trabalho com vistas para a produção de riquezas. No entanto, para alcançar a eficácia necessária para a manutenção do processo produtivo capitalista se fazia necessário também introjetar entre seus educandos regras e normas de comportamento e de gênero que reafirmassem sua posição dominante dentro do contexto social como provedor e pai de família.

Além da Escola Masculina direcionada claramente para a formação do homem trabalhador, principalmente na Era Vargas, havia também a intenção de criar uma escola para meninas. A ideia de uma Escola Feminina para Educação Profissional e Doméstica surgiu a partir de um acordo firmado entre a Sociedade de Assistência aos Trabalhadores do Carvão e a Mineração Geral do Brasil Ltda., com sede na cidade de Urussanga, localizada a 20 km de Criciúma. Conforme o contrato firmado, a referida mineradora doaria uma área de 239.947 m² na cidade de Urussanga, em uma localidade denominada Retiro Palmir, para que fosse construído o Centro Feminino de Preparo Profissional e Doméstico, aproveitando-se das bem-feitorias já existentes no local. Além disso, a Carbonífera se comprometia a doar a importância de cinco milhões de cruzeiros, que seriam parcelados ao longo de cinco anos. Denominado de “Afifi Jafet”, em homenagem à mãe dos doadores, este centro de ensino deveria receber cerca de 200 alunas, das quais 120 seriam internas e 80 externas que cursariam a escola em duas fases, uma profissional e outra doméstica. (SATC, 1963).

No entanto, ao contrário da Escola Profissional Masculina, o projeto da Escola Feminina não previa a preparação das mulheres para o mercado de trabalho formal e assalariado, ainda mais numa região em que a principal atividade industrial era relacionada aos trabalhos desenvolvidos no interior das minas de carvão. Coerente com as identidades de gênero vigentes no período, os financiadores da SATC propuseram a criação de cursos apropriados para futuras donas de casa e mães, ou seja, a preparação complementar para o matrimônio. De acordo com a historiadora Silvia Maria de Fávero Arend (2012), o ideário de infância feminina predominante em meados do século passado estava ligado, preponderantemente, ao espaço privado e à aprendizagem das lides domésticas, entendidas como de competência exclusiva das mulheres, tais como secar a louça, tirar o pó dos móveis, passar roupas e cuidar das irmãs e dos irmãos menores, entre outras atividades domésticas.

Conforme o ideário de feminilidade desenvolvido ao longo do século XIX e XX, as mulheres estavam intimamente ligadas ao casamento e à maternidade e necessitavam apenas que algumas habilidades consideradas naturais – atreladas ao trabalho reprodutivo – fossem desenvolvidas e aperfeiçoadas ao longo da vida, com a finalidade de potencializar seu papel como mãe. (Alves; Sanfelice, 2011). Desta forma, o currículo apresentado em 1963 pelos idealizadores da escola feminina da SATC se aproximava muito das diretrizes tradicionais de gênero que confinavam as mulheres ao espaço doméstico e familiar, delegando a elas apenas responsabilidades do trabalho reprodutivo, pouco valorizado e considerado uma obrigação de todas para a nação. As atividades que deveriam ser desenvolvidas para a formação das meninas compreenderiam principalmente aquelas que as preparassem para administrar adequadamente o espaço doméstico e atendessem as necessidades básicas de seus familiares com higiene, alimentação e outros cuidados diários. Não destoando muito dos currículos existentes em outras Escolas Profissionais Femininas, a SATC de Urussanga se comprometeu em oferecer os seguintes cursos quando fosse inaugurada:

Os cursos deverão compreender duas fases: uma de formação profissional, com o ensino de corte e costura, bordado e confecção de chapéus, artes gráficas e tecelagem e, outra, doméstica, compreendendo cursos de arte culinária, higiene do lar, valor nutritivo

dos alimentos, noções de endemia, epidemias, e conhecimentos de enfermagem. (Relatório a Diretoria, 1963, p. 02).

Este projeto de formação estava afinado com as reivindicações de médicos e puericultores que há muito tempo apregoavam a necessidade de capacitar as mulheres nas tarefas de cuidado com o lar e a família, pois esposas e mães bem instruídas seriam auxiliares diretas no combate e na queda da mortalidade infantil, como já alertava Raymundo Martagão Gesteira (1957, p. 401) em seu manual de puericultura: “a difusão larga das noções de puericultura, na educação das mães e das futuras mães [...] podem [...] ajudá-las a criar bem os filhos [...].”

Ao transferir diretamente para as mulheres a responsabilidade sobre o Bem-Estar de sua prole, conforme salienta Orloff (1996, [b]), tanto o Estado quanto a sociedade esperavam que as mesmas prestassem serviços de cuidados para as crianças, os idosos e os doentes de forma gratuita e sem ônus para os cofres públicos. Assim, ao considerar o trabalho reprodutivo uma obrigação feminina, desvalorizando-o como produtor de riquezas econômicas. Assim, o Estado legitimou antigas ideologias de gênero fomentadas pela Igreja, pelas elites, pelos partidos políticos, entre outras instituições, que consideravam o homem como o único portador da cidadania plena por ser ele o efetivo provedor da família e produzir riquezas para sustentação econômica nacional.

Desta forma, o modelo de formação profissional proposto pela SATC, representado pelo currículo escolar, buscava se adequar a uma suposta natureza que destinava todas as mulheres ao casamento e à maternidade. Considerado parte integrante de uma essência feminina, esse destino surgia como algo incontestável, pois a família era interpretada como central na vida das mulheres e como a referência principal de sua identidade. (Pinsky, 2012). Enquanto no plano dos valores de gênero, a masculinidade reiterada nas salas de aula da SATC estava associada à força, racionalidade e ao trabalho industrial, a feminilidade se ancorava em características consideradas inatas às mulheres, como o instinto maternal, a fragilidade e a dependência.

No entanto, apesar das inúmeras tentativas e das diversas intervenções da SATC junto aos mineradores, a escola profissional feminina

nunca saiu do papel, pois conforme o contrato assinado com a Mineração Geral do Brasil a aludida escola deveria impreterivelmente entrar em funcionamento no ano de 1968, caso contrário tanto o montante em dinheiro quanto o terreno doado deveriam ser devolvidos pelo não cumprimento do contrato. (SATC, 1967). O fracasso da escola feminina demonstra que a preocupação central dos empresários mineradores era com a formação intelectual e profissional dos meninos, futuros trabalhadores. Mesmo havendo a aceitação tácita em fomentar a educação formal e técnica das mulheres – ainda que, muitas vezes, voltada para a administração do lar ou em funções consideradas como típicas das mulheres, como por exemplo, o magistério e a enfermagem –, na região carbonífera poucas escolas prepararam as mulheres para o trabalho formal e assalariado.

Junto com o ensino escolar disponibilizado aos filhos e às filhas dos trabalhadores mineiros, a SATC também se destacou por contemplar em seus planos assistenciais o Serviço de Puericultura para a Região Carbonífera, que foi elaborado em parceria com o Serviço Social da Indústria (SESI). Com os índices elevados de mortalidade infantil na região, fazia-se necessário expandir o atendimento médico disponibilizado pelo Estado e por algumas esparsas iniciativas particulares. Comandado pelo médico pediatra David Luiz Boianovsky, a SATC providenciou a construção de um posto de puericultura nas imediações de seu complexo assistencial, no qual seriam elaboradas diretrizes e ações para as principais vilas operárias da Região Carbonífera. Iniciado ainda nos primeiros anos da década de 1960, o Serviço de Puericultura foi, pouco a pouco, estabelecendo-se como um centro de referência no atendimento às gestantes e às crianças.

Para David Boianovsky, no Complexo Carbonífero Catarinense a situação era particularmente problemática, pois havia um grande contingente da população pobre sem acesso à educação e aos serviços básicos de saúde, o que contribuía para a morte de centenas de crianças anualmente. Em trabalho apresentado no II Simpósio Nacional do Carvão, intitulado *A SATC e a Assistência Social na Região Carbonífera Catarinense* (1965), o pediatra, assim como seus pares que atuavam na cidade, atribuía a responsabilidade da maior parte das causas da mortalidade infantil à ignorância de seus pais,

principalmente das mães que, vivendo na miséria intelectual e material, pouco podiam fazer para melhorar a vida de seus rebentos. Segundo Boianovsky, uma criança mal alimentada, sem orientação, escola, vacina e atendimento salutar, transformar-se-ia num adulto depauperado e ignorante, que por sua vez não teria condições de bem orientar sua prole, dando continuidade, assim, a um ciclo vicioso nomeado por ele de “Ciclo da Ignorância”, impactando diretamente no mundo laboral. Nas palavras de David Boianovsky:

Nestas populações, quando não são tomadas medidas preventivas, o referido ciclo se faz presente com toda sua intensidade. A criança, nascida de gestante anêmica e contaminada passa a receber o impacto desta força monumental que é o binômio ignorância-miséria, realizando os processos de crescimento e desenvolvimento em casebres sujos, promíscuos, com alimentação inadequada, contaminando-se, chegando ao óbito com relativa facilidade no primeiro ano de vida e, livrando-se deste, acaba por apresentar-se como um distrófico de baixo quociente intelectual e mínimas condições físicas, formando concepções negativas da sociedade e desenvolvendo recalques que, na idade adulta, a par da própria incapacidade intelecto-física para o trabalho, determinam a tomada de atitudes agressivas contra os bem afortunados a que êle (consciente ou inconscientemente) julga culpados da própria descompensação. (sic). (Boianovsky, 1965).

Com uma concepção eugenista e determinista, Boianovsky produziu um discurso no qual a suposta pobreza genética e a miséria econômica e intelectual dos indivíduos confluíam para a formação de homens e mulheres distróficos e incapazes de contribuir para o desenvolvimento social e econômico. Dessa forma, para combater esse depauperamento físico e moral seria necessário romper o “Ciclo da Ignorância”, cabendo à medicina a missão de educar, prescrever condições saudáveis para o casamento, evitar maus hábitos e supostas perversões, instrumentalizando minimamente as famílias mineiras, para que pudessem salvaguardar a população infantil. De acordo com David Boianovsky o “Ciclo da Ignorância” era assim representado:



Figura 3 – Ciclo da Ignorância.

(Reprodução extraída do Relatório A SATC e a assistência social na zona carbonífera de Santa Catarina, 1965)

Para Boianovsky a reversão deste processo só poderia ocorrer na Região Carbonífera se as autoridades públicas locais em comunhão com a iniciativa privada apoiassem trabalhos assistenciais como aqueles que a SATC vinha desenvolvendo na cidade de Criciúma e região. Apesar de considerar que as etapas do “Ciclo” fossem iguais ao de qualquer outra população subdesenvolvida, “ê ele apresenta, em seu desenrolar, condições absolutamente peculiares [na Região Carbonífera] que, sem dúvida, facilitam o desenvolvimento de um projeto assistencial honesto e bem planejado”. (Boianovsky, 1965, p. 04).

Essa peculiaridade à qual o médico se referia estava atrelada ao amplo plano assistencial materno-infantil elaborado pela SATC, associado ao índice salarial mediano, à concentração da população em vilas operárias e à boa assistência prestada por outros órgãos assistenciais. Com pretensões universais, o plano de assistência infantil desenvolvido pelos especialistas da SATC visava, preferencialmente, romper com o “Ciclo da Ignorância”, buscando acabar com as doenças relacionadas à desnutrição e à falta de higiene, já apontadas por médicos puericultores em décadas anteriores. As imagens a seguir mostram alguns casos clínicos de crianças distróficas atendidas pelo serviço de puericultura da SATC que foram usadas no trabalho apresentado no II Simpósio Nacional do Carvão como forma de ilustrar e alertar para a situação da infância na cidade:



Figura 4 – Crianças distróficas atendidas pelo Serviço de Puericultura da SATC. (Reproduzida de BOIANOVSKY, David. **A SATC e a Assistência Social na Zona Carbonífera de Santa Catarina**. In: II Simpósio Nacional do Carvão. Florianópolis: 1965. p.19).

Os três casos ilustrados foram atendidos pelo Serviço de Puericultura e representavam um problema típico da infância local chamado clinicamente de distrofia pluricarencial nutricional. No entendimento do puericultor “a principal causa do triste fenômeno [era] o alto grau de ignorância das mães que levava a erros alimentares”. (Boianovsky, 1965[b], p 11). Além disso, para o referido médico, outras doenças ainda contribuía para a elevação da taxa de mortalidade e a dilapidação da saúde infantil, além das que “costumam ser de grande incidência em lactentes, a pneumonia, broncopneumonia e derrames pleurais, como estágios mais avançados de simples estados gripais”. (Boianovsky, 1965[b], p 12).

Em consonância com outros empreendimentos desenvolvidos em grandes centros urbanos, era preciso romper de uma vez por todas com o atraso que significava a mortalidade infantil e, concomitantemente com o “Ciclo da Ignorância” tão debatido pelo puericultor Boianovsky. Para ele, apenas com a efetiva participação do Estado, juntamente com as instituições assistenciais, é que seria possível reverter a situação de descaso com a maternidade e a infância que fomentava a existência de uma massa populacional infantil degradada, além de diminuir consideravelmente as possibilidades de formar uma população de trabalhadores inapta às atividades laborais, exigidas pela indústria do carvão.

Com a finalidade de facilitar o atendimento materno-infantil, um plano médico foi minuciosamente elaborado para atender as populações carentes da cidade de Criciúma e, conforme os resultados positivos fossem aparecendo, estas ações seriam expandidas para as demais cidades da região. O plano assistencial consistia em construir em diferentes bairros da cidade pequenos postos de puericultura que teriam suas atividades coordenadas a partir do Posto de Puericultura Central, com sede na Sociedade de Assistência aos Trabalhadores do Carvão. Com financiamento previsto em seu regime estatutário, a SATC construiu nove pequenos postos distribuídos nos bairros mais populosos nos quais a população infantil se encontrava mais vulnerável. Estes bairros eram Rio Maina, Boa Vista, União, Metropol, São Marcos, Mina Bainha, Naspolini, Linha Batista, Próspera, Operária Velha e Operária Nova. (SATC, 1966).

Por meio de um atendimento quinzenal, as crianças eram levadas pelas mães para o acompanhamento de suas condições de saúde e crescimento. Atendidas por assistentes sociais, eram pesadas, vacinadas contra a paralisia infantil, o tétano, a coqueluche e crupe (difteria), além de passar por uma avaliação geral de seus aspectos físicos e emocionais. No entanto, o atendimento exclusivo aos infantes não se fazia proveitoso sem que as mães fossem também corretamente guiadas segundo os preceitos da puericultura. Ao se encaminharem com seus filhos e filhas para as unidades de saúde, as mães eram entrevistadas e orientadas sobre os cuidados básicos a serem dispensados aos bebês e infantes além de noções elementares de dietética infantil. Apenas em casos especiais as crianças eram enviadas ao Posto Central onde eram atendidas pelo médico David Boianovsky, que avaliava a situação de cada uma delas e, conforme o prognóstico, as enviava para serem hospitalizadas nos hospitais da região. Em 1965 o Serviço de Puericultura da SATC apresentava os seguintes números de atendimento infantil:

TABELA 7 – SERVIÇOS DE PUERICULTURA OFERTADOS PELA SATC EM 1965

Posto	Crianç. fichadas ²¹	Cons. Posto ²²	Cons. P. Cent. ²³	Vac.Trip ²⁴	Vac. Sabin ²⁵	Cur. ²⁶	Hosp. ²⁷	Obt. ²⁸
Rio Maina	100	614	25	65	29	15	2	1
Boa Vista	47	280	15	22	19	10	1	1
União	65	294	18	33	21	10	3	0
Metropol	105	616	20	51	34	15	0	0
São Marcos	53	320	12	31	28	10	2	1
Mina	8	50	5	5	3	2	1	0
Bainha								
Naspolini	10	112	5	5	3	2	0	0
Linha	47	286	5	7	3	2	0	0
Batista								
Próspera	200	1.088	30	68	33	15	5	2
Operária Velha	42	320	12	22	12	5	0	0
Operária Nova	16	132	4	5	1	2	1	1
Total	693	4.112	151	314	186	88	15	6

FONTE – SATC. Relatório apresentado pela diretoria referente ao exercício de 1965.
Criciúma, 1966

Num relato sobre os diversos avanços do Serviço de Puericultura apresentado ao diretor executivo da SATC, Wilson Barata, em 1965, Boianovsky congratulava o Serviço pelas expressivas conquistas e pela diminuição da taxa de mortalidade entre aquelas crianças socorridas por seus técnicos. Além da alimentação inadequada, que debilitava o sistema imunológico, as crianças eram atendidas devido ao agravamento de estados gripais não tratados, o que ocasionava mortes por complicações pulmonares. (Boianovsky, 1965[b]). De acordo com o relato, de 230 crianças recém-nascidas atendidas pelo Serviço de Puericultura até junho de 1965, 174 haviam adoecido, 14 foram considerados casos graves e foram encaminhados para hospitalização.

Das 14 crianças hospitalizadas, 12 tiveram alta, 1 encontra-se em incubadora e 1 faleceu apresentando extensa gangrena do membro inferior direito, após a drenagem de abscesso e a realização de curativos fora de nosso serviço. [...] atendemos 230 crianças e

²¹ Crianças.

²² Consultas Postos Locais.

²³ Consulta Posto Central.

²⁴ Vacina Tríplice.

²⁵ Vacina Sabin.

²⁶ Curativos.

²⁷ Hospitalização.

²⁸ Óbitos.

ocorreu apenas um óbito [...] o que nos faz prever um índice de mortalidade infantil (1º ano de vida) muitíssimo mais baixo que o nacional, concorrendo, assim, para diminuição deste. Acresça-se ainda o fato de que a criança falecida foi assistida de todas as formas ao alcance da atual evolução da pediatria local. (sic) (Boianovsky, 1965[b], p. 10-11).

O trecho destacado não revela apenas os êxitos do Serviço de Puericultura e as contribuições da SATC para a diminuição da mortalidade que sempre foi tão alta na região. A fala do médico pediatra ressalta, sobretudo, os resultados negativos para as crianças quando suas mães insistiam em buscar ajuda em lugares não alinhados aos modernos preceitos da medicina, como benzedeiros ou curandeiros. De acordo com o seu relato, uma única criança foi levada a óbito depois de haver feito drenagem e curativos fora das instalações da SATC, que depois do ocorrido empreendeu todos os recursos para salvar sua vida. Por meio do discurso de Boianovsky é possível perceber como a medicina local ainda competia com outras práticas curativas e assistenciais populares, apresentando-se como a única capaz de gerenciar os distintos estágios da vida, prolongando-os e maximizando-os em proveito da família, das empresas e do Estado. No entanto, para sustentar este *status* de poder, as ciências médicas tiveram que combater todos os resquícios de formas tradicionais de cura para que a medicina pudesse ser exercida de maneira plena e controlada.²⁹

Corroborando com o pensamento médico, cada vez mais predominante em todo o país, os especialistas locais visavam acabar com práticas maternas consideradas nocivas e que faziam parte do conhecimento popular, consideradas sem embasamento científico algum e que fragilizavam ainda mais a precária condição de saúde das crianças na Região Carbonífera. Por meio de práticas pedagógicas que muitas vezes descontextualizavam a problemática sanitária do conjunto de carências e da miséria que circundava a população local, os especialistas da SATC formularam um juízo moral sobre o comportamento de seus atendidos, pautando-se na tradicional vinculação entre higiene e moral, que sustentava a ideia de que as famílias pobres estavam

²⁹ALVES, Ismael Gonçalves. Da soberania às biopolíticas: a medicina como instrumento de governo e a inserção da vida biológica na contemporaneidade. In: **Revista Contemporâneos: Revista de Artes e Humanidades**. v. 09. Santo André: UFABC, 2011

mais propensas a viver em ambientes insalubres, gerando, por conta disso, uma raça orgânica e psicologicamente depauperada. A partir do Posto Central da SATC, David Boianovsky buscava cercar tanto as crianças quanto as mães dos preceitos científicos por meio do controle pormenorizado de todos os aspectos da vida infantil, principalmente no período que contemplava o primeiro ano de idade.

Embarcando numa espécie de cruzada em favor da infância, o médico buscava difundir em todos os bairros da cidade regras elementares de puericultura como, por exemplo, os cuidados com o umbigo, troca de fraldas, noções de saúde e higiene, entre outros, aculturando as mães com noções básicas de saúde infantil, pois as mesmas eram consideradas mais capazes e únicas responsáveis pela saúde de seus rebentos, uma vez que a responsabilidade dos homens era direcionada ao trabalho nas minas. A ideia central do Serviço de Puericultura da SATC era investir maciçamente em profilaxia, evitando o uso contínuo dos desorganizados sistemas públicos de saúde, bem como diminuir a presença de crianças enfermas no Posto Central. Em 1965 Boianovsky resumiu o plano assistencial e de puericultura que deveria nortear as ações salutares desenvolvidas junto às mães e às crianças da Região Carbonífera Catarinense:

- a) Todo o nascimento de filho de mineiro é imediatamente comunicado ao Serviço e, após, as irmãs visitadoras vão ao domicílio, ocasião em que é feita a matrícula da criança, são tomados todos os dados referentes à mesma, aos pais, ao domicílio, à família e ao ambiente em geral.
- b) A seguir, a criança é levada pela mãe ao posto de atendimento localizado no bairro onde reside, obrigatoriamente, na segunda semana, ao fim do primeiro mês, aos dois meses, aos três meses, aos quatro meses, aos seis meses, aos nove meses, com um ano, e assim por diante. Nestas ocasiões, as crianças são pesadas, medidas, examinadas, vacinadas, recebem orientação alimentar de acordo com as necessidades e, nos casos em que é exigido, tratamento médico.
- c) As mães recebem orientação específica de puericultura nos próprios postos de atendimento e, também, aulas de corte e costura, arte culinária, etc., em cursos ministrados pelas mesmas irmãs, fazendo parte do mesmo setor assistencial.
- d) O serviço é realizado mediante prévios entendimentos com outras instituições, de tal forma que são usados ambulatórios do IAPTEC, bem como os serviços complementares (laboratórios, Raio X, hospitais, etc.) de que este dispõe e são aplicadas vacinas fornecidas pelo Departamento de Saúde Pública do Estado, através do Posto de Saúde local.

e) Também mediante acôrdo, duas farmácias já estão fornecendo leites em pó e medicamentos a preços baixos, uma de propriedade da Soc. Carbonífera Próspera e outra das próprias irmãs, do serviço. (Sic). (Boianovsky, 1965, p. 07).

De acordo com o plano de atenção materno-infantil acima exposto, a SATC, por meio de um atendimento que buscava ser universal, visava abarcar as diversas etapas do tratamento e da profilaxia de enfermidades relacionadas à primeira infância, pois conforme Boianovsky, o “Ciclo da Ignorância” deveria ser rompido ainda durante esse período, fase do desenvolvimento psicossomático da criança e, de acordo com a medicina, o momento em que ela formava os primeiros traços de sua identidade. Desta forma, de acordo com o referido médico, somente a partir da criança “podemos transformar o ciclo da ignorância, formando adultos bem orientados que, por sua vez, melhor orientarão os próprios filhos e assim por diante”. (Boianovsky, 1965).



Figura 5 – Reversão do Ciclo da Pobreza.
(Reprodução extraída do Relatório A SATC e a assistência social na zona carbonífera de Santa Catarina, 1965).

De maneira geral, o discurso difundido pela SATC, tanto sobre a maternidade, quanto sobre um ideal de infância, visava adequar a população trabalhadora às necessidades da nascente indústria nacional. Ao atrelar o progresso à criança saudável e bem nutrida, criava-se uma expectativa demasiadamente pesada sobre as mulheres, pois sua importância política junto à nação estava em sua função maternal, sendo seu maior serviço gerar, criar e educar futuros cidadãos, estreitando elos simbólicos entre a maternidade e a pátria.

No entanto, cabe ressaltar que nesta cruzada pela normatização da vida infantil e adequação da maternidade à racionalidade científica, a Sociedade de Assistência aos Trabalhadores do Carvão não contava somente com médicos e enfermeiras, mas também com a importante participação das visitadoras sociais provenientes de ordens religiosas católicas. Devido ao seu prestígio social e à experiência secular da caridade com os mais necessitados, as religiosas facilitaram a inserção das prélicas médicas junto às populações operárias, como veremos no próximo tópico deste capítulo.

5.2. Congregações Religiosas Femininas na Região Carbonífera: reconstruindo a maternidade e forjando infâncias.

Assim como em outros centros urbanos brasileiros nos quais instituições de caridade e de filantropia se destacaram no auxílio aos necessitados, na Região Carbonífera de Santa Catarina as mulheres ocuparam espaços políticos e sociais colaborando e trabalhando na assistência como enfermeiras, visitadoras, assistentes sociais, entre outras funções. Fossem oriundas das camadas médias, atuando em associações de caridade, fosse através dos vínculos profissionais, trabalhando formalmente em instituições assistenciais, as mulheres quase sempre estiveram presentes no atendimento a outras mulheres, geralmente mães pobres e seus filhos.

Se nas primeiras décadas do século XX as mulheres encontraram diversos obstáculos morais e sociais para o exercício de inúmeras profissões, a partir das décadas de 1940 e 1950 algumas destas barreiras começaram a ser derrubadas devido à maior participação feminina no mercado de trabalho formal no Brasil. Cabe ressaltar que esta participação não se deu de forma generalizada, mas seguiu um estrito e controlado discurso de gênero que circunscrevia a atuação profissional das mulheres, principalmente aquelas oriundas das classes médias³⁰, a profissões que de alguma forma estivessem

³⁰ Como já apontamos em outros capítulos desta tese, as mulheres das camadas populares urbanas e aquelas que viviam em zonas rurais sempre exerceram trabalhos formais e informais, como costureiras, comerciárias, secretárias, empregadas domésticas, lavradoras,

atreladas a uma suposta essência feminina e maternal, destacando-se entre elas o magistério, a enfermagem e a assistência social. No que diz respeito a estas duas últimas, as mulheres se aproveitaram do espaço a elas destinados e pouco a pouco alargaram sua margem de ação, o que lhes permitiu adentrar no espaço público e político por meio das instituições nas quais trabalhavam ou eram representantes.

Na região que circunscreve o complexo carbonífero, as mulheres também atuaram de maneira significativa na assistência aos trabalhadores do carvão, priorizando especialmente aquelas atividades relacionadas à maternidade e à infância. Dentre as diversas associações de mulheres que agiram na região, destacamos primeiramente os Institutos e as Congregações Religiosas femininas que no Complexo Carbonífero desenvolveram um intenso trabalho junto às Vilas Operárias, dedicando especial atenção para as visitadoras sociais contratadas pela Sociedade de Assistência aos Trabalhadores do Carvão, ligadas às Pequenas Irmãs da Divina Providência.

A existência de muitas congregações religiosas femininas atuando na Região Carbonífera foi uma característica marcante de seu sistema assistencial. Seguindo os modelos existentes nas grandes zonas industriais do país, tanto a Igreja Católica Apostólica Romana quanto o empresariado, num movimento confluyente de interesses, visavam uma maior aproximação com a classe trabalhadora e as camadas populares urbanas. Enquanto a Igreja buscava defender a fé católica frente à expansão de novas religiões e à ameaça representada pelo comunismo, os patrões estavam interessados em adequar os trabalhadores urbanos ao mundo fabril por meio da assistência social e para isso utilizaram um tipo mão de obra barata, especializada e de fácil inserção no meio popular, as Congregações Religiosas Católicas. Dito de outra maneira, a Igreja possuía um corpo de profissionais especializados no atendimento às populações pobres, enquanto os empresários possuíam um grande número de trabalhadores para serem atendidos.

Esta relação interdependente de interesses entre a Igreja e o empresariado encontrou terreno fértil no Complexo Carbonífero por dois

operárias, enfermeira, professoras, entre outras, como forma de complementar a renda familiar e possibilitar a subsistência de sua prole.

motivos. O primeiro estava relacionado ao *modus operandi* do próprio setor de exploração do carvão, que para facilitar os trabalhos no interior das minas e melhor administrar e controlar o pessoal contratado alocava seus trabalhadores em Vilas Operárias, tornando esses espaços urbanos alvos de fácil inserção da pastoral católica. O segundo motivo foi a rápida aceitação das Congregações Religiosas femininas junto ao operariado local, facilitado pelo próprio tipo de colonização da região, predominantemente europeia, com imigrantes italianos, alemães e portugueses com fortes raízes ancoradas no catolicismo romano.

Apesar desse contexto favorável para a difusão de instituições católicas no sul de Santa Catarina e também da necessidade do empresariado em receber auxílio de mão de obra assistencial qualificada, é preciso lembrar das diretrizes da Igreja, que desde o século XIX pregava a disseminação do ideal de vida católico junto às populações operárias. Em 1891 por meio da Carta Encíclica *Rerum Novarum*, o Papa Leão XIII aconselhava aos membros da Igreja Católica que se fizessem presentes junto às populações pobres, intermediando as questões político-sociais entre trabalhadores, patrões e o Estado, fortalecendo seu papel como mediadores de conflitos no campo social. De acordo com as diretrizes contidas na Carta Encíclica:

Em todo o caso, estamos persuadidos, e todos concordam nisto, de que é necessário, com medidas prontas e eficazes, vir em auxílio dos homens das classes inferiores, atendendo aqueles que estão, pela maior parte, numa situação de infortúnio e de miséria imerecida [...] a Igreja, que, por uma multidão de instituições eminentemente benéficas, tende a melhorar a sorte das classes pobres; a Igreja, que quer e deseja ardentemente que todas as classes empreguem em comum as suas luzes e as suas forças para dar à questão operária a melhor solução possível [...]. (sic). (*Rerum Novarum*, 1891).

No Brasil a Ação Católica já fomentava uma aproximação e um maior debate com o operariado desde a década de 1920, mas a relação de proximidade com o povo só foi realmente concretizada em 1952 com a criação da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB). Como porta-voz do catolicismo romano no país, a CNBB buscou adequar todas as circunscrições eclesiais do país a um movimento religioso mais progressista como resposta às preocupações do Vaticano com a fraca inserção e influência da Igreja na sociedade. Com ideais mais próximos de uma renovação pastoral

concreta, a CNBB fomentou a interiorização e a expansão de Ordens e Congregações em diversos espaços geográficos do país, momento este no qual se insere boa parte das instituições religiosas que se instalaram no Complexo Carbonífero Catarinense.

Predominantemente composta por mulheres, as congregações que atuaram na região se dedicaram às atividades tradicionais que envolviam o ensino formal e também o serviço social voltado para o atendimento à saúde. De acordo com José Oscar Beozzo (1983), as congregações religiosas femininas instaladas no Brasil tradicionalmente se dedicaram à instrução formal das elites, no entanto, o sul do país se destacou por receber religiosas voltadas ao ensino e ao atendimento aos mais pobres, assumindo serviços hospitalares, asilos, centro de recolhimento de órfãos, entre outros. Além disso, conforme aponta o autor, numa sociedade extremamente conservadora, a vida religiosa no Brasil fomentou a maior participação das mulheres no contexto social, possibilitando novas vivências longe dos grandes centros urbanos, o que explica em parte a fundação de tantas congregações femininas no Brasil. É importante ressaltar que entre os anos de 1930 e 1956 instalaram-se no Complexo Carbonífero cinco congregações religiosas, que chegaram ao sul do Estado por meio de contrato com empresas mineradoras para exercerem funções na área educacional e de assistência à saúde. No quadro abaixo apresentamos alguns dos principais dados de cada uma das congregações femininas:

TABELA 8 – DADOS SOBRE AS CONGREGAÇÕES RELIGIOSAS QUE ATUARAM NO COMPLEXO CARBONÍFERO CATARINENSE ENTRE OS ANOS DE 1920-1960

Congregações	País/ Cidade de origem/ Ano de Fundação	Cidade de (as)	Fundadores	Ano de chegada no Brasil/ Cidade/ UF	Cidade do Sul de Santa Catarina e ano de chegada
Irmãs Beneditinas da Divina Providência	Itália/ Voghera/ 1849		Giustina e Maria Schiapparoli	1936/ Nova Veneza/ SC	Nova Veneza – 1936 Criciúma - 1954
Pequenas Irmãs da Divina Providência	Itália/ Alessândria/ 1889		Teresa Madalena Grillo Michel	1900/ Mococa/ SP	Criciúma - 1954
Instituto Coração de Jesus	Alemanha/ Unna-Königsborn/ 1922		Guilherme Meyer	1938/ Rio de Janeiro/RJ	Braço do Norte - 1949
Pequenas Irmãs Missionárias da Caridade	Itália/ Tortona/ 1915		Dom Luiz Orione	1949/ Belo Horizonte/ MG	Siderópolis - 1956
Filhas do Divino Zelo	Itália/ Messina/ 1915		Pe. Aníbal Maria di Francia	1951/ Três Rios/ RJ	Içara - 1959

FONTE – RABELO, Giani. **Entre o hábito e o carvão**: pedagogias missionárias no sul de Santa Catarina na segunda metade do século XX. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação. UFGRS, 2007. p. 145

Dentre as congregações femininas instaladas na Região Carbonífera destacamos a atuação social das Pequenas Irmãs da Divina Providência que, sob o carisma “Abandono à Divina Providência no Serviço aos Necessitados”, dedicou-se prioritariamente nos primeiros anos de sua chegada a Criciúma aos serviços de saúde. Primeiramente instaladas na Vila Operária do Rio Maina, pertencente à Companhia Carbonífera Catarinense, as irmãs iniciaram seus trabalhos sociais a partir da Casa Assistencial “São José” onde foram construídos um pequeno ambulatório e um dispensário de medicamentos que revendia os remédios a preços mais acessíveis. Neste bairro, a princípio, os trabalhos contemplavam o atendimento aos casais, atendimento aos enfermos e noções de higiene e saúde infantil. Um ano após sua chegada e frente aos pequenos progressos obtidos no local, as religiosas, por meio de um convênio com o SESI e com a Sociedade Carbonífera Próspera S.A, mudaram para a Vila Operária homônima à mineradora, fundando a Casa Assistencial “Imaculada Conceição”. (Álbum/Relatório, 1955-1957).

Desenvolvendo trabalhos assistenciais na Vila Operária Próspera por quase dez anos, de 1955 a 1964, as Pequenas Irmãs da Divina Providência obtiveram grande sucesso no atendimento às famílias mineiras que ali viviam. Dedicando-se especialmente à atenção às mulheres mães e às crianças por intermédio de visitas domiciliares, as irmãs iniciaram um processo de

intervenção no cotidiano destas populações visando especialmente à diminuição da mortalidade infantil. Este trabalho assistencial priorizou a adequação das mulheres ao espaço doméstico por meio de cursos populares de economia doméstica, arte culinária e prendas domésticas, que tendiam a instrumentalizar as mães e as esposas a transformar a casa em um espaço saudável e propício ao desenvolvimento de uma família saudável.

Com as crianças os trabalhos também foram bem diversificados. Visando a queda da mortalidade entre os recém-nascidos, foram instituídos os cursos de puericultura e enfermagem do lar, nos quais as mães eram introduzidas nas noções básicas de saúde, reconhecimento de enfermidades, primeiro banho, higiene e dietética infantil. Para as crianças maiores eram realizadas atividades de lazer e sociais, como o coro infantil, jogo de futebol, clube de meninas, criação de coelhos, plantio e cuidados de hortas, catequese, entre outras.³¹

O êxito em tais atividades e o fim do contrato com a Carbonífera Próspera levou as Pequenas Irmãs da Divina Providência a firmarem uma parceria com a Sociedade de Assistência aos Trabalhadores do Carvão para executarem trabalhos de visitadoras sociais junto ao setor de Serviço Social da instituição. Mesmo que muitas delas já possuíssem conhecimento empírico e algumas inclusive conhecimento formal do serviço social, o grupo de religiosas participou de um curso em cuidados aos recém-nascidos antes de iniciar seus trabalhos assistenciais. Ministrado pelo médico David Boianovsky, o curso de Puericultura Básica buscava atualizar e fornecer conhecimentos essenciais sobre saúde infantil para as religiosas que atuavam diretamente com a população operária, fomentando a adequação das mesmas às normas e aos conhecimentos da medicina moderna. De acordo com os dados apresentados

³¹ Sobre o trabalho das Pequenas Irmãs da Divina Providência na Vila Operária Próspera, nos dedicamos a uma minuciosa pesquisa junto ao Programa da Pós-Graduação em História do Tempo Presente sob a orientação da Prof.^ª Dr.^ª Silvia Maria de Favero Arend, intitulada: *Faces da assistência social do setor carbonífero catarinense: (Criciúma, 1930-1960)*. ALVES, Ismael Gonçalves. Aproximações e perspectivas: um breve inventário sobre a produção de políticas públicas materno-infantis no sul de Santa Catarina. In: **Revista Opsis**. Vol 12. Goiás: UFG, 2012. p. 226-248; ALVES, Ismael Gonçalves. Famílias Operárias Mineiras e Relações de Gênero: a construção do feminino através de cursos populares na Região Carbonífera Catarinense (1950-1960). In: **Revista Tempo e Argumento**. Vol. 02. Florianópolis: UDESC, 2010. p. 21-43.

por Boianovsky o curso foi desenvolvido em duas partes, divididas em um bloco de aulas teóricas e outro de aulas práticas:

[as] aulas teóricas, duas horas por noite, durante um mês e meio, realizado na casa assistencial da Próspera, com o fornecimento de apostilas confeccionadas no escritório central da SATC, e aulas práticas realizadas no berçário da maternidade do Hospital São João Batista e em vários domicílios operários. Ao fim do Curso, a SATC, em louvável atitude concedeu certificados às irmãs que o assistiram. (Boianovsky [b], 1965, p. 09)

Mais que formação e iniciação nos serviços salutareis às crianças recém-nascidas, o curso de puericultura ministrado formalmente por um médico colocava as irmãs em sintonia com o conhecimento médico. Como bem salienta Irene Palacio Lis (2003), com o intuito de salvaguardar as crianças e a raça, os ensinamentos salutareis relacionados à puericultura, à infância e à maternidade foram criteriosamente arbitrados pelos médicos, que esperavam evitar a prática indiscriminada da medicina infantil. Ao dirigirem cursos formativos para mães e visitadoras domiciliares e sanitárias, os médicos pretendiam regular a disseminação dos saberes relacionados à saúde e à doença das crianças, controlando por meio de certificados e provas quais eram as mulheres que podiam exercer, de forma auxiliar e secundária, algumas práticas médicas consideradas de baixa complexidade.

Depois de devidamente formadas pelo curso oferecido pela SATC, as visitadoras sociais das Pequenas Irmãs da Divina Providência iniciaram o atendimento nas Vilas Operárias em maio de 1964, atendendo primeiramente os bairros da cidade de Criciúma. Conforme demonstra o relatório de atividades de 1965, as visitas domiciliares adotavam as seguintes diretrizes:

[...] matrícula dos recém-nascidos, quando as Irmãs Visitadoras, cadastram os dados referentes à criança, ao parto, aos antecedentes dos pais, dos irmãos e parentes da família, às condições de higiene do lar, do enxoval, da habitação, pertences domésticos, etc. Nesta oportunidade são ministradas, lembradas e recomendadas noções de higiene doméstica e alimentar, orientações sobre a amamentação e higiene dos seios e os cuidados necessários e indispensáveis com o recém-nascido. (sic). (SATC, 1966, p. 02).

A realização da visita domiciliar que tinha como finalidade recolher dados sobre as crianças pequenas e cadastrá-las junto ao Serviço de Social da

SATC acabava por extrapolar as observações sobre a saúde dos infantes, pois as irmãs visitadoras adentravam no mundo da família, buscando nela as possíveis causas para a debilidade e as enfermidades infantis. Esta relação entre família e saúde infantil e a importância da investigação do contexto familiar para a vida da criança é abordada por David Boianovsky, que afirmava:

Dada a forma como é realizada, a assistência a ser prestada pretende ser global, já que só se concebe bom desenvolvimento para a criança se houver boas condições ambientais e familiares e a melhora das condições de vida da criança implica necessariamente em melhorar a família. Assim sendo, já na primeira visita, ao matricular-se a criança, faz-se necessária a obtenção de uma série de dados a respeito do ambiente e da família para que, de posse dos mesmos, possa o serviço, em tempo hábil, organizar sua assistência de acordo com as necessidades reais e de forma racional, sem desperdício de horas, verbas e energias. (sic). (Boianovsky, 1965[b], p. 09).

A relação entre família, ambiente e criança, observada pelas visitadoras, estava atrelada a uma forte e duradoura doutrina médico-sanitária que criou um conjunto de prescrições que deveriam orientar e ordenar a vida em seus mais variados aspectos, permitindo ou proibindo práticas e condutas cotidianas relacionadas à administração da casa e da família, como a imoralidade, o desleixo, a falta de interesse materno, entre outros. Ou seja, ao chegarem a uma determinada casa, as visitadoras buscavam pelos fatores aparentes e que supostamente estavam relacionados às doenças e à mortalidade, “inclusive os problemas existentes na família [que] vão sendo expostos e devidamente estudados, analisados sendo, inúmeros deles e na grande maioria, solucionados”. (sic). (SATC, 1964, p. 04).

Como porta-vozes do saber médico, as religiosas disseminavam a profilaxia nos lares, sendo as mães as principais agentes. Durante a visita as irmãs procuravam “educar, orientar e incentivar os bons princípios de relação doméstica do lar, a necessidade da horta, formação de pecúlio, uso de filtro e água fervida, melhores condições de habitabilidade, uso de utensílios, moveis e higiene do lar”. (SATC, 1966, p. 03). No contexto das vilas operárias, a educação das mulheres se tornou um dos pontos centrais dos trabalhos assistenciais desenvolvidos pela SATC e colocados em prática pelas irmãs visitadoras, pois através da educação se pretendia alcançar o aperfeiçoamento

físico e moral das mães, tornando-as aptas para gerar e cuidar das futuras gerações.

Nesse sentido, foram instalados cursos populares em onze Vilas Operárias de Criciúma – Próspera, Linha Batista, Operária Nova, Operária Velha, Mina do Mato, Mina Napolini, Boa Vista, Rio Maina, União, Metropolitana e São Marcos – para os quais as mulheres eram convidadas a participar dos cursos de arte culinária, corte e costura, confeitaria de bolos, trabalhos manuais/arte aplicada e ornamentação do lar. Com a adesão das mulheres às aulas oferecidas pelas religiosas, o Serviço Social da SATC visava “desenvolver as sócias, e inculcar-lhes confiança em si mesmas, despertando-lhes o interesse pelos problemas inerentes a educação das crianças e das jovens de sua família”, e assim construir uma estrutura familiar moralmente sólida e harmoniosa, e de acordo com as prédicas médicas. (sic). (SATC, 1966, p. 03). Dentre os cursos mais procurados em 1964, estavam os de trabalhos manuais e o de arte culinária. Este último era de grande importância para as religiosas, pois de acordo com o relatório elaborado pela Irmã Emília Chaves (1965), as alunas adquiriam conhecimentos sobre os segredos da boa cozinha, “sobre Higiene Alimentar, Dietética, Bôas Maneiras, Ornamentação de pratos e mesas [...] tornando-se aptas não somente agradáveis ao paladar e a vista, mas especialmente ricos em valor nutritivo”. (sic). (Chaves, 1965. p. 05).

Tanto os cursos populares quanto o Serviço de Puericultura tinham como alvo principal o Bem-Estar das crianças, o que demonstrava o papel instrumental das mães, pois os serviços prestados pelas religiosas não visavam aliviar o fardo cotidiano das mulheres, valorizando-as como tais, mas em última instância, construir um ambiente saudável para o desenvolvimento da infância e salvaguardar o futuro da nação brasileira. Em 1969, cinco anos após o início dos cursos populares voltados para a formação doméstica das mulheres, a SATC por meio de seu Serviço Social apresentava os seguintes dados de acordo com o número de adesões na cidade de Criciúma:

TABELA 9 – AULAS, MATRÍCULAS E COMPARECIMENTOS NOS CURSOS POPULARES

Núcleos	Arte Culinária			Trabalhos Manuais			Artesanato		
	Aulas	Mat. ³²	Comp. ³³	Aulas	Mat.	Comp.	Aulas	Mat.	Comp.
Rio Maina	78	16	1148	74	29	1690	X	X	X
União e C. Mineira	80	9	710	78	30	1898	X	X	X
Metropolitana	76	9	630	82	36	2510	X	X	X
São Marcos	X	X	X	62	12	470	X	X	X
Boa Vista	X	X	X	72	38	2122	X	X	X
M. do Mato	X	X	X	72	23	1120	X	X	X
M. Napolini	84	6	478	X	X	X	X	X	X
L. Batista	76	16	820	72	16	1044	X	X	X
Próspera	80	23	1326	X	X	X	X	X	X
Operária	X	X	X	X	X	X	76	8	462
Total	474	79	5112	512	184	10854	76	8	462

FONTE – SATC. Relatório apresentado pela diretoria referente ao exercício de 1969.
Criciúma, 1970. p. 06

Os bons resultados obtidos pelo Serviço Social e pelo Serviço de Puericultura fornecidos pelas Pequenas Irmãs da Divina Providência foram celebrados pelos dirigentes da SATC, que viam na diminuição da mortalidade infantil em Criciúma – graças ao atendimento domiciliar e clínico – uma real possibilidade para expandir seus serviços para outras cidades da região. De acordo com o relatório de 1966, das 1.910 crianças de zero a um ano fichadas entre maio 1965 e dezembro de 1966, registrou-se 16 óbitos, o que, de acordo com seus administradores, demonstrava a efetividade dos serviços prestados pelas religiosas e pela SATC:

[este número] representa uma percentagem realmente baixa extraordinária ao ponto de podermos afiançar que o problema da mortalidade infantil em Criciúma, que era apresentado como um dos maiores do mundo, foi solucionado dentro da esfera de atendimento da SATC [...]. (SATC, 1967, p. 06)

Diante dos resultados positivos e da necessidade de expansão prevista em seus estatutos, em outubro de 1968 os trabalhos realizados pelas Pequenas Irmãs da Divina Providência foram expandidos para mais duas cidades do complexo carbonífero. Os novos núcleos abarcavam as cidades de Siderópolis e Içara e foram organizados também por ordens religiosas femininas que, por sua vez, eram coordenadas a partir da Casa Assistencial São José das Pequenas Irmãs da Divina Providência. As congregações

³² Matrículas.

³³ Comparecimentos.

religiosas contratadas por meio de convênio com a SATC eram as Filhas do Divino Zelo (Içara) e Pequenas Missionárias da Caridade (Siderópolis). Nestas localidades as duas Congregações Religiosas deveriam se dedicar aos trabalhos de Puericultura, Visitação Familiar e Cursos Populares, aos moldes do que vinha ocorrendo em Criciúma e que segundo as autoridades apresentavam excelentes resultados. Em 1969 o Instituto Sagrado Coração de Jesus foi credenciado junto a SATC para atuar na área de mineração pertencente ao município Lauro Müller, perfazendo assim um total de quatro zonas³⁴ atendidas por congregações religiosas femininas. (SATC, 1970).

De maneira geral, os trabalhos realizados nas quatro zonas carboníferas seguiam as diretrizes básicas desenvolvidas pela SATC com cursos de Puericultura Preventiva, visitas domiciliares, cursos de trabalhos manuais, corte e costura e artesanato. Apesar da ampla gama de serviços prestados, os ensinamentos voltados para a saúde infantil continuaram a ser o alvo principal das congregações religiosas. A partir de 1968 elas passaram a combinar seus trabalhos como os serviços de saúde prestados pelo Estado, pois com a instalação de um posto do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) os segurados tiveram acesso ao serviço de Puericultura Curativa, ou seja, ao atendimento clínico-hospitalar especializado.

De acordo com o relatório de 1969 o Serviço de Puericultura Preventiva deveria agir coordenadamente em duas fases distintas com o intuito de facilitar e atender os recém-nascidos. A primeira fase era realizada por meio da visita domiciliar, quando as religiosas faziam o cadastro das crianças, conheciam o ambiente doméstico e administravam às mães conselhos sobre a alimentação do bebê, seu vestuário e bons hábitos; o segundo momento acontecia nos Postos de Puericultura em que as religiosas verificavam se os seus ensinamentos estavam sendo seguidos e incorporados no cotidiano familiar, reforçando tais preceitos em casos de necessidade, além de realizarem a pesagem, vacinação e curativos. (SATC, 1970). Os primeiros resultados desta ação conjunta entre as diversas congregações religiosas

³⁴ Primeira Zona de Criciúma, Segunda Zona de Siderópolis, Terceira Zona de Içara e Quarta Zona de Lauro Müller.

foram apresentados pela Irmã Emília Chaves, coordenadora do Serviço Social, em 1969:

TABELA 10 – ESTATÍSTICA DE PUERICULTURA 1969

Locais	Crianças Fichadas	Óbito	Orientação as mães	Pesagem de Criança	Curativos	Vacina Sabin	Vacina tríplice
Rio Maina	119	3	1085	1137	25	339	286
União e C. Mineira	109	0	449	449	12	116	83
Metropolitana	182	1	1340	1340	22	406	325
São Marcos	47	1	365	380	8	101	82
Boa Vista	68	0	390	404	6	106	80
M. do Mato	43	1	-	-	-	-	-
M. Napolini	7	0	280	298	15	87	67
M. do Bainha	4	0	-	-	-	-	-
L. Batista	33	0	390	399	12	114	80
São Simão	15	0	82	82	3	25	25
Próspera	257	3	1005	1039	30	338	233
O. Velha	119	0					
Op. Nova	28	0	370	378	12	143	106
Sub-Total	1031	9	5756	5906	145	1775	1367
Lauro Müller	33	0	130	130	12	81	45
Guatá	110	2	373	373	69	152	146
B. Branco	37	0	140	140	8	33	25
Itanema	43	0	193	193	9	114	75
Sub-Total	223	2	836	836	98	380	291
Siderópolis	37	0	153	116	18	65	57
Fiorita	29	0	242	180	27	47	36
Sub-Total	66	0	395	296	45	112	93
Mineração Içara	73	0	519	500	32	137	125
Total Geral	1393	11	7506	7546	320	2404	1876

FONTE – SATC. Relatório apresentado pela diretoria referente ao exercício de 1969. Criciúma, 1970

Os números acima apresentados, se comparados com aqueles apresentados no capítulo anterior, demonstram a queda significativa na taxa de mortalidade infantil entre a população atendida pelos serviços assistenciais promovidos pelo SATC em ação conjunta com as ordens religiosas femininas. Esse controle sobre a mortalidade infantil resultou num grande prestígio para as instituições (assistencial e religiosa) junto à população operária, que via neste tipo de auxílio uma alternativa para a ausência ou escassa assistência prestada pelo Estado. Munido de credibilidade junto às camadas populares urbanas e ao empresariado local, o Serviço Social da SATC, comandado pelo

médico David Boianovsky ainda em 1965, regozijava-se pela mudança de comportamento das mães e pelo aspecto salutar das crianças atendidas pouco tempo após o início dos trabalhos de puericultura entre a população.

Hoje após poucos meses de trabalho, já se vê muitos lactentes “gorduchos” nos colos das esposas de mineiros, ostentando um novo odor de sabonete, um novo brilho no olhar e humor exuberante. Tais crianças, continuando a ser orientadas e protegidas como o plano prevê, evidentemente terão um rumo diferente em suas vidas, plasmarão um caráter pré-escolar sem contaminação, sem negativismos e sem recalques, uma mentalidade escolar em sua maioria prenhe de vontade e capacidade de aprendizado, uma inteligência juvenil, vivaz e bem educada e uma consciência de adulto voltada para o trabalho produtivo sem agressividades inúteis, e decididamente imune à esperteza desleal e às doutrinas espúrias. (Boianovsky, 1965, p. 12).

Essa imagem da criança saudável, limpa e bem orientada, gérmen de futuros cidadãos, foi perseguida com insistência por inúmeras instituições assistenciais voltadas para a infância e a maternidade pobre, que viam na assistência social a garantia e a manutenção de uma população sadia e ordeira. Dirigidas quase sempre por homens, estas instituições construíram políticas assistenciais que tutelavam a população mais pobre baseadas num sentimento de responsabilidade sobre os demais. As mulheres que se dedicavam à assistência direta aos indivíduos atendidos nos institutos caritativo-filantrópicos ocupavam um lugar secundário da cadeia de produção de políticas assistenciais, longe dos círculos diretivos com poder efetivo de decisão.

Neste sentido, o Serviço Social e de Puericultura gestados pela SATC e seus diretores e colocados em prática pelas religiosas, revela como boa parte das mulheres que se dedicava ao trabalho assistencial e aos cuidados em instituições filantrópicas teve seu papel restrito aos cargos secundários, ou seja, não tiveram participação nem influência nas instâncias com poder de decisão. Apesar das religiosas contratadas pela Sociedade de Assistência aos Trabalhadores do Carvão dirigirem o setor de Serviço Social, ele estava sob o comando do médico pediatra David Luiz Boianovsky, que decidia e propunha ações normativas e políticas a serem implementadas junto às famílias assistidas. Cabe ressaltar que mesmo subordinadas aos conselhos diretivos formados exclusivamente por homens, as religiosas angariaram por meio de

seu trabalho social um lugar de destaque entre as populações assistidas na região, transformando-se em verdadeiras referências em saúde materno-infantil.

No entanto, não só as grandes instituições filantrópicas agiram na região, pois durante alguns anos muitas mulheres de camadas médias se reuniram em clubes para prestar assistência às mulheres e às crianças pobres do complexo carbonífero e é a respeito delas que vamos tratar no próximo tópico.

5.3. Entre chás, salões e caridade: as organizações de mulheres de camadas médias e a assistência social em Criciúma

Ao analisarmos as estruturas assistenciais desenvolvidas desde o início do século XX em diversos países ocidentais, percebemos que estas não ficaram restritas apenas às iniciativas estatais e às tradicionais instituições filantrópicas e de caridade, como aquelas sobre as quais discutimos nos dois itens anteriores deste capítulo. Paralelamente a essas instituições diversos setores da sociedade civil se mobilizaram e se agruparam em torno de agremiações e associações benemerentes, com a intenção de agir, principalmente no âmbito local, fornecendo serviços de ajuda e auxílio social às populações mais pobres, a quem as políticas públicas não conseguiam atender. Dentre estes grupos podemos destacar as atividades desenvolvidas pelas associações femininas de camadas médias, que de maneira organizada e articulada, conseguiram prestar auxílio aos necessitados por meio da administração direta de instituições ou manutenção de obras assistenciais como asilos, creches, hospitais, escolas, postos de puericultura, maternidades, campanhas de saúde, entre outros. De acordo com Maria Lucia Mott (2001), durante muito tempo as atividades exercidas pelas associações femininas foram vistas como uma forma das mulheres das classes privilegiadas combaterem suas vidas tediosas, exercitarem seus talentos e despenderem suas energias como subterfúgio para adquirirem responsabilidades fora do lar. Ainda conforme a autora, tanto a historiografia tradicional quanto os

movimentos feministas analisaram tal participação feminina como secundária e subalterna, voltada, sobretudo, para o levantamento de fundos por meio de festas e cerimônias frívolas, considerando ainda suas ações assistenciais como uma extensão dos interesses masculinos e de classe.

No entanto, mesmo que reforçassem identidades de gênero consideradas tradicionais, as associações de mulheres de camadas médias criaram espaços de empoderamento respeitado, e na medida do possível, alargando padrões e normas de comportamentos considerados condizentes com seu sexo e classe social. Por meio das atividades de benemerência as mulheres construíram esferas de atuação em que os problemas relacionados às mulheres assistidas eram tratados e administrados como prioridade, estabelecendo assim uma aproximação fraterna vinculada, sobretudo, à condição materna. Ao erigirem estes espaços de poder dedicados a discutir os interesses das mães, as mulheres benemerentes de camadas médias demonstravam ao restante da população toda a potencialidade de seu labor assistencial e a importância dos trabalhos de cuidados para a manutenção e complementação dos sistemas de ajudas institucionais. Ao elencarem as mães e as crianças como alvos preferenciais de suas ações assistenciais, as voluntárias, conforme aponta Maria Lucia Mott (2001), buscavam fornecer subsídios para que as mulheres pobres desempenhassem de maneira mais independente a função de mães de família, desvinculando algumas de suas necessidades da figura do homem provedor e do próprio Estado. Desta forma, ao criar um ambiente socioeconômico mais favorável para as mães pobres, as ativistas da benemerência acreditavam estar contribuindo indiretamente na construção de um futuro mais promissor para as crianças, pois era por meio de suas mães que os infantes aprendiam suas primeiras lições de vida e os princípios morais para a boa convivência em sociedade.

A atenção especial voltada à maternidade e à infância pelo associativismo feminino de camadas médias estava ligada a dois princípios fundamentais. O primeiro diz respeito a uma espécie de afinidade de gênero, pois como mães as mulheres benemerentes se sentiam responsáveis por outras mães, partindo do pressuposto que a maternidade as aproximava das demais mulheres. No entanto, cabe ressaltar que esta afinidade não significava

que as mulheres de camadas médias estivessem totalmente engajadas em lutas pela igualdade política, econômica e social proposta pelo movimento feminista. Pelo contrário, boa parte de seus discursos tendia a sustentar a manutenção dos papéis de gênero tradicionais, por identificar a domesticidade como uma parte da identidade feminina que deveria ser defendida, conforme já apontamos em outros momentos. O segundo princípio, por sua vez, estava ligado à ideia de que o trabalho filantrópico de cuidados direcionados às mães e às crianças pobres era um imperativo social de grande importância prática e simbólica – bem visto por todos os membros da sociedade –, portanto, legitimador da participação das mulheres em atividades caritativo-filantrópicas em suas comunidades locais.

Com um discurso essencialmente maternalista, que priorizava acima de tudo os direitos sociais, exaltando a capacidade das mulheres serem mães e de agirem na esfera pública por meio da maternidade e de valores como a benevolência, abnegação e caridade, as associações benemerentes de mulheres visavam construir uma sociedade – ou influenciar positivamente – na qual tais valores fossem norteadores das ações privadas e públicas. Preferencialmente voltadas para as questões materno-infantis, as associações femininas quase sempre foram as primeiras a identificarem as necessidades sociais das mães e das crianças e atendê-las com uma ampla gama de atividades assistenciais. (Koven; Michel, 1990).

Essa preocupação em fornecer às mulheres mães subsídios financeiros e educacionais para uma vida mais segura coloca o movimento maternalista no centro das discussões sobre o Estado de Bem-Estar, pois ao criar empreendimentos assistenciais e valorizar o trabalho reprodutivo, as ativistas demonstraram o descaso dos governos com a maternidade. Assim, ao criarem entidades assistenciais e inserido as questões da maternidade e da infância nos altos círculos de poder ao qual estavam ligadas por vínculos de classe, estas mulheres conseguiram constranger os gestores públicos e chamar a atenção da sociedade pelo descaso com que aquelas questões eram tratadas. Por outro lado, a existência do movimento maternalista denota que a estruturação dos sistemas institucionais de ajuda materno-infantil não surgiram de forma espontânea e tampouco foram resultado exclusivo do

aperfeiçoamento da máquina pública, pelo contrário, foram em grande parte resultado das pressões exercidas por grupos de mulheres, que por meio dos bons resultados de seus empreendimentos sociais, fizeram com que o Estado absorvesse ou suplantasse suas iniciativas em favor da maternidade e da infância.

No Complexo Carbonífero de Santa Catarina, em especial na cidade de Criciúma com uma elite econômica bem estruturada formada por mineradores, profissionais liberais e comerciantes, as mulheres brancas e de camadas médias se organizaram a fim de prestar auxílio aos pobres. Gozando de relativo prestígio social, essas mulheres utilizaram de seus contatos pessoais e familiares para organizar as associações filantrópico-caritativas que tinham como finalidade assistir as mães pobres e seus filhos. A escolha deste grupo específico da população estava ligada à ideia de responsabilidade moral das mulheres mais abastadas com as menos favorecidas, além da maternidade e da infância, reconhecidamente consideradas traços fundamentais da experiência de todas as mulheres. De acordo com Gisela Bock e Pat Thane (1996), a pobreza que afetava mulheres e crianças, juntamente com falta de sensibilidade estatal, foi o motor propulsor da mobilização das associações femininas que viam nesta situação a oportunidade de saírem do espaço doméstico, estabelecerem efetiva ação no espaço público e exercer o protagonismo social.

Entre as associações de mulheres que se destacaram no contexto local, destacamos duas que dentre outras atividades se dedicaram à proteção da infância e da maternidade pobre: o Clube da Lady de Criciúma e as Pioneiras Sociais. Formadas por mulheres com grande destaque social entre a elite local, essas associações buscaram construir uma rede de colaboradores para financiar e manter as ações assistenciais. O fácil trânsito que tinham entre pessoas de posses e com poder local franqueava o acesso aos recursos financeiros necessários para suas obras sociais, contribuindo também para forjar a imagem de benfeitoras, inserindo-as definitivamente no circuito da assistência social local.

Fundado em 24 de setembro de 1960, dia de Nossa Senhora das Mercês, sua padroeira, o Clube da Lady de Criciúma³⁵, seguindo o modelo adotado em outras cidades brasileiras, buscou atrair para suas fileiras mulheres que de alguma forma estivessem dispostas a contribuir para a causa dos mais pobres. Instituído durante um jantar de gala, contou com a presença de autoridades locais e convidados de outros lugares, como a Secretária Geral do Clube da Lady do Brasil, Haydée Guimarães Goulart; os Presidentes do Lions e do Rotary Club; a representante e esposa do juiz de direito local; o Padre Paulo Petruzzellis, Diretor do Bairro da Juventude, importante instituição de abrigo e educação infantil que seria financiada com arrecadações desta associação, entre outros.

O Clube da Lady de Criciúma apresentou seu sistema organizacional composto pela Presidente de Honra, posto ocupado por uma destacada figura social com importantes serviços prestados à comunidade; a Presidente e três Vice-Presidentes, que possuíam o efetivo poder de decisão sobre a associação; duas Secretárias que cuidavam das demandas cotidianas do clube; duas Tesoureiras, que eram responsáveis pela administração das finanças; um Departamento de Projetos e Festas, objetivando propor e organizar as atividades sociais do grupo; um Departamento de Imprensa e Propaganda, que zelava pela boa imagem do Clube e informava a população sobre os trabalhos realizados; duas Oradoras oficiais; e um Departamento de Crônica Social, que tinha como finalidade difundir os ideais do Clube da Lady no jornal local. (Tribuna Criciumense, 03 de Outubro de 1960).

No mesmo dia em que foi fundado e apresentado oficialmente, o Clube da Lady divulgou seu hino oficial escrito em forma de poesia, no qual anunciava o elevado objetivo de se dedicar às causas sociais:

Nosso clube da lady foi saudado
Pela Nossa Senhora das Mercês;
Será sempre o seu nome lembrado
Bênçãos mil rogaremos a seus pés.

³⁵ O Clube da Lady é uma associação feminina de abrangência nacional que em meados do século XX funcionava como uma espécie de federação, podendo as mulheres interessadas, em diferentes cidades, reunirem-se e fundar núcleos do clube com a finalidade de promover e financiar obras sociais dirigidas aos mais necessitados.

Estrilho:

É a Glória da lady que desponta
 Entre nuvem serena toda azul;
 É o claro roteiro que desponta
 O amor do Brasil de Norte a Sul.

A esmola é graça que exprime
 Todo arroubo de ternura e emoção;
 É a mão da Caridade, tão sublime
 A tanger nosso humano coração.

Canta o Clube da Lady, sobranceiro,
 Sua voz a propagar-se abre ao Sol;
 Seu hino de amor é verdadeiro,
 É luz colorida do arrebol.
 (Tribuna Criciumense, 03 de Outubro de 1960. p. 01)

Escrito pela professora Donatila Borba, Presidente de Honra do Clube, o hino sublinha as diretrizes elementares que regeriam a conduta de suas associadas na dedicação ao trabalho social. A orientação católica do clube fica evidente na menção à Nossa Senhora das Mercês, importante representação da Virgem Maria associada à misericórdia com os mais necessitados. A aproximação do associativismo feminino com a doutrina católica sustentou um discurso moral que colocava as mulheres a serviço de Deus, da pátria e da família, como guardiãs de um modelo tradicional de família, que ao sair do espaço doméstico o faziam para defender os valores associados à família, ao lar, à religião e à pátria.

De acordo com Rebeca Arce Pinedo (2007), as associações femininas ligadas ao catolicismo agiam por meio de acepções morais concorrentes aos valores tradicionais de gênero, defendendo, sobretudo, participação das mulheres no mundo público a partir espaços ligados à assistência social. Ao se dedicarem a tais tarefas, de acordo com a autora, as associações femininas católicas difundiam um ideal de feminilidade atrelado principalmente à maternidade e que se refletia na consolidação de uma mãe católica, anjo do lar, santuário e baluarte de virtudes como amor, compaixão, dedicação e benevolência.

A letra do hino identifica uma série de atributos relacionados às mulheres, tais como caridade, amor, graça, coração, esmola, emoção, entre outros. Estas palavras fortemente associadas aos sentimentos estabeleciam um contraponto à razão, considerada inerente ao sujeito masculino, e tratavam

de estabelecer o papel de suas associadas em suas ações na esfera pública. Ao introjetar e propagar os ideais vigentes de feminilidade a associação fundamentava a função social da mulher de elite na maternidade e na domesticidade, transformados em virtudes, respaldando seu engajamento assistencial em favor dos pobres.

Outro aspecto importante do Clube da Lady era a exaltação das funções maternas. Desta forma a comemoração do Dia das Mães era um dos eventos mais importantes do Clube. Em reunião de gala o Clube agrupava suas associadas e as convidadas em torno de uma vocação considerada inata a todas as mulheres. Durante esta festa eram realizados desfiles mirins, concursos infantis, declamações de poesias e um jantar dançante. Nos desfiles mirins, cada criança era levada à passarela representando diversos aspectos da vida humana, chegando ao seu ápice com a apresentação daquela que seria a virtude máxima da associação e que balizava todo seu trabalho social:

O Clube da Lady tem, enchendo-lhe a alma, o mais famoso dos sóis: "A CARIDADE". E foi a grandeza deste sentimento que proporcionou a realização desta festa. E em um gesto lindo de homenagem desfila a menina Sílvia Vieira, num bonito traje de inverno, acompanhada do Lulu, seu cachorro favorito. (Tribuna Criciumense, 22 de Maio de 1961).

No que tange aos trabalhos relativos às crianças pobres, as associadas do Clube organizaram nos anos iniciais de seus trabalhos uma série de atividades festivas como o Baile *Glamour Girl* e a *Soirée Blanche* para arrecadar fundos. Estas festas reuniam as famílias mais destacadas da região, tendo em vista que para participar de tais eventos era preciso pagar uma taxa (ingresso), que por sua vez era revertido para o Clube que selecionava as obras que deveriam ser agraciadas com esses recursos. Os jantares e bailes promoviam seus participantes na sociedade local, pois na semana posterior tais eventos eram minuciosamente detalhados na coluna semanal que o Clube da Lady possuía no jornal Tribuna Criciumense, citando os nomes de todos aqueles que se fizeram presentes, contribuindo para construção de uma identidade benevolente dos benfeitores.

Apesar da orientação maternalista, o Clube da Lady de Criciúma logo expandiu seu foco de atuação, englobando também o atendimento à velhice

desamparada. Se num primeiro momento as causas infantis estavam na ordem do dia, a partir de 1965 as mulheres pertencentes a esta agremiação voltaram todos seus esforços para o financiamento da Sociedade Vicentina, responsável por angariar fundos e construir um asilo na região. Foi por meio de ações e obras dirigidas à fundação do asilo São Vicente de Paulo que o Clube da Lady de Criciúma foi reconhecido como uma instituição filantrópica de utilidade pública pela Lei Municipal Nº 519, de 02 de Julho de 1965, causa pela qual se dedicou até meados da década de 1970, quando pouco a pouco sua área de atuação foi suplantada pela presença do Estado.

Seguindo a mesma lógica maternalista, outra instituição que se destacou em prol das crianças e das mães pobres da Região Carbonífera foi a das Pioneiras Sociais. Da mesma forma que o Clube da Lady de Criciúma, a associação das Pioneiras Sociais existia em outras cidades brasileiras reunindo voluntárias, mulheres das classes mais favorecidas que tinham por objetivo arrecadar doações para os mais necessitados. Fundada por Sara Kubitscheck nas primeiras décadas de 1950 em Minas Gerais, esta associação ganhou maior impulso quando seu marido, Juscelino Kubitscheck foi eleito para a Presidência da República e transformou as Pioneiras Sociais em uma Fundação subsidiada pelo Estado. De acordo com o Decreto-Lei 3.736 de 22 de Março de 1960 que transformou esta associação local em uma Fundação pública de abrangência nacional, as Pioneiras Sociais estavam encarregadas da “assistência médica, social, moral e educacional da população pobre, em suas variadas formas, e as pesquisas relacionadas com suas finalidades”. Outra atribuição específica das Pioneiras Sociais era o trabalho voluntário prestado por mulheres das camadas médias, que no âmbito local se somavam a outras iniciativas para arrecadar doações e financiar o trabalho assistencial nos municípios.

Diferentemente da Legião Brasileira de Assistência (LBA) que administrava recursos públicos e privados e elaborava abrangentes planos de assistência em todo o país, as Pioneiras Sociais eram basicamente financiadas por contribuições e doações voluntárias complementadas por 0,5% dos impostos arrecadados anualmente sob o selo federal. Esta situação financeira peculiar fazia com que as mulheres voluntárias que financiavam as iniciativas

ocupassem importante papel na estrutura organizativa, pois boa parte de suas atividades dependia do sucesso de suas associadas em arrecadar fundos para a manutenção de seus trabalhos sociais. Presidida por uma mulher, as Pioneiras Sociais buscaram, da mesma forma como ocorria na sua esfera administrativa central, ocupar os cargos de direção no âmbito local com mulheres de importante relevância social ou por aquelas ligadas à política, como as esposas dos governadores e prefeitos, as Primeiras-Damas.

As Pioneiras Sociais buscaram, principalmente, atender os mais necessitados por meio de hospitais volantes, centros de pesquisas, ambulatórios, lactários, recreação infantil e artes domésticas. No Estado de Santa Catarina três cidades foram escolhidas para receber um escritório local da associação: Florianópolis, Itajaí e Criciúma. A escolha destes municípios muito provavelmente se deu pela importância de cada um no contexto regional, sendo Florianópolis a capital do Estado e sede do escritório das Pioneiras Sociais; Criciúma o maior pólo industrial do sul catarinense; e Itajaí maior porto e por onde escoava boa parte da produção do Estado de Santa Catarina.

No contexto sul catarinense, o trabalho das Pioneiras Sociais foi marcado por sua ação na Região Carbonífera onde as voluntárias prestaram assistência à infância desvalida local por meio de uma série de atividades sociais. A partir do escritório criciumense, a associação optou por oferecer auxílio por meio de um gabinete dentário e de um hospital volante, instalados em veículos que eram estacionados “nas proximidades dos estabelecimentos de ensino afim de que os seus serviços sejam usados de preferência pelos respectivos alunos mais necessitados”. (Tribuna Criciumense, 02 de Novembro de 1959. p. 06). Ambos os serviços eram ofertados a partir de um caminhão importado da Alemanha com cerca de 15 metros de comprimento, equipado de um reboque em que estava acoplado o pequeno hospital itinerante servido com uma máquina de Raio-X, uma mesa operatória de emergência, um consultório médico e outro odontológico, conforme se pode observar na imagem abaixo:



Figura 6 – Hospital Volante das Pioneiras Sociais.
(Reprodução de Tribuna Criciúmensis. Criciúma, 13 de Novembro de 1961).

Adquirido pelo Governo do Estado e doado às Pioneiras Sociais, o Hospital Volante de Criciúma, o primeiro a entrar em operação em de Santa Catarina, iniciou suas atividades no dia 20 de março de 1959. Nesta data a Presidente da Associação e Primeira-Dama do Estado de Santa Catarina, Luci Correa Hülse, junto com uma comitiva de mulheres da elite local, inauguraram o hospital em uma grande festa em frente à Igreja Matriz da cidade. De acordo com o Jornal Tribuna Criciúmensis, nos dois dias seguintes a Associação das Pioneiras Sociais realizou uma série de eventos sociais para promover seus trabalhos e arrecadar fundos para a manutenção de suas operações na cidade, além de empossar sua primeira diretoria num importante lugar simbólico para a elite local, o Sindicato dos Mineradores. Ao escolherem como lugar da posse o referido sindicato, as Pioneiras Sociais atrelavam seus trabalhos e firmavam alianças com a classe dirigente e patronal da cidade, comprometendo os empresários, donos das minas, com seus programas assistenciais.

O Hospital Volante, chamado de caminhão nº 1, atuou na cidade de Criciúma e priorizou principalmente o atendimento às crianças pobres, pois eram poucos os leitos infantis nos hospitais da cidade e o propósito do centro médico itinerante era visitar as zonas mais afastadas e evitar o congestionamento hospitalar na cidade. Durante o atendimento as crianças passavam por um atento exame clínico para o diagnóstico de enfermidades, sendo depois encaminhadas para o atendimento odontológico, passando por uma inspeção bucal e pelo tratamento dentário. Após um ano de serviços prestados, o Hospital Volante nº 1 das Pioneiras Sociais encerrou suas

atividades na Região Carbonífera sendo substituído por outro de menor porte, que oferecia tratamento odontológico e clínica geral. Segundo a Tribuna Criciumense, esta substituição aconteceu devido às péssimas condições das estradas locais e a dificuldade do hospital móvel chegar às regiões de difícil acesso. (Tribuna Criciumense, 24 de Agosto de 1959).

Esta situação levou à mudança de estratégia das Pioneiras Sociais da Região Carbonífera. Se num primeiro momento foi priorizada a clínica infantil, com atendimento pediátrico, a partir de 1960 as associadas passaram a ofertar também suporte financeiro aos estudantes, iniciativa já desenvolvida na cidade de Florianópolis. Este trabalho consistia em ofertar às crianças pobres materiais e uniformes escolares. Os materiais eram angariados em campanhas ou pela compra com os fundos arrecadados pelas Pioneiras, enquanto os uniformes eram confeccionados pela Seção de Costuras que funcionava na sede da associação na cidade de Florianópolis.

A presença das Pioneiras Sociais como do Clube da Lady na região carbonífera, assim como outras associações femininas cujas atividades merecem futuras investigações, representam uma importante contribuição do maternalismo para a sustentação das políticas assistenciais para a infância e a maternidade na região. De acordo com Seth Koven (1993, p. 113), a preponderância das mulheres das classes favorecidas nas associações femininas de assistência à maternidade e à infância se deveu a facilidade que tiveram para atuar na esfera pública devido às suas origens de classe e ao tempo livre de que dispunham para participar de atividades fora de seus espaços domésticos e sociais.

Por fim, cabe ressaltar que mesmo com o êxito de suas ações, o maternalismo construiu uma visão rígida da feminilidade. Vinculado em grande medida às estruturas sociais e culturais das elites, o discurso maternalista defendia uma maternidade incondicional, na qual a relação naturalizada entre mãe e filho era o centro unificador da família. Este tipo de discurso se alinhava à própria origem do movimento maternalista, oriundo do associativismo benemerente composto por organizações fundadas, organizadas e dirigidas por mulheres das classes médias e a partir de suas experiências individuais,

construindo as linhas gerais daquilo que deveria ser seguido e aplicado para as outras mulheres.

Baseados nas análises das iniciativas assistenciais empreendidas pelo associativismo feminino e por iniciativas de cunho particular, podemos identificar nesse capítulo como a filantropia e a assistência privada, esta última, muitas vezes, baseada na caridade, foram importantes na construção das políticas públicas da Região Carbonífera Catarinense. Complementando ou simplesmente sendo a única forma de assistência social para as populações mais pobres, tanto as entidades filantrópicas como as associações femininas foram importantes centros de referência no atendimento à maternidade e à infância, reafirmando a importância dessas iniciativas como embrião das políticas públicas locais e reforçando a tese do Triângulo do *Welfare* na manutenção das políticas de Bem-Estar brasileiras.

Ao interagir com as iniciativas filantrópicas e assistenciais, o Estado brasileiro se mostrou permeável à atuação de diferentes setores da sociedade que, em sua relação com as políticas públicas, imprimiram profundas marcas relativas à classe, gênero, raça/etnia. Em outras palavras, ao proporem determinados modelos assistenciais, estas instituições também impuseram aos seus beneficiados normas e padrões que deveriam ser seguidos para garantir a manutenção de benefícios e ajudas. Tanto as entidades privadas quanto as associações de mulheres, buscaram por meio da benemerência forjar determinadas identidades de gênero, classe e raça/etnia que adequassem as populações mais pobres aos valores do mundo urbano-industrial burguês, criando, desta forma, tensões entre benfeitores e beneficiários de tais sistemas assistenciais, aspecto que ainda carece de estudos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo dos cinco capítulos desta tese e por meio de uma análise empírica e teórica, buscamos evidenciar – elencando como objeto de estudo as políticas públicas materno-infantis – a maneira pela qual o Estado de Bem-Estar brasileiro se estruturou do início século XX até meados da década de 1960. Interpretadas como uma evolução natural do aparelho assistencial estatal, as políticas sociais foram definidas como mecanismos que garantiam as condições mínimas de sobrevivência para todos os membros da sociedade, independentemente de raça, classe ou sexo. No entanto, nossa investigação e a documentação selecionada demonstraram que tais políticas não se aplicaram de forma equitativa e homogênea, pelo contrário, foram seletivas, priorizando o homem trabalhador formalmente inserido no mercado de trabalho em detrimento das mulheres e das crianças, consideradas cidadãos de segunda categoria e com direitos sociais derivados do marido ou do pai trabalhador.

Balizados nas concepções de gênero, os Estados de Bem-Estar ocidentais alicerçaram boa parte de suas políticas sociais sobre o trabalho reprodutivo das mulheres a partir da ideia de que certos aspectos da providência – cuidados com os filhos, doentes e idosos – deveriam permanecer circunscritos à esfera do privado e não por meio da provisão pública. Esta percepção acerca do trabalho reprodutivo reforça a ideia de que a sociedade é dele dependente e que o Estado de Bem-Estar se isenta de prestar determinados auxílios partindo do pressuposto de que os mesmos são uma obrigação das mulheres, ou seja, os sistemas de proteção social se estruturaram sobre o trabalho invisível das mulheres ao mesmo tempo em que o inseriu no campo do não trabalho, sem reconhecê-lo e recompensá-lo por sua importância como trabalho produtivo.

Esta ideia acerca do trabalho de cuidados nos levou a analisar os Estados de Bem-Estar a partir de sua capacidade em edificar políticas sociais que visassem criar ou sustentar uma maior equidade entre os sexos, valorizando, sobretudo, a experiência das mulheres como mães. Desta forma tanto o maternalismo como o paternalismo foram introduzidos como

ferramentas de análise capazes de evidenciar o poder das mulheres em exigir direitos sociais, ancoradas na ideia de que suas experiências como mães as habilitavam a requerer dos governantes a autonomia, a integridade física, a dignidade, a seguridade social e a voz política. Uma das principais contribuições destes conceitos para o entendimento das estruturas assistenciais é demonstrar a importância das políticas sociais desenvolvidas a partir do século passado, que visavam reforçar uma estrutura familiar na qual o pai deveria aportar o sustento econômico enquanto a mãe deveria se dedicar às tarefas de atenção e cuidados, ignorando a maneira pela qual cada membro da família experimentava a assistência social.

Discutindo extensivamente as teorias feministas sobre o Estado de Bem-Estar dividimos as experiências assistenciais ocidentais em dois segmentos. O primeiro, formado por países de orientação maternalista, nos quais as políticas públicas voltadas para as mulheres tinham a intenção de fomentar a independência econômica, fornecendo subsídios financeiros e assistenciais para que a maternidade fosse socialmente reconhecida e vivenciada de maneira independente. Além disso, os Estados de orientação maternalista possuem um forte aspecto liberal marcado pela fraca intervenção nas relações mercado, criando um ambiente favorável para uma maior participação das mulheres dentro das estruturas de poder, ocupando principalmente os espaços deixados pelo Estado nos setores relacionados à formulação de políticas assistenciais. Assim, por meio da difusão de ideologias e discursos que exaltavam suas capacidades de serem mães, as mulheres maternalistas envolvidas na burocracia estatal ou nas instituições benemerentes se achavam habilitadas para propor e implementar políticas assistenciais materno-infantis, visando a construção de um Estado mais justo baseado nos supostos valores femininos.

O segundo grupo, formado por países de orientação paternalista, tinham no âmago de suas políticas assistenciais a ideia de que a sociedade necessitava da intervenção do Estado nas relações de mercado com a finalidade de garantir que políticas de Bem-Estar alcançassem a todos, independente de sexo, classe e raça/etnia. No entanto, apesar de supostamente considerarem todos como iguais, as políticas sociais propostas

pelo Estado paternalista buscavam sustentar a imagem do homem provedor e formalmente estabelecido no mercado de trabalho. Mesmo considerando a maternidade como uma importante contribuição das mulheres para a sociedade, as políticas paternalistas tendiam a interpretá-la não por seu valor social, mas sim devido sua instrumentalidade. Para garantir o crescimento populacional era preciso que as mulheres fossem alvos de políticas específicas que assegurassem uma gestação saudável e salvaguardassem o desenvolvimento das crianças.

Por meio dessa perspectiva analítica, identificamos que o Estado de Bem-Estar brasileiro estruturado ao longo do século XX, foi um híbrido dos dois modelos apresentados, ora com a prevalência de um sobre ao outro, ora mesclando políticas paternalistas e maternalistas. Assim, durante o período da Primeira República o sistema assistencial brasileiro, devido seu caráter liberal pouco intervencionista, aproximou-se da tendência política maternalista, preterindo a formulação de políticas estatais centralizadas em favor de ações particulares e locais. Deste modo, a ausência de um plano assistencial unificado e centralizado possibilitou a maior participação de instituições filantrópicas e benemerentes no auxílio aos necessitados. Tal situação estimulou o envolvimento das mulheres na promoção e implementação de políticas assistenciais – principalmente aquelas dirigidas à maternidade e à infância – porque tradicionalmente as mulheres se dedicavam aos trabalhos de benemerência e cuidados, facilitando, assim, sua inserção no meio assistencial.

Por outro lado, durante a Era Vargas a administração pública brasileira passou por um processo de centralização do poder. Priorizando a promoção de políticas assistenciais aos mais pobres formalmente estabelecidos no mercado de trabalho, o governo brasileiro se aproximou da orientação paternalista, buscando munir os homens de direitos sociais especialmente arquitetados para que conseguissem sustentar sua prole, colocando as mulheres e crianças sob sua guarda. Comandados por uma burocracia estatal fortemente masculinizada, os sistemas de proteção social afastaram as mulheres dos centros de decisão e promoção das políticas assistenciais, pois de acordo com os preceitos de gênero vigentes, as mulheres deveriam ocupar posições

secundárias e subordinadas aos especialistas, geralmente homens, cabendo a elas apenas a execução de programas elaborados nas estruturas burocráticas da administração pública.

Partindo para o estudo da Região Carbonífera Catarinense, alinhamos nossas análises sobre o maternalismo e o paternalismo à perspectiva teórica sobre o Triângulo do *Welfare State*, o qual propõe que as políticas sociais devem ser estudadas por meio de um acurado exame do entrelaçamento entre iniciativas federais, locais e filantrópicas. Nesse sentido, por meio das análises das políticas locais pudemos perceber o hibridismo existente no sistema assistencial brasileiro elaborado a partir da década de 1950, no qual boa parte das políticas sociais foram erigidas numa articulação entre ações públicas e privadas, nas quais as instituições filantrópicas, bem como as associações de mulheres, foram protagonistas importantes. De acordo com esta proposição teórica, é no nível local que se colocam em prática as iniciativas sociais e é também onde podemos encontrar uma maior participação das mulheres por meio de sua atuação em associações benemerentes que privilegiavam principalmente as ações voltadas à maternidade e à infância.

A partir das observações locais – Região Carbonífera de Santa Catarina – encontramos no Estado de Bem-Estar brasileiro um hibridismo de modelos, pois suas intervenções no campo social não foram nem exclusivamente maternalistas, nem totalmente paternalistas, mas, de maneira pendular, as políticas sociais se apropriaram ora de um modelo ora de outro. Das concepções paternalistas aplicadas às políticas públicas materno-infantis se verificam as noções de dependência das mulheres e a concepção de instrumentalidade da maternidade. Em outras palavras, como dispensador das políticas assistenciais, o Estado privilegiava o homem trabalhador inserido no mercado de trabalho, considerado cidadão de plenos direitos, restando às mulheres a condição de beneficiárias pela dependência de seus maridos, com o direito a uma cidadania colateral. No que tange à maternidade instrumental, as políticas públicas do Estado paternal não estavam completamente voltadas para atender os interesses das mulheres, mas tinham como objetivo final alcançar as crianças e, ao mesmo tempo, encerrar as mães no interior do espaço doméstico sob a tutela do pai.

Das características do maternalismo, as políticas públicas materno-infantis absorveram a flexibilidade de negociar as ações assistenciais com as iniciativas privadas. Devido suas amplas dimensões geográficas e sua precária estrutura burocrática, o Estado brasileiro buscou criar políticas que compatibilizassem seus sistemas de ajuda com os trabalhos desenvolvidos por instituições filantrópicas privadas, criando uma relação de dependência entre ambos: o Estado necessitava chegar a todos os lugares, enquanto as instituições filantrópicas precisavam do financiamento público para sustentar suas obras. Outro ponto importante deste modelo foi a inserção das mulheres nas ações assistenciais locais, principalmente aquelas dirigidas para a maternidade e a infância, pois o Estado não só permitiu, mas apoiou a ação direta das mulheres no contexto das políticas públicas por meio de instituições benemerentes que dirigiam ou prestavam trabalho voluntário.

Nesse sentido, ao longo desta tese buscamos evidenciar que, devido sua complexidade estrutural, o sistema de proteção social brasileiro deve ser apreendido por diferentes perspectivas, sejam elas políticas, econômicas, sociais e culturais. Conforme demonstramos, as relações de gênero não podem ser preteridas ou invisibilizadas, pois mesmo que haja uma concordância tácita por parte de alguns pesquisadores de que o Estado de Bem-Estar visa atender todos seus beneficiários de forma homogênea, as políticas sociais foram vivenciadas e experimentadas de maneira distinta entre homens e mulheres. Da mesma maneira que analisamos as iniciativas filantrópicas e as políticas públicas materno-infantis, outros elementos do *Welfare State*, tais como aqueles ligados ao mundo laboral, da saúde, da educação, entre outros, devem ser submetidos a uma minuciosa análise de gênero.

Ainda no que tange às políticas materno-infantis, faz-se necessário a realização de futuros estudos que busquem, por meio da história oral, investigar como as mulheres beneficiárias receberam e interagiram com as políticas públicas, abrindo-lhes os caminhos ou não para a autonomia econômica, política e social. No campo dos estudos relativos ao Estado de Bem-Estar também é de grande relevância que se investigue a participação das mulheres nos aparatos burocráticos, técnicos e administrativos, procurando

compreender como elas se inseriram e exerceram profissões correlatas ou prestaram trabalho de forma voluntária, influenciando ou promovendo políticas sociais. Nossa pesquisa também aponta para a necessidade de se investigar detidamente os impactos das políticas familiares formuladas durante a Era Vargas, pois naquele período boa parte das iniciativas governamentais buscou reforçar padrões de masculinidade e feminilidade por meio da legislação trabalhista, educacional e de saúde. Outra possibilidade de pesquisa que aventamos está relacionada ao enorme acervo da Federação Brasileira pelo Progresso Feminino, já explorado por investigações que privilegiaram a história do sufrágio e da ação política feminista, mas que secundarizaram o extenso trabalho realizado pelas feministas da FBPF no campo social, como as ações maternalistas em defesa e pela valorização da maternidade e da infância.

Por fim, acreditamos que o desafio que se estabelece atualmente no que se refere às políticas públicas é de garantir a construção de ações e instituições que levem em conta o pluralismo existente na sociedade e que fomentem relações mais equitativas de gênero, capazes de revelar as injustiças que se fundamentam nas categorias binárias de masculino e feminino, trabalho produtivo e reprodutivo, público e privado, pai e mãe, que por tanto tempo sustentaram ideologicamente ações discriminatórias na forma de políticas de Bem-Estar.

FONTES E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Obras Referenciadas:

ABAD, Alicia Mira; SECO, Monica Moreno. Maternidad y evolución de la identidad femenina en la España del siglo XX. IN: PÉREZ, Magdalena Santo Tomas Perez.; Et Al. **La historia de las Mujeres**: una revisión historiográfica. Valladolid: Universidad de Valladolid, 2004.

ADANS, Julia; PANDAMSEE, Tasleem. Sings and regimes: rereading feminist work on welfare state social politics. In: **Social Politics Spring**. Oxford: Oxford University Press, 2001. p. 01-17.

ALMEIDA, Jane Soares de. Imagem feminina e maternidade: o concurso de robustez infantil em São Paulo (1928). In: **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**. Vol 88, n218. Brasília: INEP, 2007. p. 157-170.

ALVES, Ismael Gonçalves. ALVES, Ismael Gonçalves. Aproximações e perspectivas: um breve inventário sobre a produção de políticas públicas materno-infantis no sul de Santa Catarina. In: **Revista Opsis**. Vol 12. Goiás: UFG, 2012. p. 226-248

_____. Da soberania às biopolíticas: a medicina como instrumento de governo e a inserção da vida biológica na contemporaneidade. In: **Revista Contemporâneos**: Revista de Artes e Humanidades. v. 09. Santo André: UFABC, 2011. p. 01-26.

_____. Famílias Operárias Mineiras e Relações de Gênero: a construção do feminino através de cursos populares na Região Carbonífera Catarinense (1950-1960). In: **Revista Tempo e Argumento**. Vol. 02. Florianópolis: UDESC, 2010. p. 21-43

ANNESLEY, Claire. **Gendering the institutional politics of welfare reform in the UK**. (Paper). University of Manchester, 2008. p. 01-18.

AREND, Trabalho, escola e lazer. In: Era dos modelos rígidos. In: PINSKY, Carla Bassanezi; PEDRO, Joana. **Nova História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2012. p. 65-83.

ARRIBAS, Juan Carlos Manrique. La familia como medio de inclusión de la mujer em la sociedad franquista (separata). In: **Revista Hispania Nova**. N 07. 2007. p. 01-28.

ARRETCHE, Marta T. Emergência e desenvolvimento do *Welfare State*: teorias explicativas. **Boletim Informativo e bibliográfico das Ciências Sociais**. N 39. Rio de Janeiro: ANPOCS, 1995. p. 01-65.

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

BENTO, Leonardo Valles. **Governança e governabilidade na reforma do Estado**: entre eficiência e democratização. Barueri: Manole, 2003.

BEOZZO, José Oscar. Decadência e morte, restauração e multiplicação das ordens e congregações religiosas no Brasil 1870-1930. In: AZZI, Riolando. **A Vida Religiosa no Brasil**: enfoques históricos. São Paulo: Editora Paulinas, 1983.

BOCK, Gisela. Pobreza feminina, maternidade e direitos das mães na ascensão dos Estados-providência. In: DUBY, George; PERROT, Michele; THÉBAUD, Françoise. **História das mulheres o Ocidente**: O século XX. Vol. 5. Porto: Afrontamento, 1995. p. 436-477.

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

BOSCHILIA, Roseli Terezinha. Viril, produtivo e honrado: a construção da identidade masculina em colégios católicos. In: **Projeto História**. São Paulo: PUC, 2012. p. 243-268.

BRUSH, Lisa D. Love, toil, and trouble: motherhood and feminist politics. In: **Chicago Journal**. Vol 21, n 02. Chicago: The University Chicago Press, 1996. p. 429-454.

CAROLA, Carlos Renato. Dos Subterrâneos da História: as trabalhadoras das minas de carvão de Santa Catarina (1937-1964). Florianópolis: Ufsc, 2002.

CASTEL, Robert. As transformações da Questão Social. In: **Desigualdade e a Questão Social**. São Paulo: EDUC, 2000.

COSTA, Jurandir Freire. Ordem médica e norma familiar. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

COVA, Anne. As Promessas da História Comparada das Mulheres. In Cova, Anne (Eds.). **História Comparada das Mulheres**: Novas Abordagens. Lisboa: Livros Horizonte, 2008.

DIETZ, Mary G. El contexto es lo que cuenta: feminismo y teorías de la ciudadanía. In: **Revista Debates Feminista**. Vol 1. Marzo: 1991. p. 105-130.

DRAIBE, Sônia Miriam. O Welfare State no Brasil: características e perspectivas. In: **Caderno de Pesquisa n. 08**. Campinas: Unicamp/Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP), 1993.

ESPING-ANDERSEN, Gøsta. As três economias políticas do Welfare. IN: **Revista Lua Nova**. Nº 4. 1991. p. 85-116.

ESPING-ANDERSEN, Gøsta; MYLES, Jonh. **The Welfare State and Redistribution**. S/d. S/l. p. 01-26. [http://dcpis.upf.edu/~gosta-esping-andersen/materials/welfare_state.pdf]

FERREIRA, Luiz Otávio; SANGLARD, Gisela. Médicos e filantropos: a institucionalização do ensino da pediatria e da assistência à infância no Rio de Janeiro da Primeira República. In: **Varia História**. Vol 26, n 34. Belo Horizonte: UFMG, 2010. p. 437-459.

FIGUEIREDO, Arthur Moncorvo de. Rápida indicação dos motivos que justificam a criação nas faculdades de medicina brasileiras de uma cadeira de clínica de moléstias de crianças. Apud: ROCHA, José Martinho da. **Introdução à história da puericultura e pediatria no Brasil (1500-1882)**. Rio de Janeiro: Produtos Nestlé, 1947.

FIORI, José Luís. Estado de Bem-Estar Social: padrões e crises. In: **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**. N 02, volume 07. Rio de Janeiro: UERJ, 1997. p.129-147.

FONSECA, Cristina Maria de Oliveira. **Saúde no Governo Vargas (1930-45): Dualidade Institucional de um Bem Público**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

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

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

FRANCO, Rosario Ruiz. ¿Eternas menores? Las mujeres em el franquismo. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007.

FREIRE, Maria Martha de Luna. 'Ser mãe é uma ciência': mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920. In: **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. v.15, suplemento. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p.153-171.

GAMA, Andréa Gama. As contribuições e os dilemas da crítica feminista para a análise do Estado de Bem Estar. In: **Revista SER Social**. Vol. 10, n. 22. Jan/Jun de 2008. p. 41-68.

GARCIA, Renata Monteiro; SILVA JUNIOR, Nelson Gomes de Sant'Ana e. Moncorvo Filho e algumas histórias do Instituto de Proteção e Assistência à Infância. In: **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. Ano 10, n 2. Rio de Janeiro: UERJ, 2010. p. 613-632.

GARCÍA, Susanna Tavera. Mujeres en el discurso franquista hasta los años sesenta. In: FERRER-GÓMEZ, G; et all. **Historia de las mujeres en España y**

América Latina. Del siglo XIX a los umbrales del siglo XX. Madrid: Ediciones Cátedra, 2006. p. 239-266

GARRIGÓS, Lucía Provencio. La trampa discursiva del elogio a la maternidad cubana del siglo XIX. In: **Americania**. N 1. Sevilla: Universidad Pablo de Olavide, 2011.

RABELO, Giani. **Entre o hábito e o carvão**: pedagogias missionárias no sul de Santa Catarina na segunda metade do século XX. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação. UFGRS, 2007.

GLADSTONE, David (Org). **Before Beveridge: Welfare before Welfare State**. Wiltshire: The Comwell Press/Civitas, 1999.

GORDON, Linda. **Pitied but not entitled**: single mother and the history of welfare, 1890-1935. Cambridge: Harvard University Press, 1995.

_____. **The Welfare State**: towards a socialist-feminist perspective. In: The Socialist Register. Vol 26. Pontypool: The Merlin Press, 1990. p. 171-196.

GOULARTI FILHO, Alcides. Relações de trabalho e formação da mão-de-obra mineira em Santa Catarina, 1918-1929. In: GOULARTI FILHO, Alcides (Org). Memória e cultura do Carvão em Santa Catarina. Florianópolis: Cidade Futura, 2004.

HERNES, Helga Maria. **El poder de las mujeres y el Estado del Bienestar**. Madrid: Vindicacion feminista publicaciones, 1990.

HOBSBAWN, Eric. **A era das revoluções**. São Paulo: Paz e Terra, 2009.

HOCHMAN, Gilberto. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). In: **Educar**. N 25. Curitiba: UFPR, 2005. p. 127-141.

JUÁREZ, Gloria de la Luz; DAZA, Alfredo Sánchez. Transformaciones en el Estado de Bienestar. In: **Revista Análisis Económico**. Año/Vol XVIII. N. 38. DF, México: Universidad Autónoma Metropolitana – Azcapotzalco, 2003. p. 277-295.

KOVEN, Seth. Borderlands: Women, voluntary action and child welfare in Britain, 1840 to 1914. In: KOVEN, Seth; Michel, Sonia. **Mother of a new word**: maternalist politics and the origins of welfare states. New York: Routledge, 1993.

KOVEN, Seth; Michel, Sonia. **Mother of a new word**: maternalist politics and the origins of welfare states. New York: Routledge, 1993.

_____. Womanly Duties: Maternalist Politics and the Origins of Welfare States in France, Germany, Great Britain, and the United States, 1880-1920 In: **The American Historical Review**. Vol. 95, No. 4. Indiana: AHA, 1990. p. 1076-1108

LARSEN, Eirinn. **Gender and welfare state. Maternalism – a new historical concept?** (1996) (s/l) Disponível em: [\[http://www.ub.uib.no/elpub/1996/h/506002/eirinn.html\]](http://www.ub.uib.no/elpub/1996/h/506002/eirinn.html)

LEWIS, Jane. Género y estudio de los sistemas de asistencia. In: **Arenal**. Vol 1, n 1. Granada: Universidad de Granada, 1994.

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

LÔBO, Yolanda. **Bertha Lutz**. Recife: Fundação Joaquim Nabuco, Editora Massanga, 2010.

MARSHALL, Thomas Humphrey. Ciudadanía y clase social. In: **Revista Española de Investigaciones Sociológicas**. N° 79. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1997. p 297-344.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **A medicina da mulher: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia e da ginecologia no século XIX**. 2001. Tese (Doutorado) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas: UNICAMP, 2001.

_____. Gênero e assistência: considerações histórico-conceituais sobre práticas e políticas assistenciais. In: **Revista história, ciências, saúde – Manguinhos**. Vol. 18. Rio de Janeiro: FioCruz, 2011. p. 15-34.

_____. Memórias maternas: experiências da maternidade na transição do parto doméstico para o parto hospitalar. **Revista de História Oral**. n 8 vol 2. Rio de Janeiro: ABHO, 2005. p. 161-176

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

_____. **Visões do feminino**: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. [b]

MALUF, Marina e MOTT, Maria Lucia. “Recônditos do Mundo Feminino”. In: Nicolau Sevckenko (org.). **História da Vida Privada no Brasil**. República: da Belle Époque à Era Rádio. São Paulo, Cia das Letras, 1998, pp. 368 – 421.

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.

MINK, Gwendolyn. **The wages os motherhood**: inequality in the welfare state (1917-1942). Ithaca: Cornell University Press, 1996.

MOLINERO, Carme. Mujer, franquismo, fascismo: la clausura forzada en un "mundo pequeño". In: **Revista Historia Social**. N. 30. Valencia: Fundación Instituto Historia Social, 1998. p. 97-117.

MOLLAT, Michel. **Os pobres na Idade Média**. Rio de Janeiro: Campos, 1989.

MOREIRA, Manoel. **Higiene das Minas de Carvão do Estado de Santa Catarina**. Boletim nº 92. Rio de Janeiro: DNPM, 1952.

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

_____. Parteira ignorante: um erro de diagnóstico médico? In: **Revista de Estudos Feministas**. Ano 07. Vol 1-2. Florianópolis: UFSC, 1999. p. 26-36.

MOURO, Helena. Sistemas e modelos de proteção social: da caridade à assistência. In: **Revista Interações**. Nº 05. Coimbra: ISMT, 2003. p. 131-159.

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

NASH, Mary. Maternidad y construcción identitaria: debates del siglo XX. In: RUBIO, Gloria A. Franco (Org). **Debates sobre a maternidad desde una perspectiva histórica (siglos XVI-XX)**. Barcelona: Icaria Editorial, 2010. p. 23-50.

_____. Maternidad, maternología y reforma eugénica en España, 1900-1939 In: Georges Duby; Michelle Perrot (Orgs). **Historia de las mujeres en Occidente: el siglo XX**. Vol. 5. Tauros Ediciones: Madrid, 1996. p. 627-646. [b]

_____. Pronatalismo y maternidad em la España franquista. In: BOCK, Gisela; THANE, Pat (Orgs.). **Maternidad y políticas de género: la mujer en los estados de bienestar europeos, 1880-1950**. Madrid: Ediciones Cédra, 1996. [a]

O'CONNOR, James. **EUA: A Crise Fiscal do Estado**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1977.

OFFE, Claus. **Problemas Estruturais do Estado Capitalista**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

OFFEN, Karen. Definir el feminismo: um análisis histórico comparativo. In: **Revista História Social**. N. 9, Inverno de 1991. Madrid: Instituto de História Social, 1991. p. 103-135.

ORLOFF, Ann Shola. **Gender and the Welfare State**. (Estudio/Working Paper 1996/79). Wisconsin: University of Wisconsin-Madison, 1996. p. 01-100. [a]

_____. Gender in the Welfare State. In: **Annual Review of Sociology**, Vol. 22 (1996), p. 51-78. [b]

_____. **Gendering the Comparative Analysis of Welfare States: An Unfinished Agenda**. Montreal, 2009. p. 01-35.

_____. **Social Provision and Regulation: Theories of States, Social Policies and Modernity**. (Working Papers Series). Illinois: Institute for Policy Research Northwestern University, 2003. p. 01-44.

_____. 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.

PASTOR, Reyna. Mujeres en los linajes y en las familias: las madres, las nodrizas, las esteriles. In: **Revista Arenal**. N. 12, vol. 02. Universidad de Granada: Instituto de estudios de la mujer, 2005. p. 311-339.

PATERNA, Consuelo; MARTÍNEZ, Carmen. **La Maternidad hoy: claves y encrucijada**. Madrid: Minerva ediciones, 2005.

PINSKY, Carla Bassanezi. Era dos modelos rígidos. In: PINSKY, Carla Bassanezi; PEDRO, Joana. **Nova História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2012. p. 469-512.

PULEO, Alicia H. Filosofia e gênero: da memória do passado ao projeto de futuro IN: GODINHO, Tatau; SILVEIRA, Maria Lúcia da. **Políticas públicas e igualdade de gênero**. São Paulo: Coordenadoria Especial da Mulher, 2004.

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

REZENDE FILHO, Cyro de Barros. Os pobres na Idade Média: de minoria funcional a excluídos do paraíso. In: **Revista Ciências Humanas**. Nº 1, Vol. 1. Taubaté: UNITAU, 2009.

RINCÓN, Maria Fernanda del. Mujeres azules de la Sección femenina: formación, libros y bibliotecas para el adoctrinamiento político en España (1939-1945). In: **Revista Métodos de Información**. Vol 1. Epoca, 2010. p. 59-81.

SEGALEN, Martine. **Sociologia da Família**. Lisboa: Terramar, 1999.

SILVA, Rodrigo; OLMOS, Claudio. El desarrollo del estado de bienestar en los países capitalistas avanzados: un enfoque socio-histórico. In: **Revista Sociedad e Equidad**. N 1. Enero. Santiago de Chile: Universidad del Chile, 2011. p. 01-18.

SKOCPOL, Theda. America's First Social Security System: The Expansion of Benefits for Civil War Veterans. In: **Political Science Quarterly**, Vol. 108, N 1. New York: Academy of Political Science, 1993. p. 85-116.

_____. A Society without a 'State'? Political Organization, Social Conflict, and Welfare Provision in the United States. In: **Journal of Public Policy**. Vol. 7, No. 4 (Oct. - Dec., 1987), p. 349-371.

_____. **Protecting soldiers and mothers**: the political origins of social policy in the United States. Massachusetts: Harvard University Press, 1992.

THANE, Pat. Histories of Welfare State. In: **Today's Welfares**. University of London. s/d, s/l.

THÉBAUD, Françoise.;DUBY, George; PERROT, Michele. **História das mulheres o Ocidente**: O século XX. Vol. 5. Porto: Afrontamento, 1995.

THOMPSON, E. P. Folklore, antropología e historia social. In: **Revista Historia Social**. Nº 03. Valencia: Fundación Instituto Historia Social, 1989. p. 63-86.

TITMUSS, Richard M. **Social Policy**: an introduction. London: Unwin Hyman Ltda, 1990.

_____. The Role of Redistribution in Social Policy. In: **Social Security Administration**. London, December de 1964.

VALLES, Leonardo Bento. **Governança e governabilidade na reforma do Estado**: entre eficiência e democratização. Barueri: Manole, 2003.

WADSWORTH, James E. Moncorvo Filho e o problema da infância: modelos institucionais e ideológicos da assistência à infância no Brasil. In: **Revista brasileira de História**. [online]. vol.19, n.37. Anpuh, 1999. p. 103-124

WEINER, Lynn Y. Reconstructing Motherhood: The La Leche League in Postwar America. In: **The Journal of American History**. Vol. 80, No. 4. Organization of American Historians, 1994. p. 1357-1381.

WILENSKY, Harold & LEBEAUX, Charles. **Industry Society and Social Welfare**. New York, The Free Press, 1965.

WILKINSON, Patrick. The Selfless and the Helpless: Maternalist Origins of the U.S. Welfare State In: **Feminist Studies**. Vol. 25, N. 3 (Autumn, 1999). p. 571-597.

Publicações Oficiais:

BRASIL. **Anais da Câmara de Deputados**. Quarta-feira 29 de Julho de 1936. p.14512-14513.

BOA NOVA JUNIOR. Francisco de Paula. **Problemas médico-sanitários da indústria carvoeira**. Ministério da Agricultura: DNPM, 1953.

BOIANOVSKY, David. **A SATC e a Assistência Social na Zona Carbonífera de Santa Catarina**. In: II Simpósio Nacional do Carvão. Florianópolis: 1965.

BOIANOVSKY, David Luiz. **Serviço de Puericultura**. Criciúma: SATC, 1965. [b].

BRASIL. CPI do Carvão. In: Diários do Congresso Nacional. 31 de Janeiro de 1959. p. 946-954.

CEPCAN. **Assistência Social na Indústria Carvoeira**. 1956.

CHAVES. Emilia. **Serviço Social – Visitadoras Sociais**. Criciúma: SATC, 1965.

ERICHSEN, Alberto Ildelfonso. **Relatório da Diretoria 1947**. Nº 83. Rio de Janeiro: Departamento Nacional de Produção Mineral, 1948.

VARGAS, Getúlio. **Discurso pronunciado na Esplanada do Castelo, expondo a plataforma da Aliança Liberal na campanha para as eleições presidenciais de 1º de março de 1930, em 02 de Janeiro de 1930**. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional.

VARGAS, Getúlio. **Discurso pronunciado pelo Exmo. Presidente da República Sr. Getúlio Vargas, Chefe do Governo Provisório, na manifestação que lhe foi feita pelas classes trabalhadoras, em 29 de Outubro de 1932**. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional.

VARGAS, Getúlio. **Discurso pronunciado no salão de honra do Palácio Guanabara e transmitido pelo rádio. Vargas encerra as comemorações da Semana da Pátria e da Raça, enfatizando a necessidade de fortalecimento da raça, através do levantamento do nível cultural e eugênico da mocidade, em 07 de Setembro de 1938**.

VARGAS, Getúlio. **O bem-estar e a saúde das mães e das crianças**. Discurso pronunciado no Palácio Guanabara, em comemoração do Natal, em 24 de Dezembro de 1939.

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

VATICANO. **Carta Encíclica *Casti Connubii***. 1930. Versa acerca do Matrimônio Cristão em face das atuais condições, exigências, erros e vícios da família e da sociedade

VATICANO. **Carta Encíclica *Quadregesimo Anno***. 1931. Comemoração ao 40º aniversário da Carta Encíclica *Rerum Novarum*.

Manuais, Encartes e Relatórios:

ÁLBUM/Relatório das atividades das pequenas Irmãs da Divina Providência. (1955-1957) – SESI – Criciúma/SC.

AUCLERT, **Hubertine. Discours au Congrès ouvrier socialiste de Marseille (1879)**. In: [<http://www.alternativelibertaire.org/?Discours-d-Hubertine-Auclert-au>], visitado em 08/01/2014.

DNCr. **Livro das mães**. 3ª edição. N. 143. Rio de Janeiro: Departamento Nacional da Criança, 1955.

DNCr. Ministério da Saúde. **Campanha Nacional da Criança 1953-1955**. Rio de Janeiro. 1953.

GESTEIRA, Martagão. **Puericultura**: higiene física e social da criança. 3ª edição. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1957.

GRECHI, Henrique; PENNA, Helena B. Rossi. **Economia doméstica e puericultura**. São Paulo: Edições Melhoramentos, 1954.

KEY, Ellen Karolina Sofia. **The renaissance of motherhood**. New York: The Knickerboker press, 1914.

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

LIVRO de Crônicas do Hospital São José (1953-1960). N 01-02. Mimeo.

SATC. **Comunicado aos Representantes do Sindicato Nacional da Indústria da Extração do Carvão Mineral**. Criciúma, 18 de maio de 1962. [a]

SATC. **Estatutos da Sociedade de Assistência aos Trabalhadores do Carvão**. Criciúma, 1959.

SATC. **Relatório apresentado pela diretoria referente ao exercício de 1961**. Criciúma, 1962. [b]

SATC. **Relatório apresentado pela diretoria referente ao exercício de 1962**. Criciúma, 1963.

SATC. **Relatório apresentado pela diretoria referente ao exercício de 1963**. Criciúma, 1964.

SATC. **Relatório apresentado pela diretoria referente ao exercício de 1964.** Criciúma, 1965.

SATC. **Relatório apresentado pela diretoria referente ao exercício de 1965.** Criciúma, 1966.

SATC. **Relatório apresentado pela diretoria referente ao exercício de 1966.** Criciúma, 1967.

SATC. **Relatório apresentado pela diretoria referente ao exercício de 1969.** Criciúma, 1970.

Legislação:

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

BRASIL. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil.** (16 de Julho de 1934.

BRASIL. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil.** (10 de Novembro de 1937.

BRASIL. **Decreto nº 847, de 11 de Outubro de 1890.** Código Penal.

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 5.156, de 08 de março de 1904.** Da novo regulamento aos serviços a cargo da União. [b]

BRASIL. **Decreto nº 3.071, de 01 de Janeiro de 1916.** Código Civil dos Estados Unidos do Brasil.

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

BRASIL. **Decreto nº 21.417, de 17 de maio de 1932.** Regula as condições do trabalho das mulheres nos estabelecimentos industriais e comerciais.

BRASIL. **Decreto nº 24.278, de 22 de Maio de 1934.** Extingue a Inspetoria de Higiene Infantil da Saúde Pública; cria a Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância e dá outras providências.

BRASIL. **Decreto nº 1.764, de 10 de Novembro de 1939.** Cria a Comissão Nacional de Proteção a Família.

BRASIL. **Decreto nº 2.024, de 17 de Fevereiro de 1940.** Fixa as bases da organização da proteção à maternidade, à infância e à adolescência em todo o País.

BRASIL. **Decreto nº 2.848, de 22 de Dezembro de 1940.** Código Penal.

BRASIL. **Decreto nº 3.200, de 19 de Abril de 1941.** Dispõe sobre a organização e proteção da família.

BRASIL. **Decreto nº 3.775, de 30 de Outubro de 1941.** Dispõe da organização do Departamento Nacional da Criança, e dá outras providências.

BRASIL. **Decreto nº 10.475 de 23 de Setembro de 1942.** Aprova o Regulamento do curso de puericultura e administração de serviços de amparo à maternidade, à adolescência e à infância.

BRASIL. **Decreto nº 4.613 de 25 de Agosto de 1942.** Institui, como medida de emergência, a entrega obrigatória ao Governo Federal de todo o carvão nacional e dá outras providências

BRASIL. **Decreto nº 8.778 de 22 de Janeiro de 1946.** Regula os exames de habilitação para os Auxiliares de Enfermagem e Parteiras Práticas.

BRASIL. **Lei nº 1.886 de 11 de Junho de 1953.** Aprova o Plano do Carvão Nacional e dispõe sobre sua execução.

BRASIL. **Decreto nº 36.745 de 03 de Janeiro de 1955.** Aprova o Regimento da Comissão Executiva do Plano do Carvão Nacional.

OIT. **Convenção de Washington (n 5).** Washigton 29 de outubro de 1919. Versa sobre a idade mínima para admissão nos trabalhos industriais.

Fontes Federação Brasileira pelo Progresso Feminino (Arquivo Nacional do Rio de Janeiro):

TIBIRIÇÁ, Alice Toledo. Culto às Mães. In: Arquivo Nacional. Pasta: [BR,AN,RIO.QO.DEU.MAE]

BRASIL. Projeto N 623/1937. In: **Câmara dos Deputados**, Comissão Especial do Estatuto da Mulher, 1937. [BR,AN,RIO.QO.DEU.PRT, TXT4. VOL2] [b]

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Comissão de Legislação Social: Estatuto da Mulher. In: **Diário do Poder Legislativo.** Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1937. [BR,AN,RIO.QO.DEU.PRT, TXT4. VOL1]

Periódicos:

A CAMPANHA nacional pela alimentação da criança. In: **A Noite**. Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 1937. p. 14.

A CIÊNCIA ampara o pequeno Brasileiro. In: **A noite**. Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 1945. p. 08-09.

A COLABORAÇÃO dos Correios e Telégrafos á obra de Proteção a Maternidade e á Infância. In: **Jornal do Brasil**. Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 1936. p. 16.

A CRIAÇÃO de um lactario e uma cozinha dietética em Manaus. In: **A Batalha**. Rio de Janeiro, 24 de Julho de 1936. p. 05.

A FEDERAÇÃO Brasileira pelo Progresso Feminino. In: **Correio da Manhã**. Rio de Janeiro, 29 de Junho de 1930. p. 01 e 08

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

ASSISTÊNCIA das Pioneiras Sociais aos escolares pobres. In: **Tribuna Criciumense**. Criciúma, 02 de Novembro de 1959. p. 06

INSTITUTO de Assistência á Infância. In: **Correio da Manhã**, Rio de Janeiro, 30 de Junho de 1907. p. 01-02.

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

BARBOSA, Luiz. Assistência Particular: A Policlínica de Botafogo. In: **O Brazil – Médico**, Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 1900. Ano 14, n 29. p. 265-267.

BARBOSA, Luiz. Assistência Pública: A Policlínica de Botafogo. In: **O Brazil – Médico**, Rio de Janeiro, 01 de Março de 1904. Ano 13, n 09. p. 109-111.

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

BORBA, Donatila. Dia das Mães. In: **Tribuna Criciumense**. Criciúma, 22 de Maio de 1961. p. 06.

CAMPANHA da Criança. In: **O momento feminino**. Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 1947. s/p

CAMPANHA nacional pela alimentação infantil: índice de sua crescente infiltração nas camadas populares. In: **Jornal do Brasil**. Rio de Janeiro, 02 de Julho de 1935. p. 08.

CAPANEMA *apud* GOULART, R. A mortalidade Infantil no Rio de Janeiro. In: **Dom Casmurro**. Rio de Janeiro, 11 de Março de 1942. p. 04.

CARVALHO, Carmen de. A Federação Brasileira pelo Progresso Feminino e seus Fins. In: **Correio da Manhã**. Rio de Janeiro, 29 de Junho de 1930. p. 08.

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

CARVÃO aumenta este ano. In: **Correio da Manhã**. Rio de Janeiro, 22 de Março de 1966. p. 11.

CHRONICA e Notícias: Instituto de Assistencia e Protecção á Infância. In: **O Brazil – Médico**, Rio de Janeiro, 01 de Julho de 1901. ano 15, n 25. p. 280.

COSTA, Bonifácio. Constituição de 10 de Novembro e a Criança. In: **Revista Ciência Política**. Fascículo 06, Volume 09. Rio de Janeiro, Dezembro de 1944. p. 69-73.

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

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

COSTA, Arthur Ferreira. A proteção da família no Estado Novo. In: **Revista Ciência Política**. Fascículo 03, Volume 04. Rio de Janeiro, Abril de 1942. p. 38-42.

CREDO da Criança. In: **Tribuna Criciumense**. Criciúma, 09 de Maio de 1955. p. 10.

CURSO preparatório de serviços sociais: a higiene da criança. In: **Jornal do Brasil**. Rio de Janeiro, 24 de Junho de 1936. p. 07.

DANTAS, Mercedes. O milagre brasileiro. In: **Jornal do Brasil**. Rio de Janeiro, 15 de Outubro de 1936. p. 05.

DEPARTAMENTO da Creança no Brasil. In: **A Noite**. Rio de Janeiro, 19 de Outubro de 1919. p. 04.

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

DIA da Criança. In: **O paiz**. Rio de Janeiro, 11 de outubro de 1934. p. 01-04.

DISTRIBUIÇÃO das verbas do Plano do Carvão Nacional. In: **Tribuna Criciumense**, Criciúma 06 de Fevereiro de 1956. p. 03

DOLORES, Carmen. Conversando. In: **Correio da Manhã**, Rio de Janeiro, 07 de Maio de 1908. p. 01.

DÓRIA, Ari. O presidente Getúlio Vargas e a proteção à maternidade e à infância. **Revista Ciência Política**. Fascículo 01, Volume 09. Rio de Janeiro. Julho de 1944. p. 37- 44.

ESCOLA Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto. In: **Jornal do Brasil**. Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 1939. p. 12.

ESTE foi o primeiro.... In: **Tribuna Criciumense**. Criciúma, 13 de Novembro de 1961. p. 01.

FALCÃO, Armando Ribeiro. Marchando com o Estado Novo. In: **Revista Ciência Política**. Fascículo 05, Volume 01. Rio de Janeiro, Março de 1942. p. 117-120.

FIGUEIREDO, Gastão. Fundo Nacional de Proteção à Criança. In: **Jornal Diretrizes**. Rio de Janeiro, 28 de Março de 1942. p. 20.

FILHO, Arthur Moncorvo. O 1º CONGRESSO Americano da Criança: América do Sul ocupando-se da criança, dá um bello exemplo ao mundo. In: **Correio da Manhã**, Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 1916. p. 05.

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

GARDENIA, Paulo de. Momento elegante. In: **Revista da Semana**. Ano 15, nº 22. Rio de Janeiro, 10 de Junho de 1915. s/p.

GRANDIOSO plano de assistência social para a região carbonífera. In: **Tribuna Criciumense**, Criciúma, 23 de Maio de 1955. p. 01

HINO do Clube da Lady: dedicado as ladys do Brasil. In: **Tribuna Criciumense**, Criciúma, 03 de Outubro de 1960. p. 01

INSTITUTO de Protecção á Infância. In: **O Paiz**. Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 1918. p. 05.

LIMA, Souza. Chronica e noticias: Quinto Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia. In: **O Brazil-Médico**, Rio de Janeiro de 01 de Junho de 1903. p. 240.

LUTZ, Bertha. Em que consiste o feminismo. In: **Rio Jornal**. Rio de Janeiro, 24 de abril de 1919. p. 14.

_____. Ata da sessão de instalação da comissão elaboradora do ante-projeto da Constituição. In: **Diário Oficial da União (DOU)**. Rio de Janeiro, de 12 de Novembro de 1932.

MANIF, Zacharias. Mortalidade infantil em Criciúma. In: **Tribuna Criciumense**. Criciúma, 20 de maio de 1957. p. 01 e 03 [a]

MANIF, Zacharias. Mortalidade infantil em Criciúma. In: **Tribuna Criciumense**. Criciúma, 27 de maio de 1957. p. 07. [b]

MANIF, Zacharias. Mortalidade infantil em Criciúma. In: **Tribuna Criciumense**. Criciúma, 03 de abril de 1957. p. 07. [c]

MOVIMENTO em prol da criança. In: **Diário da Noite**. Rio de Janeiro, 4 de Janeiro de 1935. p. 04

NATAL das creanças pobres. In: **O Imparcial**. Rio de Janeiro, 19 de Novembro de 1926. p. 05.

NO panorama da miséria, creanças doentes, mulheres pobres, freiras, médicos, caridade e sciencia: uma hora na Policlina das Creanças. In: **A Noite**. Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 1913. p. 04.

NOTAS e Comentários. In: **Revista Ciência Política**. Fascículo 02, Volume 01. Rio de Janeiro. Outubro de 1940. p. 54.

NOTA [Campanha Nacional da Criança]. In: **A Manhã**. Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 1944. p. 01.

NOVO Hospital Volante das Pioneiras Sociais. In: **Tribuna Criciumense**. Criciúma, 24 de Agosto de 1959. p. 05.

O AMOR de mãe é uma força. **Revista da Semana**. Ano XLII, n 45. Rio de Janeiro, 08 de Fevereiro de 1941. p. 48-49.

O Brazil-Médico, Rio de Janeiro, 01 de Junho de 1900. Ano 18, n 31. p. 225-226.

O Brazil-Médico, Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 1904. Ano 15, n 25. p. 320.

O “DIA da Criança” e as comemorações nesta Capital e em Nitheroy. In: **Diário Carioca**. Rio de Janeiro 13 de outubro de 1929. p. 02

O PROBLEMA da infância abandonada será o tema principal da “Semana da Criança. In: **Jornal A Manhã**. Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 1943. p. 12.

O QUE já realizou e vai realizar o Departamento Nacional da Criança: a defesa da criança brasileira na palavra de um técnico da ciência da nutrição. In: **Jornal A Manhã**. Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 1941. p. 03 e 10.

OLIVEIRA, Olinto. A Proteção a infância no Brasil. In: **Jornal do Brasil**. Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 1935. p. 10.

PARENTE, Abel. A infecção puerperal. In: **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. In: **A Noite**, Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 1922. p. 06.

PELA criança pobre. In: **O Imparcial**. Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 1922. p. 10.

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

PENSAMENTOS alheios. In: *Jornal das moças*, Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 1914. Ano 01, n 09. p. s/p.

QUINTO Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia: Secção de Obstetricia, Gynecologia e Pediatria. In: **O Brazil-médico**. Rio de Janeiro, 01 de Setembro de 1903. N 33 ano 18. p. 347-351.

ROGER, Silvia. Não cometa esse erro. In: **Revista da Semana**. Rio de Janeiro, 22 de janeiro de 1944. p. 45.

SECUNDINO, Ilná. O Presidente Vargas e a juventude brasileira. In: **Revista Ciência Política**. Fascículo 01, Volume 10. Rio de Janeiro. Janeiro de 1951. p. 18-24.

SEIDL, Carlos. Quinto Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia: discurso do orador official. In: **O Brazil-Médico**, Rio de Janeiro, 01 de Junho de 1903. Ano 25, n 01. p. 244-246.

SEGUNDO Congresso Internacional Feminino. In: **Correio da Manhã**, Rio de Janeiro, 25 de Junho de 1931. p. 05.

SEMANA da Criança. In: **Revista da Semana**. N 43. Rio de Janeiro, 21 de Outubro de 1944. p. 28-29.

TRANJAN, Alfredo. Getúlio Vargas e a família. In: **Revista Ciência Política**. Fascículo 03, Volume 02. Rio de Janeiro. Outubro de 1941. p. 44-48.

UMA CRUZADA do bem: Campanha Nacional pela Alimentação da Criança. In: **O Imparcial**. Rio de Janeiro, 17 de Julho de 1936. p. 07.

VARGAS, Getúlio. 2º Congresso Feminino Internacional. *Apud*: **Diário Carioca**. Rio de Janeiro, 20 de Junho de 1931. p. 01.