

Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ
Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde

LIDIANE MONTEIRO RIBEIRO

**DA EDUCAÇÃO SANITÁRIA À PROTEÇÃO SOCIAL: PLANOS, DISPUTAS E
AÇÕES DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA MATERNO INFANTIL NO BRASIL,
1934-1945**

Rio de Janeiro

2020

LIDIANE MONTEIRO RIBEIRO

**DA EDUCAÇÃO SANITÁRIA À PROTEÇÃO SOCIAL: PLANOS, DISPUTAS E
AÇÕES DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA MATERNO INFANTIL NO BRASIL,
1934-1945**

Tese de doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor. Área de Concentração: História das Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Otávio Ferreira

Rio de Janeiro

2020

LIDIANE MONTEIRO RIBEIRO

**DA EDUCAÇÃO SANITÁRIA À PROTEÇÃO SOCIAL: PLANOS, DISPUTAS E
AÇÕES DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA MATERNO INFANTIL NO BRASIL,
1934-1945**

Tese de doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor. Área de Concentração: História das Ciências.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr Luiz Otávio Ferreira (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz) – Orientador

Prof^a. Dr^a. Gisele Porto Sanglard (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz)

Prof^a. Dr^a. Sônia de Oliveira Câmara Rangel (Programa de Pós-Graduação em Educação - Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGE/UERJ))

Prof^a. Dr^a. Maria Renilda Nery Barreto (Programa de Pós-Graduação em Relações Étnico Raciais do Centro Federal de Educação Tecnológica do Rio de Janeiro (CEFET-RJ))

Prof^a. Dr^a. Maria Martha de Luna Freire (Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Universidade Federal Fluminense)

Suplentes:

Prof^a. Dr^a. Nara Azevedo (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz)

Prof^a. Dr^a. Daiane Silveira Rossi (Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do RJ/ Fundação Oswaldo Cruz - FAPERJ/FIOCRUZ)

Rio de Janeiro

2020

Ficha Catalográfica

R484e Ribeiro, Lidiane Monteiro.

Da educação sanitária à proteção social : planos, disputas e ações da política de assistência materno infantil no Brasil, 1934-1945 / Lidiane Monteiro Ribeiro ; orientada por Luiz Otávio Ferreira. – Rio de Janeiro : s.n., 2020.
242 f.

Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde). – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2020.
Bibliografia: 219-238f.

1. Serviços de Saúde Materno-Infantil. 2. Cuidado da Criança. 3. História do Século XX. 4. Brasil.

CDD 362.1

Catálogo na fonte - Marise Terra Lachini – CRB6-351

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Alberto e Lourdes, por nos ensinarem o valor da educação para as nossas vidas.

Às minhas irmãs, Vanessa e Leticia, pelo incentivo, mesmo que à distância, e por todas as lembranças que construímos juntas.

Ao João Victor, pelo amor, pelo cuidado e pela atenção. Sem seu carinho este trabalho teria sido mais árduo e menos feliz.

Aos meus sogros, D. Tereza e Seu Adalto, por meu receberem como filha e por serem meus segundos pais.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Luiz Otávio Ferreira, pela sua compreensão. Não teria sido possível concluir este trabalho sem sua leitura atenta e as correções que realizou.

Ao Prof. Dr. Gilberto Hochman e à Prof^a Dr^a Maria Martha de Luna Freire, por terem participado da banca de qualificação desta tese e pelas contribuições valiosas para a realização deste trabalho.

Às Profs.^a Drs.^a Gisele Sanglard, Sônia Camara, Renilda Barreto, Martha Freire, Nara Azevedo e Daiane Rossi, por aceitarem participar da banca de defesa desta tese.

À minha amiga, Elizabete Vianna Delamarque, pela amizade e cumplicidade, que chegou pelos corredores do PPGHCS e que levamos para a vida. Obrigada pelo incentivo. Você sabe o quanto é especial para mim.

Ao meu amigo, quase irmão, Adriano Santos Soares, por ser uma pessoa com quem posso compartilhar a vida.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, por fazerem deste espaço um local de debates e aprendizagens.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, por serem sempre tão solícitos.

Aos colegas de turma, pelas trocas e pelos momentos de descontração sempre tão necessários.

À Fundação Oswaldo Cruz, pela bolsa de pesquisa que me permitiu escrever esta tese.

Aos funcionários de arquivos e bibliotecas que nos ajudam tanto durante todos estes anos de trabalho.

RESUMO

O objetivo desta tese é analisar as continuidades e as discontinuidades da política materno-infantil entre os anos de 1934 e 1945. O recorte cronológico desta análise tem início no ano de 1934, quando o primeiro órgão federal de assistência materno-infantil, a Inspetoria de Higiene Infantil, foi transformada em Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância e se estende até o ano de 1945, quando foi encerrada a gestão de Olympio Olinto de Oliveira no Departamento Nacional da Criança (DNCr). Neste período ocorreram as principais transformações que fizeram com que a política materno-infantil passasse a fundamentar seu projeto médico-social em ações de educação sanitária e de proteção social. Também a política materno-infantil, que se caracterizava por ser descentralizada e local, se tornou centralizada e nacional. Pautaremos nossa análise na disputa entre os projetos defendidos pelos médicos puericultores Olympio Olinto de Oliveira e Joaquim Martagão Gesteira, diretores dos dois órgãos federais de assistência materno-infantil varguistas: a Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância (DAMI/1937-1940) e o Instituto Nacional de Puericultura (INP/1937-1941), respectivamente. Analisaremos as influências destes projetos no programa do DNCr, a partir de suas ações assistenciais, educação sanitária das mães e de propagação da cultura sanitária da puericultura. Analisaremos, também, a implantação dos postos de puericultura com auxílio filantrópico da Campanha de Redenção da Criança. Acreditamos que o DNCr foi formado a partir do amálgama da política materno-infantil defendida por estes dois médicos puericultores e que, ao se dedicar à implantação de uma rede nacional de postos de puericultura, obedeceu a uma lógica do programa do Departamento Nacional de Saúde.

Palavras-chaves: Departamento Nacional da Criança - Olympio Olinto de Oliveira - Joaquim Martagão Gesteira - Política materno-infantil – Puericultura.

ABSTRACT

The target of this thesis is to analyse the continuities and the discontinuities of the maternal-infant policy, between the years 1934 and 1945. The chronological cut of this analysis begins in 1934, when the first federal agency of maternal-infant assistance the *Inspetoria de Higiene Infantil* was turned into *Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância*. It runs to 1945, when Olympio Olinto de Oliveira's management in the *Departamento Nacional da Criança* was over. During this period occurred the main transformations that allowed the maternal-infant policy to support their health social project with actions of sanitary education and social protection. Also, this policy that was decentralized and local became centralied and national. Our analysis will be guided by the dispute raised between the projects of these childcare workers, Olympio Olinto de Oliveira e Joaquim Martagão Gesteira, both directors of two maternal-infant assistance federal agencies representatives of Vargas: a *Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância* (DAM/1937-1940) and the *Instituto Nacional de Puericultura* (INP/1937 – 1941) respectively. The influency of these projects will be analyzed on the approach of their social actions, maternal sanitary education and the spread of childcare culture. We also will focus on the implementation of childcare posts with philanthropic help of the *Campanha de Redenção da Criança*. We believe that the DNCr was created from an amalgamo of the maternal-infant policy performed by these two childcare workers, who following a logic programme of the *Departamento Nacional de Saúde*, created a national network of childcare posts.

Key words: Departamento Nacional da Criança – Olympio Olinto de Oliveira – Joaquim Martagão Gesteira - Maternal-infant policy - Childcare

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Quantidade de maternidades e postos de puericultura subsidiados pelo DNCr no período de 1939 a 1945	148
Gráfico 2 - Associações de proteção à infância articuladas com o governo federal.	154
Gráfico 3 - Doadores da Campanha de Redenção da Criança.....	164

LISTA DE IMAGENS

Imagem 1- Sala de espera e matrícula da Policlínica Arnaldo Baptista Marques da LBCMI.	77
Imagem 2- Organograma do Instituto de Puericultura da Universidade do Brasil	89
Imagem 3 - Modalidade de serviços assistenciais de puericultura individual e social.....	95
Imagem 4 - Maquete do posto de puericultura e exposição de puericultura de 1942.....	116
Imagem 5- Cartaz de propaganda do posto de puericultura distribuído durante a semana da criança de 1942.	118
Imagem 6- Modelo de cartaz para a campanha de divulgação da higiene pré-natal nos postos de puericultura	124
Imagem 7 -Modelo de cartaz para a campanha de divulgação da higiene pré-natal nos postos de puericultura	124
Imagem 8 -Modelo de cartaz para a campanha de divulgação da higiene pré-natal nos postos de puericultura	125
Imagem 9 - Modelo de ficha que deveria ser utilizada no serviço de higiene infantil (frente e verso).....	131
Imagem 10 -Cartazes sobre alimentação infantil da semana da criança de 1942.	135
Imagem 11 - Planta Baixa de posto de puericultura de tipo “econômico”	136
Imagem 12 - Planta Baixa de posto de puericultura.	137
Imagem 13 - Obras de proteção à maternidade, à infância e à adolescência auxiliadas pelo governo federal, através do Departamento Nacional da Criança	149
Imagem 14 - Mapa do Brasil com indicação do local onde foram instalados os postos da CRCr	161
Imagem 15 - Capa do livro As perturbações gastro-intestinais na 1ª infância e seu tratamento.	189

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Serviços da LBCMI desenvolvidos sob orientação do SHI (1923 -1930)	78
Quadro 2- Serviços do complexo assistencial da LBCMI instalados na Santa Casa.	79
Quadro 3 - Meios de atuação da puericultura.....	96
Quadro 4 - Cursos do Departamento Nacional da Criança	175
Quadro 5 - Programa do Curso de Puericultura e Administração.	178

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Movimentação da Seção de Serviços de Assistência do IPUB.....	101
Tabela 2- Serviços de proteção materno-infantil instalados com subsídios federais	146
Tabela 3 - Quantitativo de postos de puericultura construídos pelo DNCR e ranking populacional dos estados, 1939- 1945.	150
Tabela 4 - Quantitativo de médicos inscritos no CPA (1943 – 1945)	177
Tabela 5 - Quantitativo de médicos inscritos no CAEM (1943 – 1945).....	181
Tabela 6- Cursos de Treinamento de Pessoal Auxiliar 1944 e 1945	184
Tabela 7 - Livros da “Coleção do DNCR” publicados entre 1940 e 1945.....	191

LISTA DE SIGLAS

BTDNcr - Boletins Trimestrais do Departamento Nacional da Criança

CAEM - Cursos de Aperfeiçoamento e Especialização de Médicos

CNACr- Campanha Nacional pela Alimentação da Criança

CNPI – Conferência Nacional de Proteção da Infância

CNSS – Conselho Nacional de Serviço Social

CPA- Curso de Puericultura e Administração

CRCr – Campanha de Redenção da Criança

CTPA - Cursos de Treinamento de Pessoal Auxiliar

DAMI – Divisão de Amparo Materno-Infantil

DECr – Departamento Estadual da Criança

DNcr – Departamento Nacional da Criança

DNS – Departamento Nacional de Saúde

DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública

DPMI – Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância

FMRJ – Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

FMBA – Faculdade de Medicina da Bahia

IHI – Inspeção de Higiene Infantil

INP – Instituto Nacional de Puericultura

LBA – Legião Brasileira de Assistência

LBCMI – Liga Baiana contra a Mortalidade Infantil

MES – Ministério da Educação e Saúde

MESP – Ministério da Educação e Saúde Pública

SCMBA – Santa Casa de Misericórdia da Bahia

SHI – Serviço de Higiene Infantil

SUMÁRIO

Introdução	1
Capítulo 1 - Da Diretoria de Proteção Materno-Infantil ao Departamento Nacional da Criança: Olympio Olinto de Oliveira e a política de proteção materno-infantil (1934-1940)	12
1.1 – A Conferência Nacional de Proteção à Infância (1933)	13
1.2 - A política materno-infantil da Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância (1934 – 1937).....	22
1.2.1 – A Campanha Nacional pela Alimentação da Criança (CNACr).....	28
1.2.2- Puericultores versus Sanitaristas: a disputa pela autoridade sobre o campo materno-infantil	39
1.3 – A Divisão de Amparo Materno-Infantil (1937 – 1940).....	44
1.3.1 - Um “novo” programa para a política materno-infantil	53
1.4 – A criação do Departamento Nacional da Criança e a definição da “nova” política de proteção materno-infantil.....	60
1.4.1 - O programa de ação do Departamento Nacional da Criança	66
Capítulo 2 – O Instituto Nacional de Puericultura: o projeto acadêmico e de assistência materno-infantil de Joaquim Martagão Gesteira	70
2.1 – A política materno-infantil na Primeira República: a Inspeção de Higiene Infantil (DF) e o Serviço de Higiene Infantil (BA)	71
2.2 – Os projetos para o Instituto Nacional de Puericultura	82
2.3 – Um novo programa para a puericultura	91
2.4 - Instituto de Puericultura da Universidade do Brasil em funcionamento (1937-1941)	100
2.4.1 – Percalços do Instituto Nacional de Puericultura	103
Capítulo 3 – Um grande desafio: a implantação de uma rede nacional de postos de puericultura	110
3.1 – Os postos de puericultura como agência de proteção social	110
3.1.1 – Proteção à maternidade: os serviços de Higiene pré-natal e Obstétrico domiciliar	120
3.1. 2 – A proteção à criança: o serviço de Higiene infantil e o Lactário	127
3.1.3 – Educação sanitária: Clubes de Mães e as Campanhas Educativas.....	138
3. 2 - A implantação da rede nacional de postos de puericultura.....	144
3.2.1 - A Campanha de Redenção da Criança	155
Capítulo 4 – A formação dos puericultores: as estratégias educativas para leigos e profissionais	166
4.1 – Os especialistas em puericultura: médicos e visitadoras sanitárias	166
4.1.1 – Postos de Puericultura sem puericultores?	173

4.2 – As estratégias educativas: coleções e boletins do Departamento Nacional da Criança	187
4.2.1 – A propagação da puericultura entre leigos e filantropos e médicos.....	201
Considerações Finais.....	214
Referências	219
Anexo 1 – Planta Baixa de um Centro de Saúde.....	239
Anexo 2 – Organograma do Departamento Nacional da Criança	240
Anexo 3 – Postos de puericultura instalados pela Campanha de Redenção da Criança e seus respectivos doadores	241

Introdução

O objetivo desta tese é analisar as continuidades e as discontinuidades da política materno-infantil entre os anos de 1934 e 1945. O recorte cronológico desta análise compreende o período em que ocorreram as principais transformações que fizeram com que esta política passasse a fundamentar seu projeto médico-social em ações de educação sanitária e de proteção social. A criação do Departamento Nacional da Criança e a gestão Olympio Olinto de Oliveira (1940-1945) marcaram a transição de uma política materno-infantil descentralizada e local, para uma política centralizada e nacional.

Analizamos os projetos de reforma da política materno-infantil propostos por dois atores inseridos na burocracia estatal varguista: Olympio Olinto de Oliveira, que chefiou todos os serviços federais de proteção materno-infantil no período analisado, e Joaquim Martagão Gesteira, diretor do Instituto Nacional de Puericultura. Além disso, analisamos as estratégias adotadas pelo Departamento Nacional da Criança para solucionar duas das questões mais problemáticas para a implementação da política materno-infantil naquele contexto, que foi a questão do financiamento das ações de proteção materno-infantil e a formação dos profissionais de saúde especialistas em puericultura.

O marco inicial desta análise é o ano de 1934, quando a Inspetoria de Higiene Infantil foi transformada em Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância. Esse ano é uma espécie de “marco legal” para o início das transformações na política materno-infantil, que vinham sendo anunciadas pelo presidente Getúlio Vargas desde 1932, quando convocou os interventores a organizarem uma pesquisa a respeito da mortalidade infantil nos seus estados. Mas que começou a ser discutida na Conferência Nacional de Proteção à Infância, ocorrida em 1933, e que foi o espaço onde alguns projetos reformistas foram debatidos.

Nossa análise se encerra no ano de 1945, que corresponde ao ano de aposentadoria de Olympio Olinto de Oliveira e, portanto, ano em que encerra sua gestão à frente do Departamento Nacional da Criança. Olinto de Oliveira é um ator relevante neste processo de reforma da política materno-infantil, pois ele foi gestor de todos os órgãos federais que coordenaram estas ações entre 1930 e 1945 (a Inspetoria de Higiene Infantil (1930-1934), a Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância (1934-1937), a Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância (1937-1940) e o Departamento Nacional da Criança (1940-1945)). Entendemos que, ao final de sua gestão, uma nova política materno-infantil já havia se

consolidado e o programa de ação do Departamento Nacional da Criança já estava sendo implantado.

Entre os anos de 1923 a 1934, período de existência da Inspetoria de Higiene Infantil (IHI), primeiro órgão federal coordenador das ações de assistência à maternidade e à infância, a política materno-infantil caracterizava-se por ter as suas ações subordinadas ao Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e restritas ao Distrito Federal (RJ). Sua ação nos estados demandava a realização de acordos entre o governo federal e os governos estaduais.

O projeto médico-social da IHI definia que seu público-alvo seria a primeira infância, faixa etária na qual ocorria o maior número de mortes entre crianças no início do século XX. Segundo os pediatras e puericultores, as causas do elevado índice de mortalidade infantil no país relacionavam-se com as práticas tradicionais do cuidado com a criança, sobretudo a alimentação oferecida pelas mães aos bebês. Os médicos especialistas estavam convencidos de que a transformação destes costumes era a ação mais eficiente para conter a mortalidade no primeiro ano de vida. A ação assistencial recomendada pela IHI foi, portanto, a educação sanitária das mães. A correção dos erros na alimentação dos infantes era um ponto primordial e o modelo institucional adotado para servir de espaço para este tipo de assistência foram os consultórios de higiene infantil.

A transformação da IHI em Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância (DPMI) iniciou uma série de mudanças na política materno-infantil, que culminaram na criação do Departamento Nacional da Criança (DNCr) em 1940. A assistência passou a ser feita por meio de um sistema de proteção social que combinava ações no campo da saúde, da educação e da assistência social. O público-alvo destas ações passou a ser a criança, do nascimento à adolescência.

Em termos burocráticos, a coordenação das ações de proteção materno-infantil foi centralizada no DNCr e este ficou subordinado diretamente ao ministro da Educação e Saúde. O raio de ação da política federal materno-infantil foi ampliado, passando a ter ingerência sobre todos os estados e territórios brasileiros, sem que fosse necessário algum tipo de acordo prévio autorizando sua atuação.

O modelo institucional privilegiado pelo DNCr foi o posto de puericultura. Um espaço assistencial composto por serviços de natureza médica, social e de educação sanitária das mães, especializado no atendimento à maternidade e à criança. Este modelo reproduzia o complexo de serviços de puericultura responsável pela modernização da assistência materno-infantil durante a Primeira República.

A análise da reforma da política materno-infantil, ocorrida durante a década de 1930, é fundamental para entendermos suas transformações e, conseqüentemente, as características assumidas pelo DNCr. Como veremos a seguir, as pesquisas que analisam a criação deste órgão têm apontado que este processo foi permeado por debates entre alguns grupos sociais envolvidos com a causa da maternidade e da infância. Estes grupos almejavam imprimir suas orientações à nova política social ou, em alguns casos, defender a autoridade da sua especialidade sobre o campo materno-infantil. Estes debates ocorreram, sobretudo, na Conferência Nacional de Proteção à Infância (1933) e na Assembleia Nacional Constituinte (1933-1934). Estiveram envolvidos nesta discussão médicos sanitaristas, juristas, pedagogos, políticos, feministas e os médicos puericultores. Os trabalhos a seguir analisam este processo.

A dissertação *Políticas sociais e corporativismo no Brasil: O Departamento Nacional da Criança no Estado Novo*, escrita por André Ricardo Pereira é um dos trabalhos mais referenciados sobre o tema. O autor faz uma análise histórica que remonta ao século XIX, quando são criadas as demandas sociais em torno da proteção materno-infantil, para explicar a relação estabelecida entre as organizações privadas de assistência, o corpo burocrático de médicos que compunham a IHI e o ministro Gustavo Capanema na formação do DNCr. Nesta análise, o DNCr é entendido como uma solução corporativa de um governo altamente estatizante e intervencionista, mas que permitiu que a proteção materno-infantil fosse oferecida por meio de uma aliança entre o Estado e a Sociedade. Para a qual o Estado renunciou ao seu papel de promotor do bem-estar social, atendendo às demandas das organizações privadas de assistência e dos grupos sociais que historicamente atuavam com a infância (PEREIRA, 1992).

Em tese defendida no ano de 2006, Irene Bulcão analisou o movimento de criação e implementação de ações assistenciais para crianças “desvalidas” e “delinquentes” pelo DNCr e pelo Serviço de Assistência aos Menores, criado em 1941. O objetivo de sua tese, cujo título é *Investigando as Políticas de Assistência e Proteção à Infância: Psicologia e ações do Estado*, foi identificar e analisar as noções de psicologia presentes nas ações assistenciais de ambos os órgãos (BULCÃO, 2006).

A tese de Hélio Alexandre Mariano, intitulada *Assistência à Infância e o Amparo à Maternidade no Brasil, 1927-1940*, analisa o processo de centralização da assistência materno-infantil, a partir do debate entre médicos e juristas durante a elaboração do Código de Menores, de 1927, e da Assembleia Nacional Constituinte. O autor analisa a participação dos juristas e o papel de assistência social no desenvolvimento de políticas de assistência infantil, a partir da análise da Fundação Darcy Vargas, criada em 1938. Mariano considera que os médicos tiveram

proeminência no debate, desenvolvendo um modelo de assistência materno-infantil baseado no saber médico-social. A análise do autor se encerra no ano de 1940, não analisando, portanto, o funcionamento do DNCr (MARIANO, 2007).

Outros estudos tangenciam a criação do DNCr, como é o caso da tese de Ismael Gonçalves Alves, *(Re)construindo a maternidade: as políticas públicas materno-infantis brasileiras e suas implicações na Região Carbonífera Catarinense (1920-1960)*. Balizado pelos estudos de gênero, Alves demonstrou que a aparente proposta de inserção social igualitária de homens e mulheres pelos sistemas de proteção social emergentes, no início do século XX, não se cumpriu. No Brasil, o Estado Novo calou as vozes feministas em debate e, neste contexto, a maternidade passou a ser regulada por discursos moralizantes, que atribuíram a ela o papel de dever patriótico para a construção nacional. Nesta perspectiva, o papel desempenhado pelo DNCr, na promoção de políticas assistenciais para a maternidade e à infância, contribuiu para criar identidades de gênero específicas para as mulheres, calcada em um modelo universal de maternidade e de infância (ALVES, 2014).

Alguns trabalhos se dedicaram analisar a ação do DNCr a partir de especificidades locais, como foi o caso de *"Manter sadia a criança sã": as políticas públicas de saúde materno-infantil no Piauí de 1930 a 1945*. Neste trabalho, Joseanne Zingleara Soares Marinho, analisou instituições públicas e particulares que receberam subsídios dos governos locais e as adaptações feitas pelos médicos e filantropos piauienses à política materno-infantil do DNCr. A autora identificou que foram somadas às ações de manutenção da saúde da criança, por meio da educação sanitária materna, ações de medicina curativa e práticas de medicina popular (MARINHO, 2017).

O projeto de política materno-infantil representado por Olinto de Oliveira e as ações do DNCr foram analisadas recentemente na tese de Cláudio Amaral Overné, intitulada *O Departamento Nacional da Criança e a gestão Olympio Olinto de Oliveira, a "arte de cultivar a infância, a sementeira da pátria" (1940-1945)*. O autor analisou o papel desempenhado pelo DNCr na oferta de educação sanitária para normalistas, professoras, mães e demais mulheres da sociedade e o impacto desta ação na formação de uma infância higienizada e do futuro *homo hygienicus civilizatus*. (OVERNÉ, 2019).

Todos estes trabalhos analisaram a reforma da política materno-infantil que culminou na criação do DNCr, apresentando algumas diferenças com relação ao foco de suas análises. Pereira (1992) e Mariano (2007) examinaram os projetos apresentados pelos diferentes grupos em debate, fossem eles médicos, juristas, assistentes sociais, entre outros. Bulcão (2006),

Marinho (2017) e Overné (2019) analisaram o projeto apresentado pelos médicos puericultores representados por Olinto de Oliveira e que atuavam na IHI/DPMI, considerando que os médicos puericultores defendiam um projeto reformista único. E, por fim, Alves (2014) analisa os efeitos do silenciamento das vozes feministas neste processo reformista¹. Com relação à participação dos médicos puericultores nesta reforma, estes estudos concordam que eles possuíam um projeto único para o campo materno-infantil. Concordam também que a defesa deste projeto foi capitaneada por Olinto de Oliveira, que representava as demandas dos demais médicos puericultores inseridos na IHI. A única exceção é com o trabalho de Pereira, que indica a existência de uma disputa de poder entre os médicos puericultores, mas não analisa os motivos ou a origem desta disputa.

Concordamos com a historiografia no que diz respeito aos grupos em debate em torno da política em formação, no entanto, discordamos que os médicos puericultores possuísem um projeto único. Durante a pesquisa, identificamos na documentação analisada a implantação de dois modelos distintos de política materno-infantil no interior da estrutura burocrática do governo Vargas. Um destes modelos era defendido por Olinto de Oliveira e o outro defendido por Joaquim Martagão Gesteira, que passou a integrar o governo após receber um convite do presidente Getúlio Vargas.

Até 1930, Olinto de Oliveira e Martagão Gesteira compartilharam do mesmo projeto de política pública, isso porque ambos atuaram na IHI: Olinto de Oliveira trabalhou no Distrito Federal e Martagão Gesteira, em Salvador. A partir de 1933, os projetos destes pediatras se diferenciaram, passando a apresentar controvérsias entre si. É relevante destacar que ambos os projetos estavam sendo implantados no interior da burocracia varguista, e não somente discutidos, como ocorreu com os projetos reformistas apresentados por outros grupos de profissionais ao longo da Conferência Nacional de Proteção à Infância e da Assembleia Nacional Constituinte.

Não identificamos na historiografia sobre assistência materno-infantil e políticas públicas materno-infantil pesquisas que se dedicassem a analisar as ações de Joaquim Martagão Gesteira e as controvérsias em torno dos projetos de ambos os pediatras. Desse modo, a contribuição desta tese para a historiografia em questão está na identificação e análise destes

¹ Em 2010, Helber Renato Feydit de Medeiros defendeu a dissertação intitulada *Cuidando da criança, trabalhando pela pátria: puericultura e políticas públicas na assistência à saúde infantil no Brasil (1930-1945)*. Mas não conseguimos ter acesso a uma cópia deste trabalho para analisarmos a perspectiva analítica desenvolvida pelo autor.

dois projetos de política pública materno-infantil distintos e que estavam sendo implantados simultaneamente, durante o período de 1937 a 1941.

Por este motivo, analisaremos os projetos reformistas defendidos pelos médicos puericultores Olympio Olinto de Oliveira e Joaquim Martagão Gesteira, diretores dos dois órgãos federais de assistência materno-infantil varguistas: a Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância (DAMI/1937-1940) e o Instituto Nacional de Puericultura (INP/1937-1941), respectivamente. Além de estarem inseridos no governo Vargas, ambos podem ser considerados “herdeiros” de Antônio Fernandes Figueira, idealizador da política materno-infantil que orientou as ações da IHI. Olinto de Oliveira por ter assumido a direção deste órgão em 1930. Martagão Gesteira por ter sido gestor do único órgão estadual de assistência materno-infantil vinculado à IHI, o Serviço de Higiene Infantil (SHI). Os projetos destes médicos puericultores apresentam diferenças significativas e são bastante relevantes para entendermos as continuidades e as descontinuidades impressas na política materno-infantil no período.

O projeto de política materno-infantil elaborado por Martagão Gesteira e materializado no INP não tem sido objeto de análise da historiografia. No entanto, ele representava uma oposição às propostas reformistas de Olinto de Oliveira e estava sendo implantado dentro da burocracia estatal varguista. Martagão Gesteira havia sido convidado a participar do governo pelo próprio presidente Getúlio Vargas, para “nacionalizar” o modelo de assistência materno-infantil bem sucedido implantado na Bahia. Este modelo obedecia às orientações científicas da IHI e foi implantado por iniciativa da entidade filantrópica dirigida por Martagão Gesteira, a Liga Baiana contra a Mortalidade Infantil (LBCMI). Este convite foi feito em 1935, dois anos após a realização da Conferência Nacional de Proteção à Infância, cuja finalidade foi discutir os caminhos da política materno-infantil que seria adotada pelo governo. Um convite feito um ano após a transformação da IHI em DPMI, portanto, durante o processo de reforma da política materno-infantil.

Após caracterizar e analisar os projetos defendidos por Olinto de Oliveira e Martagão Gesteira para a política materno-infantil, nos detivemos na análise no programa do DNCr. O objetivo foi identificar as características da política materno-infantil orientada pelo DNCr em comparação àquela coordenada pela IHI. Neste sentido, analisamos as ações assistenciais e educativas implementadas pelo órgão e a implantação de uma rede nacional de postos de puericultura, ação que aparentemente foi influenciada pelo projeto do Departamento Nacional de Saúde.

A análise das ações de assistência médico-social e de educação sanitária das mães, realizadas no posto de puericultura, nos permitiu entender se houve alterações na prática da assistência orientada pela higiene infantil. Ao passo que, a implantação de uma rede nacional de postos de puericultura se mostrou como uma inflexão no programa da política materno-infantil. Portanto, analisamos como este processo foi conduzido pelo DNCr, uma vez que os órgãos responsáveis pela execução desta política, os Departamentos Estaduais da Criança, foram criados somente nos anos finais da gestão Olinto de Oliveira. Analisamos o “resgate” da tradicional, porém renovada, aliança entre médicos e filantropos, que se deu a partir da criação da Campanha de Redenção da Criança (CRCr). Tratava-se de uma campanha filantrópica com alcance nacional e coordenação centralizada. Os trabalhos de Pereira e Overné, relacionados acima, referenciam a CRCr, porém não analisam sua organização e sua ação como executora de parte do programa do DNCr.

A última ação do DNCr analisada foram as educativas. Duas questões nos guiaram nesta análise: como formar profissionais especialistas em puericultura para atender à rede nacional de postos em formação? Como propagar a cultura sanitária da puericultura em um país de dimensões continentais?

Todos estes objetivos foram contemplados nos capítulos que compõem a tese, sobre os quais trataremos a seguir.

No capítulo 1 analisamos as ações de Olympio Olinto de Oliveira, enquanto gestor dos órgãos federais de proteção à maternidade e à infância. O recorte temporal escolhido foi entre os anos de 1934, ocasião em que Olinto de Oliveira toma a frente da DPMI, e o ano de 1940, quando foi criado DNCr. Nossa análise está centrada na tentativa de reformulação da política materno-infantil, que visava a criação de um órgão federal autônomo responsável pela coordenação nacional das ações materno-infantis nos estados e municípios brasileiros. Olinto de Oliveira pretendia ampliar o público-alvo e a natureza das ações assistenciais, estendendo-as a todas as faixas etárias da infância, incluindo as crianças e os adolescentes. Observamos que com a criação do DNCr tais objetivos foram parcialmente alcançados.

No capítulo 2 analisamos o projeto acadêmico e de assistência materno-infantil proposto pelo pediatra baiano Joaquim Martagão Gesteira, que redundou na criação, em 1937, do INP vinculado à Universidade do Brasil. Este projeto foi uma derivação da política materno-infantil desenvolvida pelo pediatra baiano em Salvador, durante sua gestão simultânea à frente do SHI, o único órgão estadual de assistência à infância vinculado à IHI, e da LBCMI, entidade filantrópica criada especificamente para pôr em prática o modelo assistencial proposto pelo

governo federal. Analisaremos como Martagão Gesteira tentou “nacionalizar” o bem-sucedido modelo de assistência materno-infantil baiano por meio de ações de ensino, pesquisa e assistência do INP (1937-1941).

O objetivo do capítulo 3 foi analisar o processo de implantação de uma rede nacional de postos de puericultura pelo DNCr, durante os anos em que esteve sob a direção de Olinto de Oliveira (1940- 1945). Além de acompanhar a marcha da instalação física dos postos de puericultura em todas as regiões do país, pretendemos compreender os fundamentos médico-científicos adotados pelo órgão federal de proteção materno-infantil para propor um modelo ideal ou uma configuração padrão que deveria ser adotada por todos os postos de puericultura. Sobre o modelo ideal ou configuração padrão dos postos de puericultura, a análise deteve-se nos serviços essenciais que deveriam sempre estar presentes: o consultório pré-natal, a cantina maternal, o consultório de higiene infantil, o lactário e o clube de mães. Também comparamos o plano de ação médico-social dos postos de puericultura com as ações de assistência materno-infantil adotado durante a Primeira República.

Por fim, no capítulo 4 analisamos as estratégias educativas utilizadas pelo DNCR para capacitar leigos e profissionais da saúde no campo da puericultura. Tratamos dos cursos oferecidos para os médicos, visando o aperfeiçoamento e especialização em puericultura. Também dos cursos dirigidos para mulheres, visando o treinamento de enfermeiras, assistentes sociais, auxiliares de puericultura e professoras (psicopedagogas). Finalmente das publicações técnicas do DNCr, voltadas tanto para médicos quanto para leigos.

As principais fontes utilizadas para a escrita desta tese encontram-se acondicionadas em: Fundo Gustavo Capanema, Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil, Fundação Getúlio Vargas (CPDOC/FGV), Biblioteca Nacional e Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional. Foram utilizados também livros de autoria de Joaquim Martagão Gesteira e livros da *Coleção do DNCr*, alguns desses adquiridos por meio do *site* estante virtual.

Utilizamos decretos e leis relacionados aos órgãos federais de proteção materno-infantis para definirmos as principais alterações legais, que caracterizaram as competências destes órgãos. O período pesquisado compreendeu os anos de 1934 e 1945, por corresponderem ao ano de criação da DPMI e o fim da gestão Olinto de Oliveira no DNCr, respectivamente. Estas fontes foram utilizadas no primeiro, segundo e quarto capítulos desta tese e foram pesquisadas em *sites* governamentais, cuja identificação aparecem na bibliografia.

Os relatórios ou outros documentos análogos foram analisados, visando demarcar as realizações dos órgãos federais de proteção materno-infantis. O objetivo era avaliar o que estes órgãos conseguiram realizar efetivamente. Com esta mesma finalidade, analisamos os jornais, pois que não localizamos documentos que nos permitissem fazer esta avaliação para o período de 1934-1940. Identificamos que o *Jornal do Commercio* e o *Jornal do Brasil* foram porta vozes da *Campanha Nacional pela Alimentação da Criança*. Assim, optamos por estas fontes para analisar as ações da campanha entre 1934 -1937.

Nesta análise encontramos algumas entrevistas realizadas com Olinto de Oliveira, que nos chamaram atenção. Tratava-se de avaliações sobre os serviços da DPMI que foram relevantes na avaliação das realizações deste órgão. Também percebemos nestas entrevistas algumas críticas ao papel desempenhado pelos sanitaristas no âmbito da assistência materno-infantil. Através dessas entrevistas foi possível inferir sobre a existência de um conflito entre puericultores e sanitaristas e sobre o posicionamento dos sanitaristas a respeito das críticas.

Recorremos à historiografia e aos anais da Conferência Nacional de Proteção à Infância para entendermos a oposição de Olinto de Oliveira aos sanitaristas. Nesta conferência foram apresentados os projetos para a reformulação da política materno-infantil pelos diversos grupos profissionais que dela participaram, dentre eles o capitaneado por Olinto de Oliveira. A respeito do posicionamento dos sanitaristas perante a higiene infantil recorremos ao livro *Mortalidade Infantil* (1938), escrito por João de Barros Barreto, chefe do Departamento Nacional de Saúde e, portanto, representante do pensamento sanitarista em vigor naquele momento.

As tentativas de implementação do projeto apresentado na Conferência Nacional de Proteção à Infância orientaram as ações de Olinto de Oliveira na década de 1930. Analisamos estas ações por meio do relatório de estudos da viagem à Europa feita pelo pediatra em 1937 e pelas cartas enviadas ao presidente Getúlio Vargas em 1938 que culminaram na criação do DNCr. Identificamos nestas fontes as diretrizes que o órgão coordenador das ações materno-infantis deveria seguir e o programa de ação a ser implementado por ele. Por fim, analisamos o discurso do presidente Getúlio Vargas, visando identificar elementos que justificassem a criação do DNCr.

Analisamos a organização interna e o programa do DNCr a partir de duas fontes: o relatório *Departamento Nacional da Criança – objetivos e realizações*, escrito por um dos médicos puericultores do departamento, correspondente ao período de 1940 a 1944 e os *Boletins Trimestrais do Departamento Nacional da Criança* (BTDNCr), uma publicação oficial do DNCr que serviu como canal de comunicação de suas ações e projetos.

Para o capítulo 2, as fontes selecionadas compreendem as correspondências depositadas no fundo Gustavo Capanema (CPDOC/FGV), o livro *Puericultura, higiene alimentar e social da criança*, de autoria de Joaquim Martagão Gesteira e os *Boletins do Instituto de Puericultura* (estes últimos estão sob guarda da Biblioteca Nacional na seção de publicações seriadas).

O livro *Puericultura, higiene alimentar e social da criança* teve sua primeira edição publicada no ano de 1943, mas tivemos acesso à segunda edição, publicada em 1945. Com esta obra identificamos a orientação científica impressa por Martagão Gesteira ao projeto do INP.

Para análise do projeto do INP, pesquisamos as correspondências trocadas entre Olinto de Oliveira e Martagão Gesteira e o Projeto de Regulamentação do Instituto de Puericultura, ambas as fontes localizadas no CPDOC/FGV. Para analisar a implantação e o funcionamento deste instituto, utilizamos os *Boletins do Instituto de Puericultura*, que se mostraram uma excelente fonte, pois traziam regularmente os mapas com o funcionamento dos serviços em funcionamento entre 1937 e 1941.

As correspondências enviadas por Martagão Gesteira ao ministro Gustavo Capanema e as correspondências enviadas por Olinto de Oliveira ao presidente Vargas nos permitiram identificar as divergências e disputas pelo campo materno-infantil entre Olinto e Gesteira.

A identificação do modelo ideal do posto de puericultura do DNCr e o detalhamento dos serviços por ele oferecidos foi feita por meio dos BTDNCr e dos livros da *Coleção do DNCr*. Ambos são publicações oficiais do órgão e nos permitiu mapear suas ações. Analisamos estas questões no capítulo 3.

O acompanhamento da implantação dos postos de puericultura requisitou análise de um grande conjunto de fontes. A iniciar pelos BTDNCr, no qual a seção “A defesa da criança no interior”, que publicava as ações da Divisão de Cooperação Federal, permite enumerar as associações de proteção à infância criadas pela iniciativa filantrópica. Nas diversas edições deste periódico é possível visualizar publicações de tabelas simplificadas a respeito dos serviços de puericultura que estavam sendo construídos com o auxílio de subsídios federais do DNCr.

No entanto, a coleção dos BTDNCr analisada, depositada na Biblioteca Nacional, não está completa para o período de 1941 a 1945. Situação que impediu identificar de forma mais fidedigna o número de associações e de postos de puericultura criados na gestão Olinto de Oliveira. A alternativa para realizar esta análise foi localizada no fundo Gustavo Capanema, onde estão depositadas as tabelas completas dos subsídios enviados aos estados anualmente, para o período de 1939 e 1944.

Para analisarmos a organização e o plano operacional da Campanha de Redenção da Criança (CRCr) utilizamos o relatório de prestação de contas aos doadores. Identificamos por meio dele que as ações executadas pela CRCr foram parte do programa de proteção materno-infantil do DNCr. Realizamos também um levantamento das publicações sobre a CRCr nos jornais pertencentes ao conglomerado *Diários Associados*, uma das agências envolvidas na criação da campanha. Nosso objetivo foi identificar os doadores da CRCr. Este levantamento foi feito por meio da Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional.

Por fim, no capítulo 4, para a análise dos cursos de formação profissional do DNCr utilizamos o regulamento dos cursos e os Diários Oficiais, onde foram publicadas informações a respeito das matrículas e das diplomações dos cursistas. Utilizamos também os BTDNCr e os livros da *Coleção do DNCr*, desta vez para analisarmos estas fontes como ações técnicas, educativas e de comunicação do departamento.

Capítulo 1 - Da Diretoria de Proteção Materno-Infantil ao Departamento Nacional da Criança: Olympio Olinto de Oliveira e a política de proteção materno-infantil (1934-1940)

O objetivo deste capítulo é analisar as ações de Olympio Olinto de Oliveira², enquanto gestor dos órgãos federais de proteção à maternidade e à infância. O recorte temporal escolhido foi entre os anos de 1934, ocasião em que Olinto de Oliveira toma a frente da Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância (DPMI), e o ano de 1940, quando foi criado o Departamento Nacional da Criança (DNCR). Nossa análise está centrada na tentativa de reformulação da política materno-infantil, que visava a criação de um órgão federal autônomo responsável pela coordenação nacional das ações materno-infantis nos estados e municípios brasileiros. Olinto de Oliveira pretendia ampliar o público-alvo e a natureza das ações assistenciais, estendendo-as a todas as faixas etárias da infância, incluindo as crianças e os adolescentes. Observamos que com a criação do DNCR tais objetivos foram parcialmente alcançados.

Até 1934, quando a Inspeção de Higiene Infantil³ (IHI) foi transformada em Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância (DPMI), a política federal de assistência materno infantil apresentava suas ações restritas ao Distrito Federal. A atuação nos estados dependia da realização de acordo entre o governo federal e os governos estaduais. A primeira ação de

² Olympio Olinto de Oliveira (1866/RS -1956/RJ). Pediatra, puericultor e gestor federal de saúde materno-infantil durante toda a Era Vargas (1930-1945). Graduiu-se na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1887. Ainda enquanto estudante, frequentou os cursos livres de Pediatria oferecidos pelo Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo, na Policlínica Geral do Rio de Janeiro. Retornou a sua cidade natal logo após a formatura. Lá ajudou a fundar, em 1898, a primeira Faculdade de Medicina do estado, onde iniciou sua carreira no magistério regendo a cadeira de química biológica. Alguns anos depois tornou-se catedrático de “Clínica propedêutica médica e de anatomia e fisiologia patológicas”. Até que, em 1911, tornou-se catedrático da recém-criada Clínica Pediátrica Médica. Em 1917, optou por abandonar o magistério ao ser indeferido seu pedido de transferência para a Clínica Médica. No ano de 1890, fundou o dispensário de crianças da Santa Casa da Misericórdia e atuou no serviço até seu retorno ao Distrito Federal, em 1918. Além da carreira médica, também se dedicou às artes de forma ampla. Segundo consta em sua biografia, ele foi um “musicista e crítico de arte (...), artista, homem de letras, poeta, conferencista (...)”. Fundou e dirigiu o “Instituto Musical Porto-Alegrense”, organizou a “Academia Rio-Grandense de Letras” e criou o “Instituto Livre de Belas Artes”. Sob o pseudônimo de Maurício Bohn, manteve uma coluna sobre artes no jornal *Correio do Povo*. Ao retornar ao Distrito Federal, em 1918, montou uma clínica pediátrica particular e reaproximou-se de Antônio Fernandes Figueira, de quem fora amigo de faculdade. Com a criação da Inspeção de Higiene Infantil, passou a atuar no Hospital Artur Bernardes. Sua vida como gestor em saúde pública materno-infantil teve início em 1930 quando, seu conterrâneo, Getúlio Dornelles Vargas, foi aclamado presidente do Brasil após a vitória do movimento de outubro daquele ano que derrubou a República Oligárquica. Nesta ocasião foi designado chefe da Inspeção de Higiene Infantil. Com a extinção deste órgão, em 1934, assumiu a Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância e reformulou as atribuições de assistência materno-infantil. Permaneceu no cargo de gestor quando, em 1937, a diretoria foi transformada em Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância. Por fim, fundou o Departamento Nacional da Criança, em 1940, tornando-se seu diretor. Retirou-se da vida pública com o fim do Estado Novo. (VIANNA, 1945; OVERNÉ, 2019).

³ A Inspeção de Higiene Infantil foi o primeiro órgão público de assistência materno-infantil. Sua criação está relacionada à Reforma Carlos Chagas, em 1923. Tal tema será abordado no segundo capítulo desta tese.

assistência materno-infantil de âmbito nacional foi a *Campanha Nacional pela Alimentação da Criança* (CNACr), realizada entre os anos de 1934 e 1937. Esta campanha almejava a popularização da puericultura e a conseqüente transformação dos hábitos tradicionais relativos à maternidade, a partir da educação sanitária das mães. Na prática, a CNACr se transformou numa ação de assistência social do governo federal, que se propunha corrigir as deficiências alimentares de crianças, por meio da distribuição de alimentos, como leite e mingaus (FOGAGNOLI, 2017).

A política materno-infantil implementada por Olinto de Oliveira está inserida em um contexto em que as políticas sociais começavam a ser incorporadas às funções do Estado. Nos primeiros anos da década de 1930, a demanda pela formação de um “novo homem” e a ideologia de valorização do trabalho conferiram à criança o papel de futuro trabalhador da nação, fazendo-se necessária sua proteção (GOMES, 2005: 196; FONSECA, 1993: 98; FONSECA, 1990:53).

1.1 – A Conferência Nacional de Proteção à Infância (1933)

Com a chegada de Getúlio Vargas ao poder, em 1930, a necessidade de “organizar uma nova nação” provocou alterações nas estruturas políticas, sociais e econômicas vigentes. As elites participantes deste processo desejavam construir para o Brasil “uma face, urbana, industrial, moderna e civilizada”, que substituísse a imagem de país atrasado, rural, agroexportador e com um grande território ainda por ser explorado. Mesmo discordando entre si com relação ao modelo de reforma a ser adotado, as elites acreditavam que a tarefa de organização da nação demandava uma participação ativa do Estado (GOMES, 2013:42 e 43).

A partir desta reinterpretação, a promoção do bem-estar social foi incorporada como responsabilidade do Estado. Portanto, a partir de 1930 e, principalmente, a partir do Estado Novo (1937-1945), a questão social passou a ser reconhecida como uma questão política, ou seja, que só se resolveria com a intervenção do Estado. Este deveria agir sobre todos os problemas de caráter econômico e social que diziam respeito ao bem-estar do trabalhador, inclusive sua família, considerada o “*leitmotiv* do esforço produtivo dos indivíduos” (GOMES, 2005:196 e 197; GOMES, 2003:448).

A primeira ação política do presidente Getúlio Vargas, no âmbito da assistência à maternidade e à infância, foi a mensagem enviada aos interventores por ocasião dos festejos de Natal de 1932. Por meio dela, solicitou-se a cada estado brasileiro a organização de uma comissão local de estudos composta por especialistas em assuntos relacionados à mortalidade

infantil. Esta comissão tinha por fim estudar o problema a partir de dados estatísticos locais e dos conhecimentos da “higiene moderna”, bem como formular um dossiê sobre a situação do estado, o qual deveria conter estratégias para a redução desses índices, segundo consta nesta mensagem,

(...) tomando por base esses trabalhos preliminares, o Congresso fornecerá, finalmente, ao Governo Federal os métodos e as diretrizes a seguir, para favorecer e auxiliar todas as instituições seriamente empenhadas em promover o bem estar, a saúde, o desenvolvimento e a educação da criança, desde antes do nascimento, e a assistência à maternidade, até à idade escolar e à adolescência, proporcionando-lhe, ainda, os subsídios indispensáveis à promulgação de leis e regulamentos tendentes a realizar uma proteção eficaz à infância, com segurança de êxito.⁴

No ano seguinte, Olympio Olinto de Oliveira, diretor da IHI na ocasião, organizou a Conferência Nacional de Proteção à Infância (CNPI). O evento reuniu especialistas e estudiosos de todos os estados para examinarem os problemas relativos à infância. A ideia era debater, sobretudo, “os meios de preservar-lhe à saúde, favorecer-lhe o desenvolvimento físico e mental e resguardá-la e ampará-la quando necessitada”⁵.

Os organizadores do evento pretendiam produzir um projeto com diretrizes para a redefinição da política materno-infantil federal, o qual conteria sugestões de leis, regulamentos, bem como a relação nominal das instituições recomendadas para a execução desta política. No entanto, o posicionamento dissonante dos congressistas perante os projetos apresentados pelas comissões contribuiu para que a CNPI terminasse sem a formulação de um documento que sintetizasse suas decisões.

As principais discordâncias, que ocorreram durante o evento, estavam voltadas à centralização da administração das ações de assistência materno-infantil pelo governo federal e à independência da área materno-infantil com relação à saúde pública. Por fim, além desta divergência, os juristas ainda propuseram um terceiro projeto para a política materno-infantil, que conferia maior projeção a sua área (PEREIRA, 1992: 102).

A primeira proposta posta em votação foi elaborada pela comissão executiva do CNPI, formada por Olinto de Oliveira, por José Cândido de Albuquerque Mello Mattos⁶, pelo Dr.

⁴ DIVISÃO DE AMPARO À MATERNIDADE E À INFÂNCIA. Cópia de telegrama (Circular aos interventores dos estados). 24 de dezembro de 1932. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

⁵ MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA. *Conferência Nacional de Proteção à Infância – atas e trabalhos*. Volume 1: Parte Geral. Rio de Janeiro: s/ed., 1933. p. 7.

⁶ José Cândido de Albuquerque Mello Mattos (Salvador/1864-Rio de Janeiro/1934). Na ocasião era juiz de menores da capital. Jurista responsável pela elaboração do Código de Menores (1927), teve uma profícua carreira no campo do direito, na política e no campo educacional. Para saber mais sobre o período em que Mello Mattos

Massilon Saboia de Albuquerque⁷, pela Sra. Stella Guerra Durval⁸ e pelo padre João Carlos Bezerril. Esta comissão, constituída exclusivamente por pessoas atuantes no Distrito Federal, defendia a centralização da coordenação das ações materno-infantis em um órgão federal com poder de interferência nos estados. Além disso, almejava a autonomia da área materno-infantil com relação ao campo da saúde pública⁹. A proposta desta comissão representava o ideário da reforma administrativa empreendida desde o início do governo Vargas, defendendo o fortalecimento do poder central por meio da construção de um aparato governamental capaz de atuar em todo o país, coordenando as ações nas três esferas, federal, estadual e municipal (HOCHMAN e FONSECA, 2000:177).

Pelo projeto da comissão executiva, a estrutura administrativa dos serviços materno-infantis seria representada na esfera federal por um departamento ou por uma diretoria geral. Este órgão seria composto por: um Instituto de Medicina e Higiene da Criança, que manteria as funções do Abrigo-Hospital Artur Bernardes; uma repartição de estudos e inquéritos; uma seção de cooperação com os estados, com a finalidade de uniformizar em todo o país os serviços de puericultura e uma seção destinada aos serviços materno-infantis do Distrito Federal, onde também seria formado um serviço social com a colaboração de enfermeiras visitadoras¹⁰.

Subordinado a este departamento ou diretoria geral, haveria um Conselho Superior de Assistência e Proteção à Maternidade e à Infância. Caberia ao departamento ou diretoria geral a escolha de seus membros, sendo a sua finalidade, administrar e repassar aos estados os subsídios federais destinados à maternidade.

A proposição era de que em cada estado houvesse uma repartição especial de proteção materno-infantil, cujo funcionamento fosse independente dos serviços de saúde pública. Além disso, deveria possuir um asilo para órfãos e abandonados, um hospital infantil, um juízo de menores, uma colônia de férias para os “débeis” e um preventório para as crianças tuberculosas. Caberia aos estados a fiscalização do abastecimento do leite destinados às crianças. Os governos estaduais deveriam atender o problema da insuficiência qualitativa e quantitativa da alimentação da criança. A solicitação era de que agissem com o mesmo interesse das

atuou como Juiz de Menores do Distrito Federal (1924-1933), ler: PINHEIRO, Luciana de Araújo. O magistrado paternal: o Juiz Mello Mattos e a assistência e proteção à infância (1924-1933). 2014. 231 f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) -Casa de Oswaldo Cruz Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

⁷ Massilon Saboia de Albuquerque (Sobral /1886 –?): Na ocasião era chefe do serviço de inspeção médica escolar do Distrito Federal.

⁸ Stella de Carvalho Guerra Duval (1879-1971): Na ocasião era presidente da Associação Pró-Matre. (BARRETO, 2011: 298).

⁹ MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA. *Op.Cit.* 1933. pp. 11.

¹⁰ MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA. *Op.Cit.* 1933. pp. 104 e 105.

instituições particulares, ou seja, distribuindo leites e mingaus, ajudando a prover a alimentação correta das crianças pobres.¹¹

Para os municípios, a proposta era pela criação de um centro de puericultura para cidades com população acima de 10.000 habitantes. A sugestão, nas cidades de pequeno porte, era pela contratação de um médico especialista em pediatria e puericultura e de uma visitadora experiente no assunto. Ambos deveriam privilegiar ações de higiene pré-natal e infantil, já a oferta de serviços clínicos ocorreria somente em casos de reconhecida necessidade.

Por fim, a preocupação com a formação de médicos e *nurses* especialistas em pediatria e puericultura também é ressaltada neste documento. Nele recomenda-se a melhoria das condições das cadeiras de pediatria e higiene infantil já existentes e a sua inserção nos cursos de medicina que não dispunham do ensino dessa especialidade. Também foi sugerida a criação da profissão de *nurse* infantil, uma enfermeira especializada nos cuidados com a criança e a oferta de cursos práticos para a formação de parteiras. A educação sanitária das mães foi enfatizada no documento, a qual caberia aos estados e municípios¹².

A proposta da comissão executiva demandava a modificação do dispositivo legal em vigor, já que este impedia a atuação da IHI fora do Distrito Federal sem a assinatura de um convênio entre os governos federal e estadual. A ingerência sobre os estados e municípios era uma diretriz das reformas administrativas que estavam em pauta naquele período. A separação entre os serviços materno-infantis e a saúde pública correspondia a uma pretensão dos médicos puericultores da IHI que, acompanhando os debates internacionais sobre o tema, sobretudo aqueles ocorridos nos Congressos Pan-Americanos da Criança, sobre os quais falaremos adiante, cogitavam a criação de um órgão que coordenasse ações cujas competências fossem estritamente relacionadas à criança (NUNES, 2011:91). Para isto, seria necessário a emancipação deste campo das amarras da saúde pública. A disputa entre puericultores e sanitaristas perdurou até a criação do DNCr.

A sugestão aos estados de participarem das ações de distribuição de alimentos para as crianças, em conjunto com a filantropia, merece atenção. Dentro da lógica do estado liberal vigente, isto é, na ocasião em que a IHI elaborou a primeira política materno-infantil do país,

¹¹ Segundo Sören Brinkmann, o preço do leite tornava o alimento inacessível às famílias pobres. Em 1934, o litro do leite custava entre 600 e 800 réis, ao passo que o salário do operário variava entre quatro e cinco mil réis por dia, sendo que a média de número de membros de uma família era de 4 pessoas. Desse modo, “o leite de vaca era alimento de luxo”. De acordo com os inquéritos alimentares, o operariado “já gastava mais da metade de seus recursos com alimentação, comprar leite segundo as recomendações dos especialistas significava um desperdício irracional” (BRINKMANN, 2014:8).

¹² MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA. *Op.Cit.* 1933. pp. 106.

tal ação não era atribuída ao poder público. Esta política considerava que a correção dos problemas alimentares infantis era uma atribuição materna. A sugestão da participação do Estado junto à filantropia atendia aos anseios da sociedade em torno da criança e está relacionada à mudança do papel do Estado na proteção à infância. A comissão executiva da CNPI propõe a inserção de uma nova ação ao programa estatal de proteção materno-infantil.

Em resposta ao projeto apresentado pela comissão executiva, foi formulado, pelos delegados estaduais, um contra projeto. Tal documento recebeu esta denominação devido às correções sugeridas à proposta elaborada pela comissão executiva da CNPI. Participaram da construção deste documento os considerados “estados menores”, ou seja, todos os estados do país que não dispunham de serviços de assistência materno-infantil expressivos: Alagoas, Amazonas, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Sergipe. (PEREIRA, 1992: 101). Percebe-se que só não integraram esta comissão, os estados de São Paulo, Bahia e Minas Gerais.

As retificações propostas ficaram por conta dos pontos referentes à ingerência da união nos estados e à separação entre os serviços de maternidade e infância e os de saúde pública. Com relação aos novos órgãos de administração pública a serem criados; a sugestão era que o departamento ou diretoria geral de proteção materno-infantil não fosse autônomo e ficasse subordinado ao Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Do mesmo modo, as repartições estaduais de assistência materno-infantis deveriam ficar subordinadas aos departamentos de saúde pública estaduais. Foi sugerido também que a ingerência do novo departamento ou diretoria geral de proteção materno-infantil ficasse circunscrita aos estados que fizessem esta solicitação.

A maior modificação ficaria por conta da criação de um Conselho Estadual de Assistência Materno Infantil, dirigido pelo diretor de saúde pública estadual e composto por membros que representassem todas as autoridades ligadas ao campo materno-infantil, ou seja: o diretor dos serviços sanitários, o chefe do serviço de higiene infantil, o chefe do serviço de higiene escolar, os professores de obstetrícia, higiene e pediatria das faculdades de medicina, os juízes de menores, o diretor da instrução pública e um diretor de instituição privada. O conselho nacional seria constituído pelo diretor de cada um dos conselhos estaduais.

O Conselho Nacional de Assistência e Proteção à Maternidade e à Infância, por sua vez, seria subordinado ao ministro da Educação e saúde pública, não ao departamento ou diretoria geral de proteção materno-infantil e teria, portanto, uma posição hierárquica superior a ele. Ao

analisar esta questão, André Pereira infere que a diversificação na composição deste conselho visava tirar dos médicos puericultores ligados à IHI o estrito controle sobre os serviços de proteção materno-infantis defendido pela comissão executiva (PEREIRA, 1992: 104).

Com relação às atribuições dos estados, o contra projeto dos delegados estaduais sugeriu que, além de fiscalizar o abastecimento de leite, ele deveria prover o incremento na produção do leite, propor medidas para o seu barateamento e realizar fiscalização intensa sobre todas as substâncias alimentícias destinadas às crianças. Sobre a sugestão da comissão executiva, que estados ajudassem a filantropia na distribuição de alimentos às crianças, nada foi registrado, o que sugere a inexistência de objeções a este ponto.

Por fim, a proposta de criação de centros de puericultura foi substituída pela ideia de aparelhar os postos de higiene do DNSP com serviços de higiene pré-natal e de higiene infantil¹³.

Como vimos, o contra projeto dos delegados estaduais aprovou a criação de um órgão federal de proteção materno-infantil, no entanto reprovou a ingerência federal nos estados e a emancipação dos serviços materno-infantis. Estes estados almejavam um maior poder decisório junto ao órgão de gestão federal e defendiam a sua autonomia na tomada de decisões.

Uma segunda alternativa ao projeto da comissão executiva foi apresentada pela comissão especial, formada pelos representantes dos estados de São Paulo, Minas Gerais e Bahia. Cabe aqui ressaltar que tais estados já demonstravam relativo avanço em suas estruturas de saúde pública.

Entre o final do século XIX e a década de 1920, o estado de São Paulo havia passado por um processo de desenvolvimento de uma estrutura institucional de saúde pública, o qual contou com a participação dos sanitaristas e, a partir de 1916, com a Fundação Rockefeller. Esta última potencializou o processo de desenvolvimento da saúde pública paulista. A partir de 1922, os centros de saúde e os postos de higiene que preconizavam ações de educação sanitária para a preservação da saúde começaram a se difundir pelo estado (FARIA, 2002).

Ao pensarmos a realidade do estado de Minas Gerais, é importante assinalar que o acordo com a Fundação Rockefeller para o combate à ancilostomíase teve preponderância no aparelhamento do estado com os centros de saúde. No início da década de 1930, vários destes centros já estavam em funcionamento pleno, sendo o órgão diretor de todos os serviços públicos dentro do estado (FARIA, 2002).

¹³ MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA. *Op. Cit.*, 1933. pp. 117 e 118.

Já no caso baiano, a década de 1920 acompanhou o desenvolvimento de uma rede de assistência hospitalar custeada pela filantropia, pelo estado e orientada pelos médicos (SOUZA e SANGLARD, 2011). Também neste mesmo período, a ação de pediatras em parceria com a IHI e com a filantropia organizou uma rede de serviços materno-infantis em Salvador (RIBEIRO, 2011). São Paulo, Minas Gerais e Bahia não tinham interesse na interferência estatal proposta pelo projeto da comissão executiva e, muito menos, em separar os serviços materno-infantis do âmbito da saúde pública. A estes estados juntaram-se os juristas (PEREIRA, 1992:105).

A comissão especial também apoiava a criação de uma diretoria federal materno-infantis. Entretanto, a função desta diretoria se limitaria à elaboração de estudos e inquéritos sobre os vários aspectos da vida das crianças e à direção dos serviços federais materno-infantis¹⁴. Suas atribuições se assemelhavam em muito ao *Children Bureau*, dos Estados Unidos, que desenvolvia pesquisas sobre a situação da infância americana, além de propor modelos assistenciais, os quais poderiam ser seguidos pelos estados (NUNES, 2011:254). Em certa medida, a proposta defendida pela comissão especial não diferia daquilo que já era feito pela IHI.

Segundo a comissão especial, não havia necessidade de interferência federal nos serviços estaduais, pois eles agiam conforme determinações médicas ou jurídicas. Caberia aos estados apresentar seus projetos ao governo federal somente em casos de solicitação de subsídios. E, nestas situações, governo federal avaliaria o serviço, com vistas a definir o deferimento ou não da verba solicitada. Importante ressaltar que esta posição se referia aos serviços públicos estaduais. Com relação aos serviços filantrópicos, o direcionamento era diferente, deveriam ser orientados e fiscalizados por parte dos órgãos públicos, conforme determinado pela IHI.

O projeto da comissão especial propunha, sobretudo, medidas legais para a solução de problemas de natureza jurídica, como a punição do abandono de família, a facilitação da adoção, a repressão ao aborto criminoso, a proteção especial aos filhos ilegítimos, a sanção da omissão do pai, tutor ou curador, a eficiência e regularidade do Registro Civil e o voto familiar. Sugeriu ainda o retorno da fiscalização do trabalho infantil aos juízes, conforme previsto pelo Código de Menores, mas que havia sido transferido ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. E advogou, do mesmo modo que as demais comissões, pela criação de juizados especiais de menores em todos os estados (PEREIRA, 1992: 105 e 106).

¹⁴ MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA. *Op. Cit.*, 1933. pp. 107 e 108.

Ao analisar os atores que participaram do CNPI, André Pereira sugere que a cisão entre médicos e juristas não esteve relacionada às divergências entre os princípios científicos em que ambos procuravam fundamentar e legitimar suas especialidades. A principal disputa entre estes grupos esteve ligada à posição que demandavam ocupar no novo órgão de proteção materno-infantil (PEREIRA, 1992: 108). Essa rivalidade ficou evidente na derrubada do projeto elaborado pela comissão especial, uma vez que a maioria dos membros, que participaram da CNPI, era médico. Diante do impasse entre o projeto elaborado pela comissão executiva e o contra projeto dos delegados estaduais, não foi formulado um documento que sintetizasse as determinações da CNPI.

As discussões em torno da organização da proteção materno-infantil estavam em curso desde os anos iniciais do período republicano brasileiro e refletiam o cenário internacional sobre o tema. Os debates sobre a “salvação” da criança, inseridas neste contexto de construção nacional, transformou a saúde infantil em um componente central da agenda modernizadora dos países latino-americanos (BIRN, 2007:687). Segundo Otovo, a conexão entre os problemas relativos à infância e o atraso na industrialização e urbanização da América Latina foram temas presentes nas apresentações ocorridas durante os Congressos Pan-Americanos da Criança, ou *Congresos Panamericanos del Niño* (CPN)¹⁵ (OTOVO, 2016: 123).

Nunes identificou nos CPN's, a recorrência de discussões em torno da criação de órgãos estatais com poderes para coordenar as políticas e ações para a infância, indicando as diretrizes de atuação para os serviços públicos e para as iniciativas privadas, filantrópicas e caritativas. Nesses eventos, a saúde e o bem-estar infantil eram tratados como uma questão multinacional (NUNES, 2011: 93).

Uma recomendação expressa nestes congressos era pela criação de uma agência cujo alcance abrangesse o território nacional em sua totalidade e que regulasse todas as iniciativas em prol da infância, públicas ou privadas. A instituição oficial central de um país teria a função de construir um padrão de referências a serem seguidos pelos órgãos e entidades prestadoras de amparo materno-infantil. Além disso, deveria elaborar orientações quanto aos procedimentos a serem adotados no tratamento aos necessitados, organizar ações que maximizassem os recursos

¹⁵ Segundo Nunes, os *Congresos Panamericanos del Niño*, foram “encontros de caráter científico, político e intergovernamental realizados no continente americano, que objetivavam criar um circuito internacional-regional de intercâmbio, cooperação, circulação de ideias e exposição de experiências” acerca de questões referentes à infância (NUNES, 2001: 26). O primeiro destes encontros ocorreu na Argentina, em 1916, e desde então este tem sido um espaço para o diálogo e a reflexão de ações que contribuem para a formulação de políticas para o campo da infância e da adolescência entre os países membros da Organização dos Estados Americanos. O evento permanece ativo até os dias atuais, tendo o último ocorrido no ano de 2019, na Colômbia. Informação retirada do site: <http://www.iin.oea.org/congreso-panamericano.html>. Consultado em 15 de maio de 2020.

assistenciais existentes, delinear políticas de proteção à infância e realizar a fiscalização da aplicação dos recursos financeiros e das normativas de serviços (NUNES, 2011: 93).

Entre o 1º e o 4º CPN (1916-1924), a recomendação era a de que esta agência estivesse subordinada aos serviços de assistência, higiene ou saúde pública do país, o que foi o caso da IHI. Essa foi criada subordinada ao DNSP. A partir do 4ª CPN, realizado no Chile, a recomendação passou a ser que esta agência fosse voltada exclusivamente para as questões da infância, não devendo mais ser subordinada a outros órgãos administrativos. Esta sugestão estava atrelada ao contexto no qual as reformas nas políticas sociais das nações americanas começavam a tomar corpo e os Estados, em busca de reformar e fortalecer seu papel, incorporavam a responsabilidade sobre estas políticas. Desse modo, a defesa das demandas específicas referentes à criança deveria ficar a cargo de organismos técnico-burocráticos voltados somente para este propósito, justificando a reivindicação da comissão executiva pela emancipação do órgão federal coordenador das políticas materno-infantis com relação à saúde pública (NUNES, 2011: 91).

Estes debates estão inseridos em um contexto internacional de movimentos em prol da infância. No cenário latino-americano este movimento se converteu na criação de várias agências nacionais dedicadas à organização e à oferta de serviços de assistência às mães e às crianças. O pioneirismo das inovações sociais relativas à saúde e bem-estar infantil e ao alto grau de desenvolvimento dos estudos a respeito da mortalidade infantil contribuíram para que o Uruguai se tornasse um exportador de políticas, pesquisas e estudos sobre a melhoria da saúde infantil para outros países da América Latina e do mundo. O veiculador destas ações era o Instituto Interamericano de Proteção à Infância (IIAPI), criado em 1927, por Luiz Morquio, professor de clínica pediátrica da Universidade de Montevideu (Uruguai) e considerado o maior especialista em pediatria e puericultura na América Latina. (BIRN, POLLERO e CABELLA, 2003; BIRN, 2006; BIRN, 2007)¹⁶.

¹⁶ Segundo Donna Guy, a circularidade de modelos e propostas de políticas sociais materno-infantis na América Latina fizeram dos CPN's um vigoroso fórum de debates para os projetos propostos por reformistas sociais, feministas, médicos, advogados e assistentes sociais. A finalidade era promover melhorias na saúde e no bem-estar de mulheres e crianças pobres e das classes trabalhadoras. A autora enfatiza que, nos anos iniciais do evento, havia dois projetos em disputa: o projeto feminista e das reformadoras sociais e o projeto dos médicos pediatras. Essa disputa promoveu a transformação das temáticas do congresso. Os fóruns realizados nos primeiros anos de existência dos CPN's foi um espaço essencialmente feminino, que tinha a participação de mulheres feministas que atuavam conforme a ideologia do "maternalismo feminista". Com base nessa ideologia, buscavam mudar a condição da mulher, promover os direitos das crianças à assistência, mas sem modificar a função da mulher enquanto mãe. Estes movimentos atuaram no desenvolvimento e na modernização das políticas públicas materno-infantis dos países do Cone Sul. No entanto, após a criação do Instituto Interamericano de Proteção à Infância, em 1927, esse fórum foi transformado em um espaço masculino e preocupado com questões médicas. (GUY, 1998; GUY, 2009). Com relação à atuação das mulheres no desenvolvimento das políticas públicas para a maternidade e a infância no Brasil, Martins analisa que, apesar do ativismo feminino ter tido uma contribuição importante na

1.2 - A política materno-infantil da Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância (1934 – 1937)

A CNPI não definiu qual seria a orientação da política materno-infantil a ser adotada pelo governo Vargas. No entanto, os projetos de todas as comissões foram favoráveis à criação de um órgão federal materno-infantil. Oito meses após o fim da CNPI, o Decreto N.º 24.278, de 22 de maio de 1934, extinguiu a IHI e a substituiu pela Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância (DPMI), transferindo todos os profissionais do antigo serviço para o recém-criado órgão, porém mantendo Olinto de Oliveira na função de diretor.

A substituição do termo “higiene infantil” por “proteção à maternidade e à infância” indica uma mudança nas características da política materno-infantil do novo órgão, que passa a incorporar a proteção social como objetivo das ações de puericultura praticadas. Esta mudança refletia as demandas do contexto social e político do país e dos conferencistas presentes na CNPI, representados pelo discurso de abertura feito por Olinto de Oliveira, no qual fez uma avaliação sobre os principais problemas que afetavam a criança brasileira, como vemos a seguir:

Quais são os monstros que devoram estas vidas? (...)

Os mais funestos monstros são, porém, as deficiências e os erros da alimentação e as chamadas enterites, alterações de nutrição, praga insaciável que extermina em nossa terra a brotação humana, responsável ela só por metade desse aniquilamento prematuro de existências.

Não ficam, porém, só na morte prematura, os malefícios devastadores da infância brasileira. Há talvez pior – a sobrevivência dos que resistiram, e vão crescer prejudicados no corpo e no espírito, na educação, no caráter e na situação social. São os empecados, os que vão viver vexados por um empeco qualquer que os privará de se desenvolverem de maneira natural, de pleitearem as condições normais de vida dos seus irmãos mais felizes. São os aleijados, os malnutridos, os doentes crônicos, opilados, anêmicos, tuberculosos, são os cegos e surdos, os retardados mentais, os órfãos e os ilegítimos, os pequenos vagabundos e os criminosos precoces, todos eles causam sobrecarga e ameaça para a comunidade, e os pobres entes para quem a felicidade é uma palavra vã.¹⁷

proposição destas políticas públicas, ele não conseguiu espaço nas estruturas de poder criadas pelo Estado brasileiro. O que deixou a mulher ausente da elaboração dessas políticas. Dessa forma, a participação feminina se deu de forma mais sistemática e duradoura por meio das instituições filantrópicas não profissionais, ou por meio da ocupação de cargos na estrutura burocrática, como médicas, enfermeiras, assistentes sociais e professoras, porém nunca em um cargo com poder de decisão (MARTINS, 2006).

¹⁷ MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA. *Op. Cit.*, 1933. pp. 41 e 42.

A solução do “problema da infância” englobava ações de combate à mortalidade e ao abandono infantil e à delinquência juvenil¹⁸. Para dar conta deste problema, ficou definido que o novo órgão teria a responsabilidade de “promover em todo o país o bem da criança, preservá-la à vida e à saúde, assegurar-lhe o desenvolvimento normal e prestar-lhe assistência e proteção”¹⁹.

A higiene infantil, orientação científica do projeto médico-social seguido pela IHI, defendia a educação sanitária das mães e o acompanhamento do desenvolvimento infantil como as ações assistenciais de combate à mortalidade infantil. O projeto médico-social proposto pela DPMI não abandonava esta orientação, mas pretendia adotar ações mais amplas, de promoção da proteção social materno-infantil, por meio de intervenções educativas, de saúde e de assistência social.

A ampliação do projeto médico-social da DPMI demandou a alteração da demografia dos que seriam atendidos pela nova política materno-infantil. Isso ficou expresso no uso da palavra “criança” em substituição às expressões “primeira idade”, “lactentes”, “primeira infância”, que foram usadas, por exemplo, no decreto de regulamentação da IHI. Observamos aqui uma novidade no campo da política pública materno-infantil: a ampliação da proposta dos seus serviços para além da “idade da vida”, que se estendia do 0 aos 12 meses de vida.

Durante a CNPI, os conferencistas defenderam a ampliação da idade das crianças atendidas por esta política para aquela correspondente ao período pré-escolar, que seria até os 6 anos de idade. Mas também foi aventada a possibilidade de que esta proteção fosse estendida para a criança em idade escolar ou até a idade adulta, considerando o acompanhamento das crianças que trabalhavam²⁰. A partir da nova legislação, a DPMI ficou responsável por atender a criança do nascimento à idade pré-escolar.

Para que fosse oferecida a “proteção total” da criança, conforme a demanda de Olinto de Oliveira, a DPMI poderia realizar parcerias com os serviços federais e estaduais de saúde pública, os serviços de assistência social, os juízos de menores, os serviços de instrução pública

¹⁸ Segundo os profissionais envolvidos com a questão da infância no início do século XX, os “problemas da infância” orbitaram em torno de três questões: a mortalidade, o abandono e a delinquência infantis. Sendo a mortalidade uma questão cuja solução envolveu em maior escala os profissionais do meio médico, sobretudo, da área da pediatria e da puericultura; a delinquência uma questão conduzida em sua maior parte pelos juristas e o abandono um problema que congregou ambos os grupos de profissionais (MARCÍLIO, 2006; RIZZINI, 2008).

¹⁹ BRASIL. Decreto N.º 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. Retirado do *site* <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24278-22-maio-1934-507775-publicacaooriginal-1-pe.html>. Consultado em 01 de outubro de 2019.

²⁰ MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA. *Op. Cit.*, 1933. pp. 102 e 103.

e os serviços de registro civil ²¹. Mas, como foi o caso da IHI, a necessidade de firmar parcerias com os estados limitava à ação do DPMI, que não dispunha de autonomia administrativa para agir sem a permissão dos governos estaduais e contrariava a recomendação expressa pelos CPN's desde 1924.

Uma das atribuições da IHI, mantida e ampliada com a criação do DPMI, foi a autorização para que ela registrasse e orientasse todas as instituições privadas de proteção à maternidade e à infância e concedesse auxílios àquelas que necessitassem. Dessa forma, independentemente de serem financiadas ou não com recursos públicos, todas as entidades que realizassem serviços direcionados à infância estariam sujeitas à fiscalização e obrigatoriamente seguir a normatização proposta pela DPMI ²².

As ações independentes da DPMI estavam circunscritas aos serviços de assistência médica e social, que eram divididos em serviços gerais e os serviços especiais. Os serviços gerais seriam compostos por quatro divisões. A primeira dessas divisões seria de natureza administrativa sob a chefia do assistente do diretor. A segunda divisão compreenderia o Instituto de Higiene e Medicina da Criança, com funcionamento nas dependências do Hospital Arthur Bernardes, que deixaria de existir com suas obrigações originais estabelecidas por Fernandes Figueira, em 1926.

O Instituto de Higiene e Medicina da Criança compreenderia os serviços de maternidade, ambulatorial, de realização de exames e ainda seria responsável pela escola de puericultura. Tal escola estava em funcionamento no hospital desde 1926 e era denominada de “Escola para futuras mães”. Sua função de divulgação da puericultura e de habilitação de profissionais na área foi mantida²³.

A terceira divisão seria composta pelo “Serviço de Estudos e Inquéritos” e ficaria responsável pela realização de pesquisas sobre os problemas da criança no país e pela divulgação dos resultados. A última divisão constituiria o “Serviço de Cooperação com os Estados”, cujo propósito seria o de “estimular, promover, uniformizar e orientar, em todo o país, os serviços de proteção e defesa da criança podendo planejar, fiscalizar e mesmo executar esses serviços onde fossem requisitados”²⁴.

²¹ BRASIL. Decreto nº 24.278, de 22 de maio de 1934.

²² Uma das atribuições da IHI prevista no Regulamento do DNSP determinava que somente as instituições que recebessem subvenções federais seriam fiscalizadas pelo órgão. Brasil, Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública a que se refere o decreto n. 16.300 desta data. Retirado do *site* <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decree/1920-1929/decreto-16300-31-dezembro-1923-503177-regulamento-pe.pdf>. Consultado em 01 de outubro de 2019.

²³ Falaremos sobre a formação profissional em puericultura e a “Escola de Futuras Mães” no capítulo 4 desta tese.

²⁴ BRASIL. Decreto nº 24.278, de 22 de maio de 1934.

A comparação entre a estrutura de serviços da DPMI e da antiga IHI mostra que a única diferença significativa estava na existência do “Serviço de Cooperação com os Estados”. O parágrafo 1º do artigo 317 do Regulamento do DNSP, que tratava da organização administrativa da IHI, determinava que sua atuação nos estados se limitava ao fornecimento de orientação técnica. Com a implantação da DPMI tornou-se possível que o órgão federal executasse serviços compatíveis com suas finalidades no território dos estados, caso isso fosse requisitado.

Além dos serviços gerais, a DPMI também contaria com os chamados serviços especiais, os quais eram executados por duas inspetorias técnicas: “Higiene pré-natal e Assistência ao parto” e “Higiene e Assistência à criança”, cada uma delas dirigida por um inspetor técnico. As duas inspetorias contavam com subdivisões conforme a ação assistencial a ser prestada²⁵.

A inspetoria técnica de “Higiene pré-natal e Assistência ao parto” dividia-se em duas seções: “Higiene pré-natal” e “Assistência ao parto”. A primeira teria a finalidade de prestar serviços médicos e sociais para mulheres grávidas, tais como: exames obstétricos, educação das mães, abrigo às indigentes e subnutridas e profilaxia de infecções puerperais e do recém-nascido, e fiscalizar o serviço e o licenciamento de parteiras. A seção de “Assistência ao parto” se responsabilizava pela realização de partos em mulheres previamente matriculadas, provavelmente encaminhadas pela seção de Higiene pré-natal. Para atender a esta função seria necessário criar uma rede de maternidades regionais e subvencionar as maternidades já existentes. Para esta última finalidade, o decreto informa uma posterior instrução especial que regularia esta situação²⁶.

Já a inspetoria técnica de “Higiene e Assistência à criança” se subdividiria em três seções: de “Higiene Infantil e Pré-escolar”, que abrangeiria os serviços de notificação e registro sanitário dos recém-nascidos e a vigilância sanitária da criança; de “Assistência Médica à Infância”, que compreenderia o serviço prestado às crianças doentes e convalescentes, e de “Assistência Alimentar”, que atenderia crianças, gestantes e mães desnutridas por meio da oferta dos serviços de lactários, clínicas de nutrição e de cantinas maternas.

Conforme determinava o artigo 6º do decreto criador da DPMI, os serviços da inspetoria técnica de “Higiene e Assistência à criança” deveriam ser realizados nos centros e postos de puericultura, fixos e ambulantes, a serem construídos pela diretoria e nos Centros de Saúde. Em uma entrevista concedida ao *Jornal do Brasil*, Olinto de Oliveira definiu o posto de puericultura

²⁵ BRASIL. Decreto nº 24.278, de 22 de maio de 1934.

²⁶ BRASIL. Decreto nº 24.278, de 22 de maio de 1934.

como um “organismo de natureza especial, constitui (...) a célula dos serviços gerais de proteção à infância.”²⁷. Para o médico, o posto de puericultura seria uma derivação do consultório de higiene infantil, serviço organizado pela IHI, que deveria ser transformado na principal instituição assistencial da DPMI. A criação de um órgão autônomo com relação à saúde pública demandaria a criação de novos espaços assistenciais não inseridos nos centros de saúde ou postos de higiene. O posto de puericultura era o serviço defendido por Olinto de Oliveira. Contudo, como vimos, esta posição foi contestada pela comissão das delegações estaduais, que defendeu o posto de higiene do DNSP como o *locus* da higiene infantil.

Para que a DPMI pudesse colocar em prática seu programa assistencial era necessário que o órgão recebesse subsídios federais para o financiamento de suas ações. Tais subvenções estavam previstas no artigo 141 da Constituição Federal de 1934 (CF34), pelo qual ficou determinado que seria “obrigatório, em todo o território nacional, o amparo à maternidade e à infância, para o que a União, os Estados e os Municípios destinarão um por cento das respectivas rendas tributárias”²⁸ (MOURA, 2009: 25).

Apesar da determinação constitucional, era necessário que uma lei regulamentasse o uso desta cota pela DPMI. É importante frisar que a CF34 não era clara quanto ao órgão que ficaria responsável pela administração deste recurso, podendo ser de âmbito federal, estadual ou municipal, desde que exercesse funções relacionadas à maternidade e à infância. As ambiguidades do texto constitucional dificultaram o trabalho do deputado Xavier de Oliveira, que capitaneou o grupo responsável pela defesa da destinação de recursos públicos para a esfera federal durante a regulamentação da aplicação deste recurso (MARIANO, 2006; PEREIRA, 1992: 112).

Os escassos recursos orçamentários destinados à DPMI fizeram com que Olinto de Oliveira elege-se três frentes de ação para que o órgão não sucumbisse antes mesmo de ter iniciado suas atividades²⁹. As ações priorizadas foram:

1º - Desenvolver os serviços locais da antiga Inspectoria de Higiene Infantil, dando-lhe maior latitude e eficiência;

²⁷ A proteção à infância no Brasil. *Jornal do Brasil*, 8 de novembro de 1935.

²⁸ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 16 de julho de 1934. Retirado do site: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao34.htm. Consultado em 05 de outubro de 2019.

²⁹ Para o ano de 1934 o decreto que criou a DPMI previa que ela se manteria em funcionamento com a mesma verba que havia sido designada para a IHI e o Hospital Abrigo Arthur Bernardes. Entretanto, esta verba se mostrava insuficiente para colocar em prática o programa da DPMI, principalmente a expansão das ações de assistência materno-infantis para além do Distrito Federal. Brasil. Decreto nº 24.278, de 22 de maio de 1934.

2º - Organizar um Instituto de Higiene e Medicina da Criança, onde seria feitos todos os estudos técnicos e as pesquisas relativas às especialidades que lhe competiam;

3º - Estender a sua ação a todo o território nacional, procurando estimular, promover, uniformizar e orientar, por toda parte, serviços de proteção à infância e à maternidade.³⁰

A primeira ação correspondia à manutenção dos atendimentos nos consultórios de higiene infantil existentes no Distrito Federal e criados pela IHI. Em 1925, a IHI mantinha 10 destes consultórios nas zonas norte e sul e na região central na cidade do Rio de Janeiro, Distrito Federal. Dez anos depois, já sob a direção da DPMI o número de consultórios foi ampliado para 20. Os “escolares” foram incorporados ao atendimento, tornando-se mistos, isto é, higiene infantil e escolar.

A consulta, nestes locais, mantinha a orientação de fazer o acompanhamento do desenvolvimento da criança, bem como a educação sanitária das mães em matéria de alimentação infantil. Houve ampliação de serviços, passando a oferecer consultas com dentistas e otorrinos, serviço de higiene pré-natal e a fazer distribuição de leite para as crianças³¹. Com exceção dos serviços de odontologia e de otorrinolaringologia, todos os demais faziam parte daquilo que seria o posto de puericultura. Junto a estes “postos”, foram criadas associações de senhoras, que auxiliavam os serviços de assistência materno-infantil.

As associações maternidade e infância, como eram denominadas, apresentavam a função de promover a saúde e o bem-estar materno-infantil, sobretudo daquelas carentes de recursos. Sua ação seria orientada pela DPMI, mas possuíam independência com relação ao órgão. As suas funções eram voltadas à doação de alimentos, roupas, concessão de meios para a melhoria do lar ou do quarto da criança, proteção aos abandonados e socorros às crianças que adoecessem. Cada associação tinha um raio de ação restrito às localidades próximas ao “posto”. Essas associações foram criadas ainda durante a existência da IHI, mas já na gestão Olinto de Oliveira. Assemelhavam-se às Damas da Assistência³², uma organização feminina filantrópica na qual as mulheres atuavam como multiplicadoras dos princípios da higiene infantil entre as

³⁰ OLIVEIRA, Olinto. A proteção à infância e a sua organização. *Correio da Manhã*, 18 de dezembro de 1936.

³¹ *Idem*.

³² Sobre a atuação feminina em serviços filantrópicos consultar: CAMARA, Sônia. As damas da assistência à infância e as ações educativas, assistenciais e filantrópicas (Rio de Janeiro/RJ, 1906-1930). *História da Educação*, Santa Maria, RS, v. 21, n. 53, dez. 2017, p. 199-218. e MOTT, Maria Lúcia. Gênero, medicina e filantropia: Maria Rennotte e as mulheres na construção da nação. *Cadernos Pagu*, Campinas, SP, 24, janeiro-junho de 2005 a, pp.41-67.

mulheres pobres e faziam donativos às crianças carentes atendidas no Instituto de Proteção e Assistência à Infância (IPAI)³³.

Ainda como parte desta primeira frente de ação, foi criada uma maternidade em São Cristóvão. Registra-se que foram realizados, no ano de 1935, entre 300 e 400 partos. Nela era mantido um curso prático de clínica obstétrica. Com relação à segunda frente de ação, foram mantidos os cursos oferecidos no Abrigo Hospital Arthur Bernardes, transformado em Instituto de Higiene e Medicina da Criança. Lá foram ofertados o curso de especialização para médicos e doutorandos, cursos de puericultura para senhoras e, em parceria com as escolas municipais, foram realizados cursos de puericultura para meninas³⁴.

Por fim, a última frente de ação da DPMI foi a extensão dos serviços federais para os estados. Por não dispor de dotação orçamentária específica, a alternativa para efetuar seu programa puericultor demandava a criação de uma fonte alternativa de recursos extraorçamentários. A solução consistiu na criação da *Campanha Nacional pela Alimentação da Criança* (CNACr), uma ação coletiva entre a DPMI, a imprensa e entidades privadas. Esta campanha filantrópica se tornou a única grande iniciativa posta em prática pela DPMI fora do Distrito Federal.

A criação de um órgão central de coordenação das ações materno-infantis foi uma das pautas defendidas pela comissão executiva do CNPI, liderada por Olinto de Oliveira. Desse modo, a criação da CNACr possuiu um duplo significado para a DPMI. Em primeiro lugar, a garantia da sobrevivência do órgão (DPMI), que não recebia recursos do orçamento federal compatíveis às necessidades dos seus serviços assistenciais. E, em segundo lugar, a efetivação da extensão das ações da DPMI para além do Distrito Federal.

1.2.1 – A Campanha Nacional pela Alimentação da Criança (CNACr)

Em uma conferência realizada em 1942, Olinto de Oliveira declara que a ideia de criação da CNACr foi originária das propostas apresentadas durante a CNPI ³⁵. Ao relatar esta

³³ O IPAI foi uma entidade médico-filantrópica fundada no Rio de Janeiro, no dia 14 de julho de 1899, por Carlos Arthur Moncorvo Filho. Sua criação materializou um novo modelo ideológico e institucional para o cuidado à infância no país que se baseava “em um amplo sistema de higienização da infância, operado por instituições filantrópicas de base científica e protagonizado por médicos” (FREIRE:2016, 84). Segundo Camara, o IPAI articulava ciência e filantropia como pilares da proteção à infância pobre (CAMARA, 2013:7). Os serviços assistenciais oferecidos pelo IPAI possuíram um amplo raio de atuação, oferecendo serviços de assistência médica, filantrópica e educativa às mães e às crianças pobres. (WADSWORTH, 1999).

³⁴ OLIVEIRA, Olinto. A proteção à infância e a sua organização. *Correio da Manhã*, 18 de dezembro de 1936.

³⁵ Notas sobre a 1ª Campanha Nacional de Alimentação da Criança em 1934-1935. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro, ano 2, n. ° 9, setembro de 1942, p.31.

justificativa para a criação da CNACr, Olinto de Oliveira se referia aos itens dos projetos apresentados que diziam respeito à fiscalização dos alimentos infantis, principalmente o leite, e ao barateamento do custo do alimento infantil.

Segundo Olinto de Oliveira, as ações da CNACr resumiram-se nas atividades de “instruir e dar”. A instrução era voltada à divulgação das boas regras da puericultura em matéria de alimentação para todos os que lidavam com crianças, principalmente às mães. O “dar” estava relacionado a “proporcionar o alimento são e convenientemente preparado às crianças indigentes de todas as idades e às mães necessitadas, por meio (...) de todas as organizações capazes de concorrer e solucionar o problema”.³⁶ Mas, ao ser anunciada a criação da campanha, não estava prevista, entre as suas finalidades, a distribuição de alimentos como parte de suas ações. A finalidade da CNACr, em sua gênese, era

(...) desenvolver em todo o país, e principalmente no interior, uma ativa propaganda tendo por fim chamar a atenção para os problemas da alimentação da criança e estimular em todos os núcleos da população a formação de organizações capazes de orientar e esclarecer as mães sobre este assunto e auxiliá-las na criação normal dos filhos ³⁷.

A orientação científica impressa pela DPMI ao programa da CNACr se baseou na higiene infantil. Desse modo, a educação sanitária das mães foi a ação escolhida como principal meio de promoção da mudança cultural dos hábitos e dos costumes alimentares que causavam os problemas de saúde mais comuns na infância, sobretudo entre as crianças oriundas das classes pobres urbanas e rurais. Esta escolha nos ajuda a perceber que a alimentação infantil permanecia como uma questão fundamental para a política materno-infantil (SANGLARD, 2016). Nesse sentido, as ações essenciais da campanha seriam:

- 1 – Incentivar a amamentação natural dos pequeninos;
- 2 – Promover a prática de uma alimentação racional nas outras idades, compreendendo o uso do leite, dos legumes, das frutas, e outras substâncias contendo as vitaminas e mais princípios indispensáveis à nutrição;
- 3 - Alcançar às mães nutrízes e às gestantes os benefícios de uma boa alimentação no interesse dos filhos;
- 4 – Combater os erros, os preconceitos, a incúria ou o pouco caso em matéria e alimentação ³⁸.

³⁶ *Idem*, p.32.

³⁷ Edital enviado aos Snr. Superintendentes, diretores de estabelecimento de ensino e professores. *Jornal do Brasil*, 11 de outubro de 1934.

³⁸ *Idem, ibidem*.

Além destas ações fundamentais, a CNACr também propunha que fosse adotada uma prática complementar de forte impacto na sociedade. Essa prática consistiria na distribuição de leite e mingaus, uma vez que “a insuficiência de alimentação pode assim ser considerada a maior e mais grave das nossas endemias e, portanto, aquela que exige mais imediatas providencias”³⁹.

A distribuição de leite e mingaus atenderia às famílias muito pobres que não possuíam recursos para alimentar seus filhos e, sobretudo, angariava o apoio da população que se sensibilizaria favoravelmente com uma campanha que tinha como propósito prover crianças que passavam fome:

A escolha do tema de início oferecia ainda, além da sua finalidade essencial, uma vantagem de ordem psicológica, de acentuado valor. Havia necessidade para o completo êxito do movimento em favor da criança, de chamar para ela atenção e simpatia da própria população, além das dos diversos órgãos locais do poder público. (...) Ora, a gente pouco se comove em geral com certos aspectos, mesmo dos mais lamentáveis da criança em estado de abandono ou dependência. O órfão arranca de todo o mundo expressões de comiseração, mas este sentimento arrefece logo que perdemos de vista o objeto que o originou.

Os doentes..., que procurem o médico e está tudo arranjado.

O aleijado ou débil mental que vemos diariamente acabam por embotar a nossa sensibilidade e passam mesmo a ser motivo de desprezo ou chacota. A infância delinquente provoca em geral a indignação e ímpetos de punição brutal em todos os que ignoram as causas profundas desta dolorosa chaga social; ninguém se move, entretanto, para remedia-la.

Mas a nossa sensibilidade abala-se imediatamente quando sabemos que uma criança está passando fome! E não nos conformamos com esta ideia que nos atazana o espírito e facilmente se transforma num incentivo para acudir ao desgraçadinho assim supliciado ⁴⁰.

A demora na regulamentação do dispositivo previsto na CF34, que estabelecia a fonte de recursos para ações de assistência materno-infantis em âmbito nacional, inclusive para o funcionamento da DPMI, obrigou que Olinto de Oliveira recorresse às doações filantrópicas para a manutenção das ações da CNACr. Mas, para atrair o apoio da filantropia o foco principal da campanha - a educação sanitária das mães e a propaganda sobre a boa alimentação infantil - cedeu espaço para a ação de combate à fome entre as crianças pobres, que se tornou o mote principal da CNACr.

³⁹ Campanha Nacional pela Alimentação da Criança. Para assentar as bases de um movimento nacional em torno dos problemas que com ella se relacionam. *Correio da Manhã*, 15 de setembro de 1934.

⁴⁰ A proteção à infância no Brasil. *Jornal do Brasil*, 8 de novembro de 1935.

Segundo Dante Costa⁴¹, chefe de expansão social da campanha, essa foi a primeira vez que o problema da má alimentação da criança foi encarado em duas frentes, que consistiram na educação sanitárias das mães e na distribuição de alimentos às crianças e mães pobres (COSTA *apud* OVERNÉ, 2019: 247). A inclusão da distribuição de alimentos como parte da ação assistencial da CNACr conferiu ao Estado um novo papel na política de assistência à infância. Desde a IHI, esta política tinha como principal preocupação a educação maternal em higiene infantil. Às mães e às famílias competiam o papel de alimentar corretamente as crianças, corrigindo as deficiências alimentares identificadas pelos médicos. A partir da CNACr, esta ação passou a ser também uma responsabilidade do Estado.

A CNACr contou com a orientação técnica e científica da DPMI e duas outras instituições foram convidadas a contribuir na divulgação e disseminação da campanha. A Associação Brasileira de Imprensa (ABI) foi uma dessas instituições convidadas. Sua função consistiu na divulgação das ações da campanha e, para isso, dois jornais se tornaram os seus porta-vozes: o *Jornal do Commercio* e o *Jornal do Brasil*. Estes periódicos divulgaram em suas páginas notas emitidas pela CNACr sobre as novas associações organizadas pelo país, as atas das reuniões ocorridas na DPMI, o lançamento de cada número do boletim da campanha⁴² e os documentos técnicos criados pela DPMI. Eles também funcionaram como instrumento da ação educativa da CNACr, ao publicarem matérias contendo as orientações de cuidado com a alimentação da criança.

A Igreja Católica foi outra instituição convidada por Olinto de Oliveira para integrar a CNACr. O convite foi direcionado ao Cardeal da Arquidiocese do Rio de Janeiro, D. Sebastião Leme, a quem o diretor solicitou autorização para que as paróquias da cidade se juntassem aos esforços da DPMI na campanha. Em resposta, o Cardeal declarou seu apoio e conclamou aos párocos a contribuírem com a ação.

Eis por que, manifestando o agrado de Sua Eminência e a aprovação que dá à feliz iniciativa dessa digna Diretoria, não duvidamos em exortar, desde já, o Revmo. Clero, e, principalmente, os senhores vigários desta arquidiocese a

⁴¹ Dante Costa nasceu no Pará, no ano de 1912. Foi autor de diversas obras sobre temas relacionados à alimentação, nutrição e alimentação infantil e alimentação de escolares. Em 1938, escreveu o livro *Bases da alimentação racional*, obra relevante para o campo da nutrição que estava em emergência no país naquele momento. Foi professor de Dietética e pesquisador do Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS), professor de Nutrição do Departamento Nacional de Saúde, médico da Santa Casa de Misericórdia, membro do *International Nutrition Institute* e representante do Brasil no VIII Congresso Pan-Americano da Criança, em 1942. Em 1935, aos 23 anos, atuou na CNACr. Em 1940, atuou brevemente no Departamento Nacional da Criança, no ano seguinte, transferiu-se para o SAPS (FOGAGNOLI, 2019).

⁴² Não localizamos nos arquivos pesquisados nenhum número deste boletim. Sabemos de sua existência somente pelo anúncio de sua publicação nos referidos jornais.

que promovam, por todos os meios ao seu alcance a maior propaganda em favor da campanha de proteção à infância. Obra eminentemente cristã, social e patriótica. Que visa interesses superiores da própria raça, e que de tão perto poderá contribuir para a solução de problemas até de ordem moral, de nada impede que nela tomem parte mais ativa os sacerdotes que a tanto se sentirem particularmente inclinados ⁴³.

A aproximação entre a DPMI e a Igreja Católica está inserida em um contexto no qual esta última buscava modificar sua imagem social e ampliar sua participação política, estreitando suas relações com o Estado brasileiro. Segundo Irschlinger (2014), o período entre 1920 e 1940, o qual denomina como “renascimento da Igreja Católica” no Brasil, pode ser entendido como o período em que a Igreja buscou ampliar sua visibilidade e poder político-religioso no país. Para isso, procurou unificar os católicos de todo o país com vistas a demonstrar a sua “representatividade popular”.

Desse modo, o aceite de D. Sebastião Leme, figura de destaque da Igreja Católica durante este processo de “renascimento”, correspondia à pretensão da Igreja Católica no Brasil em “cristianizar as instituições sociais” com vistas a fazer frente ao avanço das ideologias liberais e socialistas no país. Em contrapartida, a Igreja Católica serviria para a DPMI como caminho efetivo para estender suas ações para o interior do país, por meio das paróquias.

Não tardou para que a DPMI recebesse manifestações de apoio acompanhadas do pedido de religiosos para que a CNACr fosse levada para suas cidades⁴⁴. Neste contexto, destacamos a carta abaixo, a qual foi emitida pelo Monsenhor João Baptista du Dreneuf, da Diocese de Diamantino, no interior do estado do Mato Grosso:

Deus queira que essa benéfica campanha surta o desejado efeito. Aqui a mortalidade infantil é muito grande. As mães, graças a Deus, são dedicadas e amamentam os filhos com solicitude; mas depois de desmamadas é que as pobres crianças passam mal: a alimentação não é que convém a sua idade: enfraquecem a olhos vistos; as verminoses, as febres e outras doenças reduzem estas pobres criaturas a um depauperamento físico verdadeiramente lastimoso. Por cumulo de infelicidade não há em todo o território da Prelazia (250.000 Km²) nem um médico, nem sequer uma farmácia. Pode por estes dados entender V. Ex. o estado miserando da população de Diamantino. Falissem-

⁴³ Campanha Nacional pela Alimentação da Criança. Uma demonstração de S. E. o Cardeal D. Sebastião Leme à Campanha. *Jornal do Commercio*, 10 de outubro de 1934.

⁴⁴ Após o lançamento da campanha, foram emitidas cartas aos interventores, prefeitos, arcebispos, bispos, vigários, médicos, associações e outras instituições que exerciam ações de assistência à infância informando sobre a criação da campanha e sua finalidade. Segundo Olinto de Oliveira, eram remetidas uma média de 100 cartas por dia e, após um ano de campanha, já haviam sido trocadas mais de 30 mil cartas, ofícios, boletins, manuais e circulares. A resposta positiva à carta enviada pela DPMI era o pontapé inicial para que a CNACr fosse iniciada em uma determinada cidade. A proteção à infância no Brasil. *Jornal do Brasil*, 8 de novembro de 1935.

nos os recursos para melhorar a saúde dos doentinhos. Oxalá possa a campanha protetora estender a sua salutar influência ⁴⁵.

Após o anúncio oficial de criação da campanha, a DPMI enviou convites a todas “as pessoas e instituições que se interessem pela infância brasileira”⁴⁶, ou seja, interventores, prefeitos, professoras, membros das elites locais, diretores de associações filantrópicas, entre outras. Mas, no primeiro ano de funcionamento da campanha, o clero foi o grupo cuja participação na CNACr foi destacada pela imprensa, como vemos a seguir:

O interesse que tem despertado a C.N.P.A.C. (Campanha Nacional pela Alimentação da Criança) em todas as camadas sociais do país é um poderoso auxílio de que tem socorrido esse grande movimento de amparo médico-social à criança. Os governos e o povo, as classes armadas e o clero, todos tem acorrido ao seu chamado.

Aliás, o clero foi das forças que logo se dispuseram a auxiliar a campanha. Desde o seu início S. Em. o Cardeal Leme esposou a ideia com o seu melhor entusiasmo.

Inúmeros arcebispos e bispos já se tem igualmente alistado nas fileiras da C.N.P.A.C., e agora começam a chegar as primeiras declarações dos vigários e sacerdotes ao serviço de Deus, espalhados pelo país.

De Oliveiras do Campinho, remota cidade baiana, a direção da Campanha acaba de receber uma carta entusiástica de decidido apoio às suas atividades, enviada pelo Padre Acyilino Alves Pimenta, vigário dessa localidade. Declara-se ele disposto a cooperar com a Campanha e pede orientação e esclarecimentos (...) ⁴⁷.

A aliança com a Igreja Católica foi uma escolha estratégica que tornou possível que as ações previstas da CNACr alcançassem as regiões mais longínquas do país. Em muitas regiões não existiam centros de saúde ou médicos que pudessem ser acionados pela DPMI. Nesse momento, a Igreja Católica era, efetivamente, a única instituição presente em amplas áreas do território nacional.

Ao analisar a política de subvenções às instituições de caridade do governo Vargas, executada através da Caixa de Subvenções entre 1931 e 1937, Gonçalves aponta um notável crescimento das instituições católicas voltadas para o exercício da caridade em decorrência das subvenções direcionadas ao desenvolvimento de seus projetos caritativos. Esse crescimento é

⁴⁵ Campanha Nacional pela Alimentação da Criança. O depoimento melancólico de uma alta autoridade eclesiástica. *Jornal do Brasil*, 9 de março de 1935.

⁴⁶ Campanha Nacional pela Alimentação da Criança. *Jornal do Brasil*, 12 de outubro de 1934.

⁴⁷ Campanha Nacional pela Alimentação da Criança – O interesse que esse movimento desperta em todo o Brasil. *Jornal do Brasil*, 18 de abril de 1935.

entendido como uma estratégia adotada pela Igreja para manutenção dos recursos oriundos da subvenção federal (GONÇALVES, 2001).

A Caixa de Subvenções tinha a finalidade de auxiliar estabelecimentos de caridade, órgãos de natureza técnico-educacional e prover recursos para a nacionalização do ensino. Dentre estas, o auxílio aos hospitais, asilos, orfanatos, Misericórdias, leprosários, missões religiosas, institutos de caridade em geral foram as que receberam o maior quantitativo de subvenções (GONÇALVES, 2011). No meio destas entidades estiveram aquelas que auxiliaram a CNACr. Desse modo, a aliança entre a DPMI e a Igreja Católica serviu, indiretamente, para financiar as ações da CNACr por meio das subvenções estatais encaminhadas para entidades católicas dedicadas à caridade e à assistência à infância.

A CNACr orientava que a ação assistencial fosse iniciada com a instalação de uma “associação de proteção à infância”. Um serviço de natureza político-administrativa que seria responsável pela organização e manutenção dos serviços de puericultura a serem instalados nas cidades com a orientação técnica da DPMI. O segundo serviço, de perfil médico-social, era o “Lactário”, responsável pelo fornecimento de leite e de fórmulas alimentares preparadas sob orientação médica para as crianças pobres inscritas nas associações locais de proteção à infância. Os lactários seriam os serviços, que de fato, atenderiam a população e por isso eram considerados com a marca registrada da CNACr ⁴⁸.

Nas cidades dotadas de organizações de assistência, a orientação era para que elas buscassem “aperfeiçoar, ampliar e estender” as suas ações, principalmente às de educação sanitária das mães. Ao se tornarem parte da CNACr, as entidades locais de assistência se habilitavam para receber as subvenções do governo federal e, em contrapartida, deveriam obedecer às orientações técnicas da DPMI. As Faculdades de Medicina, as Escolas Normais, as repartições estaduais de saúde pública e outras entidades afins, também foram autorizadas a receber apoio técnico e financeiro para se engajarem na CNACr ⁴⁹.

O programa desta ação assistencial foi elaborado pelo corpo técnico da DPMI, formado por Olinto de Oliveira, Adamastor Barbosa, Mario de Vasconcellos e Gustavo Lessa. O grande desafio enfrentado por este pequeno grupo de médicos foi o de orientar os leigos interessados em contribuir com a CNACr. A construção de um manual com o passo a passo para a implantação das associações de proteção à infância e dos lactários foi a solução encontrada pela

⁴⁸ OLIVEIRA, Olympio Olinto. *Lactários populares e sua organização*. Rio de Janeiro: Marques Araújo & Cia., s.d.

⁴⁹ Campanha Nacional pela Alimentação da Criança. Para assentar as bases de um movimento nacional em torno dos problemas que com ella se relacionam. *Correio da Manhã*, 15 de setembro de 1934.

DPMI, visto que a sua capacidade em prestar a orientação técnica e científica, para os interessados em participar da campanha, era muito limitada.

A elaboração deste material didático esbarrou em um impasse entre os médicos da DPMI no tocante a quais serviços poderiam ser instalados nos municípios que não possuíam médico. Os médicos Adamastor Barbosa e Mario de Vasconcelos consideravam um risco confiar uma campanha deste porte a pessoas leigas. Já Gustavo Lessa defendeu a criação de cursos de puericultura em Faculdades de Medicina e em Escolas Normais, além da organização de comissões compostas por médicos da DPMI para ministrar cursos de puericultura no interior do país.

A palavra final foi dada por Olinto de Oliveira que optou pela elaboração de diferentes tipos de publicações didáticas e de propaganda com conteúdo básico sobre puericultura que poderiam ser assimilados por qualquer pessoa de “boa vontade”. A expectativa era que

Esse núcleo de pessoas de boa vontade iria desenvolvendo por outras formas a sua ação protetora sobre a infância local, guiando-se pelas instruções do médico e pelas que fossem lançadas por esta Diretoria, difundindo-se assim pouco a pouco os ensinamentos da puericultura, de higiene infantil e da assistência bem orientada. Mesmo nos lugares onde faltasse o pediatra e, portanto, a orientação segura do conjunto, a discriminação exata do socorro em cada caso particular, ainda assim e precária nos seus benefícios, não deixaria de ser muito útil a instituição, tão extensa e tão grave se verifica em nossa terra a fome latente ou manifesta das crianças em todas as idades. Acresce ainda considerar o seguinte: quando por insuficiência de direção científica fosse de todo inútil o socorro alimentar ministrado por não profissionais, o que é muito discutível, mesmo em tal caso subsistiria o movimento social, a propaganda em favor da infância, o estímulo pelo aprendizado e a difusão das noções de higiene e de puericultura, mesmo por processos autodidáticos, em meios onde até agora nenhuma preocupação se suscitara em tal sentido⁵⁰.

A produção de publicações de fácil assimilação foi, sem dúvida, uma estratégia paliativa que apenas tentava remediar as limitações do reduzido quadro de puericultores da DPMI e a presença rarefeita de médicos em localidades afastadas dos grandes centros urbanos.

Além das publicações de propaganda e do boletim, estamos distribuindo instruções em pequenos folhetos abreviados sobre a organização das associações locais sobre o melhor e mais simples plano a desenvolver para protegeras as mães e as crianças, instruções e pequenos conselhos sobre a criação dos pequeninos e a higiene na gravidez, sobre o modo de instituir um consultório de higiene, sobre a orientação a seguir neste. Já está no prelo um outro sobre a organização dos Lactários, e em organização um guia popular

⁵⁰ Campanha Nacional pela Alimentação da Criança. *Jornal do Commercio*, 19 de setembro de 1934.

da alimentação da criança, instruções para as visitadoras rurais, uma série de tricromias para a educação das mães incultas em matéria de alimentação dos filhos, instruções pediátricas para os médicos não especializados, etc.⁵¹.

A publicação de normas e orientação encaminhadas aos leigos engajados na CNACr e responsáveis pela implantação das associações de proteção à infância e dos lactários se tornou a principal (ou a única) estratégia disponível à DPMI para levar os preceitos e técnicas da puericultura à localidades do país, onde houvesse a criação de serviços de puericultura, mas sem a presença de um médico puericultor ou de médicos que não possuíam formação na especialidade.

Como parte das ações de educação sanitária das mães da CNACr foi publicado o “Guia popular da alimentação da criança”, cuja distribuição era feita mediante solicitação por carta. Cartas como a publicada em abril de 1935, enviada pela Senhora Norbertina Albuquerque, residente em Recife, que dizia: “Desejo manter correspondência com a Campanha Nacional pela Alimentação da Criança porque além de me interessar pelas crianças, lido com sete meninos, cujas idades variam de 8 meses a 11 anos. Desde já intensamente agradecida”⁵². Os guias maternos e os jornais foram instrumentos utilizados pela campanha nesta ação educativa.

Os conselhos médicos sobre higiene infantil reproduzidos nos jornais e publicados no referido Guia eram simples, ensinavam basicamente receitas para o preparo de alimentações infantis. A clareza da mensagem era uma característica das ações de educação maternal, visava o fácil entendimento pelo maior número de mulheres, que deveriam aprender o conteúdo destes materiais e aplicá-los nos cuidados com seus filhos. Sobre este conteúdo, Martins destaca o cuidado por parte dos médicos na elaboração deste material, que recorriam a vocabulário acessível, um estilo de escrita direto e ao recurso das ilustrações e fotografias (MARTINS, 2008b:145).

A tecnologia trouxe inovação à campanha educativa, que passou a contar com uma série radiofônica. Esta teve início em abril de 1935 e consistiu em palestras com a duração de quatro minutos, que se alternavam entre orientações sobre nutrição infantil e preparo de alimentos e notícias sobre a CNACr.⁵³

Desde o surgimento do rádio e a sua configuração como um meio de comunicação de massas, ele foi utilizado como uma ferramenta de educação sanitária. Sua vantagem estava na abrangência territorial, já que conseguia penetrar em locais, independente da distância e assim

⁵¹ A proteção à infância no Brasil. *Jornal do Brasil*, 8 de novembro de 1935.

⁵² Campanha Nacional pela Alimentação da Criança. *Jornal do Commercio*, 5 de junho de 1935.

⁵³ Nota sem título. *Jornal do Commercio*, 13 de abril de 1935.

transmitir as instruções de médicos especialistas sobre o cuidado correto das crianças às mães de todos os lugares. Ao mesmo tempo, os programas de rádio podiam despertar o interesse da opinião pública sobre assuntos relacionados à importância do cuidado sobre a infância (MESTRE, LÓPEZ y SÁNCHEZ, 2011: 51). No Brasil, estávamos em plena “época de ouro do rádio”, período de popularização deste meio de comunicação proporcionada pelo preço acessível dos aparelhos de recepção, que se tornaram peça comum nos lares brasileiros. A melhoria na tecnologia das caixas de som permitiu maior qualidade da recepção de áudio, o que incentivou o hábito de reunião sociais para acompanhar a transmissão dos programas de maior audiência (OLIVEIRA, 2006:28).

Criada para existir por somente um ano, a CNACr acabou permanecendo ativa durante todo o período de existência da DPMI, ou seja, até 1937. Em uma nota publicada no *Jornal do Brasil* era informado que:

A Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância do Ministério da Educação prossegue na sua atividade, iniciada em outubro de 1934, sob a denominação de “Campanha Nacional pela alimentação da Criança”. No mês de junho entraram em correspondência com essa Divisão 31 novos municípios, elevando, assim, o número total dos municípios articulados com o Serviço à 634.⁵⁴

Os dados sobre os resultados da CNACr são incertos. Segundo o relatório apresentado por João de Barros Barreto, diretor geral do Departamento Nacional de Saúde (DNS), ao ministro Gustavo Capanema, 858 municípios⁵⁵ responderam à solicitação da DPMI, sendo que 471 associações de proteção à infância haviam sido criadas⁵⁶.

Numa entrevista publicada no jornal *Correio da Manhã*, em 1936, Olinto trouxe a informação de que foram criadas 150 associações de proteção à infância⁵⁷. Em 1942, ele informa que este número não passou de 200, mas sinalizava que este quantitativo foi uma vitória

⁵⁴ Nota sem título. *Jornal do Brasil*, 17 de agosto de 1937. P.6

⁵⁵ Segundo o Atlas Nacional do Brasil, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no ano de 1940 existiam 1574 municípios no país. Retirado do site: http://geofp.ibge.gov.br/atlas/nacional/atlas_nacional_do_brasil_2010/2_territorio_e_meio_ambiente/atlas_nacional_do_brasil_2010_pagina_37_evolucao_da_malha_municipal.pdf. Consultado em 05 de outubro de 2019.

⁵⁶ BARRETO, João de Barros. Serviços Federais de Saúde em 1937. Relatório apresentado ao ministro Gustavo Capanema pelo Dr. João de Barros Barreto, Diretor Geral do Departamento Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 1938b. p.32.

⁵⁷ OLIVEIRA, Olinto. A proteção à infância e a sua organização. *Correio da Manhã*, 18 de dezembro de 1936.

diante dos problemas enfrentados devido ao vasto território e à grande dispersão populacional do país⁵⁸.

Em setembro de 1936, a DPMI ainda não possuía uma definição sobre a verba prevista na CF34 para financiar os serviços de proteção materno-infantis. Olinto de Oliveira escreveu ao deputado Xavier de Oliveira solicitando uma verba de 14 mil contos que deveriam ser destinadas ao seu serviço.

Escrevo-lhe sob a pressão dos desenganos que vem desfazendo pouco a pouco o meu velho sonho de organizar em nossa terra o amparo da mãe e da criança. Honrado pelo nosso presidente com a incumbência de realizar a sua grande ideia, atirei-me ao trabalho com um entusiasmo que se diria juvenil. Pareceu-me que apoiado naquela grande força, que era o desejo presidencial, eu conseguiria fazer alguma coisa digna da grande causa e do seu grande patrono. Infelizmente, outras preocupações mais prementes vieram absorver as atenções do Chefe do Governo. (...) E o pouco que se conseguiu fazer e que preludiava uma grande conquista no renascimento da nossa raça, está sendo embaraçado e solapado, para que venha por fim esse esforço a abortar e a cair no abandono. Os anos vão passando, os homens mudam, e não sei qual será amanhã a sorte desta linda ideia, tão brilhantemente lançada e agora quase abandonada, sem quase nada ter sido realizado!
(...) O grande movimento que consegui agitar no interior está esmorecendo pela falta do estimulante com que se contava, o auxílio pecuniário do Governo Federal⁵⁹.

O pedido de Olinto de Oliveira não foi atendido e os aportes previstos na CF34 nunca chegaram ao DPMI. O encerramento da CNACr refletiu o desânimo das associações de proteção à infância que esmoreceram os ânimos após aguardar, algumas por 3 anos, os recursos que jamais chegaram. No início de 1937, a reforma promovida por Gustavo Capanema modificou o cenário do serviço federal de proteção materno-infantil e, no final daquele ano, a própria CF34 foi revogada com o início do Estado Novo e este subsídio nunca foi incorporado ao orçamento da DPMI (MOURA, 2009: 25 a 28; PEREIRA, 1992: 112).

A ação da CNACr foi uma tentativa capitaneada pela DPMI para viabilizar seu programa puericultor em âmbito nacional. A entrega da organização administrativa da campanha às associações de proteção à infância, de natureza filantrópica, permitiu aos técnicos da DPMI agirem nos estados e municípios sem as amarras burocráticas que limitavam a ação do órgão estatal. No entanto, a ampliação do programa puericultor da campanha da educação

⁵⁸ Notas sobre a 1ª Campanha Nacional de Alimentação da Criança em 1934-1935. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro, ano 2, n.º 9, setembro de 1942, p.33.

⁵⁹ Sessão da Câmara dos Deputados Federais, 9 de setembro de 1936. *Jornal do Commercio*, 10 de setembro de 1936.

maternal para a ação de assistência social, baseada na distribuição de alimentos para crianças, esbarrou no problema da falta de espaços de assistência e na falta de profissionais de saúde pelo país (médicos, enfermeiras e visitadoras sanitárias).

Olinto de Oliveira atribui o fim da CNACr à falta dos subsídios federais, mas a carência da estrutura necessária para a execução de um projeto nesses moldes ultrapassava a questão orçamentária. A historiografia aponta que uma nova geração de sanitaristas estava se formando no país desde a década de 1920, em espaços concentrados no Distrito Federal e em São Paulo e indica que este foi um problema para a saúde pública varguista de uma forma geral (SANTOS e FARIAS, 2006).

Com relação aos espaços de assistência, a busca pela autonomia do órgão coordenador das políticas materno-infantis demandava também a independência com relação aos espaços da saúde pública que, em alguns estados, já se apresentavam em um número considerável. É a montagem de uma estrutura para a proteção materno-infantil, composta por postos de puericultura e profissionais especializados, que Olinto de Oliveira passa a defender após o encerramento da CNACr. Isso ficará expresso no relatório da viagem de estudos que fará à Europa, em 1937.

1.2.2- Puericultores versus Sanitaristas: a disputa pela autoridade sobre o campo materno-infantil

Um ano após a criação da DPMI, Olinto de Oliveira passou a defender a necessidade de uma reformulação nas atribuições da diretoria, buscando autonomia administrativa com relação à saúde pública, ou seja, ao DNSP.

Num discurso proferido na Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, a respeito da proteção à infância no Brasil, Olinto de Oliveira fez uma avaliação negativa da atuação dos atores envolvidos com a causa da infância naquele momento. A crítica é feita à posição de juristas, filantropos, jornalistas e sanitaristas, sendo este último grupo o mais citado.

A crítica voltada aos juristas e à imprensa relacionava-se à visão estreita que demonstravam a respeito da questão. Para os juízes e os jornalistas a proteção à infância seria

uma simples questão de legislação e diligências policiais. Impressiona-os, sobretudo, o espetáculo diário da delinquência, da vagabundagem e da mendicância juvenis, e sem demorar-se no estudo das causas profundas desses males, requerem as medidas imediatas que os hajam de remediar. O que se

tem em vista não é propriamente o bem dessas crianças, é o asseio moral e a tranquilidade pública.⁶⁰

Com relação aos filantropos, grupo que Olinto Oliveira chamava de “sentimentalistas”, questionava-se a própria validade de suas ações. Neste caso, ele se referia às ações individuais ou de entidades filantrópicas que não se guiavam por orientações científicas.

comovem-se diante dos quadros da indigência que se lhes apresentam a todo instante crianças magras, famintas, doentes, sem roupa, sem abrigo, outras abandonas ou órfãos, outras maltratadas, das mães indigentes, sobrecarregadas de trabalho, fracas ou doentes também e sem tetos, ou vivendo miseravelmente em cubículos infectos, com os filhos a chorar em torno, toda essa comovente e dolorosa história da miséria humana. E o que lhes ocorre de imediato é o socorro, a esmola, a caridade, com que supõe remediar a situação, mas que assiste estes pela sua própria verdade e não atende as necessidades reais dos miseráveis⁶¹.

A crítica aos juristas e aos filantropos devia-se ao fato de muitos não seguirem as orientações da DPMI em suas ações assistenciais. Entretanto, sabendo da relevância da atuação da filantropia, sobretudo no financiamento da assistência materno-infantil, Olinto de Oliveira relativizava sua crítica, afirmando que o problema estava em agir sem seguir as orientações científicas do DPMI e que os bons sentimentos que moviam a filantropia não seriam suficientes para se levar adiante um projeto de proteção social à maternidade e à infância.

De todos os grupos citados, os médicos sanitaristas foram aqueles que sofreram as mais duras críticas. Como veremos abaixo:

Outro aspecto considerável do problema, o que se refere às condições gerais da saúde da criança, a sua alimentação, as causas de doenças e da mortalidade, tem levado certos espíritos a considerá-los os únicos a merecerem a atenção do poder público. Para o sanitarista, com a visão unilateral de sua estreita especialidade a proteção à infância seria apenas um capítulo da higiene pública cuja solução dependeria somente da aplicação das suas regras e seus métodos técnicos. Não lhes ocorre que a proteção à infância é, como já disse um notável publicista, ao mesmo tempo uma questão social, uma questão moral e uma questão política. E que a própria mortalidade infantil, problema de tão alta significação em saúde pública depende, como tão brilhantemente demonstrou em recente livro um talentoso higienista de São Paulo, muito mais de causas espirituais, morais, sociais e econômicas, do que das causas próximas habitualmente incriminadas⁶².

⁶⁰ A proteção à infância no Brasil. *Jornal do Brasil*, 8 de novembro de 1935.

⁶¹ *Idem*.

⁶² *Idem*.

Além do entendimento sobre a questão da higiene infantil, Olinto de Oliveira critica a qualidade técnica do trabalho dos sanitaristas no trato com a criança e a subordinação do campo materno-infantil ao DNSP:

O problema sanitário, e sobretudo o da educação sanitária na proteção à infância, é sem dúvidas um dos mais importantes. Mas está longe de ser o único. Além disso, a solução prática da orientação higiênica da criança, afasta-se sensivelmente dos métodos propriamente sanitários e profiláticos geralmente seguidos em Saúde Pública, e não raro eles colidem.

A formação técnica do sanitarista deixa-o pouco preparado em matéria de higiene da criança, visto constituir essa apenas um capítulo muito restrito da sua formação especializada.

Falta mais grave ainda: dependentes de uma repartição de Saúde Pública, passam os serviços de higiene da infância à segundo plano, deixando de ser atendidos na altura da sua importância própria, e de merecer a consideração que lhe deve assegurar a sua preeminência toda particular.

O que temos que ter em vista é, como diz Baker, o benefício da criança, e não os métodos sanitários e seus aperfeiçoamentos técnicos⁶³.

Por fim, Olinto de Oliveira considerava que,

Subordinar os serviços de proteção à infância a uma repartição sanitária geral, é desvirtuar completamente as suas finalidades, que, muito ao contrário do que afirmam os interessados, não cingem exclusivamente às questões de saúde, por mais importantes que estas se apresentem no conjunto. Seria igual despropósito subordiná-los à Educação ou a Justiça, sob pretexto que muitos dos seus problemas se relacionam a estas. (...) A transcendência deste objetivo coloca no primeiro plano das preocupações dos governos os problemas que lhes dizem respeito, e que só poderão ser convenientemente resolvidos quando atacados em conjunto de maneira autônoma, intimamente coordenados entre si, e polarizados todos no sentido convergente de seu fim precípuo, o bem da criança⁶⁴.

Como dissemos, a crítica aos sanitaristas justificava-se pela intenção em conferir autonomia administrativa ao campo materno-infantil, separando-o da esfera da saúde pública. Como gestor desta área e atendendo às recomendações dos CPN's, Olinto de Oliveira entendia que esta subordinação limitava o projeto de proteção integral da maternidade e da infância à questões referentes à higiene infantil, impedindo a defesa dos interesses da criança nas reformulações que vinham sendo feitas no campo da educação, da saúde e da assistência social desde o início do governo Vargas.

⁶³ *Idem.*

⁶⁴ *Idem.*

A resposta dos sanitaristas à proposta de separação dos serviços materno-infantis do âmbito da saúde pública é feita por João de Barros Barreto. Este chefiava o DNS, era delegado do Brasil no Instituto Interamericano de Proteção à Infância e foi perito da seção de Higiene da Sociedade das Nações no inquérito sobre a mortalidade infantil, realizado em 1934. Diante desta trajetória, apresentava autoridade política e científica para falar sobre o assunto. No livro *Mortalidade Infantil*, publicado em 1938, Barros Barreto apresentou os resultados obtidos pelo inquérito citado, onde sinalizava preocupação com os coeficientes de mortalidade infantil, os quais considerava “muito forte” para quase todas as capitais do país ⁶⁵.

Barreto apresenta o que seriam as causas da mortalidade infantil no país sob o ponto de vista científico, evidenciando que a principal razão de morte entre crianças no seu primeiro ano de vida era decorrente de problemas relacionados diretamente à alimentação. Estas mortes poderiam ser por distúrbios digestivos, erros decorrentes da má alimentação e infecções de origem alimentar, que somadas justificavam 82% dos óbitos infantis ⁶⁶.

Identificadas as causas da mortalidade infantil, restava saber a origem destes problemas, que relacionavam a alimentação aos óbitos de crianças. A origem estava no modo de vida da população, influenciado pelos poucos recursos financeiros, pelas péssimas condições habitacionais, pela ausência da mulher no lar devido ao trabalho e pela ignorância materna⁶⁷. Conforme aponta Barros Barreto,

A ignorância é elemento de tão grande peso que, na prática, grande o desvelo, de quem procura combater a mortalidade infantil, no sentido de conseguir a educação higiênica da mulher, para cuidar de si e da criança. Um dos fatores mais graves da mortalidade infantil, na América do Sul, revelou-o o inquérito procedido em alguns países, inclusive no Brasil, é indisputavelmente a ignorância. Assim se explicam graves erros alimentares, até em crianças amamentadas ao seio, a falta de assistência médica aos doentes, o parto atendido por “curiosas”, a persistência de preconceitos e de práticas supersticiosas, a fé no charlatanismo. E a educação sanitária torna-se altamente difícil, sobretudo, pelo facto de viver, em comunhão, em alguns distritos, gente de diversas raças e variados níveis sociais. Uma das mais sérias consequências dessa ignorância, embora dependendo também de condições econômicas, é o padrão muito precário da alimentação em vários distritos dos países sul-americanos⁶⁸.

⁶⁵ Este coeficiente é obtido a partir da verificação do número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Naquele contexto este coeficiente podia ser considerado “fraco”, caso estivesse abaixo de 50; “moderado” se estivesse entre 50 e 70; “forte” se alcançasse entre 70 e 100 e “muito forte” se estivesse acima de 100. BARRETO, João de Barros. *Mortalidade Infantil, causas e remédios de ordem sanitária*. Porto Alegre: Edição da livraria do Globo, 1938a, pp. 13 a 17.

⁶⁶ BARRETO, João de Barros. *Op. Cit.* 1938a, pp. 22.

⁶⁷ BARRETO, João de Barros. *Op. Cit.* 1938a, pp.43 - 44.

⁶⁸ BARRETO, João de Barros. *Op. Cit.* 1938a, pp.45.

A solução do problema demandava o desenvolvimento da organização sanitária, dos costumes da população e das suas possibilidades econômicas. No entanto, a principal dessas medidas era de natureza médico-social e consistia em educar as mães nas regras da boa alimentação, acompanhar no lar o cumprimento dos preceitos estabelecidos, observar o desenvolvimento da criança nas visitas ao dispensário de higiene infantil e oferecer leite de boa qualidade quando o aleitamento natural não pudesse ser realizado⁶⁹. Ou seja, aquilo que já era feito pela política materno-infantil desde os tempos da antiga IHI, quando subordinada ao DNSP. A análise de Barros Barreto aponta que não havia consistência científica na demanda pela separação entre a saúde pública e a proteção materno-infantil para o combate à mortalidade infantil. Principalmente, se fosse considerado o papel desempenhado pelos dispensários de higiene infantil.

Nos dispensários de higiene infantil era feito o acompanhamento da mãe e da criança por um médico ou visitadora sanitária. Estes dispensários funcionavam dentro dos centros de saúde, cuja finalidade era ser um espaço de promoção da conservação da saúde por meio da educação sanitária. Desse modo, eram nestes locais que a educação maternal deveria ser realizada.

Barros Barreto é categórico ao afirmar que não havia base científica que justificasse a objeção à existência do dispensário de higiene infantil dentro do centro de saúde. Historicamente, inclusive, havia uma relação entre os serviços sanitários e de higiene infantil, tendo alguns centros de saúde se originando das *milk stations* e sendo o primeiro local a abrigar serviços de higiene infantil⁷⁰. O *layout* do centro de saúde era outro ponto a favor do serviço sanitário, uma vez que o serviço de triagem se encarregava de separar os casos atendidos e a higiene infantil funcionava em uma ala praticamente exclusiva⁷¹.

Em um parecer solicitado por Gustavo Capanema a respeito da instalação de um centro de puericultura junto a um centro de saúde, Barros Barreto ressalta os benefícios desta instalação:

Grandes serão as economias de instalação, de pessoal e de material se, ao invés de ter esses serviços privativos, valer-se o dispensário pré-natal dos que obviamente se tiverem organizado para benefício da mesma população. Esta uma das grandes e irrecusáveis vantagens do sistema dos centros de saúde. Além desta vantagem, de ordem econômica, outras há em favor do sistema. Com ele, faz-se mais fácil e mesmo mais eficiente a administração do serviço, a ter, em um mesmo local e sob um controle único, todas as atividades de saúde pública. Para a população, é o grande benefício de poder ver solucionado, de pronto, de uma só vez, em um mesmo horário e integralmente, todos os problemas que demandam solução, ao invés de terem os

⁶⁹ BARRETO, João de Barros. *Op. Cit.* 1938a, pp.49

⁷⁰ BARRETO, João de Barros. *Op. Cit.* 1938a, pp.49

⁷¹ No anexo 1 é possível observar a planta baixa de um centro de saúde.

interessados de se encaminhar, para as suas necessidades, a dispensários e serviços diversos, funcionando em locais diferentes, por vezes distantes e comumente em horários diferentes⁷².

Em defesa do projeto médico-social, o qual Barros Barreto era filiado, ele demonstra que o combate à mortalidade infantil não demandava novas ações assistenciais e nem novos modelos institucionais. O mesmo posicionamento que os conferencistas assumiram durante a CNPI. Para eles, não havia problemas que justificassem a retirada dos serviços de higiene infantil dos serviços de saúde pública. Pelo contrário, haveria prejuízo para quem frequentava e para o financiamento e manutenção destes serviços, que se mostravam onerosos quando feitos de forma descentralizada.

Com a chegada de Gustavo Capanema ao Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), em 1934, e o desenvolvimento de uma proposta de reforma deste ministério (HOCHMAN, 2005), Olinto de Oliveira apresentou ao novo ministro suas sugestões para as mudanças no campo materno-infantil. No entanto, a reforma administrativa do MESP não contemplou as solicitações apresentadas por Olinto de Oliveira, isto é, de separação entre a assistência materno-infantil e a saúde pública. Isso significou a vitória momentânea dos sanitaristas.

1.3 – A Divisão de Amparo Materno-Infantil (1937 – 1940)

Em janeiro de 1937, o MESP foi transformado no Ministério da Educação e Saúde (MES). Esta mudança foi resultado das ações de Gustavo Capanema, ministro nomeado em 1934 e que deu início a um processo de reforma administrativa, com vistas a compatibilizar a pasta com o programa do governo empossado em 1930 (HOCHMAN e FONSECA, 1999). A proposta desse programa era fortalecer a organização administrativa federal, utilizando medidas de racionalização administrativa, que para a saúde pública significaria a centralização e a nacionalização desta política (HOCHMAN, 2005:130).

O MESP chegou ao fim do governo provisório de Getúlio Vargas (1930-1934) sem que houvesse uma definição a respeito dos objetivos de sua estrutura administrativa e linhas de ação. A instabilidade política do período e a posse de três ministros neste espaço de tempo contribuíram para esta indefinição. Até a Reforma Capanema, nome pelo qual ficou conhecida

⁷² Parecer de João de Barros Barreto enviado ao ministro Gustavo Capanema. 19 de agosto de 1938. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

as alterações na estrutura administrativa do MES, a saúde pública permanecia nos mesmos moldes herdado da República Velha, o DNSP. Após a reforma, foi firmada a estrutura administrativa do ministério e foram adequados os princípios que orientariam a política social do governo Vargas (HOCHMAN, 2001: 135). Consolidava-se a importância da educação, da saúde pública e da assistência social no projeto de governo de Getúlio Vargas.

Como aponta Fonseca, a organização institucional do MES demonstrava as prioridades do governo Vargas: a criança, a área da saúde mental, a assistência médico-hospitalar e a expansão da presença dos serviços federais de saúde nos estados (FONSECA, 2008:95). A posição hierárquica ocupada pela assistência materno-infantil indica, portanto, sua relevância.

A subordinação do campo materno-infantil, inserido na agora denominada Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância (DAMI), ao Departamento Nacional de Saúde ⁷³ significou para Olinto de Oliveira a manutenção da busca por apoio para conseguir promover a emancipação do órgão sob sua direção.

As atribuições do novo órgão foram a “direção dos serviços relativos ao amparo à maternidade e à saúde da criança”⁷⁴, o que circunscreveu o campo de ação da DAMI às ações de saúde pública. Esta situação foi considerada um retrocesso por parte de Olinto de Oliveira, uma vez que as atribuições da antiga DPMI possibilitavam ao órgão o estabelecimento de parcerias, que permitiam a promoção de ações de “proteção total” à maternidade e à infância⁷⁵.

A Reforma Capanema criou ainda o Instituto Nacional de Puericultura (INP), um órgão de pesquisas sobre a situação da criança brasileira e cujo projeto havia sido elaborado por Joaquim Martagão Gesteira⁷⁶. O INP tinha o mesmo perfil do órgão previsto no projeto da

⁷³ Por meio da Lei n.º 378, de 13 de janeiro de 1937, que dava nova organização ao Ministério da Educação e Saúde (MES), o ministério contaria com dois órgãos de administração especial: o Departamento Nacional de Saúde (DNS) e o Departamento Nacional de Educação (DNE). Por sua vez, o DNS foi subdividido em quatro divisões: a Divisão de Saúde Pública, a Divisão de Assistência Hospitalar, a Divisão de Assistência à Psicopatas e a Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância.

⁷⁴ BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. Lei n.º 378, de 13 de janeiro de 1937, que dava nova organização ao Ministério da Educação e Saúde. Retirado do site <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1930-1939/lei-378-13-janeiro-1937-398059-publicacaooriginal-1-pl.html>. Consultado em 12 de outubro de 2019.

⁷⁵ Parecer de Olinto de Oliveira sobre um projeto de organização do Departamento da Criança, enviado ao senhor presidente em dezembro de 1938. 17 de janeiro de 1939. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV. p. 2.

⁷⁶ Joaquim Martagão Gesteira (1884 / BA – 1954/ RJ). Pediatra, puericultor, gestor de saúde materno-infantil, catedrático da área de pediatria e puericultura das Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro. Em 1915, tornou-se catedrático de Clínica Médica Pediátrica. Encerrou sua carreira acadêmica como catedrático da Cadeira de Puericultura e Clínica da Primeira Infância, já na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. No campo associativo foi membro de inúmeras organizações. Em 1930, fundou e dirigiu a Sociedade Baiana de Pediatria. Em 1938, tornou-se presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria. Assumiu seu primeiro cargo como gestor de saúde pública em 1923, quando foi nomeado diretor do Serviço de Higiene Infantil da Bahia, um braço estadual da Inspeção de Higiene Infantil. Em 1935, foi nomeado diretor do primeiro Departamento Estadual da Criança. Em 1937, tornou-se diretor do Instituto Nacional de Puericultura e, em 1947, tornou-se diretor do Departamento Nacional da Criança. Permanecendo neste cargo até 1954, ano de seu falecimento (RIBEIRO, 2011: 30 a 35).

comissão especial da CNPI para coordenar as ações federais materno-infantis, mas que fora reprovado. Gesteira era um dos delegados da comissão baiana.

A elaboração desse projeto por Martagão Gesteira foi resultado de um convite feito por Getúlio Vargas, em 1935, quando visitou os serviços materno-infantis criados pelo pediatra e implantados em parceria com a filantropia, em Salvador ⁷⁷. A partir daí, Olinto de Oliveira e Martagão Gesteira, mesmo defendendo projetos diferentes para a política materno-infantil do país, começaram a trabalhar juntos para atender ao pedido presidencial.

A DAMI praticamente não funcionou até 1939. Isto porque a maior parte dos seus serviços se concentrava no Hospital Arthur Bernardes, que desde 1935, estava fechado para obras e sem previsão de reabertura. A CNACr havia sido encerrada em 1937. Dos 20 consultórios mistos que funcionavam no Distrito Federal, 2 foram fechados e todos os lactários, que faziam distribuição de leite, também tiveram suas atividades encerradas. Apesar de aparentemente ser uma prioridade do governo Vargas, havia um hiato no DNS com relação aos serviços materno-infantis, eles não funcionavam.

Como parte da agenda de reformulações dos serviços federais de educação e saúde, e conseqüentemente, de proteção materno-infantis, Olinto de Oliveira realizou uma viagem de estudos à Europa. Os países visitados foram: Inglaterra, França, Bélgica, Áustria, Itália e a Suíça. Segundo Olinto de Oliveira, o critério de escolha por esses locais teve como base os coeficientes de mortalidade infantil por eles apresentados e publicados no relatório da Sociedade das Nações de 1934 ⁷⁸.

Chama a atenção o fato de países como a Áustria e a Itália terem sido considerados exemplos para serem seguidos pelo Brasil, uma vez que os coeficientes de mortalidade infantil nestes países eram considerados “fortes” e não se configurariam como padrões positivos a serem usados como parâmetro. Em análise sobre a política social varguista voltada para a infância, Sousa destaca a relevância conferida por Olinto de Oliveira aos serviços assistenciais austríacos e italianos, relacionando-a ao fato desses países viverem experiências totalitárias naquele momento (SOUSA, 2000:224). Esta informação indica que Olinto de Oliveira não utilizou somente critérios científicos para a escolha dos países visitados.

⁷⁷ Este assunto será trabalhado no capítulo 2 desta tese.

⁷⁸ No inquérito realizado pela Sociedade das Nações havia sido verificado o coeficiente de mortalidade infantil de diversos países no mundo. Por este relatório, os países visitados pelo Dr. Olinto de Oliveira haviam alcançado os seguintes coeficientes: Suíça: 46; Inglaterra: 59; França 69; Áustria: 92 e Itália: 99. O Brasil havia atingido o coeficiente de 175. BARRETO, João de Barros. *Op. Cit.*, 1938a, pp. 13 a 17.

Durante a viagem, Olinto de Oliveira procurou obter informações e analisar as experiências adquiridas pelos serviços visitados de forma que servissem de modelo à elaboração do regulamento da recém-criada DAMI. Segundo ele:

Conquanto tivesse, em todos esses países, procurado conhecer de perto a organização, o aparelhamento e a maneira de funcionar das diversas unidades destinadas à execução dos serviços em suas finalidades especiais, devo dizer que o que mais me interessou neste inquérito foram as ideias diretrizes, a organização geral, o plano de conjunto, e sobretudo o papel dos governos centrais e locais na orientação e na sistematização dos serviços. Compreende-se facilmente este meu ponto de vista, pela minha situação de diretor de repartição federal brasileira encarregada do problema, tanto mais quanto, em consequência das suas recentes reformas, não estão ainda concluídos os respectivos regulamentos e demais normas administrativas⁷⁹.

O produto desta viagem foi um relatório enviado ao ministro Gustavo Capanema. Nele consta a análise a respeito dos programas materno-infantis de cada um dos seis países visitados⁸⁰. Ao final do relatório, Olinto de Oliveira fez uma síntese com as diretrizes que deveriam orientar a elaboração da política de proteção materno-infantil no Brasil. Estas diretrizes podem ser divididas em dois grupos. Aquelas que determinavam as características que o órgão federal de assistência materno-infantil deveria possuir e aquelas que estabeleciam o programa a ser seguido por este órgão, visando tornar mais eficiente o combate aos “problemas da infância”.

Com relação às características do órgão federal de assistência materno-infantil, o relatório não traz novidades. Olinto de Oliveira reforçou com exemplos internacionais as demandas por ele defendidas desde a CNPI. Para Olinto de Oliveira, a centralização da coordenação das ações de proteção materno-infantil em um órgão autônomo e com poder de ingerência sobre os estados era a fórmula acertada para a condução da política materno-infantil no país.

A partir desta linha de pensamento, condenava as experiências liberais implementadas na Inglaterra, na França e na Suíça e ressaltava a experiência de países cujo Estado marcava forte presença nas ações materno-infantis, como os casos da Bélgica, da Áustria e da Itália.

⁷⁹ MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA. Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância. Relatório de viagem de estudos à Europa realizada pelo Dr. Olympio Olinto de Oliveira. Dezembro de 1937. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV. P.2.

⁸⁰ Segundo o Dr. Olinto de Oliveira, devido ao pouco tempo e recursos que possuía, sua visita ficou concentrada somente nas capitais destes países. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA. Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância. Relatório de viagem de estudos à Europa realizada pelo Dr. Olympio Olinto de Oliveira. Dezembro de 1937. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

(PEREIRA: 1992: 125). Olinto de Oliveira conferiu atenção especial ao modelo italiano, que é relatado com maiores detalhes. A iniciar pela *Opera Nazionale per la Protezione della Maternità e dell'Infanzia*, fundada em 1925, responsável pela orientação e fiscalização de todas as instituições públicas e privadas de proteção materno-infantil italianas. Tal instituição dispunha de autoridade para agir com forte intervenção sobre elas, podendo reformá-las ou fechá-las. O órgão centralizava a organização das ações a serem executadas nacionalmente pelas juntas executivas, uma espécie de organização local, e possuía autonomia administrativa, porém não se afastava das diretrizes do estado italiano.

Aparentemente era este o modelo que Olinto de Oliveira descrevia quando defendia que a política materno-infantil brasileira se materializaria em “organizações de grande amplitude, dotadas da autoridade e dos recursos necessários para se colocarem à altura da importância nacional do problema”⁸¹. Para isso, era necessário um órgão federal autônomo em relação aos demais serviços da administração pública. De modo que seu programa assistencial pudesse abranger ações atinentes a todos os “problemas da infância”, ou seja, a mortalidade, o abandono infantil e a delinquência juvenil. Conforme Olinto de Oliveira expressa em seu relatório:

(...) -É hoje Idea vencedora nos países mais adiantados considerar os diversos problemas referentes à infância como um todo, cujos elementos intimamente relacionados entre si reclamam uma só direção geral, métodos próprios e técnica especializada.

- Outro caráter que se vem atribuindo com manifestas vantagens às organizações gerais de proteção à infância é a sua completa autonomia e independência em relação aos outros órgãos da administração pública. (...) ⁸².

As instituições privadas também ficariam sob a orientação do órgão federal materno-infantil, visto que este seria

- Uma organização geral enfeixando, orientando e coordenando os inúmeros serviços reclamados pela multiplicidade dos problemas da infância, inclusive os de iniciativa particular, é a fórmula preferível, uma vez que essa organização disponha dos requisitos necessários para que funcione satisfatoriamente. (...) ⁸³.

A experiência de Olinto de Oliveira na direção da DPMI, o havia ensinado que de nada adiantaria uma estrutura administrativa centralizada e autônoma que não possuísse recursos

⁸¹ MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA. Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância. Relatório de viagem de estudos à Europa realizada pelo Dr. Olympio Olinto de Oliveira. *Op. Cit.* pp. 35.

⁸² MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA. Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância. Relatório de viagem de estudos à Europa realizada pelo Dr. Olympio Olinto de Oliveira. *Op. Cit.* pp. 35 e 36.

⁸³ *Idem, ibidem.* .

financeiros para o custeio das ações assistências e da campanha sanitária em puericultura. Por este motivo, destacava em seu relatório que:

(...) a obra de proteção à maternidade e à infância requer em absoluto vastos recursos financeiros, que jamais lhe são recusados em vista da transcendente importância nacional e humana que se envolve. (...)
(...) As subvenções oficiais às instituições privadas, com as suas naturais consequências, a orientação e a fiscalização, devem ser suficientemente, concedidas sem complicações burocráticas, proporcionais aos serviços prestados, e controladas de perto, ou melhor, diretamente distribuídas pela própria organização oficial de proteção à infância⁸⁴.

Com relação ao programa de ação da política materno-infantil, Olinto de Oliveira destacou os dois maiores problemas enfrentados durante a vigência da CNACr (1934-1937). Em suas palavras:

(...) Para que os serviços, oficiais ou não, tenham a necessária eficiência, duas condições se tornam indispensáveis:
- Que o pessoal seja tecnicamente instruído e treinado;
- Que as unidades de serviços sejam em número suficiente para atender aos grupos de população a que se destinem.⁸⁵

A formação de pessoal especializado era uma questão crucial e se constituiu em um ponto do programa da política materno-infantil. Olinto de Oliveira destaca, em especial, a ausência de um programa de formação para as visitadoras sanitárias, cuja presença considerava fundamental para o êxito dos trabalhos de amparo à maternidade e à infância. Segundo a historiografia, a visitadora possuía um papel bastante expressivo para a saúde pública. No caso paulista, os centros de puericultura que possuísem menos visitadoras do que médicos eram considerados “subpostos”. As visitadoras exerciam função muito relevante para a higiene infantil. Ficava a cargo desta profissional o contato mais direto com as mães. A elas competia ensinar os preceitos de puericultura para o cuidado da criança e a verificação do estado de saúde da criança (FARIA, 2006: 181).

O número restrito de profissionais capacitados (médicos, enfermeiras, assistentes sociais, visitadoras sanitárias) não se resumia à realidade da política de assistência materno-infantil, foi uma falha estrutural de todas as políticas de saúde e de assistência social que vinham sendo implantadas por Getúlio Vargas.

⁸⁴ *Idem, ibidem.* .

⁸⁵ *Idem, ibidem.* .

A criação do Instituto Nacional de Saúde e do Instituto Nacional de Puericultura foram medidas tomadas pela Reforma Capanema no sentido de ampliar os espaços de formação de profissionais de saúde pública nas mais diferentes especialidades⁸⁶. No mesmo ano do início das atividades destes institutos, 1937, o Departamento Nacional de Saúde passou a oferecer turmas de especialização profissional para médicos. Estas ações foram meios de aumentar o quantitativo de profissionais especialistas em saúde pública, higiene, puericultura, entre outros, para atuar nos serviços federais (SANTOS e FARIA, 2006: 305).

O outro ponto do programa da política federal materno-infantil era a criação de espaços de assistência. Segundo o observado durante a viagem de estudos na Europa, havia uma relação entre o quantitativo populacional e os serviços de puericultura existentes. O coeficiente desta relação determinava a eficiência do serviço de puericultura, isto é, quanto menor ele fosse, maior seria a eficiência destes serviços.

Na Bélgica, os serviços de higiene infantil possuíam a relação de 1 consultório para cada 7.000 habitantes. Já nos serviços pré-natais, este coeficiente subia, 1 consultório para 30.000 habitantes⁸⁷. Na França, os valores são aproximados, sendo na higiene infantil 1 consultório para cada 8.000 habitantes.

Para o Distrito Federal, este coeficiente era quase vinte vezes maior, sendo 1 consultório de higiene infantil para 120.000 a 150.000 habitantes⁸⁸. Há que considerar que esta situação era mais complicada em outros locais, pois o exemplo do Distrito Federal, utilizado por Olinto de Oliveira, não refletia a realidade da maior parte das cidades brasileiras naquele momento. Para que o Brasil atingisse um nível de eficiência comparado ao observado na Europa, era sugerido que houvesse 1 posto de puericultura para cada 8.000 a 10.000 habitantes⁸⁹. O que representava o coeficiente médio dos países visitados.

Este coeficiente valeria também para o número de visitadoras sanitárias necessárias para o atendimento da população. Em um centro de saúde do DNS, por exemplo, cada visitadora

⁸⁶ Segundo Castro Santos e Lina Faria, naquele contexto, a formação profissional contava com antigos e novos espaços, como os cursos oferecidos pelo Instituto Oswaldo Cruz, pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade federal de São Paulo e pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, ou pelas bolsas de estudos nos Estados Unidos, e também nas oportunidades de treinamento abertas pelos centros de saúde e pelos serviços estaduais e federais (SANTOS e FARIA, 2006: 302).

⁸⁷ MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA. Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância. Relatório de viagem de estudos à Europa realizada pelo Dr. Olympio Olinto de Oliveira. *Op. Cit.* pp. 14.

⁸⁸ MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA. Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância. Relatório de viagem de estudos à Europa realizada pelo Dr. Olympio Olinto de Oliveira. *Op. Cit.* pp. 10.

⁸⁹ MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA. Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância. Relatório de viagem de estudos à Europa realizada pelo Dr. Olympio Olinto de Oliveira. *Op. Cit.* pp. 37.

deveria atender a uma população de até 10.000 habitantes. (BARRETO, 1942 *apud* FONSECA, 2003:475).

O que observamos aqui é uma inflexão no programa da política materno-infantil varguista. Olinto de Oliveira propõe que o combate à mortalidade infantil demandava a implantação de serviços de puericultura, e conseqüentemente, a formação de profissionais especializados para atuarem neles. Desse modo, ambas as ações passaram a fazer parte do discurso de Olinto de Oliveira e se tornaram parte do programa de ação do futuro Departamento Nacional da Criança.

No entanto, isso não significa dizer que a educação sanitária das mães deixou de se configurar como uma ação da política materno-infantil varguista. Para Olinto de Oliveira “a causa predominante da elevada mortalidade infantil é por toda parte, na Europa como aqui, a incompetência das mães em matéria de puericultura”⁹⁰. Por isso, a educação maternal, visando a prevenção dos problemas alimentares infantis, deveria ser privilegiada no programa assistencial. Esta orientação já era aplicada pela IHI, desde a década de 1920, e constava do programa da CNACr. Apesar do propósito anunciado da campanha ter sido a oferta de alimentação correta às crianças por meio dos lactários, na prática, a campanha priorizou a educação das mães em matéria de higiene infantil. No relatório, Olinto de Oliveira citava o êxito da Bélgica e da Áustria neste tipo de ação assistencial.

Durante sua estadia na Bélgica, J. Maquet, diretor dos serviços de proteção à infância, apresentou a *OEuvre National de L'Enfance* a Olinto de Oliveira. Maquet destacou a importância da relação estabelecida entre a educação sanitária das mães, os problemas alimentares apresentados pela criança e as dificuldades na administração dos recursos domésticos⁹¹. Ele defendia que a mulher fosse instruída no sentido de melhorar a alimentação dos seus filhos e a qualidade de vida de sua família.

A educação sanitária das mães era uma ação utilizada também na Áustria. Neste país, ela era realizada nas *Mutterschutzwerck*, traduzida por Olinto de Oliveira como “Obra de proteção às mães”, cuja ideologia de funcionamento defendia que:

O esforço desta obra não é o de uma simples assistência a necessitados, mas antes de educação e de alta política, estendendo-se por suas ramificações a toda a república austríaca. O seu proposito essencial é colocar as mães no seu lugar de honra no seio da família e da população, educando-as, instruindo-as,

⁹⁰ MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA. Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância. Relatório de viagem de estudos à Europa realizada pelo Dr. Olympio Olinto de Oliveira. *Op. Cit.* pp. 38

⁹¹ MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA. Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância. Relatório de viagem de estudos à Europa realizada pelo Dr. Olympio Olinto de Oliveira. *Op. Cit.* pp. 13

esclarecendo-as, para que elas possam dignamente preencher a sua alta missão, tão cheia e responsabilidades. Daí a predominância dada nesta obra à proteção às mães, daí o seu título, quando na verdade nela se incluem também, e muito prestantes e solicitadas, a proteção e a assistência à criança⁹².

Portanto, Olinto de Oliveira recomendou que o programa da política materno-infantil varguista fosse composto por ações de proteção materno-infantil que privilegiassem a educação sanitária das mães e realizasse campanhas sanitárias em puericultura. Recomendou também a implantação de serviços de puericultura, conseqüentemente, a formação de profissionais de saúde especialistas em puericultura⁹³. Os serviços recomendados para fazer parte do programa da proteção materno-infantil seriam: os centros de puericultura, as maternidades dotadas do serviço de assistência obstétrica domiciliar⁹⁴; os lactários, as cantinas maternais e os refeitórios infantis; as juntas municipais de proteção à infância, as creches e asilos⁹⁵; os parques de cultura física e de recreio⁹⁶; os serviços sociais e de assistência à família; os estabelecimentos para menores transviados e delinquentes. Estes serviços atenderiam às demandas da proteção social materno-infantil.

Segundo Olinto de Oliveira, apesar de bastante proveitosa, a viagem serviu para mostrar que os serviços de puericultura brasileiros não necessitavam de novos modelos, mas sim de uma melhor estrutura e organização.

Os diversos estabelecimentos que visitei, centros de puericultura, creches, asilos, hospitais, etc., não oferecem aos técnicos novidade alguma de organização, excetuado um ou outro detalhe de aperfeiçoamento. O que, sim, os torna diferentes dos nossos ou dos que imaginamos possuir, é que eles existem realmente como tais, completos, acabados, eficientes, dotados dos recursos necessários, e em pleno rendimento de resultados, e não como os nossos, rudimentares, incompletos e insuficientes, sempre mendigando melhoramentos que nunca chegam, e não podendo ser mostrados sem

⁹² MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA. Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância. Relatório de viagem de estudos à Europa realizada pelo Dr. Olympio Olinto de Oliveira. *Op. Cit.* pp. 17 e 18

⁹³ MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA. Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância. Relatório de viagem de estudos à Europa realizada pelo Dr. Olympio Olinto de Oliveira. *Op. Cit.* pp. 37 e 38.

⁹⁴ Os serviços de assistência obstétrica familiar ofereceriam assistência ao parto domiciliar no caso da casa da paciente possuir condições higiênicas. BARTHOLOMEU, Hermes. *Op. Cit.*, 1945. p. 9.

⁹⁵ As creches e asilos seriam espaços destinados a cuidar de crianças no horário em que a mãe estivesse trabalhando. As crianças seriam retiradas pelos familiares ao final do dia. A respeito da oferta do serviço de creches pelo Departamento Nacional da Criança, ver: VIEIRA, Livia Maria Fraga. Mal necessário: creches no Departamento Nacional da Criança (1940-1970). Cadernos de pesquisa, n.º 67, p. 3-16, novembro de 1988.

⁹⁶ Os parques de cultura física e de recreio seriam instituições destinadas à prática de esportes, sendo organizadas e aparelhadas para a recreação das crianças. Nestes espaços procurava-se educar a criança por meio do esporte organizado. BARTHOLOMEU, Hermes. *Op. Cit.*, 1945. p. 12 e 13.

constrangimento a quem os procura para estudo ou para julgar do nosso adiantamento na matéria.⁹⁷

O relatório da viagem foi entregue ao ministro Gustavo Capanema entre maio e setembro de 1938. Entretanto, antes mesmo que este documento fosse apresentado ao ministro, Olinto de Oliveira resolveu enviar uma carta ao presidente Getúlio Vargas, contendo o que ele denominou como um “plano de ação piloto” para a DAMI. Este plano nada mais era do que um “novo” programa para a política materno-infantil.

1.3.1 - Um “novo” programa para a política materno-infantil

A articulação de Olinto de Oliveira, diretamente com o presidente Vargas sobre a aprovação do programa da DAMI, aponta uma mudança no que tange à sua postura. Até dezembro de 1936, Olinto de Oliveira respeitando a hierarquia do MESP, dialogava diretamente com o ministro sobre as demandas para o novo órgão federal coordenador das políticas materno-infantis. Diante do fato de não ter sido atendido por Gustavo Capanema, ele resolveu recorrer diretamente ao presidente. Vargas, por outro lado, se demonstrava interessado com a questão da infância, tendo inclusive convidado Martagão Gesteira para atuar no Distrito Federal. O INP havia conseguido uma posição de destaque na hierarquia do MES. A busca pelo apoio presidencial foi o caminho escolhido por Olinto de Oliveira para conseguir aprovação para o programa da DAMI, antes mesmo de apresentá-lo a Gustavo Capanema.

No ano de 1938, Olinto de Oliveira enviou um total de seis cartas a Getúlio Vargas. A primeira delas, com data de 27 de janeiro, foi remetida com a justificativa de apresentar-lhe os resultados de sua viagem de estudos. Aproveitando a ocasião, encaminhou o programa da DAMI ao presidente. Por este programa, previa-se implantar serviços de puericultura em 50 ou 60 cidades do interior do país⁹⁸. O estabelecimento destes serviços permitiria à DAMI iniciar suas atividades fora do Distrito Federal, já que a CNACr havia sido encerrada no ano anterior, e a criação de espaços de assistência materno-infantis separados dos centros de saúde e dos postos de higiene.

Ao que parece, o presidente demonstrou interesse por mais informações a respeito deste plano. Pelo menos foi esta a justificativa utilizada por Olinto de Oliveira ao remeter uma nova

⁹⁷ MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA. Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância. Relatório de viagem de estudos à Europa realizada pelo Dr. Olympio Olinto de Oliveira. *Op. Cit.*

⁹⁸ Carta enviada por Olympio Olinto de Oliveira ao presidente Getúlio Vargas em 27 de janeiro de 1938. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

carta a Vargas, no dia 7 de março. Nela consta a explicação dos cinco serviços de puericultura selecionados para serem instalados nas cidades que demonstrassem interesse pelo programa federal⁹⁹.

Estes serviços faziam parte do programa de ação da DAMI e abrangeriam as principais demandas da proteção social materno-infantil. Os cinco serviços selecionados estavam entre aqueles que haviam sido recomendados no relatório da viagem de estudos à Europa, foram eles: a junta da infância, a maternidade, o posto rural de puericultura, os parques de recreio e um serviço de escotismo¹⁰⁰.

A “junta da infância” atuaria como o órgão executivo das ações materno-infantis nos municípios. Não se constituíam, portanto em serviços de puericultura, mas são identificadas desta maneira no programa. Elas seriam formadas a partir da reunião de membros da sociedade local, que se responsabilizariam por todas as atividades relativas à proteção materno-infantis da cidade. Baseadas no modelo italiano, na prática, elas se assemelhavam às associações de proteção à infância criadas pela CNACr. A diferença estava no fato de que elas funcionariam como uma representante do poder público federal, ou seja, a DAMI, nos municípios.

As funções da “junta da infância” seriam bastante amplas e reuniriam atribuições de diversos órgãos. Como por exemplo, o cuidado sobre as crianças abandonadas ou desassistidas, a fiscalização sobre o trabalho infantil e de entidades que prestassem assistência à infância e a função de administração dos recursos financeiros destinados pelo governo federal aos municípios.

As maternidades foram o segundo serviço de puericultura proposto para compor o programa da DAMI. A estrutura deste serviço poderia sofrer variação conforme as verbas destinadas para este fim. Nos casos em que o município não possuísse muitos recursos ou recebesse um subsídio do governo federal de baixo valor, poderia oferecer o serviço de um médico-parteiro ou uma parteira licenciada que atendesse em domicílio. E nas cidades com maiores recursos, a “junta da infância” organizaria a construção de uma maternidade completa, com cantinas maternas e consultório de higiene pré-natal¹⁰¹.

O “posto rural de puericultura” foi o terceiro serviço de puericultura proposto. Ele consistiria em um conjunto de serviços destinados às crianças desde o seu nascimento até a idade escolar. Esta obra funcionaria como uma alternativa aos centros de puericultura, cuja

⁹⁹ Carta enviada por Olympio Olinto de Oliveira ao presidente Getúlio Vargas em 7 de março de 1938. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

¹⁰⁰ Carta enviada por Olympio Olinto de Oliveira ao presidente Getúlio Vargas em 7 de março de 1938. *Op.Cit.* pp. 2

¹⁰¹ *Idem, ibidem.* .

instalação demandava mais recursos. A diferença entre o centro e o posto de puericultura estava no quantitativo e na variedade de serviços assistenciais oferecidos.

O “posto rural de puericultura” se diferenciava do posto de puericultura comum, pois ofereceria um ambulatório de atendimento para as crianças doentes. Para muitas cidades, este seria o único serviço direcionado à criança, por isso ele reuniria serviços de preventivos e curativos ¹⁰². Além da eficiência no combate à mortalidade infantil, o serviço apresentava um custo viável de implantação para ser acessível aos municípios mais pobres. ¹⁰³

Olinto de Oliveira afirma que a escolha dos serviços que fizeram parte do “posto de puericultura rural” foi feita inteiramente pelos técnicos da DAMI. Anos mais tarde, ao publicar o livro *Puericultura – Higiene alimentar e social da criança*, Martagão Gesteira reivindicou seu pioneirismo na implantação dos “postos de puericultura” alegando que aquilo que a DAMI/DNCR apresentavam como “uma grande novidade” já fazia parte do modelo assistencial preconizado pela LBCMI.

Tem-se feito ultimamente, entre nós, uma grande celeuma em torno dos postos de puericultura, considerando uma grande novidade pela repartição federal de amparo à criança no Brasil, que teria com eles feito uma grande descoberta nos domínios da puericultura.

A verdade é que esses postos no tipo exatamente daqueles entre nós agora tão preconizados, já haviam sido por nós instalados e postos em funcionamento na Bahia, desde 1926. Consta cada conjunto dum consultório de gestantes, um consultório de lactentes, uma cantina maternal, um lactário e, se possível, uma pequena creche anexa. ¹⁰⁴ .

O fato é que a LBCMI já havia criado este serviço, a diferença esteve somente no nome que ele recebeu, como veremos no próximo capítulo.

O quarto serviço de puericultura do programa da DAMI seriam os “parques de recreio”, destinados às crianças em idade escolar para praticarem atividades físicas em ambientes ao ar livre com o suporte de um recreador. Por fim, o quinto e último dos serviços propostos foram o escotismo e o acampamento ou colônia de férias. No entanto, não temos como detalhá-los em função do ofício não os delinear.

¹⁰² MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA. Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância. Órgãos municipais de proteção à maternidade e à infância em geral. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

¹⁰³ Carta enviada por Olympio Olinto de Oliveira ao presidente Getúlio Vargas em 7 de março de 1938. *Op.Cit* p.2.

¹⁰⁴ GESTEIRA, Martagão. *Puericultura – Higiene alimentar e social da criança*. Rio de Janeiro: Pan Americana, 1945. pp. 611 e 612.

A implantação destes serviços de puericultura permitiria a oferta da proteção social materno-infantil defendida por Olinto de Oliveira, que iniciava imediatamente no pós-parto e se estendia pela vida da criança até que ela se tornasse adolescente e compreendia questões de saúde, educação e assistência social.

Nesta carta do dia 7 de março, Olinto de Oliveira solicitou ao presidente Getúlio Vargas “regalias” para que a DAMI pudesse colocar em prática este programa. Ou seja, a autonomia com relação à saúde pública, mesmo que provisória, e os recursos financeiros necessários para que estes serviços fossem construídos¹⁰⁵.

Em 19 de março de 1938, uma nova carta foi enviada ao presidente. Dessa vez somente com uma cópia completa do relatório dos países visitados durante a viagem de estudos de Olinto de Oliveira pela Europa. Talvez esta carta tenha sido uma tentativa de que seu pedido não fosse esquecido, ou mesmo uma solicitação de Vargas para que pudesse ter mais embasamento ao avaliar os pedidos. Entre os meses de março e setembro não foram enviadas novas cartas.

Por ocasião da comemoração do Dia da Independência em 1938, o presidente incluiu em seu discurso uma menção sobre a relevância da questão da infância para o país e sobre as ações do governo neste assunto. Em resposta a este discurso, uma nova carta foi enviada ao Palácio do Catete. No entanto, desta vez a carta vinha lembrar ao presidente que todas as iniciativas propostas pelo governo federal, por meio da DPMI e da DAMI, haviam fracassado devido à falta dos recursos orçamentários. No último pedido de Olinto de Oliveira ao presidente, ele lembrou que o programa elaborado para a DAMI, o “plano de ação piloto”, teria a função de não deixar que as ações que haviam sido iniciadas pela CNACr sucumbissem sem o prometido auxílio federal. E completa:

Não logrou infelizmente este plano a atenção do governo. Nem parece mesmo ter sido objeto de cogitação a Idea fundamental e ao mesmo tempo a mais simples do plano: a criação de juntas municipais de proteção à maternidade e à infância, organismo que está dando os mais admiráveis resultados nos países que o adotaram, e que teria, nas nossas condições financeiras atuais, a vantagem de não pesar nos orçamentos.

As outras organizações projetadas, ainda que dependentes de despesa imediata, visavam principalmente o combate à mortalidade infantil, este espectro da nossa raça e da nossa civilização, e que pela sua gravidade merecia ocupar um dos primeiros lugares na cogitação dos homens públicos. Impunha-se para esse combate uma organização dotada dos recursos, do prestígio e da autonomia administrativa indispensável para levar para diante uma campanha verdadeiramente capaz de dominar a situação.

Ao invés disso, a Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância, criada sob os auspícios de V. Ex.^a e com tão alvissareiras expectativas por parte da

¹⁰⁵ Carta enviada por Olympio Olinto de Oliveira ao presidente Getúlio Vargas em 27 de janeiro de 1938. *Op. Cit.*

população, só tem visto diminuir aos poucos as suas prerrogativas e os seus meios de atuação ¹⁰⁶.

A referência aos meios de atuação da DAMI diz respeito ao fato de que o Hospital Abrigo Arthur Bernardes tenha sido fechado para obras por três anos. Ele faz uma menção à entrega deste serviço para a prefeitura do Distrito Federal, no entanto, não localizamos nenhum documento em que tenha sido ratificada esta transferência naquele período. Por fim, refere-se ao Instituto Nacional de Puericultura (INP), que havia sido planejado para ser um centro de pesquisas e estudos destinados a orientar e preparar o pessoal técnico da DAMI, mas que não funcionou subordinado ao órgão.

Em uma nova carta enviada no dia 30 de setembro, Olinto de Oliveira colocou seu cargo à disposição de um novo diretor. Mas, aproveitou para reforçar suas demandas perante o presidente:

Uma campanha enérgica de grande envergadura contra a mortalidade infantil e as más condições de saúde da criança brasileira, assim como em favor da maternidade desamparada, precisa ser encetada com urgência e decisão. Para isto, seria necessário:

- 1.º - Por à frente da repartição um diretor ativo, enérgico, competente, apostolarmente dedicado à causa, gozando da plena confiança e da simpatia do governo, e em idade que lhe permita desenvolver o máximo de suas faculdades e aptidões.
- 2.º - Conceder-lhe, ao menos temporariamente, uma autonomia suficiente para que possa organizar e dar início à sua missão excepcional.
- 3.º - Conceder-lhe os recursos financeiros indispensáveis.
- 4.º - Solicitar para a sua obra o apoio dos governos estaduais e municipais ¹⁰⁷.

Ao que parece, as cartas e a entrega do cargo agiram em favor de Olinto de Oliveira. Pouco mais de um mês após o recebimento desta última correspondência, o presidente concordou com a criação de um departamento que coordenasse todas as atividades de proteção materno-infantil, oficiais e particulares, e em abrangência nacional. Anunciou também a aprovação do programa da DAMI para atuar no interior país. Entretanto, dentre os serviços de puericultura indicados, Vargas autorizou somente a criação de postos de puericultura e de maternidades e limitou o quantitativo de cidades para 30. O presidente já havia mostrado interesse pelos postos de puericultura anos antes, quando visitou os serviços materno-infantis

¹⁰⁶ Carta enviada por Olympio Olinto de Oliveira ao presidente Getúlio Vargas em 16 de setembro de 1938. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

¹⁰⁷ Carta enviada por Olympio Olinto de Oliveira ao presidente Getúlio Vargas em 30 de setembro de 1938. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

criados por Martagão Gesteira em Salvador, foi este o motivo que o levou a fazer o convite ao pediatra para que transformasse este serviço de puericultura em um modelo nacional de assistência materno-infantil.

No último ofício enviado ao presidente Vargas no ano de 1938, Olinto de Oliveira se colocou novamente à disposição do governo para orientar a criação deste novo departamento, ao qual sugeriu denominar como “Departamento Nacional de Maternidade e Infância”¹⁰⁸. No Natal de 1939, Vargas fez o anúncio à população sobre a criação do que ele denominou como Departamento Nacional da Criança (DNCr). O pronunciamento do presidente é uma chave para entender a mudança de postura do governo perante o projeto capitaneado por Olinto de Oliveira.

Pelo nosso vasto território, desde os centros urbanos aos pequenos núcleos de população, ainda não se conseguiu instalar uma rede eficiente de serviços de maternidade e amparo à infância, de útil e patriótica finalidade. Todos sabem quanto é, entre nós, precário o tratamento das gestantes e elevado o coeficiente de mortalidade de recém-nascidos, sobretudo, nas classes menos protegidas da fortuna. Problema de tamanha relevância, diretamente ligado ao progresso e ao futuro da nacionalidade, não poderia ser relegado a segundo plano. (...) 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 cinquenta maternidades e lactários, distribuídos por todos os Estados. (...) ¹⁰⁹

O programa apresentado por Olinto de Oliveira ao presidente Vargas, relacionando as ações da DAMI à implantação de serviços de puericultura, aproximou os objetivos do órgão ao programa do governo, que defendia o fortalecimento da administração federal por meio da criação de serviços federais pelo país. Foi com este propósito que o DNS iniciou a construção de serviços de saúde pública pelo país a partir de 1930 e sobretudo, a partir da Reforma Capanema (FONSECA, 2007).

Vargas ressaltou em seu discurso a deficiência do governo no aparelhamento do país com serviços de proteção social materno-infantil e o programa proposto por Olinto de Oliveira atuaria na solução desse problema. Acreditamos que a inclusão desta ação no programa da DAMI, ou seja, a implantação de serviços de puericultura pelo país, convenceu o presidente a apoiar seu projeto de reforma.

¹⁰⁸ Carta enviada por Olympio Olinto de Oliveira ao presidente Getúlio Vargas em 12 de dezembro de 1938. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

¹⁰⁹ VARGAS, Getúlio. O bem-estar e a saúde das mães e das crianças: discurso pronunciado no Palácio Guanabara, em comemoração do Natal, 24 de dezembro de 1939. Retirado do *site* <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/presidencia/ex-presidentes/getulio-vargas/discursos/1939/09.pdf/view>. Consultado em 30 de outubro de 2020.

Possivelmente, a articulação direta de Olinto de Oliveira com o presidente facilitou o desfecho com a aprovação da criação do DNCr. Segundo aponta Pereira, Gustavo Capanema não considerava importante o projeto assistencialista desenvolvido pelo campo materno-infantil e, em 1938, estava envolvido com a elaboração do Estatuto da Família. De modo que não se interessou por dar uma resposta às solicitações de Olinto de Oliveira (PEREIRA, 1992: 131). O desinteresse de Capanema é evidenciado ao autorizar Olinto de Oliveira a tratar diretamente com o presidente sobre questões referente ao DNCr.

Pereira (1992) indica que a criação do DNCr não era um projeto almejado por Olinto de Oliveira e que este desejava somente uma autonomia momentânea para a DAMI, entretanto, não concordamos com isso. A criação de um órgão centralizador da coordenação das ações materno-infantis, autônomo com relação à saúde pública e com poder de interferência nos estados, contemplado com a criação do DNCr, era um projeto que vinha sendo defendido por Olinto de Oliveira desde a CNPI, em 1933. Este projeto atendia às recomendações dos CPN's.

A historiografia aponta que outros projetos de reforma da política materno-infantil estavam em discussão paralelamente às ações de Olinto de Oliveira. Estes projetos foram representados pelos médicos sanitaristas dos estados, pelos juristas, pelas feministas e, por fim, por um grupo que defendia a articulação de todas as iniciativas assistencialistas em torno de uma “ideologia do serviço social” (PEREIRA, 1992: 134; PEREIRA, 1999). Destacamos também a existência do projeto defendido pelo INP, cujo teor representava uma oposição ao que era defendido pela DAMI.

Com relação aos médicos sanitaristas, a oposição representada era com relação à intervenção da burocracia federal nos estados e a separação dos serviços materno-infantis do DNS. Os juristas defendiam um projeto similar aos médicos puericultores representados por Olinto de Oliveira, como vimos anteriormente. Eles demandavam a criação de um organismo central que coordenasse as ações de assistência social, porém defendiam que este deveria ser o Laboratório de Higiene Infantil, fundado em 1936¹¹⁰ (MARIANO, 2006; PEREIRA, 1992:140).

As feministas defendiam a criação de um Departamento Nacional da Mulher, que trataria dos assuntos referentes ao trabalho feminino, ao lar, à assistência social à mulher, à infância e à maternidade e à previdência social. Por esta proposta, a centralidade das ações assistenciais seria dada às mães, visto que estas ações eram interpretadas como um direito da

¹¹⁰ Sobre o Laboratório de Higiene Infantil ver: FONSECA, Cristina M. Oliveira. A Saúde da Criança na Política Social do Primeiro Governo Vargas. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, RJ, v. 3, n.2, 1993. p.97-116.

mulher. Essa visão era dissonante do discurso dos médicos puericultores, visto que para eles a centralidade da assistência recaía sobre a criança e o papel da mãe era ser assistida em função de seu filho (CARDOSO, 2012: 400 a 403; ALVES, 2014:153 a 157).

O último grupo, defendia a formação de um corpo de assistentes sociais com preparo para atender a todo tipo de desequilíbrio que atingia aos necessitados, procurando recolocá-los na sociedade. A assistência materno-infantil estaria incluída no rol de assistidos. Uma das principais defensoras deste projeto foi Carlota Pereira de Queiroz, deputada federal, médica, pedagoga e que havia trabalhado na “Escola de futuras mães”, da IHI. Este projeto deu origem ao Conselho Nacional de Serviço Social (CNSS) (MARIANO, 2006; PEREIRA, 1999:175; PEREIRA, 1992: 143 e 144).

Propomos nesta tese que o projeto elaborado por Martagão Gesteira para o INP também representou uma oposição ao que era defendido por Olinto de Oliveira¹¹¹. Este projeto foi uma derivação da política materno-infantil desenvolvida pelo pediatra baiano em Salvador durante a existência da IHI, portanto, defendia a continuidade da política elaborada por este órgão. Representava uma outra visão dos médicos puericultores sobre esta questão, a qual defendia o papel do Estado como normatizador e fiscalizador das ações de assistência à mãe e à criança. A dualidade entre os projetos da DAMI e do INP criou uma situação complexa para o campo materno-infantil dentro da burocracia estatal do governo Vargas.

A criação do DNCr e o contexto ditatorial do Estado Novo encerraram as discussões em torno de qual direcionamento deveria ser dado a política materno-infantil. Ao longo do ano de 1939, Olinto de Oliveira e o Ministro Gustavo Capanema trabalharam na organização do novo departamento e no início de 1940, sua criação foi ratificada. E, somente em outubro do ano seguinte, o DNCr teve sua estrutura interna organizada, o que significa dizer que durante seu primeiro ano de existência, o DNCr não possuiu orçamento e não pode funcionar legalmente.

1.4 – A criação do Departamento Nacional da Criança e a definição da “nova” política de proteção materno-infantil.

O DNCr foi criado por meio do Decreto-Lei N.º 2.024, de 17 de fevereiro de 1940, que o definiu como o “supremo órgão de coordenação de todas as atividades nacionais relativas à maternidade, à infância e à adolescência”. De acordo com a estrutura burocrática do Ministério da Educação e Saúde, o órgão ficou subordinado diretamente ao ministro, do mesmo modo que

¹¹¹ Este projeto será analisado no próximo capítulo.

os departamentos nacionais de educação e o de saúde. Isso significava **dizer** que os assuntos relacionados à maternidade e à infância passaram a ter autonomia administrativa com relação ao Departamento Nacional de Saúde, dirigido por Barros Barreto.

O DNCr foi o primeiro órgão federal coordenador das políticas materno-infantis que possuiu ingerência em todos os estados e municípios brasileiros. Para isso, definiu-se que deveria ser feita uma articulação entre as esferas federal, estadual e municipal, pela qual competiria a estes últimos a execução da política materno-infantil e ao DNCr caberia as funções de definir e coordenar as ações a serem executadas¹¹².

Esta articulação seria feita pelos Departamentos Estaduais da Criança (DECr), nos estados e pelas Juntas Municipais de proteção à maternidade, à infância e à adolescência, nas cidades. Estas juntas ficaram mais conhecidas como juntas da infância, nomenclatura a qual utilizaremos.

Os DECr's ficariam responsáveis pela administração dos subsídios enviados pelo governo federal, pela arrecadação de recursos financeiros para a construção dos serviços de puericultura, pelo auxílio aos municípios para que pudessem organizar e construir os seus serviços próprios. Por sua vez, as juntas da infância funcionariam como um conselho local, deliberativo e executivo¹¹³, cujas atribuições seriam:

- Promover no município a criação dos serviços ao seu alcance para a proteção das crianças e mães necessitadas, auxiliar e fiscalizar esses serviços, tudo de acordo com instruções apropriadas;
- Vigiar e amparar crianças órfãs, abandonadas, ilegítimas, maltratadas ou necessitadas, cuja notificação lhe será fornecida por visitadoras próprias;
- Cooperar com a justiça de menores e as autoridades policiais em tudo quanto disser respeito a infância;
- Assumir tutela provisória *ex-officio* ou por determinação judiciária.¹¹⁴

Conforme indicado na primeira atribuição citada acima, as juntas funcionariam como um órgão executivo em nível municipal. Com relação as suas outras atribuições, Olinto de Oliveira explica que elas seriam uma alternativa de proteção às crianças abandonadas naquelas cidades que não possuíssem um Juizado de Menores. Entretanto, o decreto-lei previsto para regulamentar o funcionamento das juntas da infância nunca chegou a ser editado. A criação

¹¹² BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. Decreto-Lei 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. Retirado do *site* <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2024-17-fevereiro-1940-411934-publicacaooriginal-1-pe.html>. Consultado em 12 de outubro de 2019.

¹¹³ BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. Decreto-Lei Nº 2.024, de 17 de fevereiro de 1940. *Op. Cit.*

¹¹⁴ OLIVEIRA, Olinto. O Departamento Nacional da Criança e o seu programa de ação. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro: ano 2, n.º 10, setembro de 1942. pp.6.

dessas juntas já havia sido descartada por Getúlio Vargas, por ocasião da aprovação do programa da DAMI. A ingerência sobre questões referentes ao trabalho infantil, por exemplo, era de competência do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio e certamente, não havia interesse em que isso fosse modificado.

A articulação entre a esfera federal, representada diretamente pelo DNCr e suas divisões, a esfera estadual, representada pelos Departamentos Estaduais da Criança e a esfera municipal, representada pelas juntas da infância, garantiriam o alcance do DNCr até o interior do país. Essa estrutura político-administrativa visava substituir o papel exercido pela Igreja Católica na difusão da CNACr. Entretanto, com a demora na regulamentação do DNCr, na criação dos Departamentos Estaduais e a não criação das juntas da infância, Olinto de Oliveira resgatou a estratégia utilizada com a CNACr que concentrava na sociedade civil a atuação em prol do departamento. Para garantir que o DNCr chegasse aos municípios, foram resgatadas em seu lugar as associações filantrópicas de proteção à infância, criadas durante a CNACr. Observamos aqui a continuidade de uma prática característica da política materno-infantil durante a Primeira República, ou seja, a filantropia agindo de forma complementar à ação estatal.

Na prática, estes órgãos funcionariam da seguinte forma; o DECr ou a associação de proteção à infância, interessados em receber subsídios e orientação técnica federais, acionariam o DNCr, que analisaria o pedido solicitado. Em caso de uma avaliação positiva, o DNCr liberaria o subsídio para a construção ou reforma do serviço de puericultura em questão e enviaria técnicos para auxiliar as autoridades locais a executarem o serviço de puericultura, que deveria ser feito conforme as determinações do DNCr.

Ao analisar as influências do *Children Bureau*¹¹⁵ nas ações do DNCr, Overné indica uma predominância das influências do modelo americano nas políticas materno-infantis implantadas pelo DNCr, principalmente com relação às campanhas sanitárias em puericultura realizadas

¹¹⁵ Em 1938, a atuação do *Children Bureau* era sintetizada em quatro pontos: investigar, divulgar, demonstrar e estimular. A “investigação” consistia na pesquisa sobre os problemas que afetavam o bem-estar da criança no “campo”, ou seja, em todos os locais onde elas estavam. A “divulgação” tinha a finalidade de informar os resultados alcançados pela “investigação”. Ela deveria ser feita de formas diferentes para os diversos públicos interessados ou de interesse do *bureau*: relatórios para os funcionários internos, boletins populares com conteúdo de educação maternal, organização de cursos e conferências para profissionais, materiais instrutivos para instituições materno-infantis, campanhas educativas em diversos meios de comunicação. A “demonstração” tinha a finalidade de apresentar na prática as recomendações do *Children Bureau* às repartições estaduais que solicitassem sua orientação direta. O “estímulo” era a ação de transferência de subsídios federais para os estados mediante a apresentação de um plano estadual para uso do recurso. O estado que desejasse receber esta verba assumia o compromisso de estar de acordo com as determinações federais sobre como a verba deveria ser usada e oferecer igual valor em recursos estaduais para ser empregado no mesmo plano. O departamento da criança nos EUA, 1938. Arquivo Gustavo Capanema. GC-1240f. CPDOC/FGV. pp. 35

pelos departamentos brasileiro e americano (OVERNÉ, 2019: 126). Concordamos com Overné no que tange às influências norte-americanas nestas campanhas do DNCr.

No entanto, acreditamos que estes modelos (DNCr e *Children Bureau*) se afastam com relação ao seu modo de atuação e às suas finalidades. O DNCr defendia uma ingerência sobre os estados, orientando-os a implantar postos de puericultura, a partir de modelo definido pelo DNCr, a despeito das necessidades locais por serviços de puericultura distintos. Já o *Children Bureau* mantinha uma relação com os estados somente de orientação e de repasse de recursos financeiros, cuja aplicação seria definida a partir do programa elaborado pelo estado que solicitasse o subsídio federal. Ambos os departamentos se afastavam também com relação as suas funções principais, sendo o americano um departamento de pesquisas e divulgação de puericultura e modelos assistenciais, que poderiam ou não ser seguidos pelos estados, e o brasileiro, apesar de também realizar pesquisas, se caracterizava por ser um departamento coordenador de ações assistenciais por ele elaboradas e que deveriam ser, obrigatoriamente, seguidas pelos estados.

A regulamentação da organização interna do DNCr foi realizada por meio do Decreto-Lei n.º 3.775, de 30 de outubro de 1941¹¹⁶. Este documento fixou a criação das divisões que comporiam o DNCr. Foram criadas a Divisão de Proteção Social da Infância, a Divisão de Cooperação Federal, um novo Instituto Nacional de Puericultura e o Serviço de Administração¹¹⁷.

A Divisão de Proteção Social da Infância, cuja direção foi entregue a Flamarion Afonso Costa, atuaria no desenvolvimento e na orientação de associações sociais voltadas para as crianças e na realização de inquéritos avaliativos daquelas já existentes¹¹⁸. A proteção social englobaria ações que visavam reajustar o ambiente social no qual a criança vivia, fosse ele “desajustado” devido à situação de doenças, ignorância materna, falta de higiene, falta de acesso à educação, entre outras coisas. Conforme aponta Gustavo Lessa, orientador dos trabalhos de pesquisa da Divisão de Proteção Social da Infância, as ações de proteção social eram inexistentes na maioria dos estados brasileiros, que contavam muitas vezes somente com um “modestíssimo serviço de higiene pública”. Esta divisão também se responsabilizaria por

¹¹⁶ BRASIL. Ministério da Educação e Saúde Decreto-Lei Nº 3.775, de 30 de outubro de 1941. Dispõe sobre a organização do Departamento Nacional da Criança e dá outras providências. Retirado do *site* <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-3775-30-outubro-1941-413944-publicacaooriginal-1-pe.html>. Consultado em 12 de outubro de 2019.

¹¹⁷ No anexo 2 apresentamos o organograma interno da estrutura burocrática do DNCr.

¹¹⁸ COSTA, Flamarion Afonso. Departamento Nacional da Criança: objetivos e realizações. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1945. p.8

melhorar campanhas sanitárias em puericultura, que ocorreriam anualmente nas Semana da Criança e nas Exposições de Puericultura que aconteceriam por ocasião da comemoração do Dia das Crianças ¹¹⁹.

À Divisão de Cooperação Federal, dirigida por Gastão de Figueiredo, ficariam subordinadas as ações de natureza técnico-administrativa. Ela intermediaria a relação com estados e municípios e estimularia, orientaria, organizaria e fiscalizaria as associações de proteção à infância e os DECr's. A orientação técnica deveria ser feita pessoalmente, mas dado o reduzido número de funcionários do DNCr, os manuais técnicos com informações dos modelos-padrão dos serviços de puericultura do DNCr (os mesmos elaborados durante a CNACr) foram o principal instrumento para esta ação. Por fim, a esta divisão competia o gerenciamento e distribuição dos subsídios federais¹²⁰. A interiorização das ações do DNCr dependia do bom funcionamento desta divisão.

O Instituto Nacional de Puericultura, que apesar do nome, não era a mesma instituição dirigida por Martagão Gesteira, funcionaria como um espaço de estudos e pesquisas para o DNCr ¹²¹. O “novo” INP foi instalado no Hospital Arthur Bernardes e composto por quatro divisões internas: divisão de maternidade, com seções de obstetrícia hospitalar e domiciliar; seção de recém-nascidos e de higiene pré-natal; divisão de pediatria, com seção dedicada aos lactentes e pré-escolares, doenças infectocontagiosas e odontopediatria; divisão de puericultura, com consultórios de higiene infantil, higiene pré-natal, assistência otorrinolaringológica, oftalmologia, odontopediatria, raios ultravioletas, serviço de obstetrícia domiciliar, lactário e cantina maternal. Contava, finalmente, com uma divisão de laboratórios, com seções de pesquisas científicas e clínicas, anatomia, patologia e genética, embriologia e desenvolvimento orgânico ¹²².

Este serviço, o “novo” INP, era responsável pela oferta de cursos de especialização e formação profissional de técnicos e médicos puericultores. Foi dirigido por Mário Olinto de Oliveira, filho de Olinto de Oliveira, que já era o gestor do Hospital Arthur Bernardes no momento da criação do “novo” INP.

O decreto, que organizou internamente o DNCr e criou o “novo” INP, pôs fim ao INP dirigido por Martagão Gesteira. O “novo” INP deu origem ao atual Instituto Nacional de Saúde

¹¹⁹ COSTA, Flamarion Afonso. *Op. Cit.*, 1945. p.8.

¹²⁰ Idem, *ibidem.* .

¹²¹ Ao longo da tese nos referiremos ao Instituto Nacional de Puericultura do DNCr como “novo” INP para diferenciarmos do INP fundado por Martagão Gesteira.

¹²² OLIVEIRA, Mario Olinto de. Instituto Nacional de Puericultura. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro, ano 2, n. ° 8, março de 1942, p.17 a 20.

da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, uma das unidades de assistência, ensino, pesquisa e desenvolvimento tecnológico da Fundação Oswaldo Cruz. O INP criado por Martagão Gesteira deu origem ao Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, subordinado à Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Por fim, a estrutura do DNCr contaria com um Serviço de Administração, ao qual competiria as ações de execução, coordenação e orientação da administração geral do DNCr e foi entregue ao Sr. Álvaro Alves de Sá. Além dos 4 chefes de serviço relacionados, o DNCr contava com um corpo técnico de 13 médicos especialistas, uma técnica especializada em proteção social da infância e psicologia educacional, uma técnica especializada em educação e uma enfermeira. Todos prestavam serviço no Distrito Federal e, também desempenhavam suas funções em viagens pelo país. Neste quadro não estão incluídos os funcionários do “novo” INP¹²³. Ou seja, o quantitativo de médicos especialistas atuando diretamente no DNCr era o mesmo do quadro técnico da IHI em 1925 (FERREIRA e RIBEIRO, 2016:104).

Competiria a estes 13 médicos especialistas atuar na Divisão de Proteção Social da Infância e na Divisão de Cooperação Federal, uma vez que o “novo” INP tinha seu corpo médico. Entretanto, toda a intermediação com estados e municípios, as atividades relacionadas à criação dos serviços de puericultura, as campanhas sanitárias em puericultura realizadas nas semanas das crianças e pelas exposições de puericultura caberiam a estes profissionais. O que nos leva a inferir o quão limitado era o poder de ação do DNCr, principalmente se pensarmos que seu raio de ação deveria ser nacional e o da IHI era limitado ao Distrito Federal.

Uma última demanda de Olinto de Oliveira, especificada no relatório de 1937 e identificada como fundamental para o bom funcionamento do DNCr, estava relacionada aos recursos financeiros que deveriam ser destinados para o custeio de seu programa de ação. No discurso em que anunciou a criação do DNCr, Vargas convocou os estados, municípios e os “particulares” a contribuírem com o novo departamento. Para isso ficou definida duas formas de recepção de recursos por parte do departamento, uma delas seria oriunda do orçamento dos governos federal, estaduais e municipais e a outra seria proveniente de doações feitas ao Fundo Nacional de Proteção à Criança.

O Fundo Nacional de Proteção à Criança seria formado por doações eventuais ou regulares por parte de pessoas físicas ou jurídicas que tivessem o interesse em contribuir com a obra. Este fundo também estaria apto a receber a doação de heranças ou quaisquer outros

¹²³ COSTA, Flamarion. *Op. Cit.*, 1945. pp.20.

recursos de origem particular ¹²⁴. Este tipo de contribuição manteve ativa a participação particular no financiamento da assistência à maternidade e à infância.

1.4.1 - O programa de ação do Departamento Nacional da Criança

A política materno-infantil do DNCR teve como meta a proteção da criança em seu sentido mais amplo, oferecendo serviços de saúde, educação e assistência social. No outro lado desta política estava a mãe, cuja inclusão nos programas públicos sempre se deu a partir da relação de dependência e necessidade de seus filhos (BOCK, 1994:438; ALVES, 2014:155). Conforme o decreto que criou o DNCR, suas finalidades seriam:

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 vida¹²⁵.

A proteção social passou a orientar as ações da política materno-infantil, mas, como veremos no capítulo 3, isso não significou o rompimento com a higiene infantil como orientação científica das ações de proteção materno-infantil. Deste modo, a educação sanitária das mães e a campanha sanitária em puericultura foram mantidas no programa de ação do DNCR. A ele foi acrescida a implantação de serviços de puericultura pelo país e a formação de profissionais de saúde especialistas em puericultura.

Com relação às campanhas sanitárias em puericultura, as ações do DNCR compreenderam eventos educativos para o grande público, como as semanas da criança e as exposições de puericultura, e a divulgação de preceitos de higiene infantil na imprensa (rádio e jornais). Como ações de educação sanitária das mães foram publicados guias maternos, realizados cursos de puericultura e mantidas as conversas de instrução em preceitos de higiene infantil. Essas conversas se davam durante a consulta no posto de puericultura, nas reuniões do clube de mães e eram estendidas aos lares por meio do trabalho das auxiliares de puericultura (visitadoras sanitárias).

¹²⁴ Fundo Nacional de Proteção à Criança. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro, ano 2, n. ° 5, 5 e 7, junho a dezembro de 1941, p.15.

¹²⁵ BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. Decreto-Lei Nº 2.024, de 17 de fevereiro de 1940. *Op. Cit.*.

Em 1942, o DNCr transformou a Semana da Criança em um evento nacional ¹²⁶. Ela deveria funcionar como uma espécie de calendário para as ações de proteção materno-infantis realizadas pelo país, cujo marco inicial era o mês de outubro. Nesta semana se buscava “despertar na população o interesse pela criança, pelos seus problemas, pelas suas principais necessidades, chamando a postos todos quantos possam prestar serviços nesta obra que o Presidente Vargas muito bem qualificou ‘de salvação pública’”¹²⁷.

Anualmente um novo tema era escolhido para nortear as ações da Semana da Criança.¹²⁸. Ao longo da semana do dia 12 de outubro, eram realizadas diversas atividades, festivas ou não, que incluíam: comemorações nas escolas, inaugurações de novos serviços de puericultura, sessões de cinema, concursos, doações para as obras do DNCr e, é claro, ações de educação sanitária das mães e da família. Segundo Olinto de Oliveira,

a Semana da Criança não é uma finalidade em si. Não se quer fazer festas para aparecer. O que se quer é impressionar vivamente o público, chamando-lhe a atenção e instruindo-o sobre determinados problemas da infância, cuja solução não pode ser dada exclusivamente pelo elemento oficial, tão vastos são eles e tão entranhados se acham na própria massa da população¹²⁹.

O DNCr organizou quatro semanas da criança ao longo da gestão Olinto de Oliveira, com os seguintes temas: a alimentação da criança, em 1942; a infância abandonada, em 1943; proteção à infância, em 1944, e a criança, as atividades agrícolas e a alimentação, em 1945 (OVERNÉ, 2019: 238). Para cada um desses temas foi desenvolvido um programa que consistia na realização de propagandas na imprensa que despertassem a atenção pública para o problema representado pela temática escolhida e na organização de ações de educação sanitária conforme o tema da semana da criança.

Os temas escolhidos para as semanas da criança ocorridas entre 1942 e 1945, refletem a política pública de proteção social adotada pelo DNCr. Esta política almejava a proteção da mãe, da criança e do adolescente em seus múltiplos aspectos: saúde, educação e assistência

¹²⁶ Este evento foi inaugurado no país como uma iniciativa do Dr. Moncorvo Filho no ano de 1924. De acordo com Freire e Leony, a semana da criança era um evento comemorativo e de publicidade em torno da obra de Moncorvo Filho, nos quais a elite filantrópica se reunia para angariar recursos e realizar ações de socorro material às crianças de famílias pobres, “refletindo e modelando a cultura filantrópica da elite brasileira” (FREIRE e LEONY: 2011, 207).

¹²⁷ A semana da criança em 1944 – 10 a 17 de outubro – proteção à infância. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1944. pp.7

¹²⁸ Semana da Criança. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro: ano 2, n.º 10, setembro de 1942. pp.11.

¹²⁹ Palavras do Professor Olinto de Oliveira. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro: ano 3, n.º 14, outubro de 1943. pp.48.

social. Isso significava que a difusão dos hábitos corretos de alimentação infantil, ou seja, para crianças de 0 a 12 meses, orientados pela ciência, deixa de ser o único foco de ação das políticas materno-infantis, pois ele se amplia e passa a compreender toda a família. Importante assinalar que a alimentação da criança, do nascimento à adolescência, foi selecionada como tema do evento duas vezes, refletindo a relevância adquirida pelas questões alimentares do trabalhador e de sua família naquele contexto¹³⁰.

Com relação à instalação dos serviços de puericultura, o programa de Olinto de Oliveira para o DNCr manteve a indicação da maternidade e do posto de puericultura como serviços de primeira linha. Em 1942, o posto de puericultura foi recomendado como serviço essencial para a proteção materno-infantil em tempos de guerra, durante o VIII Congresso Pan-Americano da Criança, ocorrido em Washington, nos Estados Unidos¹³¹. Essa recomendação fez com que o programa do DNCr se voltasse com maior intensidade para subsidiar a implantação de uma rede nacional de postos de puericultura.

A recomendação do posto de puericultura pelo CPN deveu-se ao baixo custo de sua instalação e aparelhamento e pelo fato de que nele se ofertavam serviços de higiene infantil e pré-natal, considerados fundamentais para a proteção materno-infantil. No Brasil, o critério de escolha deste serviço considerou também a baixa complexidade técnica requerida para sua manutenção¹³², uma vez que sem o número de funcionários técnicos suficientes seria difícil coordenar a construção de serviços mais complexos pelo país.

O posto de puericultura se constituía como uma variação do complexo assistencial implantado por Martagão Gesteira, como parte das ações articuladas entre o governo federal e a filantropia na Bahia (SHI/LBCMI), em Salvador, como veremos no capítulo 2. O posto de puericultura era composto por serviços de puericultura cuja finalidade era a profilaxia dos problemas alimentares. No caso baiano, o público-alvo eram as crianças entre 0 e 12 meses de vida; no caso do DNCr, esse atendimento se estendia até os 6 anos de idade.

Apesar das ações assistenciais para o “menor” terem sido almejadas por Olinto de Oliveira como uma atribuição do DNCr, quem exerceu esta função foram os Juizados de Menores. Estes funcionavam subordinados ao Ministério da Justiça e possuíam autorização

¹³⁰ Neste momento foram efetuadas ações com o objetivo de melhorar a alimentação do trabalhador e de sua família, são exemplos a criação do salário-mínimo, a criação do Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS).

¹³¹ COMISSÃO DA SEMANA DA CRIANÇA. Aspectos atuais do problema da criança – conclusões e recomendações do VIII Congresso Panamericano da Criança. Sergipe, 1943. Pp.36 e 37.

¹³² OLIVEIRA, Olinto. O Departamento Nacional da Criança e o seu programa de ação. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro: ano 2, n.º 10, setembro de 1942. pp.6.

legal para o recolhimento de menores abandonados ou delinquentes. Um exemplo disso foi a atuação do Instituto Sete de Setembro, que possuía como atribuição “recolher em depósito, por ordem do juiz de menores, até que tenham conveniente destino, os menores abandonados”. (FONSECA, 1993:111). E, a partir de 1941, o Serviço de Assistência aos Menores, criado pelo Decreto-Lei N.º 3.799, de 5 de novembro de 1941, para substituir o Instituto Sete de Setembro e cujo objetivo seria “sistematizar e orientar os serviços de assistência a menores desvalidos e delinquentes, internados em estabelecimentos oficiais e particulares” (BULCÃO, 2006:72; PASSETTI, 2000: p. 362).

Com a criação do DNCr em 1940 e a sua reorganização em 1941, Olinto de Oliveira conseguiu concretizar parcialmente o projeto de criação de um órgão autônomo e centralizado de proteção materno-infantil, com autoridade para estender seu raio de ação para o interior do país. Faltava-lhe as extensões estadual e municipal desta estrutura burocrática e ainda uma solução para o problema da falta de recursos financeiros, materiais e humanos, necessários para a implantação da rede nacional de postos de puericultura. No entanto, o modelo de política materno-infantil descentralizado e local, praticado pela IHI, havia sido encerrado.

Capítulo 2 – O Instituto Nacional de Puericultura: o projeto acadêmico e de assistência materno-infantil de Joaquim Martagão Gesteira

O objetivo deste capítulo é analisar o projeto acadêmico e de assistência materno-infantil proposto pelo pediatra baiano Joaquim Martagão Gesteira, que redundou na criação, em 1937, do Instituto Nacional de Pediatria (INP) vinculado à Universidade do Brasil (UB). Este projeto foi uma derivação da política materno-infantil desenvolvida pelo pediatra baiano em Salvador. Projeto esse desenvolvido durante sua gestão simultânea à frente do Serviço de Higiene Infantil da Bahia (SHI), o único órgão estadual de assistência à infância vinculado à Inspeção de Higiene Infantil (IHI) e da Liga Baiana Contra Mortalidade Infantil (LBCMI). Essa última, uma entidade filantrópica criada especificamente para pôr em prática o modelo assistencial proposto pelo governo federal. Analisaremos como Martagão Gesteira tentou “nacionalizar” o bem-sucedido modelo de assistência materno-infantil baiano, por meio de ações de ensino, pesquisa e assistência do Instituto Nacional de Puericultura (1937-1941).

Poucos trabalhos historiográficos têm se dedicado ao estudo das ações do Instituto Nacional de Puericultura. Identificamos duas interpretações correntes a respeito das relações estabelecidas entre a DAMI e o Instituto Nacional de Puericultura. A primeira delas aponta para uma disputa entre Olinto de Oliveira e Martagão Gesteira (PEREIRA, 1992). Uma outra salienta o papel do “novo” INP como espaço de pesquisa e formação profissional, sendo uma continuidade do instituto de puericultura cujo projeto foi desenvolvido por Joaquim Martagão Gesteira e foi subordinado à Universidade do Brasil (ALVES, 2014). Nenhum desses trabalhos analisam o INP como uma instituição cujo modelo político proposto se opunha à política materno-infantil proposta pela DAMI.

A política materno-infantil federal implantada durante a Primeira República priorizava a educação sanitária das mães. Tratava-se de uma estratégia baseada na ideia de que a assimilação, por parte das mães (e pelas entidades filantrópicas), dos princípios da higiene infantil teria como resultado a contenção dos elevados índices de mortalidade infantil (SANGLARD, 2016; FERREIRA e FREIRE, 2005: 302). A política materno-infantil implantada pela IHI e pelo SHI era tributária desta orientação.

Após ter sido convidado pelo presidente Getúlio Vargas para que desenvolvesse um plano nacional de assistência materno-infantil, semelhante ao que desenvolvera em Salvador, o pediatra baiano transfere-se para o Distrito Federal. O seu objetivo era implantar um instituto

de puericultura, cuja finalidade seria a formação de profissionais, a divulgação da puericultura e, de forma acessória, ser um espaço modelar de assistência materno-infantil.

Entre 1937 e 1941, a existência de dois órgãos federais de assistência materno-infantil - o Instituto de Puericultura e a Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância (DAMI) - estabeleceu, na prática, uma situação de “dualidade institucional”, gerando uma “disputa”, que culminou no afastamento do Martagão Gesteira e a incorporação do INP ao Departamento Nacional da Criança (DNCr), comandado por Olinto de Oliveira.

2.1 – A política materno-infantil na Primeira República: a Inspeção de Higiene Infantil (DF) e o Serviço de Higiene Infantil (BA)

A relação estabelecida entre Estado e Saúde durante o período da Primeira República (1889-1930) foi construída paulatinamente diante das demandas dos governos e da sociedade, especialmente durante períodos epidêmicos. Essa relação foi permeada por um intenso debate em torno do papel a ser desenvolvido pelo Estado dentro dos parâmetros do federalismo previsto na Constituição de 1891, que limitou as ações do governo federal à capital. Entretanto, as epidemias que aportaram no país, no início do século XX, exigiram uma maior atuação dos serviços federais para o combate do flagelo. Por este motivo, utilizando-se de medidas arbitrárias, o poder público federal pode estender sua atuação na capital federal para todos os serviços de higiene e aumentou sua capacidade de regulação sobre assuntos de saúde pública e higiene da população por meio da exigência da notificação de doenças, da instauração de uma justiça sanitária e da aprovação da lei da vacinação obrigatória (HOCHMAN, 1998).

Ao mesmo tempo em que o poder público promovia um rearranjo em suas atribuições no campo da saúde, a promoção da assistência, enquanto uma ação pública ou privada, era debatida em congressos frequentados por médicos e filantropos interessados nesta discussão, como o Congresso Nacional de Assistência Pública e Privada (1908)¹³³. Dentre as ideias apresentadas nesses espaços, defendeu-se amplamente a organização de uma parceria entre os setores público e privado, tendo o Estado o papel mais relevante (VISCARDI, 2011:195).

¹³³ A Prefeitura do Distrito Federal promoveu o Primeiro Congresso Nacional de Assistência Pública e Privada, realizado entre 23 de setembro e 13 de outubro de 1908, durante a Exposição comemorativa do centenário da abertura dos portos. Conforme analisa Rangel, a comissão organizadora deste congresso foi composta, em sua ampla maioria, por médicos, engenheiros e bacharéis em direito. Eles representavam a “elite pensante” do país que discutia um projeto político de construção nacional (RANGEL, 2013: 96).

Segundo Martins, alguns médicos envolvidos nesses debates acreditavam que “era dever das pessoas das classes mais favorecidas e instruídas ampararem os mais pobres, amenizando suas necessidades materiais para que pudessem colaborar com o progresso da nação” (MARTINS, 2005:58). As limitações estatais, impostas pelo liberalismo, atreladas a esta visão a respeito do papel da filantropia ratificaram a definição de que ao poder público competia as ações mais gerais, como o combate às epidemias, e à filantropia caberiam as ações mais específicas, como as de assistência materno-infantil, por exemplo (CASTEL, 2010). Desta forma, a filantropia foi pensada como uma ação complementar ao Estado e não substitutiva, tendo cada esfera sua área de atuação delimitada (SANGLARD, 2008a: 74 e 75).

A temática do modelo de assistência materno-infantil foi observada nas discussões dos congressos. Sobre as causas do elevado índice de mortalidade infantil no país, observamos consenso entre os médicos pediatras e puericultores, que as relacionavam com as práticas tradicionais do cuidado com a infância, sobretudo aqueles referentes à alimentação oferecida pelas mães aos bebês. Consideramos relevante pontuar, que ambas as especialidades, puericultura e pediatria, estavam em busca de legitimação.

Estes médicos estavam convencidos de que a transformação destes costumes era a ação mais eficiente para conter a morte entre crianças no primeiro ano de vida. Competiria à ciência, portanto, orientar os novos e saudáveis hábitos a serem aplicados no exercício da maternidade. A “maternidade científica”, ou seja, aquela cuja prática era orientada pela higiene infantil, se constituiu no modelo a ser ensinado às mães (FREIRE, 2009). Segundo os médicos, só assim os índices de mortalidade infantil decresceriam. O ensino do exercício da maternidade cientificamente orientada demandava ações assistenciais que se baseavam na educação sanitária das mães, no acompanhamento do desenvolvimento infantil e na correção dos erros alimentares praticados pelas mães.

No entanto, nem tudo era consenso entre médicos pediatras e puericultores, divergiam quanto ao tipo de amamentação seria a mais recomendada para as crianças. Um grupo, do qual Antônio Fernandes Figueira¹³⁴ fazia parte, defendia que o leite materno deveria ser a única fonte

¹³⁴ Antônio Fernandes Figueira (1863 – 1928): Doutorou-se em 1887 na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Em 1900 concluiu sua célebre obra *Elementos de semiologia infantil*, que foi publicada em francês e projetou seu nome mundialmente. Em 1903, foi admitido como titular da Academia Nacional de Medicina e passou a dirigir a enfermaria de doenças infecciosas de crianças do Hospital São Sebastião. Na oportunidade, introduziu a prática de internar as crianças com suas mães. Em 1909, começou a dirigir a Policlínica de Crianças da Santa Casa, onde implementou o serviço de higiene pré-natal. Em 27 de julho de 1910, fundou a Sociedade Brasileira de Pediatria. Em 1923, assumiu a chefia da Inspetoria de Higiene Infantil do Departamento Nacional de Saúde Pública. Sua gestão culminou com a instalação do Abrigo-Hospital Artur Bernardes, atualmente Instituto Fernandes Figueira. Retirado do site:

de alimento do bebê até os seis meses de vida. Por outro lado, havia médicos que advogavam que os bebês poderiam ser alimentados pelo leite de vaca, desde que este tivesse uma boa origem, fosse armazenado da forma correta e os utensílios, utilizados em seu preparo e no ato da amamentação, fossem esterilizados. Carlos Arthur Moncorvo Filho¹³⁵ foi o principal defensor desta ideia. Este médico mantinha um serviço de distribuição de leite – a Gota de Leite - em funcionamento no Instituto de Proteção e Assistência à Infância (IPAI) (SANGLARD, 2016; SANGLARD e GIL, 2014).

Ao final do Congresso Nacional de Assistência Pública e Privada, Fernandes Figueira conseguiu que algumas de suas teses sobre assistência materno-infantil fizessem parte do relatório do evento. As medidas previstas nesse documento foram: a organização da fiscalização de lactantes por meio de um corpo de inspetores médicos formado pelo poder público; a obrigatoriedade por parte das instituições particulares de aceitarem o aleitamento natural como prática até os 6 meses de vida; substituição das rodas dos expostos pelos “escritórios de admissão” ou “registro livre”; a fundação de sociedades de atendimentos às puérperas e de proteção à amamentação materna; criação de consultórios de lactentes e a inspeção do leite destinado ao consumo infantil por parte do poder público (SANGLARD, 2015: 139 e 140; RANGEL, 2013: 113 a 115).

A Reforma Carlos Chagas criou o primeiro órgão público de assistência materno-infantil no país, a Inspetoria de Higiene Infantil (IHI), em 1923¹³⁶. Ela funcionou subordinada ao Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e foi dirigida por Fernandes Figueira, entre 1923 e 1928, a quem competiu a definição de suas atribuições e a orientação que seria impressa à política materno-infantil do órgão. Assim ele pode transmitir sua orientação científica à política pública em formação.

O projeto médico-social da IHI definia que o público-alvo das ações da política materno-infantil seria a primeira infância, ou seja, a “idade da vida” que se estende do nascimento aos

http://www.sbp.com.br/show_item.cfm?id_categoria=74&id_detalhe=1275&tipo=D. Acesso em 02 de dezembro de 2016.

¹³⁵ Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo Filho (1871- 1944): Doutorou-se em medicina pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1897, defendendo a tese *Doenças de infância e sua terapêutica*. Em 1899, fundou o Instituto de Proteção e Assistência à Infância no Rio de Janeiro. No ano de 1919, criou o Departamento da Criança do Brasil e, em 1922, dirigiu o Primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância, realizado no Rio de Janeiro. Foi eleito membro honorário da Academia Nacional de Medicina (1919) e presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria (1933).

¹³⁶ BRASIL. DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. Decreto 16.300, de 31 de dezembro de 1923. Retirado do site https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/d16300.htm. Consultado em 12 de novembro de 2016.

12 meses de vida. Este primeiro ano de vida correspondia à faixa etária de crianças que corriam o maior risco de morte no país, identificado pelos altos índices de mortalidade infantil ¹³⁷.

A política de assistência adotada pela IHI concretizou-se por ações específicas como: “1- criação de consultórios de higiene infantil; 2 – propaganda sistemática dos ‘conselhos de higiene infantil’; 3 – manutenção das ‘escolas de futuras mães’ e 4 – incentivo à criação de creches mantidas pela filantropia” (FERREIRA e RIBEIRO, 2016:105).

Outra preocupação de Fernandes Figueira foi estabelecer a sintonia entre as ações públicas e privadas no âmbito da assistência à infância. Para isso, ficou determinado que caberia ao poder público regulamentar e fiscalizar as ações de assistência privada promovidas pela “boa filantropia”. Entre as atribuições da filantropia estava a manutenção de serviços que visavam preservar o vínculo mãe e filho, como as creches que acolhiam, temporariamente, as crianças durante o horário de trabalho da mãe. (SANGLARD, 2016:58 a 66).

No decorrer da existência da IHI (1923-1934), a política materno-infantil caracterizou-se por ter suas ações restritas ao Distrito Federal, situação que só se modificou com a criação do DNCR, em 1940. Sua ação nos estados demandava a realização de acordo entre o governo federal e os governos estaduais. O único estado brasileiro que realizou um convênio específico com o DNCR, para desenvolver ações no âmbito da higiene infantil, foi a Bahia. Para isso, criou o Serviço de Higiene Infantil (SHI), em 1923. No entanto, devido às limitações burocráticas, o SHI funcionou subordinado à Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural e tecnicamente, agia conforme as diretrizes da IHI.

O fato de a Bahia ter sido o único estado a adotar as diretrizes da IHI pode ser explicado pelo fato de que Martagão Gesteira, posteriormente diretor do SHI, integrava o mesmo círculo de amizades pessoais e acadêmicas que Fernandes Figueira, compartilhando as ideias em torno do projeto médico-social da IHI. Esta relação o levou a aceitar o convite para a instalação do serviço federal de higiene infantil no seu estado natal (SANGLARD, 2016: 66-75).

Martagão Gesteira possuía projeção nos meios acadêmico e filantrópico baiano. Desde 1915, ele era catedrático de Clínica Médica Pediátrica e Higiene Infantil da Faculdade de Medicina da Bahia (FMBA) e chefe da Clínica de Crianças do Hospital Santa Izabel, pertencente à Santa Casa de Misericórdia da Bahia. Neste local eram realizadas as aulas práticas

¹³⁷ A mortalidade infantil é um dado estatístico elaborado a partir do coeficiente obtido entre o número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, em um determinado espaço geográfico, no período de um ano. Informação retirada do site <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqc01.htm>. Consultado em 30 de outubro de 2020.

da cadeira de pediatria. Também chefiava o serviço clínico do Instituto de Proteção e Assistência à Infância da Bahia ¹³⁸ (RIBEIRO, 2011; MOREIRA, 2019).

Embora Martagão Gesteira estivesse à frente em dois dos três espaços voltados à saúde materno-infantis existentes em Salvador, em nenhum deles pode aplicar a diretriz da IHI, de oferecer uma assistência profilática baseada na educação sanitária das mães e na divulgação dos preceitos de higiene infantil no cuidado com a primeira infância. Em ambos os locais se praticava a medicina curativa, que era destinada às crianças de várias faixas etárias (RIBEIRO, 2011:18 e 19). Em decorrência disto, houve necessidade de criar espaços assistenciais que ofertassem serviços de higiene infantil em Salvador.

Conforme Sanglard aponta, durante seus primeiros anos de funcionamento, a IHI se utilizou da estrutura da Policlínica das Crianças, uma entidade benemerente fundada na Santa Casa de Misericórdia, em 1909, cuja direção médica foi entregue a Fernandes Figueira (SANGLARD, 2016: 75). Esta situação se manteve até a criação do Abrigo-Hospital Arthur Bernardes, em 1926, que se tornou o modelo institucional representativo da política materno-infantil da IHI. As ações assistenciais praticadas neste local atuavam no sentido de restabelecer a saúde de crianças acometidas por problemas alimentares graves e de oferecer educação sanitária durante as consultas e em cursos de higiene infantil destinados às mães. (FERREIRA e RIBEIRO, 2016: 108).

Em Salvador, a criação de espaços assistenciais compatíveis com as diretrizes da IHI foi feita pela filantropia, uma vez que, legalmente, o SHI não podia criar estes espaços. Com auxílio de doações e de médicos próximos a Martagão Gesteira, como o Dr. Álvaro Bahia (1891-1964)¹³⁹, foi fundada a Liga Baiana contra a Mortalidade Infantil (LBCMI), em 1923. O seu nome nos conferia pistas sobre a sua finalidade, a redução dos índices de mortalidade infantil (RIBEIRO, 2011).

Nos consultórios de higiene infantil, ou consultórios de lactentes, mantidos pela LBCMI, a ação assistencial consistiu na orientação maternal, no acompanhamento do desenvolvimento infantil por meio de pesagem e na correção de problemas leves ocasionados pela ingestão de alimentos não recomendados às crianças ou pelo leite em más condições de consumo. Nestes espaços era mantida a propaganda constante dos preceitos científicos da

¹³⁸ O IPAI-BA funcionava de forma similar ao IPAI existente no Rio de Janeiro e foi fundado em 1903, pelos médicos Alfredo Magalhães e Joaquim Augusto Tanajura (FERREIRA e FREIRE, 2011).

¹³⁹ Atualmente a entidade é denominada Liga Álvaro Bahia contra a Mortalidade Infantil e possui um memorial que funciona no 1º piso do Hospital Martagão Gesteira.

higiene infantil. Ou seja, a entidade seguia rigorosamente o modelo assistencial proposto pela política materno-infantil da IHI.

As ações do SHI foram direcionadas à orientação de ações de iniciativas particulares que pretendiam implantar serviços de higiene infantil e creches e à fiscalização das ações assistenciais de instituições dedicadas à assistência e à educação infantil já existentes na cidade. Um exemplo da atuação do SHI foram as fiscalizações realizadas no Asilo dos Expostos da Santa Casa de Misericórdia da Bahia, local em que eram abrigadas as crianças que haviam sido abandonadas na “Roda” (RIBEIRO e FERREIRA, 2015).

Como pudemos observar dos expostos, as atribuições da LBCMI e do SHI eram distintas. À primeira coube ações de assistência e de educação maternal e ao segundo atividades orientativas e fiscalizatórias. No entanto, na prática, as ações de ambos os serviços se misturavam, uma vez que possuíam o mesmo propósito de combate à mortalidade infantil e eram dirigidas pela mesma pessoa, Martagão Gesteira (RIBEIRO e FERREIRA, 2015: 250).

O principal serviço instalado pela LBCMI, com orientação do SHI, foi o dos consultórios de lactentes, devido à função de ser um espaço de educação das mães em princípios de higiene infantil. Entre 1924, ano de instalação do primeiro serviço da LBCMI, o consultório de lactentes “Regina Helena”, e o ano de 1930, quando foi encerrado o acordo entre a IHI e o SHI, foram instalados 3 consultórios de lactentes pela cidade de Salvador, sendo que dois funcionavam fazendo atendimento misto, ou seja, atendiam também os “escolares” (RIBEIRO, 2011:69). O consultório de lactentes “Regina Helena” funcionava na sede da LBCMI, no prédio do Liceu de Artes e Ofícios. O segundo consultório foi instalado em prédio doado pela fábrica Luiz Tarquínio, no bairro da Boa Viagem, e o terceiro, no Hospital Santa Izabel.

Outros serviços foram criados, durante o período em que a LBCMI e o SHI atuaram conjuntamente (1923 - 1930), destacamos a creche, o consultório de higiene pré-natal, o laboratório de análises clínicas e o lactário. As creches tinham a função social de preencher a ausência da mãe durante o período em que estava no trabalho. A oferta deste serviço evitava que as crianças fossem deixadas com mulheres que faziam “criação à salário”, ou seja, cuidadoras de crianças. Os médicos reprovavam o serviço destas mulheres, acusando-as de manterem as crianças em péssimas condições de higiene e de oferecer alimentos condenados pelos preceitos da higiene infantil. De “boa filantropia” a “mal necessário”, as creches orientadas pelos preceitos da higiene infantil eram recomendadas, pois permitiam a manutenção dos cuidados corretos com a criança, mesmo na ausência da mãe. (SANGLARD, 2015: 146; VIEIRA, 1988).

O laboratório de análises clínicas e o lactário serviam de suporte aos serviços dos consultórios. O lactário oferecia leite e mingaus às mães atendidas nos consultórios da LBCMI cujos filhos apresentassem algum tipo de distúrbio causado pela alimentação. Os consultórios de higiene pré-natal apresentavam as seguintes funções: diagnosticar patologias da mãe e do bebê, verificar estados mórbidos pré-existentes nas gestantes e educar as mães em matéria de higiene pré-natal e infantil. Três consultórios deste tipo foram instalados: um na sede da LBCMI, um na maternidade Climério de Oliveira e um na Boa Viagem (RIBEIRO, 2011: 68).

As campanhas educativas promovidas pela LBCMI e pelo SHI eram oferecidas dentro e fora dos serviços de higiene infantil. Nos consultórios de lactentes a educação maternal era feita durante a consulta e por meio de cartazes afixados nas paredes das salas de espera. Em outros locais, a campanha educativa era feita por meio de conferências realizadas por Martagão Gesteira e pelos demais médicos da Liga, pela distribuição de brochuras, folhetos e cartazes sobre higiene infantil.

Imagem 1- Sala de espera e matrícula da Policlínica Arnaldo Baptista Marques da LBCMI.

Observe o número de cartazes expostos neste espaço.



Fonte: Liga Baiana contra a Mortalidade Infantil. Álbum Histórico da Liga Baiana contra a Mortalidade Infantil. s.d.

Cabia às visitadoras sanitárias o papel de estender aos lares a educação em higiene infantil que a mãe recebia no consultório de lactantes. Elas, as visitadoras, recebiam treinamento por meio de curso oferecido pela LBCMI e pelo SHI, que tinha duração de 4 meses e no qual aprendiam noções gerais de puericultura. A primeira turma de visitadoras sanitárias da LBCMI formou 20 mulheres e todas foram nomeadas visitadoras do consultório de lactentes. O corpo médico da entidade era formado por quatro pediatras, sendo que dois deles eram funcionários da IHI, um foi emprestado pelo governo estadual e o outro pertencia à Faculdade de Medicina da Bahia (RIBEIRO, 2011: 66 e 67; FERREIRA e RIBEIRO, 2016: 111).

No apagar das luzes do contrato estabelecido entre o governo estadual da Bahia e a IHI, foi inaugurado o “Instituto Batista Marques”. Este se tornou a sede oficial da LBCMI e foi aparelhado a partir de doação da família Martins Catharino. O local passou a abrigar os serviços de assistência médico-social e de educação maternal, que eram oferecidos em conjunto pela LBCMI e o SHI.

Observa-se, no quadro 1, os serviços de assistência materno-infantis criados pela LBCMI, sob orientação do SHI e instalados no “Instituto Batista Marques”.

Quadro 1- Serviços da LBCMI desenvolvidos sob orientação do SHI (1923 -1930)

	Nome do Serviço	Tipo de Serviço	Objetivos
“Instituto Batista Marques”	Consultório Pré-natal	Consultório de Higiene Pré-natal	Acompanhar o desenvolvimento da gravidez, tratar problemas que pudessem ocorrer durante este período e educar as mães.
	Consultório de Lactentes “Regina Helena”	Consultório de Higiene Infantil	Acompanhar o desenvolvimento de lactentes e crianças em idade escolar e educar as mães em higiene infantil.
	Lactário	Lactário	Distribuição de alimentos cientificamente preparados.
	Escola de Mãezinhas	Curso de Puericultura	Instrução em noções de puericultura para meninas em idade escolar
	Creche Fernandes Figueira	Creche	Abrigar temporariamente as crianças no horário de trabalho materno.

Fonte: RIBEIRO, 2011.

A partir da inauguração do “Instituto Batista Marques”, Martagão Gesteira passou a denominar o espaço como “posto de higiene infantil”. A ideia de usar este nome era facilitar o entendimento do tipo de serviço que era prestado no local, não só por parte dos leigos, mas

também para os médicos pouco familiarizados com o termo “consultório de lactentes”, denominação utilizada pela higiene infantil (GESTEIRA, 1923: 8-9 *apud* RIBEIRO, 2011: 65).

Com exceção da creche, os serviços de puericultura oferecidos no “Instituto Batista Marques” ou “Posto de higiene infantil” foram os mesmos que fizeram parte do posto de puericultura do DNCr. O modelo institucional representativo da política materno-infantil varguista foi uma releitura deste modelo, como analisaremos no capítulo 3 desta tese.

A partir de 1930, a LBCMI passou a atuar sem a orientação técnica da IHI. Com relação à diretriz científica adotada pela entidade, não constatamos mudanças, o que está atrelado ao fato de que Martagão Gesteira se manteve como diretor da entidade filantrópica. No entanto, em termos financeiros, o rompimento do contrato causou impacto no quadro de funcionários, especialmente para aqueles que atuavam conjuntamente na LBCMI e no SHI e eram remunerados exclusivamente pelo serviço federal.

Entre 1930 e 1935, a LBCMI se dedicou à remodelagem da assistência prestada no Asilo dos Expostos da Santa Casa de Misericórdia da Bahia. A entrada da LBCMI no Asilo dos Expostos havia sido feita por intermédio do SHI, que possuía autoridade para fiscalizar os serviços oferecidos no local, mas a construção dos novos serviços instalados no terreno da Santa Casa foi financiada por recursos filantrópicos e pelo governo estadual da Bahia.

A escolha dos serviços, que fizeram parte do complexo assistencial instalado pela LBCMI na Santa Casa, demonstra que foram orientados pelas diretrizes da higiene infantil, as quais definiam a política pública da IHI. Dentre os serviços instalados, constatamos a existência de um lactário, um museu de higiene, um abrigo maternal, o abrigo de meninos e a pupileira (RIBEIRO e FERREIRA, 201:255), suas funções podem ser observadas no quadro 2.

Quadro 2- Serviços do complexo assistencial da LBCMI instalados na Santa Casa.

Serviços	Funções
Lactário	Oferta de leite materno às crianças abrigadas.
Museu de higiene	Promoção da educação maternal e campanhas educativas de forma geral.
Abrigo maternal	Acolhimento de mulheres grávidas sem amparo familiar.
Abrigo de meninos e pupileira	Cuidados à criança abandonada.

Fonte: RIBEIRO e FERREIRA, 201:255.

A política materno-infantil idealizada por Fernandes Figueira e implantada pela IHI era o modelo que Martagão Gesteira pretendia introduzir nacionalmente após ser convidado pelo

presidente Getúlio Vargas, em 1935, para que fizesse pelo país uma obra similar àquela executada em Salvador¹⁴⁰.

Em face do convite realizado pelo presidente, o nome de Joaquim Martagão Gesteira ganhou notoriedade nos jornais da capital federal. Nestas aparições eram noticiadas as inaugurações dos serviços de puericultura em Salvador, ou algumas das visitas recebidas nestes serviços, como foi o caso de João de Barros Barreto, chefe do DNS, e de Francisco de Assis Chateaubriand Bandeira de Mello¹⁴¹, dono dos *Diários Associados*¹⁴².

Assis Chateaubriand, aliado político de Vargas e apoiador do nome de Martagão Gesteira para assumir a reforma da política materno-infantil do país, foi o grande responsável por essa notoriedade. Nos meses de março e julho de 1936, publicou em *O Jornal* duas grandes matérias sobre o complexo assistencial da LBCMI instalados na Santa Casa. A primeira matéria, intitulada *Uma notável obra de assistência social*, ocupou a metade da capa da edição de 24 de março de 1938 e teve três fotos do serviço. A segunda, *Crianças fortes e sadias – o magnífico exemplo da Bahia no terreno da puericultura*, publicada na página 8, ocupou quase toda a página¹⁴³.

Merece destaque os comentários publicados em *O Jornal* feitos por Barros Barreto após visitar os serviços baianos, os quais classificou como “a melhor pupileira do Brasil” e “modelares instituições de assistência”:

Foi o fecho de ouro da minha viagem a visita às instituições de assistência, com que o governo Juracy Magalhães vem dotando a Bahia. O pavilhão para pensionistas da maternidade da cidade do Salvador é, sem favor, o melhor que conheço do Brasil. A Pupileira, que tem o nome do ilustre governador, e que é o elo principal da cadeia de realizações devidas a orientação segura do

¹⁴⁰ GESTEIRA, Joaquim Martagão. Discurso do Professor Gesteira. *Boletim do Instituto de Puericultura. Rio de Janeiro*: 1946, ano IV. pp. 10.

¹⁴¹ Francisco de Assis Chateaubriand Bandeira de Melo (Paraíba/1892 – São Paulo/1968). Formado em direito, exerceu a função de jornalista, se tornou empresário e criou e dirigiu o maior conglomerado de comunicação da América Latina: os *Diários Associados*. Se tornou o primeiro empresário brasileiro a fazer uma transmissão via televisão. É cofundador do Museu de Arte de São Paulo, cujas obras de arte foram arrecadas em uma campanha filantrópica organizada por Chateaubriand. BARATA, Mário. *Presença de Assis Chateaubriand na vida brasileira*. São Paulo: Martins, 1971, p.95.

¹⁴² Segundo Mario Barata, os Diários Associados comportavam na década de 1970, 32 jornais diários, 25 estações de rádio (lideradas pelas tupis, a partir de 1935, e incluindo as Tamoio, Difusora de São Paulo, Guarani e Mineira, Farroupilha, Marajoara, Vitória, Ceará Radio Club, Poti, Rádio Sociedade da Bahia e Rádio Clube de Pernambuco, entre outras), 18 estações de televisão (entre elas, duas Tupis, a primeiro instalado em São Paulo no ano de 1949), as Itacolomi e Alterosa de Belo Horizonte, a Marajoara, a TV Brasília, as Tvs Rádio Clube de Fortaleza e do Recife, a Piratini, entre outras) e várias revistas, sendo a revista O Cruzeiro uma das mais famosas. BARATA, Mário. *Presença de Assis Chateaubriand na vida brasileira*. São Paulo: Martins, 1971, p.95.

¹⁴³ Uma notável obra de assistência social. *O Jornal*, 24 de março de 1938; *Crianças fortes e sadias – o magnífico exemplo da Bahia no terreno da puericultura. O Jornal*, 8 de julho de 1936.

professor Martagão Gesteira, é francamente inexcusável, pelo apuro técnico e gosto arquitetônico que presidiram a sua instalação.¹⁴⁴

Esses elogios foram feitos meses após as críticas que Olinto de Oliveira havia feito aos sanitaristas e ao DNSP nos jornais. E indicam uma concordância de Barros Barreto pelo modelo de política materno-infantil vigente e, possivelmente, uma aprovação ao nome de Martagão Gesteira para assumir a direção nacional desta política.

Um ano após o convite, Martagão Gesteira se dirigiu ao Rio de Janeiro para debater com Olinto de Oliveira sobre sua participação nos serviços federais materno-infantis. Aproveitando a ocasião, fez uma visita ao presidente, acompanhado por Juracy Magalhães, aliado de Vargas, ex interventor da Bahia e eleito governador em 1934. Nesta visita entregou ao presidente um álbum com 77 fotografias, com breves explicações a respeito dos serviços de assistência materno-infantis realizados pelo Departamento Estadual da Criança, que Martagão Gesteira havia idealizado para coordenar as ações estaduais de assistência materno-infantil na Bahia ¹⁴⁵.

A transferência de Martagão Gesteira para o Distrito Federal ocorreu em fevereiro de 1937, logo após a criação do Instituto Nacional de Puericultura (INP), por meio da Reforma Capanema. O INP consistiria em um órgão de pesquisa, de ensino e de formação profissional, que forneceria aos poderes públicos possíveis soluções para os problemas relacionados à saúde materno-infantil ¹⁴⁶. O projeto criador do órgão havia sido traçado pelo próprio Martagão Gesteira, seguindo as orientações que havia impresso aos serviços materno-infantis desenvolvidos durante o período em que dirigiu a LBCMI e o SHI.

Ao aceitar o convite presidencial para comandar a reforma da política materno-infantil nacional, Martagão Gesteira fez algumas exigências. Tais condições foram apresentadas em uma carta enviada a Olinto de Oliveira, diretor da DPMI, consistiram no pedido de garantia de manutenção de sua cátedra de pediatria e higiene infantil e para que o INP funcionasse de forma adequada, isto é, atendendo aos princípios científicos que ele havia cunhado nos serviços materno-infantis baianos¹⁴⁷.

Desse modo, existiam obstáculos institucionais que deveriam ser suplantados para viabilizar a transferência de Salvador para a capital federal. Martagão Gesteira era professor

¹⁴⁴ Uma visão dos serviços médicos nos estados nortistas. *O Jornal*, 12 de setembro de 1936.

¹⁴⁵ Os serviços de proteção à infância na Bahia, um álbum demonstrativo oferecido pelo governo daquele estado ao presidente da república. *O Jornal*, 22 de julho de 1936.

¹⁴⁶ BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. Decreto n.º 378, de 13 de janeiro de 1937, Da nova organização ao Ministério da Educação e Saúde. Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1930-1939/lei-378-13-janeiro-1937-398059-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acessado em 9 de setembro de 2016.

¹⁴⁷ Carta enviada por Martagão Gesteira a Olinto de Oliveira. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV;

catedrático da FMBA e pretendia manter-se nesta posição também na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (FMRJ). No entanto, a cátedra de Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil da FMRJ pertencia, desde 1928, a Luiz Pedro Barbosa (1870-1949), então, a estratégia encontrada foi a criação de uma nova cadeira, denominada de Puericultura e Clínica da Primeira Infância. Desse modo, a FMRJ passou a ser a única no país a ter uma cátedra voltada especificamente para o ensino da puericultura, situação que se manteve entre 1937 e 1954¹⁴⁸.

A história da transferência de Martagão Gesteira para a capital federal é bastante similar à de um conterrâneo seu, Rafael Levi Miranda, funcionário do Banco do Brasil e responsável por uma obra assistencial que retirava das ruas de Salvador a população pobre, mendicante e doente. Os resultados positivos desta obra assistencial convenceram o Presidente Vargas a convidar Levi Miranda para desenvolver obra semelhante na capital federal, também em 1937, quando foi criado o Abrigo do Cristo Redentor. Tal obra assistencial foi uma das que mais recebeu recursos do Conselho Nacional de Serviço Social durante a Era Vargas (CAMINHA, 2012: 62 e 63).

2.2 – Os projetos para o Instituto Nacional de Puericultura

Entre o convite realizado por Getúlio Vargas, em 1935, e a criação do INP, em 1937, Martagão Gesteira trabalhou na elaboração do projeto do que seria o órgão que coordenaria a política materno-infantil varguista. Este projeto foi apresentado a Olinto de Oliveira em algumas ocasiões e passou por correções até chegar ao modelo final ratificado em de janeiro de 1937, quando foi criado o Ministério da Educação e Saúde.

Como dissemos, Martagão Gesteira impôs condições para aceitar o convite para se transferir para a capital federal, abandonando a carreira bem-sucedida de catedrático da FMBA e de referência incontestada como reformador da assistência à infância na Bahia. Além de uma cátedra na Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil, o pediatra baiano também fez exigências específicas relacionadas ao instituto de puericultura, que seria criado pelo governo federal. A primeira delas dizia respeito à organização do futuro instituto, que deveria seguir o plano por ele elaborado, sem quaisquer alterações; a segunda estava relacionada à liberação dos recursos financeiros destinados à construção do prédio e à instalação dos serviços do instituto

¹⁴⁸ ROCHA, José Martinho da. Rumo social de assistência à infância. Rio de Janeiro, 1956. pp. 2.

e, por fim, que ele fosse designado diretor do instituto de puericultura, com autonomia para escolher toda a equipe de profissionais do órgão ¹⁴⁹.

Aparentemente, em julho de 1936 ainda não havia uma definição quanto à transferência de Martagão Gesteira para o Distrito Federal. Ao chegar ao Rio de Janeiro para a reunião com Olinto de Oliveira, Martagão Gesteira explicou para *O Jornal*, que a sua participação no projeto do novo instituto de assistência à infância, que o governo federal planejava instalar na capital federal, se limitava à formulação dos planos de criação e de funcionamento ¹⁵⁰.

Em 22 de junho de 1936, Olinto de Oliveira recebeu de Martagão Gesteira a primeira versão do projeto do que seria o “Instituto de Puericultura Getúlio Vargas”. A justificativa trazia a informação de que deveria ser um “instituto no qual as futuras mães brasileiras aprenderão a criar os filhinhos, preservando-os da hecatombe que a ignorância dos princípios básicos de higiene infantil, de mãos dadas com a miséria, vai fazendo com os que nascem sob o céu do Brasil.” ¹⁵¹. O resumo do projeto elencava as funções do órgão como sendo o “estudo dos problemas da puericultura e o ensino e vulgarização dos princípios elementares da higiene infantil” ¹⁵². Quanto às finalidades do instituto de puericultura o documento assinalava:

- 1º. Prestar assistência moral e material ao grande número de mães desvalidas e crianças pobres;
- 2º. Facilitar o ensino prático da puericultura social e individual,
- 3º. Servir como aparelho da padronização para as obras de assistência à mãe e à criança, uma vez que cada um dos órgãos nele enfeixados, servirá isoladamente como modelo para realizações análogas no Brasil ¹⁵³.

O instituto de puericultura seria, portanto, um espaço de ensino e pesquisa, cuja base científica permanecia sendo a higiene infantil, orientação da política materno-infantil da IHI. Em suas ações assistenciais, buscava minimizar as consequências da ignorância e miséria sobre o desenvolvimento as crianças. O instituto deveria instituir serviços de assistência (modelares) e formar profissionais (especialistas) capazes de prevenir os problemas decorrentes do meio no qual a mãe e a criança viviam. Todo esse trabalho deveria ser iniciado antes mesmo da própria concepção de criança, se estendendo pelos períodos pré-natal e pós-natal, alcançado a idade escolar.

¹⁴⁹ Carta enviada por Martagão Gesteira a Olinto de Oliveira. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

¹⁵⁰ A criação do Instituto Nacional da Creança. *O Jornal*, 12 de julho de 1936.

¹⁵¹ GESTEIRA, Joaquim Martagão. Sugestão para criação do “Instituto de Puericultura Getúlio Vargas” feita ao professor Olinto de Oliveira. 22 de junho de 1936. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

¹⁵² Idem.

¹⁵³ Idem.

É importante assinalar que a última finalidade do “Instituto de Puericultura Getúlio Vargas, “Servir como aparelho da padronização para as obras de assistência à mãe e à criança, uma vez que cada um dos órgãos nele enfeixados, servirá isoladamente como modelo para realizações análogas no Brasil”, foi tema do discurso de Martagão Gesteira na condição de orador oficial das delegações estaduais, durante a abertura da Conferência Nacional de Proteção à Infância (CNPI), em 1933. Naquela ocasião, expôs a “fórmula acertada”, que vinha sendo adotada na Bahia referente à relação entre os poderes públicos e os serviços privados.

Para a campanha, nos seus dois aspectos – profilaxia e assistência – um acordo firmado entre a repartição sanitária estadual, que da primeira se ocupará, e uma instituição particular idônea já de credenciais firmadas, a cuja conta ficarão os trabalhos de assistência. O auxílio da União se faria mercê duma subvenção larga, suficiente sob o controle da repartição sanitária estadual, a qual seria prestadas contas documentadas do modo porque foi dispendido o subsídio federal. As outras instituições particulares, por ventura existentes, que da assistência à infância se ocupassem, receberiam também o auxílio federal, mas com a condição de ficarem sob o controle da repartição técnica estadual, a quem prestariam contas do auxílio recebido e cujas diretrizes se obrigariam a seguir.

Esse controle, uniformizando a campanha de cada centro do País, evitando atividades dispersivas, haveria de ser, acredito, de grande proveito, tanto quanto a indispensável acção fiscalizadora na aplicação das subvenções recebidas.

Tal a fórmula que a Delegação da Bahia, com o inteiro apoio do seu eminente Interventor, que apreendendo na sua clara e segura visão de estadista a magnitude do problema, se tem revelado um verdadeiro patrono da campanha, desejaria submeter à aprovação da Conferência e se sentiria altamente honrada se fosse pelos outros Estados aceita¹⁵⁴.

A fórmula, a qual Martagão Gesteira se referia, foi a mesma estabelecida harmonicamente entre o SHI e a LBCMI, ou seja, a de ser um órgão estatal estabelecido das diretrizes para o funcionamento dos serviços privados de assistência materno-infantil. A criação de um órgão com poderes de “intervenção científica” nas entidades filantrópicas era uma demanda nos meios médicos e fez deste um discurso bem recebido pelos conferencistas na abertura da CNPI. Desse modo, é possível inferir que a indicação desta demanda como uma finalidade do instituto de puericultura certamente seria bem recebida no meio médico. Conforme vimos no capítulo 1, a interferência federal nos estados, defendida por Olinto de Oliveira, não foi tão bem recebida quanto à interferência nos serviços filantrópicos proposta por Martagão Gesteira.

¹⁵⁴ MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA. *Conferência Nacional de Proteção à Infância – atas e trabalhos*. Volume 1: Parte Geral. Rio de Janeiro: s/ed., 1933. pp. 45.

Para atender às finalidades assistenciais e de formação médica, recomendava-se que os serviços do instituto de puericultura fossem organizados em três seções:

Seção 1:

- a) Um “consultório de gestantes”, para o ensino prático da puericultura pré-natal.
- b) Um “consultório de lactentes”, para o ensino prático da higiene infantil.
- c) Um “consultório de pré-escolares”, com a mesma finalidade.
- d) Os anexos indispensáveis a esses consultórios, como sejam gabinetes de raios-x, de fisioterapia, laboratório etc.
- e) Um “lactário modelo”, que funcionará como “Escola de dietética”, onde as alunas aprenderão o preparo e o manejo dos alimentos e alimentos-medicamentos, usuais em puericultura.
- f) Uma “Cantina maternal”.

Seção 2:

- a) Um “refúgio de gestantes”, onde as gestantes poderão repousar pelo menos um mês antes do parto.
- b) Uma sala de maternidade.
- c) Um “abrigo maternal” modelo.
- d) Uma “creche de depósito diurno”.

Seção 3:

- a) Um museu de higiene infantil.
- b) Uma biblioteca da especialidade ¹⁵⁵.

As seções 1 e 3 compreenderiam os serviços assistenciais conexos ao ensino da puericultura para médicos e à educação maternal. Além disso, o “consultório de gestantes”, o “consultório de lactentes” e o “consultório de pré-escolares” seriam os modelos para a padronização de toda a rede de assistência materno-infantil pública e privada. A seção 2 foi composta por serviços de natureza social para assistir as mães pobres. A escolha destes serviços satisfaria à primeira finalidade do instituto, a de amparar moralmente e materialmente as mães pobres e atenderia ainda a outra chave do binômio ignorância-miséria, que não havia sido contemplada como uma função principal do instituto.

Em uma segunda parte do projeto, Martagão Gesteira indicou a criação do “Instituto de Medicina Infantil Olinto de Oliveira”, especializado na prestação de assistência médica à criança doente, ao estudo clínico das patologias infantis e à promoção de cursos de puericultura para profissionais e leigos. Este instituto funcionaria no espaço do Hospital Arthur Bernardes. Desse modo, na concepção de Martagão Gesteira, os serviços federais de profilaxia e de assistência médica infantil funcionariam de forma independente, mas estariam subordinados ao

¹⁵⁵ GESTEIRA, Joaquim Martagão. Sugestão para criação do “Instituto de Puericultura Getúlio Vargas” feita ao professor Olinto de Oliveira. *Op. Cit.*

mesmo órgão federal de assistência materno-infantil, a DPMI, comandada por Olinto de Oliveira. Esse ficaria responsável pela gestão de todos os órgãos de assistência à saúde materno-infantil federais¹⁵⁶.

Este primeiro projeto apresentado a Olinto de Oliveira passou por alterações, uma delas foi a supressão do “Instituto de Medicina Infantil Olinto de Oliveira” e a outra, a indicação de que o instituto de puericultura deveria estar subordinado diretamente ao ministro da Educação e saúde pública. Por esta última mudança, ele passou a ocupar uma posição hierárquica superior ao da DPMI, o que não atenderia aos propósitos de Olinto de Oliveira de ter um órgão de pesquisas e inquéritos subordinado a sua diretoria.

Apesar de um instituto de puericultura aparecer na documentação do MESP como criado pelo decreto n.º 572 A, ele não chegou a sair do papel. Somente em janeiro de 1937, com a transformação do MESP em MES que o Instituto Nacional de Puericultura (INP) foi implantado. Dessa vez por meio do Decreto n.º 378, de 13 de janeiro de 1937, que reorganizou o MES.

Por esta lei o INP ficou subordinado diretamente ao MES, mas a posse do Dr. Martagão Gesteira nos cargos de diretor do INP e de catedrático na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro gerou um problema burocrático de acúmulo de cargos, solucionado com a incorporação do INP à Universidade do Brasil e a obrigatoriedade das funções de diretor e catedrático estarem reunidos na mesma pessoa. Desse modo, o INP foi transformado em Instituto de Puericultura da Universidade do Brasil¹⁵⁷, pelo Decreto-Lei n.º 98, de 23 de dezembro de 1937¹⁵⁸.

Essa mudança não causou alteração na organização interna do instituto, que foi designado como um serviço “destinado a realizar estudos, inquéritos e pesquisas sobre os problemas relativos à maternidade e à saúde da criança”¹⁵⁹. As três finalidades do Instituto estavam expressas em seu projeto de regulamento, conforme trecho a seguir:

- a) Promover estudos e investigações sobre todos os problemas relacionados com a saúde física e mental da criança;
- b) Organizar o ensino de puericultura e clínica da primeira infância da Faculdade Nacional de Medicina;

¹⁵⁶ Idem.

¹⁵⁷ Nesta tese denominaremos o Instituto de Puericultura da Universidade do Brasil como Instituto de Puericultura, para que não seja confundido com o período em que foi denominado Instituto Nacional de Puericultura (janeiro a dezembro de 1937), nem como o “novo” INP, criado pelo DNCr em 1941.

¹⁵⁸ Decreto Lei n.º 98, de 23 de dezembro de 1937 – Incorpora à Universidade do Brasil o Instituto Nacional de Puericultura. *Boletim do Instituto de Puericultura*: Rio de Janeiro: 1938, ano 1, número 2. pp. 5.

¹⁵⁹ BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. Decreto n.º 378, de 13 de janeiro de 1937, Da nova organização ao Ministério da Educação e Saúde. Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1930-1939/lei-378-13-janeiro-1937-398059-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acessado em 9 de setembro de 2016.

- c) Fazer a educação higiênica das mães procurando difundir e propagar por todos os modos as noções básicas de puericultura¹⁶⁰.

Em artigo publicado no primeiro número do *Boletim do Instituto de Puericultura*, periódico destinado a divulgar entre médicos as atividades de pesquisa do INP, Martagão Gesteira sintetizou o projeto do INP, destacando os seus objetivos institucionais e as finalidades consideradas “essenciais”:

- A realização de estudos e investigações sobre todos os problemas que interessavam à higiene e à saúde da criança, para solucionar problemas ligados à fisiologia, higiene e patologia infantil e para esclarecer os poderes públicos sobre as soluções mais práticas para os problemas identificados;
- a difusão e a propagação das noções básicas de higiene infantil, esforçando-se pelo preparo das futuras mães e pela formação de técnicos em puericultura mirando o combate à mortalidade infantil¹⁶¹.

As finalidades “essenciais” do INP corresponderiam àquelas relacionadas ao ensino, à pesquisa e à experimentação de políticas materno-infantis, conforme sua função de ser um centro de desenvolvimento e de aplicação do conhecimento médico em puericultura. Para isso, fazia-se necessário que o instituto fosse constituído de uma rede de serviços assistenciais modelares que associassem o ensino/pesquisa à prática assistencial.

Apesar de não ser considerada como uma das funções principais do INP, Gesteira defendeu o funcionamento dos serviços assistenciais como uma função “acessória”, indicando que as atividades do novo órgão federal deveriam servir de modelo padrão para os serviços de assistência materno-infantis privados, pois

Só quem teve a ocasião de conhecer de perto algumas dessas obras esparsas por pontos vários do país e, em torno das quais os interessados, muitos aliás bem-intencionados e cheios de boa vontade, fazem exagerado arruído mirando o aplauso público e o auxílio oficial ou privado, poderia fazer uma ideia de como são muitas delas atentatórias dos mais rudimentares princípios de organização científica e prática. Algumas dessas obras batizadas com nomes pomposos e amparadas por subvenções oficiais, são na verdade dignas de serem fechadas por absolutamente ineficientes e mesmo contraproducentes. Assim será interessante poder oferecer às instituições particulares e aos espíritos apaixonados pela campanha, modelos das várias obras de amparo à

¹⁶⁰ UNIVERSIDADE DO BRASIL. Projeto de Regulamentação do Instituto de Puericultura. 7 de novembro de 1938. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

¹⁶¹ Instituto de Puericultura. *Boletim do Instituto de Puericultura*: Rio de Janeiro: 1938, ano 1, número 1. pp. 9 e 10.

criança, que possam servir de padrões para realizações dessa natureza, capazes de prestarem serviços uteis e reais¹⁶².

Estes espaços eram um ponto relevante para a política materno-infantil defendida por Martagão Gesteira. Neles seria testado e ensinado o modelo assistencial a ser replicado pelo país. Esta função contrariava a ideia proposta pela DAMI, da criação de uma rede nacional de postos de puericultura.

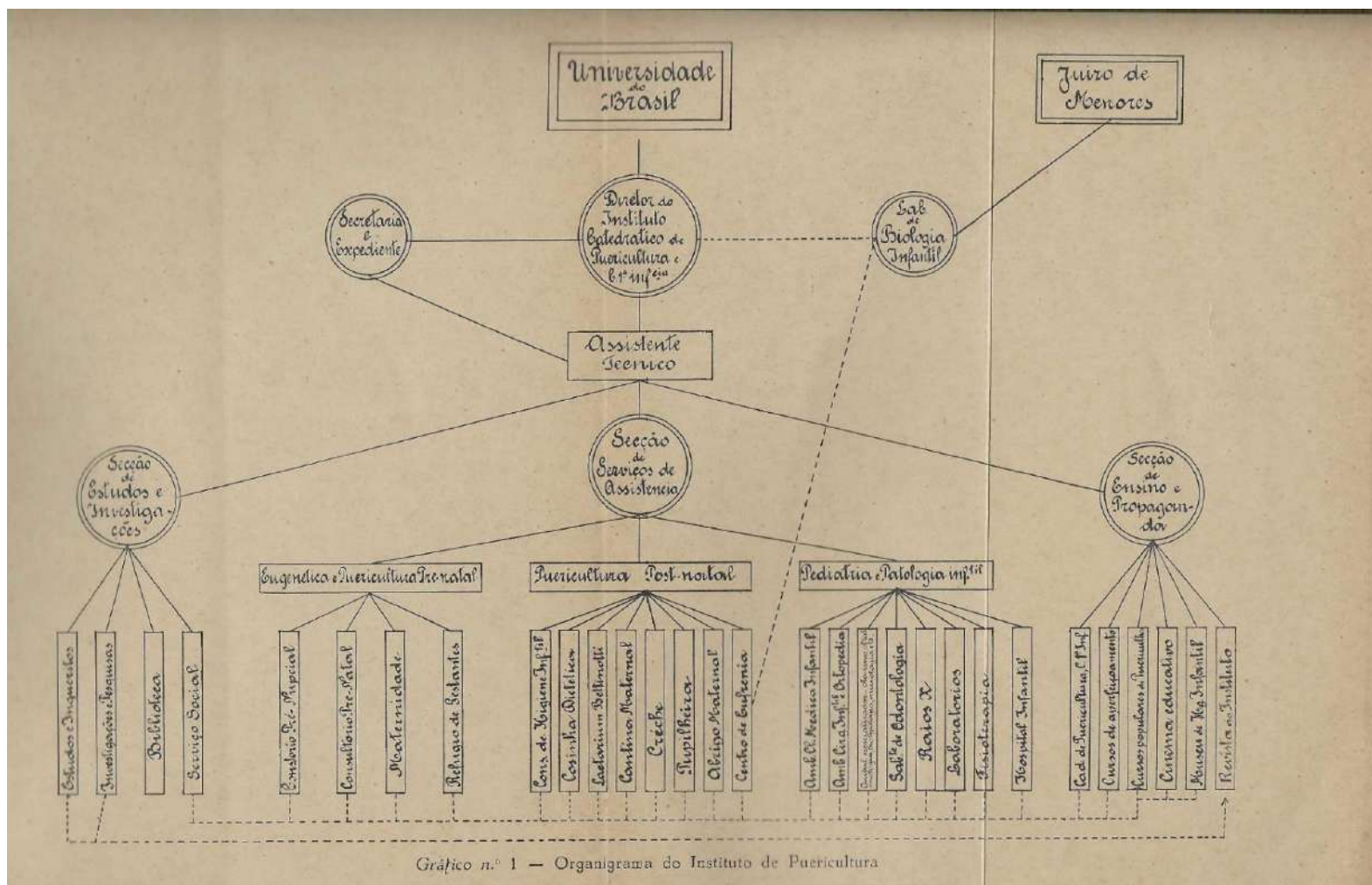
A estrutura organizacional do INP era composta por três seções: 1) Seção de estudos e investigações, responsável pela análise de questões relativas à puericultura, pediatria e patologia infantil; 2) Seção de educação e publicidade, responsável pelos cursos livres de puericultura (para leigos e para formação de técnicos em puericultura), pelo funcionamento da cadeira de puericultura e clínica da primeira infância da FMRJ (para estudantes de medicina) e também pela divulgação e difusão ampla dos princípios da puericultura; 3) Seção de serviços de assistência, a mais complexa de todas, destinada a prestar “serviços de assistência higiênica, médica, material e moral à mãe desvalida e à criança pobre, oferecendo campo para as observações e estudos a serem realizados e fornecendo material para o ensino prático da puericultura e da clínica da primeira infância”¹⁶³.

O organograma dos serviços do Instituto de Puericultura da Universidade do Brasil pode ser observado na Imagem 2.

¹⁶² Idem. pp. 10.

¹⁶³ UNIVERSIDADE DO BRASIL. Projeto de Regulamentação do Instituto de Puericultura. *Op. Cit.*

Imagem 2- Organograma do Instituto de Puericultura da Universidade do Brasil



Fonte: Instituto de Puericultura. *Boletim do Instituto de Puericultura*: Rio de Janeiro: 1938, ano 1, número 2. pp. 15.

O projeto de criação do INP nestes moldes permitia que, nas suas finalidades essenciais ele atuasse no sentido de difundir e propagar a puericultura, e na sua função acessória oferecesse um modelo de assistência materno-infantil baseada nos preceitos de higiene infantil às entidades privadas de assistência materno-infantil. Nesta perspectiva, defendia-se o aleitamento natural e o uso de técnicas científicas no exercício da maternidade, atendendo, assim, ao modelo de política pública praticado pela extinta IHI.

Do mesmo modo, o INP correspondia ao posicionamento que Martagão Gesteira havia assumido na CNPI. A comissão especial, da qual ele fez parte, havia sugerido que o órgão federal de coordenação das ações materno-infantis possuísse a função técnica de realização de pesquisas e inquéritos diagnósticos da situação da infância brasileira. O modelo do INP seguia esta recomendação.

O plano de ação do INP não representa uma novidade com relação ao que vinha sendo discutido nos Congressos Pan-Americanos da Criança. Esse projeto é um tanto similar ao do *Children Bureau*, dos Estados Unidos, que, como vimos, era o órgão federal que realizava análises sobre a situação da infância americana, sobretudo no que dizia respeito à exploração do trabalho de “menores” e o impacto que esse exercia no estado de morbidade e mortalidade infantis (NUNES, 2011:254). As propostas de ambas as instituições eram similares, se propunham a investigar as condições da criança no país e a fazerem campanha sanitária em puericultura, nos meios médicos, entre as mães e para instituições de cuidado infantil.

O projeto proposto pela comissão especial durante a CNPI sugeria que não houvesse ingerência do governo federal nos programas de assistência materno-infantil estaduais. O que aproxima o modelo aventado por este grupo ao plano de ação do *Children Bureau*. No projeto elaborado por Martagão Gesteira para o INP não há menção ao acordo que deveria ser estabelecido entre o governo federal e os estados, apontava somente que seus serviços assistenciais seriam modelares. A análise da atuação da IHI e do SHI, que apresentavam um modelo de assistência materno-infantil baseado nos preceitos da higiene infantil, nos faz supor que a atuação do INP seria similar, ou seja, de oferta de modelos de serviços assistenciais para outros órgãos públicos e para a filantropia. Desse modo, sua atuação se aproximaria do modelo americano.

2.3 – Um novo programa para a puericultura

Um ano após chegar ao Rio de Janeiro, Martagão Gesteira retomou suas atividades no magistério, dessa vez à frente da cadeira de puericultura e clínica da primeira infância da Universidade do Brasil. No discurso da aula inaugural do ano letivo de 1938, ele apresentou para a turma do sexto ano, do curso de medicina, uma avaliação crítica do ensino da puericultura ofertado pelas faculdades de medicina do país. Segundo Gesteira,

Encarada como mero apêndice à clínica pediátrica, a higiene infantil tivera, até agora, nas Faculdades de Medicina do Brasil, o seu ensino limitado a ligeiras noções de higiene individual da criança, ministradas no decorrer das aulas de clínicas, raramente sendo feito, dada a carência absoluta de tempo, tal como eu fazia na Bahia, ao lado do ensino da parte clínica, um estudo especializado, mas sumário, da dietética infantil ¹⁶⁴.

Nos currículos das faculdades de medicina, o ensino da puericultura ocorria no âmbito da cadeira de clínica pediátrica médica e higiene infantil ¹⁶⁵ e, na avaliação de Martagão Gesteira, ocupava uma posição de menor relevância na formação médica se comparada à pediatria. O conteúdo referente à especialidade ficava restrito às questões relativas ao cuidado individual com a criança, ou seja, assuntos relacionados ao cuidado com o corpo e com a alimentação infantil. A seleção deste conteúdo era justificada pela relação que os médicos estabeleceram entre a mortalidade infantil e a alimentação dada às crianças.

Segundo Gesteira, as transformações passadas pela puericultura ¹⁶⁶ ao longo dos anos justificavam a necessidade de rever o significado da disciplina e, conseqüentemente, a forma como era ministrada nas faculdades de medicina. Ele faz ressalvas ao conceito puericultura cunhado pelo obstetra francês Adolphe Pinard, em 1895, até então em uso entre os pediatras brasileiros. Pinard definia a puericultura como a “ciência que tem por objeto o estudo e a

¹⁶⁴ GESTEIRA, Martagão Joaquim. Aula Inaugural da Cadeira de Puericultura e Clínica da Primeira Infância. *Boletim do Instituto de Puericultura*: Rio de Janeiro: 1938, ano 1, número 2. pp. 145.

¹⁶⁵ Em 1911, a reforma Rivadavia Correa havia dividido o ensino da pediatria em duas clínicas: a Clínica Médica Pediátrica e Higiene Infantil e a Clínica Cirúrgica Infantil e Ortopédica. Com esta mudança esperava-se somar ao ensino pediátrico, fundamentado na medicina curativa, questões relacionadas à higiene infantil. Ver: Escola de Cirurgia da Bahia. *Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)*. Acesso em: 5 outubro de 2019. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>.

¹⁶⁶ O primeiro tratado de puericultura de que temos notícias foi escrito pelo médico suíço Jacques Ballexserd e publicado no ano de 1762. Esse tratado ressaltava o caráter essencial com que deveriam ser providas as condições indispensáveis ao crescimento e desenvolvimento normal da criança (CAMPOS JÚNIOR, 2011:21). O termo puericultura foi reafirmado em 1865, quando o médico francês A. C. Caron publicou a obra *La Puériculture ou la science d'élever hygieniquement et physiologiquement les enfants*, na qual sugeria que a adoção de princípios de higiene no cuidado com os recém-nascidos melhorariam suas condições de sobrevivência (CARNEIRO, 2003: 247). Mas foi somente com as ações do obstetra francês Adolphe Pinard, em 1895, que a puericultura se difundiu.

investigação das causas relativas à conservação e ao melhoramento da raça humana”¹⁶⁷. Martagão Gesteira tecia críticas a esta conceituação, que segundo ele, era idêntica ao conceito de eugenia. Em função disto, Martagão Gesteira propõe uma nova definição de puericultura que deveria ser entendida como

a parte das ciências médicas que se ocupa em cultivar a vida e a saúde das crianças, esforçando-se para que cheguem ao mundo sadias e fortes e se desenvolvam normalmente, amparando-as e defendendo-as contra os múltiplos perigos que as ameaçam em consequência da ação maléfica de fatores ambientais ou sociais¹⁶⁸.

A renovação do conceito de puericultura conferia uma nova finalidade para a especialidade. Conforme indica Martagão Gesteira, era preciso modificar a visão negativa da puericultura como uma especialidade dedicada à “envelhecida” luta contra a mortalidade infantil e renová-la em torno de uma visão mais positiva, entendendo-a como uma especialidade que trabalhava no sentido de manter a criança “normal”¹⁶⁹.

A modificação do campo de ação da puericultura esteve relacionada à influência exercida pelos estudos da psicanálise e da psicologia, que se debruçavam sobre o desenvolvimento mental da criança. Segundo esses estudos, era necessário que a puericultura lutasse pela manutenção da criança “normal”, o que significava o entendimento da saúde como um estado físico e mental resultante da adaptação do organismo aos estímulos que recebe do ambiente. Desse modo, “normal” seria aquela criança que, a exemplo de um adulto, possuísse uma maior capacidade de adaptação às situações que a vida lhe apresenta. Segundo Novaes, “na abordagem do psiquismo, está definido que existe uma interação entre a criança e o seu meio ambiente (sobretudo a família) na determinação do seu comportamento final” (NOVAES, 2009: 166 e 167).

A busca pela criança “normal” recebeu o reforço do profissional da área de serviço social, que se encontrava em processo de institucionalização. Nesse processo, foi estabelecido vínculos estreitos com as ações de proteção à infância, oferecendo para estas ações a possibilidade de “diagnosticar o mundo” e formular pareceres sociais que orientavam o tratamento de famílias e crianças pobres no sentido de “normalizar” o pobre conforme os padrões exigidos pelo meio médico, pelas elites ou pelo estado (NUNES, 2012).

¹⁶⁷ GESTEIRA, Martagão. *Puericultura – Higiene física e social da criança*. Rio de Janeiro: Pan-americana, 1945. pp.15.

¹⁶⁸ GESTEIRA, Martagão Joaquim. *Op. cit.* 1945. pp.16.

¹⁶⁹ GESTEIRA, Martagão Joaquim. *Op. Cit.* 1938. pp. 152.

A “nova puericultura” defendida por Martagão Gesteira configuraria um modelo de atendimento à mãe e à criança em que os aspectos médico e social deveriam ser considerados separadamente na consulta, mas analisados em conjunto para se formar um diagnóstico.

Desse modo, tudo aquilo que já era de domínio da puericultura, a chamada higiene infantil, passaria a ser considerado matéria da “puericultura individual”. O aspecto médico da especialidade se ocuparia do estudo das regras de higiene e dos cuidados profiláticos a serem dispensados a cada criança, considerada individualmente, para que ela pudesse se desenvolver de forma saudável. A finalidade da “puericultura individual” poderia ser sintetizada na frase do médico francês Jacques Ballexserd (1726-1774): “a arte de criar higiênica e fisiologicamente os meninos”¹⁷⁰.

O escopo da “puericultura individual” compreenderia “os estudos e os cuidados sobre a higiene geral, do asseio, do vestuário, da alimentação, dos brinquedos etc.; da criança individualmente considerada”. Esta parte da puericultura cuidaria, portanto, do acompanhamento sanitário e higiênico da mãe desde a gravidez, abrangendo o parto, os cuidados com a dietética infantil ao longo dos primeiros doze meses de vida, estendendo seus cuidados à higiene da criança ao longo da idade escolar ¹⁷¹. Temas que já constituíam o campo de ação da especialidade.

Com relação ao aspecto da puericultura denominado “puericultura social”, Martagão Gesteira apontava como suas finalidades: analisar os efeitos que o meio ambiente vivenciado pela criança produzia sobre o seu desenvolvimento e a relevância que a situação socioeconômica, sobretudo da mãe, tinha sobre os índices de morbidade e mortalidade infantis, principalmente aqueles ocasionados pela “ignorância materna”.

A “puericultura social” deveria se dedicar a criação de serviços de assistência social que amparassem às famílias ou às mães pobres. A puericultura social consistia, portanto, em

conservar a saúde das crianças e assegurar-lhes o desenvolvimento normal, quando se encontram separadas das suas famílias e a sociedade, substituindo-se a estas, lhes assume as responsabilidades, ou quando estão expostas a perigos particulares pelo fato do seu grupamento em coletividade. (...) se preocupa ainda com todos os problemas sociais relacionados com a saúde física e mental do menino, estende as suas preocupações e os seus benefícios, também àquelas crianças que no seio das suas famílias vivem integradas ¹⁷².

¹⁷⁰ GESTEIRA, Martagão Joaquim. *Op.cit.* 1945. pp.15.

¹⁷¹ GESTEIRA, Martagão Joaquim. *Op. cit.* 1938. pp. 146.

¹⁷² GESTEIRA, Martagão Joaquim. *Op.cit.* 1945. pp.25.

A “puericultura social” seria uma face da especialidade que lidaria exclusivamente com a família/mãe/criança pobres. Mas a atuação social da puericultura não era, em certo sentido, uma novidade, uma vez que a análise do meio onde a criança estava inserida já era realizada pelas visitadoras sanitárias. Entretanto, o que estava sendo proposto aqui era uma reinterpretação dos efeitos que o estado de pobreza familiar/materno ocasionava no desenvolvimento infantil e, conseqüentemente, a ampliação dessas ações assistenciais e um foco maior sobre o estado de pobreza materno.

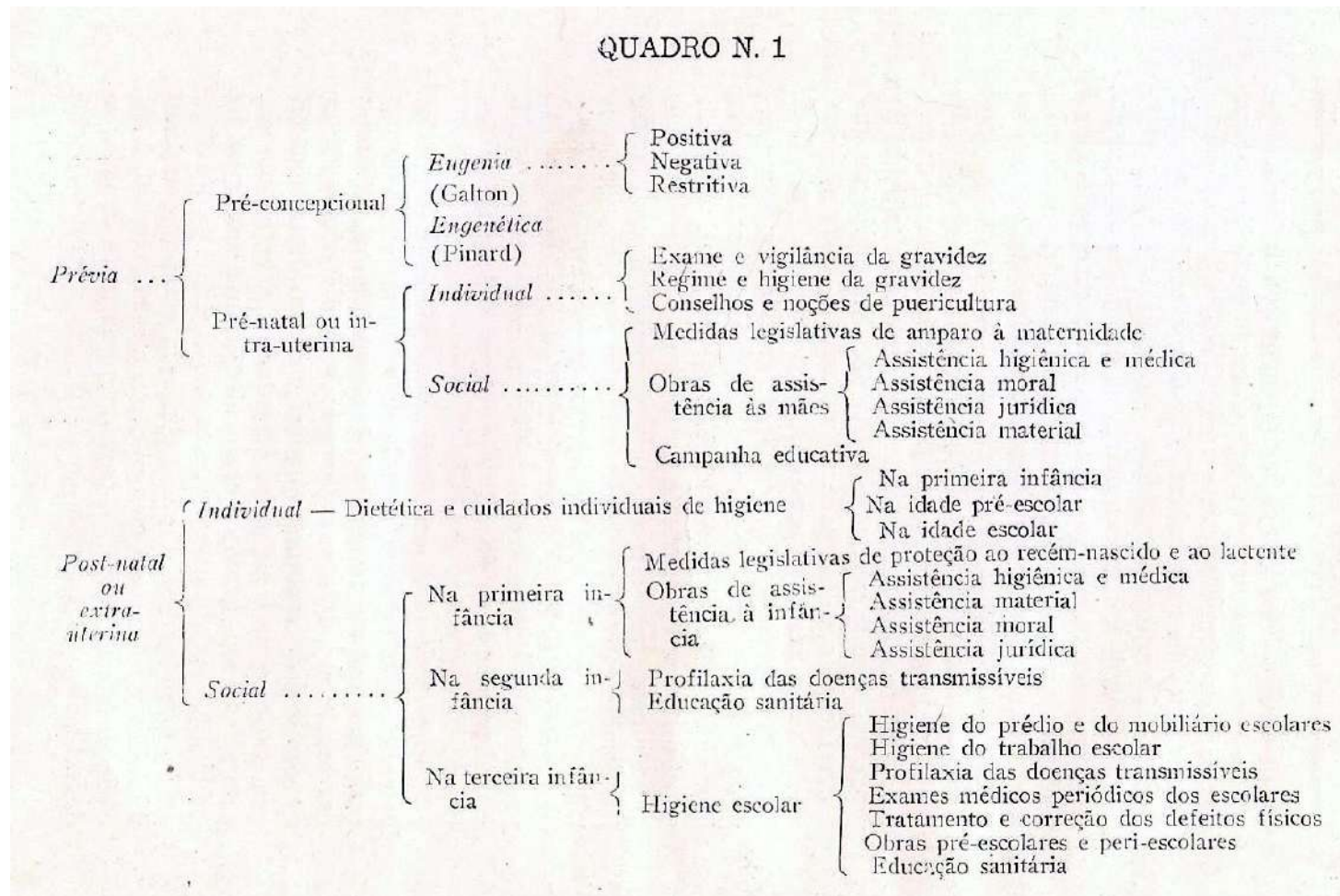
A “puericultura individual” e a “puericultura social” tinham propósitos evidentemente distintos. A primeira voltava-se para a profilaxia de processos patológicos típicos da infância, as chamadas “causas médicas” que ocasionavam, sobretudo, distúrbios alimentares. Enquanto a puericultura social tinha função profilática, atuando sobre efeitos da pobreza da família/mãe no desenvolvimento físico e psicológico da criança.

No livro *Puericultura – Higiene alimentar e social da criança*¹⁷³, publicado em 1943, foram reunidas as preleções feitas na cadeira de puericultura e clínica da primeira infância¹⁷⁴. Nesse livro, acessamos um esquema didático (Imagem 3) das diferentes modalidades de serviços em que se desdobravam a puericultura individual e social. Nessa mesma publicação, localizamos o esquema denominado “Meios de atuação da puericultura” (Quadro 3), no qual são elencadas as ações legislativas que deveriam ser empreendidas para a institucionalizar os serviços assistenciais preconizados pela puericultura individual e social, as atividades de assistência que seriam incumbência desses serviços e, finalmente, as campanhas educativas, que deveriam vir associadas às ações assistenciais. Em resumo, o esquema expunha o paradigma da nova puericultura em suas três dimensões: legal, assistencial e educativa. A política de assistência materno-infantil que Martagão Gesteira pretendia implantar tinha fundamento nessa concepção renovada da puericultura.

¹⁷³ Na década de 1940, Martagão Gesteira publicou dois livros resultantes das experiências adquiridas no exercício do magistério e da clínica pediátrica. O primeiro a ser publicado foi o livro *Puericultura – Higiene alimentar e social da criança*, no ano de 1943. O segundo, *Pediatria – Lições e Conferências*, reuniu alguns dos casos clínicos mais relevantes de sua carreira profissional e foi publicado no ano de 1944. Além destas obras, Martagão Gesteira publicou outros dois livros: *Pelos expostos* (1930), no qual reúne documentos da campanha pelo fechamento da Roda dos Expostos da Santa Casa de Misericórdia em Salvador e *Como criar o meu filhinho* (1931), um manual de puericultura voltados para as mães. O livro “*Puericultura*” possui 25 capítulos que, conforme o programa da especialidade e da cátedra, se dividem em duas partes. A primeira delas é composta por 17 capítulos e é destinada a tratar de temas referentes à “puericultura individual”, concentrando-se nas questões da alimentação natural e artificial. A segunda parte, formada por 8 capítulos, é destinada à “puericultura social”, e trabalha com questões sobre a puericultura pré-natal, as causas da mortalidade infantil, as legislações materno-infantis, as obras de assistência sanitária e social e as campanhas educativas sobre o tema.

¹⁷⁴ Segundo o prefácio da obra, as aulas que deram origem ao livro foram oferecidas no ano de 1940. Esta já era a terceira turma do Martagão Gesteira na capital federal, uma vez que o curso vinha sendo oferecido desde 1938.

Imagem 3 - Modalidade de serviços assistenciais de puericultura individual e social.



Fonte: GESTEIRA, Martagão Joaquim. *Op.cit.* 1945. pp.24.

Quadro 3 - Meios de atuação da puericultura.

I - Medidas legislativas de amparo à maternidade e à infância	São elencadas legislações concernentes à proteção materno-infantil em países da Europa, nos Estados Unidos e em alguns países da América Latina, incluindo o Brasil.		
II - Atividades de assistência à mãe e à infância	1 - Assistência sanitária e médica	A - Instituições pré-natais	<ul style="list-style-type: none"> • Consultórios pré-nupciais. • Consultórios pré-natais. • Refúgio de gestantes. • Maternidades comuns e secretas. • Assistência obstétrica domiciliária. • Serviço social.
		B - Instituições pós-natais	<ul style="list-style-type: none"> • Consultórios de higiene infantil. • Lactários. • Policlínicas infantis. • Serviço social.
	2 - Assistência econômica e moral	A - Amparo às mães	<ul style="list-style-type: none"> • Mutualidades maternas/liga de mães. • Seguros de maternidade. • Auxílios e abonos de família. • Auxílios de gravidez e de parto. • Empréstimos de parto. • Serviço de arrumadeiras. • Cantinas maternas. • Abrigos maternas.
		B - Amparo aos recém-natos e aos lactentes	<ul style="list-style-type: none"> • Creches. • Pupileiras – ninhos. • Centros de criação. • Postos de Puericultura.
		C - Amparo às crianças sem mãe	<ul style="list-style-type: none"> • Orfanatos. • Asilos de expostos. • Colocação familiar.
	3 - Assistência jurídica	Proteção legal às mães, Juízo de menores.	
III - Campanha Educativa	<ul style="list-style-type: none"> • Cartazes e brochuras. • Imprensa / Rádio e Cinema • Exposições de puericultura / Semanas da criança. • Correspondência. • Palestras e conferências. • Cursos e Cartórios de puericultura. • Cátedras ambulantes, Escolas de puericultura e Institutos de Puericultura. 		

Fonte: GESTEIRA, Martagão Joaquim. *Op.cit.* 1945. pp.507.

O projeto do Instituto de Puericultura e a política de assistência materno-infantil do governo federal seriam balizadas por quatro diretrizes. A primeira delas era definida pela frase “manter sadia a criança sadia”, ou seja, as ações assistenciais preservariam a saúde da criança em todo o processo de desenvolvimento, da gestação materna, passando pela fase de amamentação e alcançando a idade escolar. Por isso, os serviços de assistência materno-infantil do Instituto de Puericultura foram divididos em dois setores: higiene pré-natal e higiene infantil, incluindo em ambos as ações a educação sanitária das mães. Segundo Gesteira, o Instituto de Puericultura deveria

envidar esforços para que todas as crianças nascidas nos lares humildes da cidade sejam vigiadas desde a concepção por um obstetra esclarecido, desde o nascimento, na sua higiene geral e na sua nutrição, por um médico ao par dos preceitos básicos de higiene infantil, para que, arredados os perigos que de todos os lados ameaçam, possam vir ao mundo e crescer dentro das normas da mais perfeita higidez.¹⁷⁵

A segunda diretriz, que nortearia os trabalhos desenvolvidos pelo IPUB, seria a preservação e o respeito ao binômio mãe e filho, por meio da promoção de ações que garantissem a manutenção deste elo ¹⁷⁶. Essa diretriz correspondia ao princípio básico da puericultura, que deu origem à campanha contra o abandono infantil e ao fechamento da Roda dos Expostos conduzido pela LBCMI em Salvador (RIBEIRO e FERREIRA, 2015).

No ano em que a primeira versão do projeto do IPUB foi escrita, 1936, havia pouco mais de três anos que os primeiros serviços da LBCMI haviam sido inaugurados na SCMBA e dois anos que o “escritório aberto”¹⁷⁷ para admissão de crianças abandonadas estava em funcionamento. Dessa forma, a configuração dessa diretriz foi bastante influenciada pela campanha que Martagão Gesteira esteve envolvido em Salvador, desde o início da década de 1930.

A orientação trazida pela defesa do binômio mãe e filho ao programa do Instituto de Puericultura sugeria a solução daquilo que Martagão Gesteira considerava como “falhas” dos serviços de assistência infantil, ou seja, a ausência de ações que amparassem as mães pobres. Para Martagão Gesteira era fundamental que se criasse condições para que as mães pudessem cuidar de seus filhos, reduzindo conseqüentemente as taxas de abandono e evitando que as

¹⁷⁵GESTEIRA, Martagão Joaquim. *Op. Cit.* 1938. pp. 152.

¹⁷⁶ Idem, pp. 153.

¹⁷⁷ Por meio desse sistema, a mãe que desejasse entregar seu filho à Santa Casa de Misericórdia precisava preencher um formulário explicando o motivo pelo qual o fazia.

crianças fossem entregues aos cuidados de outras mulheres, como as cuidadoras. O fechamento das Roda dos Expostos, que permaneceu em funcionamento em Salvador até a década de 1930, e a criação de uma rede de obras sociais de amparo materno¹⁷⁸ corrigiriam este problema.

A preocupação com a situação de pobreza das mães fica bastante evidente na terceira diretriz do projeto do IPUB, o combate à miséria. Martagão Gesteira justifica que esta diretriz foi elaborada com base numa análise dos casos clínicos atendidos pelos consultórios de lactentes da LBCMI. Segundo ele, na maioria dos casos atendidos, a fome era a causa dos problemas de saúde infantis que levaram as mães a buscarem ajuda nos serviços de assistência materno-infantis. Sobre os efeitos da pobreza no desenvolvimento infantil, o médico destaca que

(É) fácil compreender a influência da má situação econômica, com todos os malefícios que traz à tona: a falta de recursos para tudo; a ausência de vigilância médica na gravidez; a falta de assistência nas doenças; o desconforto do lar; os inconvenientes da aglomeração e das más condições da habitação; a carência do asseio e dos cuidados materiais e higiênicos mais elementares; por fim, a falta, às vezes absoluta do alimento. Nas classes inferiores da sociedade em nosso meio e nos consultórios de higiene infantil – é fácil verificar o fato que salta à observação de quem por algum tempo lhes acompanha o serviço – a mortalidade infantil é, sobretudo, *um problema de fome. De fome e de ignorância*¹⁷⁹. (grifo nosso)

Como solução para este problema, a terceira diretriz propõe a multiplicação de serviços como os lactários e as cantinas maternas, obras assistenciais que tinham como finalidade orientar as mães no preparo dos alimentos corretos para os seus filhos. Também poderiam cumprir a função social de distribuir provisões para as crianças e para as suas mães.

Por fim, a quarta e última diretriz era referente ao papel do Instituto de Puericultura como um centro de estudos, pesquisa científica e formação profissional e de propagação da puericultura e educação sanitária maternal. Esta diretriz atuaria no sentido de tentar resolver o problema da falta de profissionais familiarizados com os aspectos e os meios de atuação da puericultura e, conseqüentemente, a deficiência de campanhas sanitária em puericultura orientadas por estes profissionais.

A orientação para esta diretriz era a oferta de cursos de formação em todos os níveis no Instituto de Puericultura. A começar pela formação de médicos especialistas em puericultura

¹⁷⁸ Dentre essas obras sociais destacam-se os abrigos e as casas maternas, locais onde mães em estado de pobreza e desamparo poderiam dar à luz a seu filho e permanecer asilada nos primeiros meses de vida da criança. Em pesquisa realizada por Rodrigues, comprovou-se que a pobreza materna foi uma das maiores causas de abandonos de crianças pelas mães soteropolitanas nas primeiras décadas do século XX (RODRIGUES, 2010).

¹⁷⁹ GESTEIRA, Martagão Joaquim. *Op.cit.* 1945. pp.501.

pela cadeira de puericultura e clínica da primeira infância e profissionais auxiliares, como as educadoras e as visitadoras sanitárias. Finalmente, cursos de puericultura de nível elementar para as mães pobres que frequentassem os serviços assistenciais do Instituto de Puericultura.

A política materno-infantil, proposta por Martagão Gesteira e materializada nas ações do INP, foram calcadas no modelo desenvolvido por Fernandes Figueira cuja base científica era a higiene infantil. A resignificação da puericultura apresentada por Gesteira, dividindo-a entre uma área mais preocupada com questões médicas e outra área mais preocupada com questões sociais, reforça a importância que outros serviços de puericultura deveriam ter ao lado dos consultórios de lactentes no sentido da busca pela criança “normal”. Para isso, a mãe deveria ser amparada, já que ela era o estio da família e a garantidora do bem-estar infantil. Ao lado da campanha sanitária em puericultura e da educação sanitária das mães, deveriam ser realizadas ações assistenciais de amparo médico-social e proteção legal, ou seja, as três dimensões do paradigma da nova puericultura.

Para que o programa da “nova puericultura” se institucionalizasse seria necessário a reformulação do ensino da especialidade para os estudantes de medicina e de outras profissões da saúde, como a enfermagem.

Essa puericultura social não foi até hoje, ao que saiba, ensinada nas Faculdades de Medicina do Brasil. Dela não tinham tempo de se ocupar os professores de pediatria, absorvidos, como já fiz ver, pelo ensino da clínica infantil. E os professores de higiene deixavam-na à margem do seu programa, porque existia no *curriculum* dos estudos médicos uma cadeira de higiene infantil.

Desse modo, saíam das Faculdades gerações e gerações de médicos absolutamente inscientes dos princípios mais rudimentares da puericultura social e de todo, desconhedores da sua transcendente importância, por isso mesmo alheios dos grandes problemas que ela envolve e incapazes de participarem do esforço pela sua solução¹⁸⁰.

A cadeira de puericultura e clínica da primeira infância da Universidade do Brasil foi a única a incluir em seu programa a divisão entre a “puericultura individual” e a “puericultura social”.

¹⁸⁰ GESTEIRA, Martagão Joaquim. *Op. cit.* 1938. pp. 147.

2.4 - Instituto de Puericultura da Universidade do Brasil em funcionamento (1937-1941)

O INP iniciou suas atividades em outubro de 1937. Seus serviços foram instalados provisoriamente em dois endereços nos primeiros meses de funcionamento: no consultório de higiene infantil do Serviço de Puericultura do Distrito Federal, no bairro da Gamboa, e no Laboratório de Biologia Infantil, no bairro de São Cristóvão. No primeiro local foram instalados um consultório pré-natal e outro de higiene infantil. No segundo foi alojado o serviço de clínica médica infantil e de psicologia infantil e higiene mental¹⁸¹.

Os serviços de puericultura previstos no projeto do instituto (imagem 2) não chegaram a funcionar em sua totalidade, limitando-se aos habituais serviços que já eram oferecidos no Distrito Federal desde a criação da IHI, ou seja, o consultório de higiene pré-natal e o consultório de higiene infantil e escolar. Apesar de alguns documentos indicarem que a clínica médica infantil estava em funcionamento, as informações sobre este serviço não aparecem nos dados sobre atendimentos publicados periodicamente nos *Boletins do Instituto de Puericultura*. O consultório de higiene mental teve um breve período de funcionamento, não identificamos na documentação pesquisada os motivos que levaram à interrupção do serviço. Inferimos que isto tenha ocorrido devido ao fato de o INP não ter conseguido instalações próprias. O exíguo espaço que ocupava no Laboratório de Higiene Infantil teve que ser dividido entre os serviços que oferecia e as aulas práticas da cadeira de puericultura e clínica da primeira infância.

Os números da movimentação dos serviços do Instituto de Puericultura, em funcionamento entre 1937 e 1940, demonstram que ele manteve um ritmo de crescimento constante durante seus anos de sua existência, conforme pode ser visto na tabela 1.

¹⁸¹ Ofício n.º 64 do Instituto Nacional de Puericultura, enviado em 2 de outubro de 1937, pelo diretor Joaquim Martagão Gesteira ao Ministro Gustavo Capanema. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

Tabela 1 - Movimentação da Seção de Serviços de Assistência do IPUB.

Serviços Oferecidos	1937		1938		1939		1940	
	Pessoas Atendidas	Alimentos distribuídos (Lactário)	Pessoas Atendidas	Alimentos distribuídos (Lactário)	Pessoas Atendidas	Alimentos distribuídos (Lactário)	Pessoas Atendidas	Alimentos distribuídos (Lactário)
Serviço de Eugénica e Puericultura pré-natal (Consultório de Gestantes)	102		4.567		5.257		5.938	
Serviço de Puericultura pós-natal, Pediatria e Patologia Infantil (Consultório de Lactentes, Pré-escolares e Escolares)	422	547	21.866	12.883	40.977	14.978	44.356	15.275
Serviço de Psicologia e Eufrenia	96		2.085					
Total	620		28.518	12883	46.234	14978	50.294	15275

Fonte: Mapa dos serviços realizados no Instituto de Puericultura. *Boletim do Instituto de Puericultura*: Rio de Janeiro: 1938, ano 1, número 1, p. 127 e 128; Mapa dos serviços realizados no Instituto de Puericultura. *Boletim do Instituto de Puericultura*: Rio de Janeiro: 1938, ano 1, número 2, pp.239 e 240; Mapa dos serviços realizados no Instituto de Puericultura. *Boletim do Instituto de Puericultura*: Rio de Janeiro: 1939, ano 2, número 2, pp.151; Boletim das atividades do serviço. *Boletim do Instituto de Puericultura*: Rio de Janeiro: 1940, ano 3, número 2, pp.153. Os números do ano de 1937 são referentes aos meses de outubro, novembro e dezembro.

Conforme a finalidade do Instituto de Puericultura, de oferecer formação profissional e divulgar os preceitos da puericultura, o *Projeto de Regulamentação do Instituto de Puericultura* definia a oferta de cursos de puericultura em três graduações¹⁸²:

- a) Curso elementar, destinado às meninas das escolas primárias, que frequentam o último ano;
- b) Curso médio, para normalistas e senhoras e senhorinhas da Sociedade;
- c) Curso superior, que serão da cadeira de Puericultura e clínica da primeira infância da Faculdade Nacional de Medicina⁴⁸.

No final de 1937, o Instituto de Puericultura ofereceu seu primeiro curso técnico em puericultura. O curso foi voltado às mulheres que desejavam atuar profissionalmente como

¹⁸² UNIVERSIDADE DO BRASIL. Projeto de Regulamentação do Instituto de Puericultura. *Op. Cit.*

visitadoras sanitárias especialistas em puericultura ou aperfeiçoar sua prática profissional. Para serem admitidas no curso, que era gratuito, as interessadas precisavam apresentar, no ato da inscrição, o diploma de nível ginasial. A certificação técnica seria concedida para as cursistas que frequentassem regularmente as aulas e obtivessem aprovação nos exames finais.

O curso foi oferecido na região central da cidade, para que pudesse ser de fácil acesso a todas as localidades. A proposta era que fossem matriculadas mulheres de todas as regiões da cidade, inclusive as mais distantes. As aulas práticas ocorriam no Asilo dos Expostos, localizado no bairro de Botafogo, ou no Laboratório de Biologia Infantil, instalado no bairro de São Cristóvão

As conferências do curso de puericultura contavam com dezesseis aulas teóricas. Os temas mais frequentes no programa do curso eram assuntos relacionados à alimentação infantil e às causas de mortalidade infantil. No primeiro encontro era apresentado o conceito de puericultura. As duas aulas seguintes eram dedicadas aos recém-nascidos, suas particularidades anatômicas e os primeiros cuidados. Seguiam-se seis lições expositivas sobre alimentação infantil e seus princípios fundamentais. A parte dos cuidados com a criança finalizava com dois encontros sobre vacinação e doenças infantis.

Sobre a higiene pré-natal eram tratadas questões sobre os perigos obstétricos, índices de mortalidade neonatal e a importância do pré-natal. E finalizava com aulas que tratavam da mortalidade infantil e suas causas e dos efeitos da proteção legal e médico-social da mãe e da criança para o combate destes índices¹⁸³.

A primeira vez em que o curso foi ofertado, ele recebeu 214 matrículas, o que foi considerado um fluxo grande por Gesteira. Diante da grande procura, limitou-se as vagas nos anos subsequentes a 50 inscrições. Esta diminuição do número de cursistas tinha a finalidade de não dificultar a parte prática do curso¹⁸⁴.

Por fim, havia ainda os cursos livres de puericultura, voltados para a educação higiênica das mães e o curso, para o ensino de meninas em idade escolar, dos cuidados básicos que deveriam ter com uma criança. Martagão Gesteira recomendava que este curso deveria ser oferecido em uma “escola de mãezinhas”, que seriam espaços montados como uma casinha de bonecas, onde a professora ou uma educadora sanitária se utilizaria de bonecas para ensinar noções de puericultura para as crianças. O curso elementar oferecido pelo Instituto de Puericultura funcionou no Lar da Criança, no Distrito Federal. Esse curso foi composto por

¹⁸³ Curso de Puericultura. *Boletim do Instituto de Puericultura*, ano 9, n. 7, Rio de Janeiro: 1948, pp.54 e 55.

¹⁸⁴ GESTEIRA, Joaquim Martagão. *Op. Cit.* 1945, p. 628.

aulas teóricas e práticas, tendo a primeira a duração de 15 minutos e a segunda, chamada de “recreio educativo”, 40 minutos. Nestas aulas as meninas aprenderiam a dar banho, vestir, pesar e medir os bebês, a fazer preparos com leites e a esterilizar mamadeiras ¹⁸⁵.

Com a abertura do ano letivo da FMRJ, em 1938, o INP passou a oferecer as aulas da cadeira de Puericultura e clínica da primeira infância. Estas aulas eram destinadas aos alunos do sexto ano do curso de medicina. As preleções desta cátedra foram transformadas no livro *Puericultura – Higiene alimentar e social da criança*, como vimos anteriormente.

O curso técnico de puericultura e o curso para educação maternal só foram oferecidos uma vez. ¹⁸⁶ Com o fechamento do Instituto de Puericultura, em 1941, Gesteira passou a oferecer um curso de extensão na Universidade do Brasil para mães.

O *Boletim do Instituto de Puericultura* foi um instrumento de divulgação das atividades do Instituto de Puericultura, destinada ao público de pediatras e puericultores de periodicidade semestral. Durante a primeira fase de existência do Instituto de Puericultura (1937-1941) foram publicados um total de 6 números do periódico, o primeiro foi lançado no primeiro semestre de 1938. Nestes boletins foram veiculados artigos com os resultados obtidos em atendimentos realizados pelo corpo clínico do Instituto de Puericultura, relatórios com o quantitativo semestral dos serviços realizados, resumo das teses de conclusão de curso realizadas pelos alunos da cadeira de puericultura e clínica da primeira infância, atas de reuniões do corpo clínico do instituto e resumos de artigos de revistas internacionais.

2.4.1 – Percalços do Instituto Nacional de Puericultura

Apesar das exigências postas por Martagão Gesteira para aceitar o convite presidencial incluírem a solicitação de instalações adequadas para a instalação do Instituto de Puericultura, elas não foram atendidas.

Em 16 de outubro de 1937, após oito meses de entendimento com o ministro Gustavo Capanema e a análise de cinco possíveis locais para instalar a sede do INP, foi lançada a pedra fundamental para a construção de um edifício em um terreno situado na Praia Vermelha, ao lado da Faculdade de Medicina. Entretanto, o que parecia ser a concretização do projeto do INP, acabou se tornando numa atribulada peregrinação. Logo no dia seguinte à cerimônia, o

¹⁸⁵ GESTEIRA, Joaquim Martagão. *Op. Cit.* 1945, p. 630 e 631.

¹⁸⁶ Boletim das atividades do serviço. *Boletim do Instituto de Puericultura*: Rio de Janeiro: 1940, ano 3, número 1, pp.75. Boletim das atividades do serviço. *Boletim do Instituto de Puericultura*: Rio de Janeiro: 1940, ano 3, número 2, pp.153.

pediatra baiano recebeu um telefonema do ministro informando que havia desistido de utilizar o terreno para aquele fim ¹⁸⁷.

Em 6 de novembro de 1937, temendo nova demora na escolha de um local para a instalação da sede do INP, Martagão Gesteira enviou uma carta ao ministro tentando em vão dissuadi-lo da mudança. Para isso apresentou os inconvenientes para os serviços de creche, da pupileira e do abrigo maternal de serem instalados próximos à linha do trem em São Cristóvão, um dos locais cogitados por Capanema. Apresentou ainda as facilidades de acesso para os cursos de puericultura caso permanecesse na Praia Vermelha ¹⁸⁸.

Com a criação da cadeira de puericultura e clínica da primeira infância e a transferência do Instituto de Puericultura para a Universidade do Brasil, respectivamente em novembro e dezembro de 1937, Martagão Gesteira conseguiu junto à FMRJ alugar um prédio na Rua Voluntários da Pátria, 98, no bairro de Botafogo. Neste prédio abrigou provisoriamente o Instituto de Puericultura e as aulas da referida cadeira foram mantidas no Laboratório de Biologia Infantil ¹⁸⁹.

Com a incorporação do Instituto de Puericultura à Universidade do Brasil, Gustavo Capanema decidiu pela instalação da sede definitiva do órgão na cidade universitária. Esta definição não significou, no entanto, o início das obras. Faltava determinar o local dentro da cidade universitária. E Gesteira tentou convencer o ministro a se decidir pelo local:

Como nos encontramos já em meados de junho sem que tenham tido início as obras do Instituto de Puericultura, nem esteja resolvido em que local deverá ser feita a construção, por não haver até este momento chegado da Itália o plano, há tanto tempo esperado, da Cidade Universitária, venho solicitar à V. Ex.^a, que eu sei animado dos melhores propósitos de referência a essa grande obra, de não esperar mais a vinda do referido plano, dignando-se de aprovar a escolha do local que havia sido feita pelo Prof. Souza Campos, nos terrenos da aludida cidade, uma vez que está definitivamente resolvido por V. Ex.^a que não seja feita a construção no terreno da Praia Vermelha, onde se havia colocado a “pedra fundamental” ¹⁹⁰.

Anos mais tarde, ao lembrar deste episódio, Gesteira referiu-se à pedra fundamental como “pedra funerária”, uma vez que no mesmo terreno já haviam sido postas outras três de

¹⁸⁷ GESTEIRA, Joaquim Martagão. Discurso do Professor Gesteira. *Boletim do Instituto de Puericultura*. Rio de Janeiro: 1946, ano IV. pp.11.

¹⁸⁸ Carta enviada por Joaquim Martagão Gesteira ao ministro Gustavo Capanema em 6 de novembro de 1937. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

¹⁸⁹ GESTEIRA, Joaquim Martagão. Discurso do Professor Gesteira. *Boletim do Instituto de Puericultura*. *Op Cit*, 1946, pp.11

¹⁹⁰ Carta enviada por Joaquim Martagão Gesteira ao ministro Gustavo Capanema, em 17 de junho de 1938. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

edifícios que nunca foram erigidos. Ao que parece, não houve empenho ou interesse por parte de Gustavo Capanema em solucionar e até mesmo em responder aos pedidos de Gesteira, visto que novas cartas com o mesmo teor continuaram a ser enviadas para o ministro. Algumas delas, inclusive, enviadas por amigos em comum, na tentativa de convencer Capanema a solucionar este caso.

Por ocasião desta demora na construção do INP, Chateaubriand publicou dois artigos em *O Jornal* em defesa da criação do instituto e na tentativa de pressionar Capanema, dizendo que ele mesmo havia sugerido ao presidente que convidasse Martagão Gesteira para que “fizesse pelo país o que havia feito em Salvador”, mas de nada adiantou.

Em agosto de 1938, um novo problema foi somado ao da construção da sede do Instituto de Puericultura. Houve um ano que Gesteira recebeu autorização para a compra de equipamentos e mobiliários de fornecedores europeus, mas mesmo após a entrega, o ministro Capanema não havia autorizado os pagamentos. Em uma nova carta, desta vez solicitando o pagamento da dívida, Gesteira se mostra arrependido de ter se transferido para o Distrito Federal, abandonado sua carreira e sua obra assistencial já consolidadas na Bahia:

Não é absolutamente justo que, tendo abandonado a minha obra, pequena embora, mas da qual me ufanava, para acudir pressuroso ao convite com que me honraram, além de não ter podido até hoje desempenhar-me da tarefa que me foi cometida, o que tem motivado comentários sobre a disparidade entre o que pude fazer na Bahia e a demora em realizar o que vim fazer no Rio, me veja ainda na contingência vexatória de estar a desculpar-me com fornecedores do Instituto, que confiaram nas minhas responsabilidades de chefe de serviço¹⁹¹.

Duas semanas após o envio desta carta, Martagão Gesteira tomou conhecimento do interesse do ministro Capanema em alterar o projeto de regulamentação do Instituto de Puericultura e retirar dele os serviços assistenciais. Esta questão surgiu a partir de uma reclamação levada por Olinto de Oliveira ao presidente Vargas, devido a sua preocupação com o esvaziamento da DAMI.

A autonomia institucional atribuída ao INP frente à DAMI e a inoperância deste órgão, devido ao fechamento temporário do Hospital Arthur Bernardes, fizeram dele, segundo Olinto uma “simples sessão burocrática do Ministério, sem eficiência para alcançar os objetivos para

¹⁹¹ Carta enviada por Joaquim Martagão Gesteira ao ministro Gustavo Capanema, em 15 de novembro de 1938. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

que foi criada”¹⁹². Na realidade, a inoperância da DAMI não estava relacionada ao Instituto de Puericultura, que a esta altura, 1938, já estava subordinado à Universidade do Brasil. Possivelmente, a falta de recursos públicos ou de interesse, por parte do DNS, que estava em processo de reformulação, em manter os consultórios mistos da DAMI separados dos serviços de saúde, podem ter prejudicado o funcionamento da divisão.

Buscando salvar a existência da DAMI, Olinto de Oliveira recomendou ao presidente a supressão de um dos órgãos federais de assistência materno-infantil que haviam sido criados em janeiro de 1937. Inicialmente, ele sugeriu alterações que poderiam ser feitas e não fez indicação direta sobre qual órgão deveria ser extinto.

(...) só haveria duas soluções. Ou restringir-se o Instituto às suas funções propriamente universitárias e repondo a Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância nas primitivas condições, concedendo-lhe a possibilidade de reconstituir o seu caráter técnico e a sua categoria original; ou, destituindo-a de tal categoria, procurar uma fórmula por meio da qual fosse ela anexada ao Instituto, facultando então a este todos os recursos para desenvolver-se e poder preencher a sua grande missão¹⁹³.

Mas, apesar de não indicar qual órgão deveria ser extinto, Olinto de Oliveira faz uma crítica à transferência do Instituto de Puericultura para a Universidade do Brasil,

O Instituto de Puericultura, sob a direção de um homem competente e dedicado à sua missão, sente-se constrangido na estranha situação em que se encontra, de simples dependência da Universidade. E impedido de integrar o Instituto no seu legítimo destino, incluiu-lhe o diretor no programa uma série de objetivos que são, em definitivo, os mesmos que constituíam as finalidades essenciais da antiga repartição onde teve origem, inclusive até a extensão da sua atuação nos Estados.

Traçando tal programa, o autor foi lógico nas ideias, muito mais do que quando pleiteou a singular transferência do Instituto.¹⁹⁴

Desse modo, atribuiu à seção assistencial do Instituto de Puericultura o esvaziamento da DAMI, mesmo tendo aprovado a existência desta seção ao avaliar o projeto de criação do órgão. Mais do que a sobrevivência da DAMI, o que estava em jogo era a definição de qual seria o órgão diretor da política materno-infantil varguista. Os serviços assistenciais modelares representavam o ponto principal da divergência entre o programa da DAMI e o programa do

¹⁹² Carta enviada por Olympio Olinto de Oliveira ao presidente Getúlio Vargas em 30 de setembro de 1938. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

¹⁹³ Idem.

¹⁹⁴ Idem.

INP, uma vez que seriam nestes serviços que seria fornecido o modelo assistencial que deveria ser seguido pelos demais serviços de assistência materno-infantil, públicos e privados do país. Fechar os serviços assistenciais do Instituto de Puericultura eliminaria as chances de Martagão Gesteira efetivar sua política materno-infantil. A disputa aqui estava entre uma política que implantaria postos de puericultura pelo país (DAMI) e uma política que ensinaria o funcionamento e a implantação de um posto de puericultura (INP).

Martagão Gesteira tomou conhecimento das críticas feitas ao Instituto de Puericultura e por este motivo enviou nova correspondência ao ministro Capanema. Desta vez para esclarecer a relação existente entre os serviços de assistência e as finalidades do instituto e para se defender das acusações de querer extrapolar suas atribuições acadêmicas na Universidade do Brasil.

Preliminarmente devo fazer sentir que o Instituto, cujo plano de organização foi por mim calcado nos mais completos e mais modernos das instituições desse gênero, não pretende, nem pretendeu nunca, desde que foi incorporado à Universidade, acudir a finalidades assistenciais. Foi organizado para as funções que deverá ter, pela sua natureza e pelo seu papel de órgão universitário, isto é, as de estudos e investigações nos domínios da medicina e higiene infantis e as de ensino e difusão da puericultura.

Entre estas últimas se inclui forçosamente a da educação higiênica das mães que é função inerente, em todas as partes do mundo, aos Institutos de Puericultura sejam ou não órgãos universitários.

(...)

Mas, órgão de investigações, de estudos e de ensino, não seria possível ao Instituto estudar e investigar sem dispor de crianças para observações e ser-lhe-ia impossível fazer o ensino da puericultura e da clínica infantil sem meninos sãos e doentes, para lhe dar o indispensável cunho prático e eficiente. Aí estão as razões por que no corpo de organização do Instituto foi incluído e nem o poderia deixar de ser, um pequeno bloco de assistência – creche, pupileira, abrigo maternal etc.¹⁹⁵.

Apesar de defender a manutenção dos serviços assistenciais do Instituto de Puericultura, relacionando-os às funções de ensino e de pesquisa do instituto, Gesteira propôs uma alternativa, a criação de uma Casa Maternal. Esta seria organizada de forma muito semelhante ao complexo assistencial montado pela LBCMI na Santa Casa de Misericórdia, em Salvador, que contava com o refúgio de gestantes, o abrigo maternal e a pupileira. O refúgio de gestantes tinha a função de receber gestantes nos meses finais, que por motivos médicos ou sociais, necessitassem de repouso e cuidados especiais até a hora do parto. O abrigo maternal acolhia

¹⁹⁵ Carta enviada por Joaquim Martagão Gesteira ao ministro Gustavo Capanema, em 28 de novembro de 1938. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

mulheres desamparadas e que não possuíam local para onde ela e seu filho pudessem ir após o parto. A pupileira abrigava crianças abandonadas pelas mães, até aos 24 meses de vida. A proposta previa ainda, que quando a sede definitiva do Instituto de Puericultura fosse inaugurada, a Casa Maternal fosse transformada em um espaço voltado especificamente para a educação maternal em puericultura¹⁹⁶.

A Casa Maternal reunia os serviços de puericultura que atuavam de forma mais direta sobre as consequências da pobreza materna. Este conjunto de serviços se caracterizavam como uma ação contra os efeitos da pobreza sobre a criança, uma discussão que começava a ser debatida pelos puericultores como sendo, em conjunto com a ignorância, causa relevante de mortalidade infantil (LOPES e MAIO, 2017: 361).

Ao que parece, a proposta da Casa Maternal não despertou o interesse do ministro, uma vez que não localizamos em seu arquivo nenhuma nova correspondência explicando como seria o funcionamento deste serviço. As outras correspondências a este respeito que localizamos no arquivo Gustavo Capanema referiam-se ao envio do mesmo projeto ao presidente Getúlio Vargas.

O Instituto de Puericultura estava tentando organizar seu funcionamento quando o decreto-lei n.º 3775, de 30 de outubro de 1941, colocou fim às suas atividades. Em uma carta enviada ao presidente Vargas, Gesteira relatou sua perplexidade diante do fato e informou que o único aviso que havia recebido por parte do ministro Gustavo Capanema era referente à perda da sua gratificação como diretor. Ao contrário do que havia ocorrido nos anos anteriores, Martagão Gesteira não escreveu ao ministro solicitando uma solução para a questão, limitou-se a pedir pela manutenção do mobiliário e dos aparelhos para que a cátedra pudesse continuar em funcionamento¹⁹⁷.

Ao mesmo tempo em que o referido decreto encerrou as atividades do Instituto de Puericultura, ele criou o INP, subordinado ao DNCr. Com exceção da cátedra e dos funcionários que permaneceram na FMRJ, o novo INP tinha praticamente as mesmas funções que o seu homônimo, ou seja, promover estudos e pesquisas.

Com o fim do Estado Novo e a autonomia adquirida pela Universidade do Brasil, o Instituto de Puericultura foi reanexado à universidade, dessa vez instalado provisoriamente no Hospital Gaffrée e Guinle. A obra para a construção do prédio, que ainda hoje é sede do

¹⁹⁶ Ofício n.º 278 do Instituto de Puericultura da Universidade do Brasil enviado ao Ministro Gustavo Capanema. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

¹⁹⁷ Carta enviada por Joaquim Martagão Gesteira ao presidente Getúlio Vargas em 25 de novembro de 1941. Arquivo Gustavo Capanema. GC b Gesteira, M. CPDOC/FGV.

instituto, foi iniciada em 1949 e se estendeu até o ano de 1954. Com a inauguração deste edifício, o órgão passou a denominar-se Instituto de puericultura e pediatria Martagão Gesteira (IPPMG). A inauguração ocorreu meses antes do falecimento de Martagão Gesteira ¹⁹⁸.

A oposição entre os projetos de política materno-infantil de Olinto de Oliveira e de Martagão Gesteira começou a ser traçada na CNPI. Nesta ocasião estiveram em comissões cujas propostas representaram as divergências de suas opiniões sobre esta política. O projeto de política materno-infantil, defendido por Martagão Gesteira, pretendia manter as características administrativo-burocráticas da IHI, ou seja, planejava fazer do instituto de puericultura uma instituição irradiadora do modelo assistencial a ser seguido por outras instituições de mesma natureza. Mas não pretendia intervir diretamente nos estados implementando serviços federais de puericultura. Este projeto diferenciava-se da proposta de política materno-infantil defendida por Olinto de Oliveira, que almejava criar um órgão de coordenação das ações de proteção materno-infantil centralizado e com ingerência sobre os estados, implantando postos de puericultura.

No entanto, é o “posto de higiene infantil”, cujo projeto foi elaborado por Martagão Gesteira e implantado pela LBCMI/SHI, que se tornará o modelo assistencial representativo da política de proteção materno-infantil do DNCr e que será analisado no próximo capítulo.

¹⁹⁸ UNIVERSIDADE DO BRASIL. Instituto de Puericultura da Universidade do Brasil. Rio de Janeiro: UFRJ, 1960[?]. p.3.

Capítulo 3 – Um grande desafio: a implantação de uma rede nacional de postos de puericultura

O objetivo deste capítulo é analisar o processo de implantação de uma rede nacional de postos de puericultura pelo Departamento Nacional da Criança (DNCr), durante os anos em que esteve sob a direção de Olympio Olinto de Oliveira (1940- 1945). Além de acompanhar a marcha da instalação física dos postos de puericultura em todas as regiões do país, pretendemos compreender os fundamentos médico-científicos adotados pelo órgão federal de proteção materno-infantil para propor um modelo ideal ou uma configuração padrão que deveria ser adotada por todos os postos de puericultura. Sobre o modelo ideal ou configuração padrão dos postos de puericultura, a análise irá detalhar os serviços essenciais que deveriam sempre estar presentes: o consultório pré-natal, a cantina maternal, o consultório de higiene infantil, o lactário e o clube de mães. Também vamos comparar o plano de ação médico-social dos postos de puericultura com as ações de assistência materno-infantil adotado durante a Primeira República.

O processo de instalação dos postos de puericultura começou em 1939, quando o presidente Getúlio Vargas autorizou a implantação do programa de ação da DAMI. Mas foi a partir de 1943, com o estabelecimento da rede dos postos de puericultura do DNCr, que o processo se intensificou. Neste mesmo ano, foi criada a *Campanha de Redenção da Criança* (CRCr), uma ação coletiva coordenada pelo conglomerado jornalístico conhecido como *Diários Associados* e pelo órgão federal de assistência, a Legião Brasileira de Assistência (LBA), com orientação técnica do DNCr. A estratégia adotada pela CRCr foi mobilizar a sociedade civil em torno de um movimento filantrópico de âmbito nacional que visava arrecadar os recursos financeiros, materiais e humanos necessários para a implantação da rede nacional de postos de puericultura. Nesse sentido, a CRCr foi uma espécie de agência executiva que gerenciava uma parte do programa de proteção materno-infantil do DNCr.

3.1 – Os postos de puericultura como agência de proteção social

A historiografia permite observar que o modelo ideal dos postos de puericultura implantados pelo DNCr não foi um ponto de inflexão no processo de institucionalização das políticas de assistência materno-infantil (MARCÍLIO, 2008; SANGLARD e FERREIRA, 2010; PEREIRA, 2006; BIRN, 2007). Embora os postos de puericultura do DNCr fossem inspirados pelo conceito de “proteção médico-social”, uma concepção mais ampla dos

“problemas da infância”. No entanto, foram preservadas as ideias e as práticas da tradicional “higiene infantil”, adotadas pela Inspetoria de Higiene Infantil (IHI) e que privilegiavam as ações relacionadas às questões da alimentação (amamentação) durante a “primeira infância”.

No período que esteve à frente do IHI (1923 a 1928), Fernandes Figueira implantou nas cidades do Rio de Janeiro (Distrito Federal) uma política pública de assistência materno-infantil que visava incentivar o aleitamento materno e promover a profilaxia dos problemas gastrointestinais (diarreias) causados pela adoção de alimentação inadequada às crianças. Para isso, foram adotadas ações de educação sanitária dirigidas às mães pobres e trabalhadoras, que se materializou na implantação de consultórios de higiene infantil. Como analisamos no capítulo 2, este tipo de serviço tornou-se o modelo adotado também na Bahia (Salvador) pela parceria realizada entre o SHI e a LBCMI, ambos coordenados por Martagão Gesteira (FERREIRA e RIBEIRO, 2016; SANGLARD, 2016).

Como foi apontado por Ferreira e Ribeiro,

As estruturas básicas que compõem o posto de puericultura foram reunidas inicialmente nos complexos assistenciais criados no Abrigo Hospital Arthur Bernardes, no período em que esteve sob a gestão Fernandes Figueira (1923-1928), e na Santa Casa de Misericórdia de Salvador, no período em que os serviços assistenciais da Casa Pia foram remodelados pela LBCMI, em 1930. Ambos foram símbolo da modernização da assistência à infância em andamento no país durante o período da Primeira República e responsáveis por elaborar um paradigma assistencial que serviu de base para as políticas públicas do campo materno-infantil elaboradas durante a Era Vargas (FERREIRA e RIBEIRO, 2016: 115).

Os médicos, que estavam à frente dos órgãos públicos (acadêmicos e assistenciais) dedicados à saúde pública materno-infantil varguista, tinham algo em comum, haviam trabalhado diretamente com Fernandes Figueira. A análise feita por Sanglard revela a formação de uma rede de influências na clínica pediátrica, desenvolvida a partir do trabalho de Fernandes Figueira no comando da Policlínica das Crianças e da IHI e indica que nomes como Adamastor Barbosa¹⁹⁹, Joaquim Martagão Gesteira, Olympio Olinto de Oliveira, Gastão de Figueiredo²⁰⁰ e Mário Olinto de Oliveira²⁰¹ como integrantes dessa “escola” de pediatria. (SANGLARD, 2016: 66 a 75).

¹⁹⁹ Diretor do serviço de gota de leite do novo Instituto Nacional de Puericultura.

²⁰⁰ Chefe da Divisão de Cooperação Federal do DNCr.

²⁰¹ Diretor do “novo” Instituto Nacional de Puericultura.

Os postos de puericultura do DNCR preservaram o caráter profilático e educativo, mantendo, no centro de suas preocupações sanitárias, a prevenção aos problemas alimentares dos lactentes. Sobre isso, explicava Olinto Oliveira:

Os estudos dos médicos e higienistas mostram que os pequeninos, quando criados mediante certas regras, por mães cuidadosas e bem orientadas, sob a direção de um médico competente, raramente adoecem. E quando tal aconteça, a vigilância a que estão submetidos permite descobrir a doença logo nos seus primeiros indícios, e combatê-la antes que tenha dominado o organismo, revestindo formas graves e frequentemente incuráveis, antes que o organismo, trabalhado pela doença, se torne fraco, perca as suas resistências, e guarde lesões que lhe prejudiquem o desenvolvimento. E não falemos nos dias de moléstia, nos sofrimentos do doente, nas aflições e trabalhos para os pais, nas despesas. É melhor não adoecer²⁰².

O pediatra manteve esta orientação enquanto esteve frente à chefia do DNCR. A documentação sobre os postos de puericultura ressaltava os propósitos profiláticos da política pública de proteção médico-social materno-infantil:

Nas capitais e principais cidades do país existem organizações diversas mais ou menos complexas, destinadas a salvaguardar a saúde da criança nos diferentes períodos da sua existência: Centros de Puericultura com consultórios para crianças e futuras mães, lactários e cantinas maternais; Associações de proteção à infância; Institutos de assistência à infância, hospitais, creches, maternidades etc. No ponto de vista que nos ocupa no momento, a mais importante dessas organizações são as primeiras, quer dizer, aquelas a quem cabe especialmente manter a saúde das crianças, evitar que elas adoçam²⁰³.

A opção pelos dos postos de puericultura, como foco da política materno-infantil varguista, também tinha razões pragmáticas: a simplicidade organizacional e técnica e o menor custo de instalação. Segundo Olinto de Oliveira,

Simples e sumários em sua organização e no seu funcionamento, pouco dispendiosos, familiares por assim dizer, e de eficácia comprovada, (...). Pouco importa que se localizem num centro de saúde, nos fundos de uma igreja ou de um colégio, num barracão ou nos porões de um palácio. O Departamento preconiza também o Posto ambulante, em um caminhão para percorrer pequenos povoados, ou em pequeno barco a motor para atender a populações ribeirinhas²⁰⁴.

²⁰² OLIVEIRA, Olympio Olinto de. Postos de Puericultura. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1944. pp. 4.

²⁰³ Idem, pp. 3.

²⁰⁴ Idem, pp. 6.

Nesse ponto, o pediatra retomava ao argumento de Fernandes Figueira, o qual assinalava que os consultórios de lactentes deveriam ter baixo custo de implantação e apoio da filantropia, com vistas a facilitar sua difusão pela cidade. Para Fernandes Figueira bastava “uma sala, um médico, o mobiliário pobre, a balança e o microscópio com os seus acessórios” (SANGLARD, 2015: 146).

Os reduzidos recursos orçamentários disponíveis para o DNCr sempre foi um problema de difícil solução durante a era Vargas. Embora os orçamentos fossem exíguos, os cálculos bioestatísticos, produzidos pelos médicos, indicavam que seria necessário a criação de uma grande quantidade de postos de puericultura para que a política materno-infantil fosse minimamente eficiente. Conforme aponta Olinto,

É porém, indispensável que se multipliquem (os postos) na proporção de 1 para cada 10 ou no máximo 20 mil habitantes. De outro modo jamais exercerão influência decisiva sobre as cifras da mortalidade infantil. Nada adiantará para isso um só consultório de higiene infantil para atender 100 ou 200 mil habitantes. O empenho do Departamento é que sua cifra alcance o mais rapidamente possível a proporção verdadeiramente útil, uma vez que sejam organizados e funcionem dentro das normas que o estudo e a experiência lhes traçaram²⁰⁵

Como a população brasileira era estimada, à época, em 42 milhões de habitantes, seriam necessários de 2.100 a 4.200 postos de puericultura para que se obter resultados satisfatórios. A implantação dos postos de puericultura pelo país impunha ao DNCr um duplo desafio: obter recursos financeiros para custear a construção destes estabelecimentos e propor um modelo padrão para eles, desde que fosse de fácil instalação em qualquer localidade do país, sobretudo naquelas onde inexistiam serviços de saúde e médicos.

A historiografia aponta que o posto de puericultura se constituiu como um modelo institucional também para iniciativas filantrópicas que desenvolviam ações de proteção materno-infantil desvinculadas do DNCr. Rodrigues faz uma análise sobre a fundação de três postos de puericultura construídos em Curitiba, entre os anos de 1940 e 1942, sob a iniciativa particular da Fundação *O Dia*. Apesar de no período analisado estes postos não terem recebido subsídios do DNCr, eles mantiveram uma orientação similar à recomendada pelo departamento (RODRIGUES, 2013).

O anúncio da intenção de criar uma rede nacional de postos de puericultura foi feito constantemente em eventos culturais e educativos organizados pelo DNCr, como a “Semana da

²⁰⁵ Idem, *ibidem*.

Criança” e as “Exposições de Puericultura” e por iniciativas filantrópicas. Uma delas foi a Sociedade de Puericultura do Brasil, organizada por Ernesto Pereira Carneiro, diretor do *Jornal do Brasil* e fundador da rádio de mesmo nome. Em 1934, o jornalista tornou o seu periódico porta-voz da *Campanha Nacional pela Alimentação da Criança*.

A Sociedade de Puericultura do Brasil foi criada em 1941 e apresentava como finalidade o apoio às ações de proteção materno-infantil do DNCr. Seu programa consistia em “trabalhar, em harmonia com os poderes públicos e a iniciativa particular, em benefício da mãe e da criança do nosso país”, que na prática se converteu em criar outras sociedades congêneres com a função de animar iniciativas locais de assistência materno-infantil²⁰⁶.

A Sociedade de Puericultura do Brasil, por meio do jornal e da rádio, lançou um concurso para os ouvintes da *Rádio Jornal do Brasil*, cuja finalidade foi promover uma campanha educativa sobre o posto de puericultura. O concurso era feito a partir de perguntas e para sair vitorioso, o ouvinte deveria responder corretamente as seguintes questões: “a) Quais as principais causas de mortalidade infantil no nosso país? b) Que é o posto de puericultura? e c) Quais as finalidades do posto de puericultura?”²⁰⁷. Para respondê-las, os ouvintes deveriam acompanhar as palestras veiculadas pelos técnicos do DNCr, pela rádio ou pelo jornal impresso, e enviar as respostas por meio de cartas à Sociedade Brasileira de Puericultura, que funcionava na sede do jornal.

As propagandas do concurso incentivavam os participantes a estudarem o material elaborado pelo DNCr e veiculado pela imprensa. O material utilizava-se de frases como: “procurando responder as tais perguntas deste concurso, você estará conhecendo melhor a verdadeira situação da criança no Brasil e os meios práticos de ampará-la convenientemente”, ou: “Todos os brasileiros têm a obrigação de contribuir para a diminuição de nossos índices de mortalidade infantil”²⁰⁸.

²⁰⁶A primeira filial da sociedade de puericultura do Brasil foi criada em abril de 1941, na cidade mineira de Matias Barbosa, que fundou o posto de puericultura Condessa Pereira Carneiro. Foram criadas ainda sociedades de puericultura nas cidades fluminenses de Nova Iguaçu, São Gonçalo e Cabo Frio e nas cidades mineiras de Caxambu e Cambuquira, entre fevereiro e março de 1942. Todas estas sociedades tiveram apoio do prefeito da cidade e se converteram no principal órgão de administração das iniciativas locais de assistência materno-infantis. A revista *Puericultura: mensário de higiene pré-natal, puericultura, assistência social e educação* foi um órgão da Sociedade de Puericultura do Brasil. Respondendo ao apelo do presidente Getúlio Vargas, funda-se nesta capital a Sociedade de Puericultura do Brasil. *Puericultura: mensário de higiene pré-natal, puericultura, assistência social e educação*. Rio de Janeiro: Ano 1, n. 1, outubro de 1941. pp. 12; quanto vale a iniciativa particular no setor da proteção à maternidade e à infância quando é apoiada pelo governo. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro: Ano 2, n.8, março de 1942. pp. 45. Sociedade de Puericultura do Brasil, *Jornal do Brasil*, 25 de março de 1942. pp. 11.

²⁰⁷ Concurso de Puericultura. *Jornal do Brasil*, 01 de fevereiro de 1942. pp.4

²⁰⁸ Concurso de Puericultura, *Jornal do Brasil*, 25 de fevereiro de 1942. pp.8.

A frequência de matérias sobre higiene, saneamento e saúde, bem como o apelo ao uso de metáforas relacionadas a estas temáticas nas propagandas de produtos veiculadas em periódicos de ampla circulação no início do século XX, indicam a relevância adquirida por estes temas perante os leitores (ROCHA, 2017:152 e 153). Desse modo, o uso de matérias produzidas pelos técnicos do DNCR, esclarecendo como seria o funcionamento do posto de puericultura, atingia um público que já estava acostumado a leitura de matérias jornalísticas que apresentavam o propósito de promover a educação e a conscientização sanitária da população.

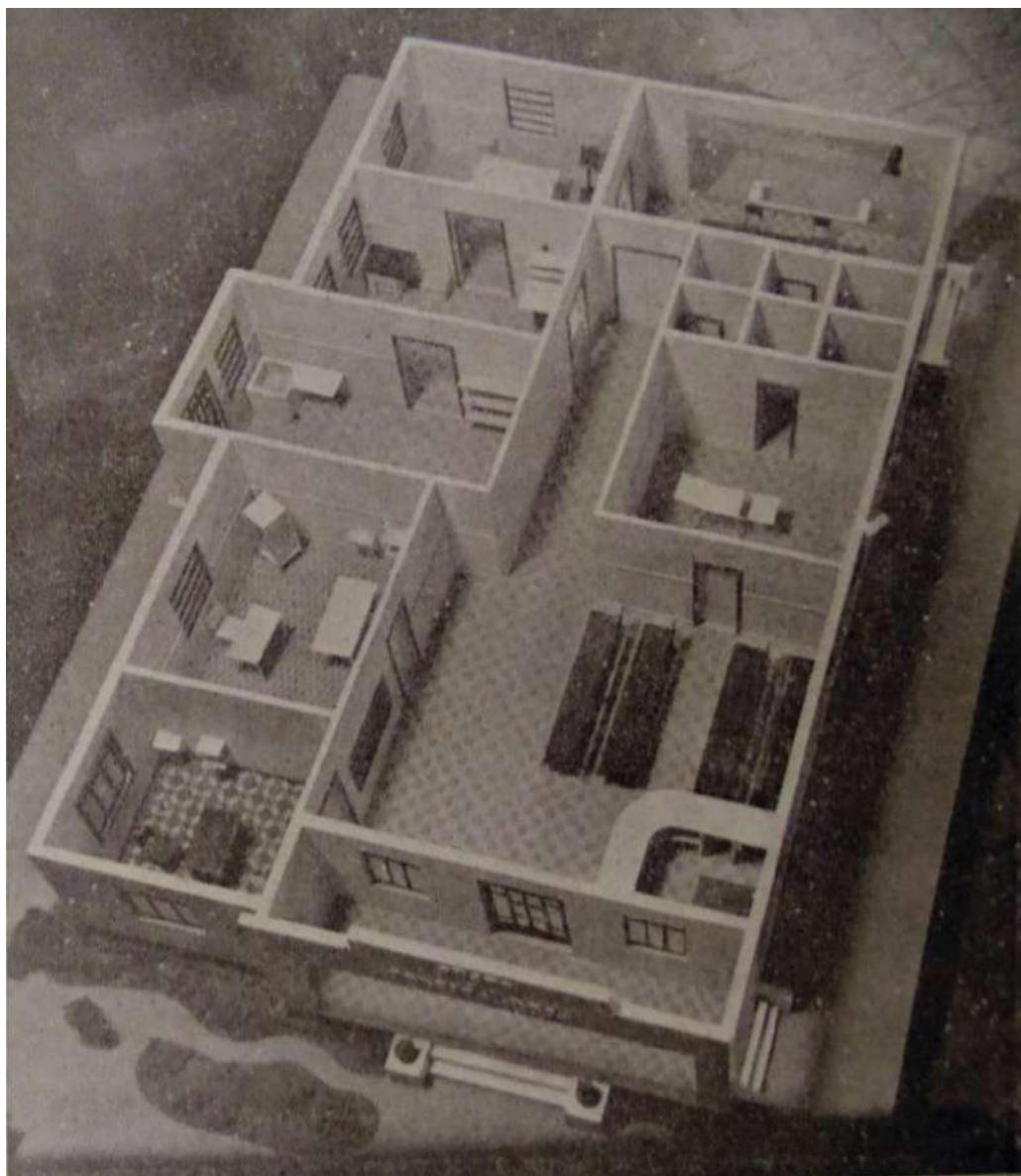
Ações como esta, conduzida pela Sociedade de Puericultura do Brasil, são um exemplo do envolvimento particular com a campanha sanitária em puericultura do programa do DNCR, sobretudo do posto de puericultura. No entanto, as semanas da criança que demonstraram um alcance maior neste intento.

Por ocasião da primeira semana da criança, organizada pelo DNCR, foi lançada uma exposição de puericultura no *hall* do prédio da Estrada de Ferro Central do Brasil. A escolha por este local levou em consideração o fluxo de pessoas que circulavam por ali todos os dias. Além dos passantes, a exposição contou com a visita de alunos de escolas públicas e particulares, pais e professoras, que eram recebidos por médicos e enfermeiras que explicavam as recomendações sobre alimentação expostas pelos cartazes²⁰⁹.

Apesar do tema da semana da criança ser alimentação infantil, durante o evento de 1942, o posto de puericultura foi apresentado como o serviço símbolo das ações do DNCR. A maquete do posto de puericultura foi um recurso didático escolhido para ensinar ao público sobre o “novo” serviço.

²⁰⁹ COSTA, Flamarion Afonso. *A exposição de puericultura na semana da criança de 1942*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1943. s/p.

Imagem 4 - Maquete do posto de puericultura e exposição de puericultura de 1942.



Fonte: COSTA, Flamarion. *Op. Cit.*, 1945. pp.18. e COSTA, Flamarion Afonso. *Op.Cit.*, 1943. s/p

A apresentação do posto de puericultura não ficou restrita ao Distrito Federal e, para isso, o recurso utilizado foi um cartaz ilustrado. O cartaz era um instrumento muito empregado pela campanha sanitária, geralmente eram colocados nas salas de espera dos consultórios de higiene infantil e pré-natal e, em alguns casos, usados como material didático da educação sanitária das mães.

O cartaz do posto de puericultura deveria ser distribuído a qualquer serviço de proteção materno-infantil e a todos os serviços deste tipo cadastrados no departamento, bastava solicitá-lo. O modelo, que vemos na imagem 5, fazia parte de uma coleção produzida em parceria com

o Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS)²¹⁰. A ciência da nutrição era utilizada para ensinar os benefícios dos diversos gêneros alimentícios na dieta da criança. Eles seriam empregados em ações de educação sanitária propostas pela semana da criança. Tais ações já eram uma prática da política materno-infantil, sendo seu objetivo ensinar hábitos orientados pela ciência para serem utilizados no cuidado com a infância (CAMARA, 2014: 85; CAMARA, 2017:212).

Na imagem 5, observaremos o cartaz elaborado para divulgar o posto de puericultura pelo país.

²¹⁰ O Serviço de Alimentação da Previdência Social foi criado em 1940. Sua finalidade consistia em “melhorar a alimentação do trabalhador nacional e, conseqüentemente, sua resistência orgânica e capacidade de trabalho, mediante a progressiva racionalização de seus hábitos alimentares”. Para isso, promoveu a instalação de refeitórios em grandes empresas, forneceu refeições para as menores, vendeu alimentos a preço de custo a trabalhadores com família numerosa, proporcionou educação alimentar, formou pessoal técnico especializado e apoiou pesquisas sobre alimentos e situação alimentar da população. (SILVA, 1995:87) BRASIL. Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Decreto-Lei n.º 2.478 – de 05 de agosto de 1940. Cria o Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS) no Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Retirado do *site* <https://www.diariodasleis.com.br/legislacao/federal/152299-cria-o-servico-de-alimentacao-da-previdencia-social-s-a-p-s-no-ministerio-do-trabalho-industria-e-comercio.html>. Consultado em 04 de novembro de 2020.

Imagem 5- Cartaz de propaganda do posto de puericultura distribuído durante a semana da criança de 1942.

POSTO DE PUERICULTURA

DISTRIBUIÇÃO REFEITÓRIO
LACTÁRIO PREPARO
ESTERILIZAÇÃO HIGIENE PRE-NATAL
HIGIENE INFANTIL VESTÍBULO
VARANDA

LACTÁRIO

O POSTO DE PUERICULTURA
É, EM CADA MUNICÍPIO, O CENTRO DE ONDE
SE IRRADIA A SAÚDE E O BEM-ESTAR DA SUA INFÂNCIA.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE
DEPARTAMENTO NACIONAL DA CRIANÇA

Fonte: Cartazes da 2ª Campanha Nacional pela Alimentação da Criança. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano 2, n.º 10, setembro de 1942, anexo.

Na medida em que os cartazes eram utilizados como um instrumento para o ensino de novos hábitos relacionados ao cuidado com a criança, entendemos que a sua função específica era fazer da visita ao posto de puericultura um hábito. A imagem representada no interior do círculo, no ponto mais alto do cartaz, na qual mães e filhos, público-alvo do posto de puericultura, se dirigem ao serviço, nos leva a compreensão de que a ideia era tornar essa visita rotineira. Nesta mesma imagem, em menor proporção, nos deparamos com figura da enfermeira ou visitadora sanitária, demonstrando acolhimento aos que se dirigiam ao posto. A construção desta iconografia representa um convite à visita ao posto de puericultura.

Na imagem contida no círculo inferior é representado o lactário, o serviço de distribuição de alimentos lácteos. A distribuição de leite para crianças pobres era um ato bastante difundido por ações filantrópicas, como por exemplo, as gotas de leite do IPAI. Para a mãe pobre, esta ação representava o alívio dos custos com a alimentação de seus filhos, constituindo-se como um serviço que exercia forte apelo entre os mais carentes de recursos. Notamos que houve intencionalidade na escolha pela representação do lactário, era uma forma de atrair aquelas mães, que não adquiriram o hábito de visitar o posto de puericultura, mas que iria até ele para ter acesso aos serviços do lactário.

A representação da planta baixa do posto de puericultura, em uma escala menor, indica que os serviços oferecidos não se resumiam ao lactário, afinal identificava cada um dos seus cômodos. Também é possível notar, a seguinte mensagem explicativa: “o posto de puericultura é em cada município, o centro de onde se irradia a saúde e o bem-estar da sua infância”. Inferimos que estas informações não foram somente para as mães, mas também uma forma de orientar prefeituras e/ou associação de proteção à infância dos municípios a construir seu posto de puericultura. A ação de educação sanitária em puericultura se estende, portanto, a todas as pessoas interessadas pela infância.

Com a recomendação feita pelo VIII Congresso Pan-Americano da Criança, de utilizar os postos de puericultura como medida de proteção materno-infantil no contexto de guerra, o serviço se tornou a instituição modelar do DNCR. Não ao acaso, foi também a partir deste ano que o posto de puericultura foi o serviço que mais recebeu subsídios por parte do DNCR. E, no ano seguinte, a implantação de uma rede nacional de postos de puericultura passou a constituir, também, o programa da CRCr, a ação coletiva filantrópica que atuou em conjunto com o DNCR.

A maquete e a planta baixa representavam o posto de puericultura com a configuração padrão, no qual eram oferecidos todos os serviços de natureza médica, social e educativa, os quais compunham o modelo de proteção social defendido pelo DNCR. Por este modelo, os

cuidados médicos e sociais deveriam ser oferecidos à mãe e à criança. Segundo esta lógica, a assistência deveria ser iniciada oferecendo à mulher o acompanhamento pré-natal para que ela tivesse condições de ter uma gravidez saudável. Após o parto, que deveria ser acompanhado pelo médico obstetra ou pela parteira certificada, a criança se tornaria o foco dos cuidados médicos e sociais, da lactação à idade escolar. Toda essa assistência preventiva, focada no acompanhamento contínuo da criança e da educação sanitária das mães, objetivava proporcionar um desenvolvimento saudável, com vistas a evitar o adoecimento. Este posto deveria ser constituído por serviços de higiene pré-natal, higiene infantil, lactário, cantina maternal e um clube de mães.

Estes serviços fizeram parte do programa assistencial planejado por Joaquim Martagão Gesteira para o Instituto Nacional de Puericultura por ocasião do convite que lhe fora feito pelo presidente Vargas. Eles também compuseram o complexo assistencial organizado em parceria entre o poder público e a filantropia, a partir das ações do SHI e da LBCMI, o “Instituto Baptista Marques” ou “posto de higiene infantil”, como Martagão Gesteira preferia denominar. Em sua origem, a instituição modelar da política de proteção médico-social materno-infantil do DNCr é, portanto, a releitura feita por Martagão Gesteira do modelo institucional que modernizou a assistência à infância durante a Primeira República. É sobre o seu funcionamento que falaremos a seguir.

3.1.1 – Proteção à maternidade: os serviços de Higiene pré-natal e Obstétrico domiciliar

O serviço de higiene pré-natal deveria funcionar como a “porta de entrada” das mães nos serviços de proteção materno-infantis orientados pelo DNCr. Nestes locais seriam recebidas as mulheres grávidas para o acompanhamento do desenvolvimento do feto, a profilaxia de doenças infectocontagiosas, o controle nutricional e a educação sobre os hábitos de higiene que deveriam ser seguidos durante a gravidez ²¹¹. Segundo o Dr. Gastão Figueiredo, chefe da Divisão de Cooperação Federal do DNCr, o caminho para a formação de uma geração de pessoas sadias demandava a proteção da mulher grávida, pois “só assim conseguir-se-á impedir, em tempo útil, qualquer desordem no organismo materno em prejuízo manifesto no filho em formação”²¹².

²¹¹ FIGUEIREDO, Gastão. Serviço Pré-Natal. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano 2, n. ° 10, setembro de 1942, pp. 9.

²¹² Idem, ibidem.

No caso de a mulher atendida ser muito pobre, ela poderia ser inscrita no serviço de cantina maternal. Este atendimento era voltado ao cuidado com a nutrição materna por meio da distribuição diária de refeições equilibradas. Olinto de Oliveira destacava que a cantina maternal era

Uma obra muito útil (...). as mães pobres que amamentam, assim como as grávidas que estão enfraquecidas por uma alimentação deficiente, devem também ser socorridas, para que a sua má nutrição não vá prejudicar os filhos. Prepara-se, portanto, para elas diariamente uma refeição que elas podem tomar mesmo no lactário, consistindo em uma sopa grossa de legumes e carne ou toucinho, ou uma sopa grossa de massas, pão com manteiga e queijo, e uma laranja ou bananas ou abacaxi, ou qualquer outra fruta, e também se for possível um pouco de leite²¹³.

A cantina maternal serviria também como um atrativo para as mães pobres comparecerem às consultas nos postos de puericultura, era um meio de ensiná-las a terem uma alimentação compatível com seu estado e a melhorar a qualidade nutricional dos alimentos consumidos pela família. Esta proposta se assemelhava ao programa de educação alimentar promovido pelo SAPS. Segundo Fogagnoli, este programa visava transformar os costumes populares relativos à alimentação a partir da criação de novos hábitos alimentares entre os trabalhadores, fosse por meio da refeição oferecida no restaurante do SAPS ou a partir das instruções publicadas nos boletins da autarquia (FOGAGNOLI, 2011:8).

Para conhecer os hábitos alimentares das gestantes e lactantes que frequentavam os serviços dos postos de puericultura era fundamental que se verificasse a quantidade de refeições que elas consumiam ao longo do dia, bem como a situação econômica da família. Somente após esta anamnese, planejava-se a dieta mais adequada ao estado em que elas se encontravam. Esta era a recomendação do médico Clóvis Correa da Costa²¹⁴, responsável pela elaboração das orientações técnicas do departamento aos serviços de higiene pré-natal e obstétrico.

Conforme Birnkmann, na década de 1930, os médicos consideravam que o padrão alimentar das famílias de trabalhadores urbanos e rurais era insuficiente para satisfazer as recomendações calóricas individuais e mesmo nos casos em que as necessidades nutricionais eram supridas, a falta de reposição de vitaminas, proteínas e minerais necessários ao organismo adulto ocasionavam casos de má nutrição. Essa situação era causada, muitas vezes, pela falta

²¹³ OLIVEIRA, Olympio Olinto. *Lactários populares e sua organização*. Rio de Janeiro: Marques Araújo & Cia., s.d. pp. 24.

²¹⁴ Durante os anos de 1940 a 1945, Clóvis Correa da Costa foi chefe da maternidade do novo Instituto Nacional de Puericultura.

de recursos para adquirir bons alimentos devido ao baixo valor dos salários, somava-se a isso o desconhecimento das regras para uma boa nutrição e a persistência de hábitos alimentares pouco saudáveis (BIRNKMANN, 2014: 4 e 5).

Tanto a dieta recomendada pelo serviço de higiene pré-natal quanto a educação sanitária das mães realizada nas cantinas buscavam corrigir problemas de natureza nutricional. Durante a consulta, aconselhava-se o consumo de carnes brancas, peixes frescos, ovos, leite, frutas e verduras cruas, ou seja, uma dieta que não era viável financeiramente para uma família de trabalhadores. Apesar de reconhecer a importância nutricional destes alimentos, Clóvis Correa da Costa, possivelmente preocupado em não limitar ainda mais a dieta da mãe pobre, resumia suas orientações em dois pontos: a moderação na ingestão dos alimentos e a proibição da ingestão de bebidas alcoólicas, gorduras e o uso de cigarros. Estava liberado o consumo de açúcares, farinhas, massas, batata e mandioca, itens mais comuns na dieta das famílias mais pobres e cujo consumo não era o recomendado pelo SAPS, uma vez que eram responsáveis por carências nutricionais na população ²¹⁵. (FOGAGNOLI, 2011: 47)

Os serviços de higiene pré-natal também se encarregavam de educar as mães quanto a outros hábitos saudáveis que deveriam adotar durante a gravidez, tais como: a ida frequente às consultas médicas, o uso de roupas compatíveis com o seu estado, a realização de passeios agradáveis, o descanso de uma hora por dia e o cumprimento das orientações dos profissionais de saúde²¹⁶. Estas recomendações já eram uma prática dos consultórios de higiene pré-natal.

Durante a análise das fontes utilizadas para escrita deste capítulo, chamou atenção o pequeno número de materiais sobre o serviço de higiene pré-natal ²¹⁷. Considerando que as publicações produzidas pelo DNCr atendiam à demanda dos profissionais de saúde atuantes e das instituições filantrópicas que os financiava, fica a dúvida sobre a efetividade deste serviço que deveria ser oferecido nos postos de puericultura.

Em 1945, a Dr. Sarita Rabin, médica do “novo” Instituto Nacional de Puericultura, chamava atenção para a baixa frequência de mulheres aos serviços pré-natais dos postos de puericultura. Segundo a médica, essa reduzida procura estava relacionada ao desconhecimento, por parte das mulheres e das mães, das atribuições deste tipo serviço ²¹⁸. Acrescemos a isso, a

²¹⁵ COSTA, Clóvis Correa. Alimentação da mulher grávida. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro, ano 2, n. ° 10, setembro de 1942, pp. 17 e 18.

²¹⁶ COSTA, Flamarion Afonso. *Op. Cit.* 1943. s/p.

²¹⁷ Essa afirmativa foi feita com base no levantamento que fizemos a respeito das publicações da *Coleção do DNCr* durante a gestão Olinto de Oliveira que analisamos no capítulo 4. Num total de 50 publicações, somente três manuais técnicos e um guia médico tratavam especificamente sobre questões referentes à higiene pré-natal.

²¹⁸ RABIN, Sarita. Campanha de Educação Maternal. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano 5, n. ° 21 e 22, abril a setembro de 1945, pp. 10.

baixa realização de campanhas educativas sobre a higiene pré-natal. Durante as nossas pesquisas, localizamos somente um material produzido pelo DNCr destinado a instruir as mães quanto à importância da higiene pré-natal, trata-se do material da exposição de puericultura de 1942.

Com a finalidade de aumentar a campanha educativa em torno dos serviços pré-natais, a Dr. Rabin sugeriu a organização de uma ação a ser feita de forma regular e continua nos meios de comunicação (jornais e rádio) e nos próprios postos de puericultura. O meio de comunicação sugerido foi o rádio pois, como observado no capítulo 1, possuía um amplo alcance, linguagem simples e de fácil assimilação, além de ser bastante popular.

Rabin é bem específica com relação à forma que a propaganda deveria ser realizada: “a palestra não devia ser longa, não devendo durar além de 15 minutos; simples, não usar termos técnicos; muito interessante e acentuando sempre a relação do serviço com a saúde perfeita da mãe e do filho”²¹⁹. Além da campanha pelo rádio, a médica sugeria que fossem publicadas matérias nos jornais e que se produzissem cartazes com recursos visuais como fotografias, acompanhadas de mensagens simples. Uma sugestão de como estes cartazes deveriam ser elaborados foi veiculada no *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança* (BTDNCR)²²⁰, como veremos na imagem a seguir.

²¹⁹ RABIN, Sarita. *Op. Cit.* 1945, pp. 10.

²²⁰ O BTDNCR funcionou como um órgão de divulgação das ações do DNCr e de orientações técnicas aos serviços de assistência materno-infantis, conforme veremos no capítulo 4.

Imagem 6- Modelo de cartaz para a campanha de divulgação da higiene pré-natal nos postos de puericultura



Fonte: RABIN, Sarita. *Op. Cit.* 1945, pp. 11.

Imagem 7 -Modelo de cartaz para a campanha de divulgação da higiene pré-natal nos postos de puericultura



Fonte: RABIN, Sarita. *Op. Cit.* 1945, pp. 11.

Imagem 8 -Modelo de cartaz para a campanha de divulgação da higiene pré-natal nos postos de puericultura



Fonte: RABIN, Sarita. *Op. Cit.* 1945, pp. 11.

Os modelos de cartazes chamam atenção para o “perigo” que representava para a saúde da mãe as práticas difundidas por orientações das parteiras “curiosas” e reforçam que a consulta com o médico era o meio mais seguro para uma gestação e maternidade saudáveis. Desde o início do processo de institucionalização da pediatria e da puericultura, estas práticas tradicionais foram associadas aos altos índices de mortalidade infantil e, portanto, condenadas. (OCAÑA e PERDIGUERO, 2006: 305).

Ao analisarem as ações de treinamento e controle das parteiras curiosas, promovidas pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP)²²¹, entre 1940 e 1960, Ferreira e Silva apontam para o discurso recorrente dos profissionais da saúde pública com relação às “curiosas”.

Médicos e enfermeiras atribuíam a ineficácia das medidas sanitárias dirigidas à população materno-infantil à insistência das curiosas em preservar seus costumes ancestrais, classificados pelos agentes sanitários como primitivos. Entre eles, um dos mais criticados era o tratamento do coto umbilical dos recém-nascidos com cinzas obtidas de uma preparação à base de ervas. O apego das parteiras a esse tipo de prática, fundamentado em crenças e tradições populares, era constantemente combatido pelos profissionais sanitários, durante os encontros para fins educativos oferecidos às curiosas (SILVA e FERREIRA, 2011: 100).

²²¹ O SESP foi criado em 1942 para planejar e executar os projetos de saúde e saneamento implementados no Brasil como uma das ações oriundas da Política de Boa Vizinhança implementada pelos Estados Unidos (CAMPOS, 2008:880).

Os médicos e médicas do “novo” Instituto Nacional de Puericultura também atribuíam às parteiras “curiosas” a responsabilidade pela baixa frequência das mulheres aos serviços de higiene pré-natal. Por isso, o material de propaganda sobre este serviço, instalados nos postos de puericultura, reforçava o papel do médico para alcançar um “parto feliz”. Somente o médico poderia instruir a mãe com noções básicas de puericultura, que permitiriam guiá-la no cuidado com sua gravidez e seus filhos, substituindo os valores e práticas tradicionais (FREIRE, 2009: 245; MARTINS, 2008b:144).

Para que a “fórmula geradora de bebês sadios”, defendida pelo DNCr, alcançasse bons resultados, seria necessário que a gestante frequentasse regularmente o posto de puericultura. Uma vez matriculada, a gestação passaria a ser acompanhada pelo médico no serviço de higiene pré-natal e pelas visitadoras sanitárias e/ou parteiras diplomadas em seu próprio domicílio. Segundo o Dr. Gastão Figueiredo,

O exato conhecimento do ambiente nacional está aconselhando sistematizar essa conduta [o cuidado materno] em face daquelas condições (ignorância e miséria) que, como coordenadas do mesmo fator, aniquilam tantas vidas! As gestantes merecem por isso contínua assistência assim orientadas, pois, será talvez impossível praticá-la isoladamente²²².

O acompanhamento domiciliar da gestante e a assistência domiciliar obstétrica foram estratégias para aproximar e manter o vínculo entre a mãe, o médico, a visitadora e a parteira diplomada. Para o Dr. Clóvis Correa da Costa, muitas mulheres que evitavam ir ao serviço de higiene pré-natal, o faziam por razões culturais, que associavam o parto ao espaço doméstico e a intimidade das mulheres. A ida da gestante ao serviço de higiene pré-natal e, posteriormente, à maternidade gerava inconvenientes relacionados às atribuições e obrigações da mãe com os outros filhos e da esposa com o marido. Assim sendo, o acompanhamento domiciliar da gestante, proporcionado pelo serviço de higiene pré-natal, contornaria as questões culturais e resolveria o problema da falta de leitos nas maternidades, além da vantagem de ter um baixo custo de operação. Esta era uma preocupação constante dos médicos do DNCr, visto que os orçamentos muito minguados eram uma realidade²²³.

²²² FIGUEIREDO, Gastão. *Op. Cit.* 1942, pp. 10.

²²³ COSTA, Clóvis Correa da. Relatório apresentado pelo Inspetor técnico de higiene e medicina da maternidade do Serviço de Puericultura do Distrito Federal. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV. Com relação ao problema no número de leitos nas maternidades, Clóvis Correa da Costa contabilizava um déficit de 17 mil leitos/ano no Distrito Federal. Informa ainda que a média de internação para a realização de um parto era de 10 dias ao custo de 100\$000 rs. Ao passo que uma única parteira custaria um salário de 500\$000 rs /mês e realizaria entre 10 e 15 partos por mês. Desse modo, apresentava a assistência obstétrica domiciliar como alternativa para a solução parcial do problema, que acabou incorporada aos postos de puericultura.

Para que a gestante pudesse participar do acompanhamento domiciliar, era necessário que estivesse matriculada no serviço de higiene pré-natal do posto de puericultura e sua residência aprovada na inspeção realizada pela parteira diplomada. Esta deveria verificar se o domicílio apresentava condições higiênicas para realização do parto. Caso a morada da gestante não apresentasse as condições higiênicas necessárias, o parto seria realizado em uma maternidade.

O serviço de higiene pré-natal funcionaria como a porta de entrada para o programa de proteção materno-infantil proposto pelo DNCr e institucionalizado nos postos de puericultura. Mas a adesão das gestantes foi reduzida. Esta baixa procura era justificada, pelos médicos, a partir do argumento de que valores culturais definiam a gravidez e o parto como questões relacionadas ao ambiente doméstico e feminino, impedindo assim, que muitas mulheres buscassem esses serviços. Como uma tentativa de mudar este quadro, os médicos julgavam importante a implantação do acompanhamento domiciliar, que transferia o posto de puericultura para a casa das gestantes.

3.1. 2 – A proteção à criança: o serviço de Higiene infantil e o Lactário

O serviço de higiene infantil era considerado a ação essencial em um posto de puericultura, sendo inclusive o único que o DNCr considerava indispensável em casos que não fosse possível instalar, no posto de puericultura, todos os serviços idealmente previstos. Suas funções eram acompanhar o estado nutricional da criança saudável, orientar sobre a correta dieta alimentar a ser oferecida à criança em cada “idade da vida” e ensinar os cuidados higiênicos que deveriam ser adotados pela mãe com relação ao filho.

Foi comum que a definição e as atribuições dos postos puericultura fossem reduzidas às relacionadas ao serviço de higiene infantil. Nesse formato reduzido, os postos de puericultura não se distinguiam dos antigos consultórios de lactentes, o tipo de serviço de assistência à infância adotados nas décadas de 1910 e 1920. A respeito, observamos que o manual de orientação sobre a implantação dos postos de puericultura, elaborado pelo DNCr, não faz essa distinção. E os postos de puericultura são apresentados como “organizações simples, onde as crianças devem ser levadas periodicamente, ainda com saúde, e onde são pesadas, medidas e examinadas pelo médico, que lhes prescreve a alimentação conveniente e as precauções higiênicas que elas devem observar”²²⁴.

²²⁴ OLIVEIRA, Olympio Olinto de. *Op. Cit.*, 1944. pp. 4.

Em outra ocasião, na exposição de puericultura de 1942, o posto de puericultura também é resumido à função do serviço de higiene infantil, sendo definido como “o primeiro e mais eficaz instrumento de assistência à criança: conserva-lhe a saúde, evita-lhe as doenças, auxilia-lhe a alimentação, desenvolve-lhe as forças, educa as mães (...)”²²⁵

Nessa definição, a assistência pré-natal e a assistência obstétrica domiciliar eram desconsideradas. A limitação do escopo do posto de puericultura também é constatada na descrição do espaço físico mínimo para a sua instalação. Seguindo as orientações do manual, o posto de puericultura, com a configuração padrão, comportaria somente o serviço de higiene infantil:

O local para o posto deverá ter pelo menos duas peças, uma menor para o exame das crianças, e outra maior, para sala de espera. Nos povoados pequenos, onde bastará uma consulta por semana ou mesmo duas, pode obter-se um lugar de empréstimo, numa escola ou na própria prefeitura, em dia ou hora em que não sejam perturbados os outros serviços. Quando, porém, a afluência for maior, e a consulta funcionar mais vezes, torna-se preciso um lugar adequado permanente, mesmo porque já então o serviço terá de ser completado com um lactário e talvez um consultório dentário ou outros²²⁶.

Desse modo, apesar da proposta do posto original indicar que os postos de puericultura teriam serviços distintos para gestantes, mães e filhos, as orientações presentes nos manuais do DNCr nos levam a crer que nem todos funcionaram dotados de todos os serviços previstos no programa inicial. Ao realizar o levantamento dos postos de puericultura²²⁷ construídos durante a gestão Olinto de Oliveira (1940-1945), Martagão Gesteira observou que nem todos ofereciam os serviços de higiene pré-natal e higiene infantil, cuja oferta era o mínimo necessário para funcionarem e assim serem denominados²²⁸.

É possível que a diminuição do escopo dos postos de puericultura estivesse relacionada às já citadas restrições orçamentárias, mas também é provável supor que o que estivesse em jogo fossem concepções distintas sobre o papel do DNCr, uma mais restritiva, focada apenas na saúde infantil e outra mais ampla, que contemplava a saúde materno-infantil.

O serviço de higiene infantil se destinava a um público específico que serve para percebermos as diferenças existentes entre a política adotada pelo DNCr e a seguida pela IHI, na década de 1920. Enquanto o IHI propunha que os consultórios de lactantes atendessem

²²⁵ COSTA, Flamarion Afonso. *Op. Cit.*, 1943. s/p.

²²⁶ OLIVEIRA, Olympio Olinto de. *Op. Cit.*, 1944. pp.5.

²²⁷ Falaremos sobre a implantação da rede nacional de postos de puericultura neste capítulo.

²²⁸ GESTEIRA, Joaquim Martagão. Relatório de 1947 apresentado ao senhor Ministro da educação e saúde. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1949. pp.33

somente crianças entre 0 e 12 meses, os postos de puericultura do DNCr estendiam o atendimento para crianças de 0 aos 6 anos. A extensão do período da infância atendida pelo DNCr visava alcançar as crianças em idade escolar e que eram atendidas nos círculos assistenciais da Escola Maternal e dos Jardins de Infância ²²⁹, ampliando o alcance do público do serviço de higiene infantil e, conseqüentemente, modificando o modelo de ação assistencial oferecidos nestes serviços.

Em tese, as crianças doentes não deveriam ser atendidas nos postos de puericultura do DNCr. É o que consta no manual *Consultórios de Higiene Infantil e sua orientação*,

Há quem pense – e até médicos laboram neste erro! – que é antes de tudo de tratamento que estão mais necessitadas as crianças que os procuram, concluindo que os consultórios de higiene infantil dariam muito melhor resultado se, simultaneamente com os conselhos de higiene infantil, fossem dispendidos recursos terapêuticos, cuidando-se também dos doentes. Primeiramente é preciso considerar que um grande número das doenças dos lactentes são desordens do funcionamento do aparelho digestivo ocasionadas por erros de alimentação e todas estas doenças se evitam seguindo as mães os conselhos de higiene alimentar dados nos consultórios de higiene infantil. Além disso é sabido, e a prática demonstra, que as crianças mal alimentadas, mal-nutridas, as que sofrem de perturbações resultantes da alimentação artificial, estão muito expostas ao assalto das doenças infecciosas, pela simples razão de terem diminuídos os meios orgânicos de defesa. Mais uma vez vemos os consultórios de higiene infantil, corrigindo as irregularidades da alimentação e evitando tanto quanto possível a alimentação artificial, contribuir como fator decisivo para a diminuição das doenças infantis²³⁰.

Esta era a mesma orientação que, supostamente, foi adotada nos consultórios de lactantes da IHI. A exclusão de crianças doentes dos serviços de higiene infantil foi uma prática adotada por Fernandes Figueira na década de 1910 e foi um traço distintivo da política de saúde pública materno-infantil na década de 1920 (FERREIRA e RIBEIRO, 2016: 105). Entretanto, haveria tolerância para os casos de crianças com perturbações provenientes de pequenos “erros” de higiene ou alimentares que tivessem um tratamento simples, que poderiam ser atendidos nos

²²⁹ Segundo a concepção adotada pelo DNCr, as Escolas Maternais seriam estabelecimentos de primeira educação, onde meninos e meninas, de 2 a 5 anos de idade, recebiam cuidados físico, intelectual e moral. Nesse caso, a educação seria doméstica e tinha a finalidade de formar bons hábitos na criança. Os Jardins de Infância eram instituições com objetivo de prosseguir na educação iniciada na escola maternal e destinada às crianças dos 5 aos 7 anos de idade. BARTHOLOMEU, Hermes. Unidades de Serviço da competência dos Departamentos Estaduais da Criança. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1945. pp. 10. Para saber mais sobre ações de educação infantil ler: LEITE FILHO, Aristeo Gonçalves. Políticas para a educação da infância no Brasil nos anos 1950-1960. 261f. 2008. Tese (Doutorado em Educação). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

²³⁰ VASCONCELOS, MARIO PEREIRA de. *Consultórios de Higiene Infantil e sua orientação*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1935. pp.3 e 4.

postos de puericultura. Já os casos considerados mais graves e que exigissem tratamento mais demorado deveriam ser encaminhados para um ambulatório ou hospital infantil.

Os procedimentos clínicos adotados nos serviços de higiene infantil deveriam ser simples. A consulta médica tinha início com a pesagem da criança e anotação do resultado em ficha. O procedimento seria repetido a cada nova consulta, que deveria ocorrer a cada quinze dias para as crianças com menos de um ano, e semanalmente, para as maiores de um ano. A cada retorno, o médico prescreveria a dieta (semanal ou quinzenal) e indagaria a mãe sobre alguma alteração na prescrição alimentar anterior ou algum sinal de adoecimento, avaliando se o desenvolvimento da criança estava compatível com sua idade. A consulta também incluía o momento da educação sanitária da mãe, quando o médico a informava sobre os cuidados que deveria ter com a alimentação e com a higiene do seu filho até o próximo encontro.

A consulta médica tinha como objetivo coletar informações sobre os hábitos de vacinação, sobre o andamento da gestação e do parto, sobre a existência de doenças prévias e, sobretudo, sobre a maneira com a criança era alimentada. Todas as informações obtidas durante a consulta eram anotadas num formulário, permitindo aos médicos e às enfermeiras traçar o histórico social e sanitário da família.

A obtenção de informações sistemáticas sobre o estado de saúde e a respeito das condições sanitárias em que viviam as crianças, que eram atendidas nos serviços de assistência, estava de acordo com uma metodologia adotada pelo MES para organizar a gestão centralizada dos órgãos de saúde pública no território nacional.

Importante elemento para o projeto de construção de um arcabouço institucional e nacional de saúde pública no Brasil, a coleta e a organização de dados estatísticos sobre saúde pública despontaram como subsídio para a definição de metas políticas para o setor e ganhou importância, no decorrer dos anos seguintes, na estrutura administrativa do país (FONSECA, 2007: 186).

A preocupação em conhecer a situação socioeconômica das famílias e crianças já era uma prática já adotada pelos médicos que estiveram de instituições de assistência à infância durante a Primeira República. Na Policlínica da Criança (1909) e, mais tarde, no IHI (1923), Fernandes Figueira estimulava a realização de inquéritos sanitários que permitiam investigar o estado nutricional das crianças e promover a educação sanitária das mães. (SANGLARD e FERREIRA, 2014: 83).

Um modelo da *ficha da criança*, formulário para coleta de informações foi publicado, em 1944, no BTDNcr com a sugestão que fosse adotada em todos postos de puericultura. A

A partir do acompanhamento feito por meio desta *ficha da criança*, definia-se a necessidade do cadastro da criança no lactário, fosse pelo estado de pobreza da família ou por algum distúrbio alimentar apresentado. O lactário era um serviço de natureza social que visava melhorar o estado nutricional das crianças e de suas famílias. Sua função era “preparar leite puro ou modificado segundo prescrições médicas, já repartido em frascos ou mamadeiras, e esterilizado, de maneira a fornecer diariamente as porções necessárias para o consumo de 24 horas.”²³¹

Conforme explicado no manual de orientação sobre a implantação dos lactários, cabia ao médico prescrever a dieta necessária ao desenvolvimento infantil. Para atender a este requisito, o DNCr recomendava que eles funcionassem subordinados aos serviços de higiene infantil ²³². No entanto, no mesmo manual, era informado que os lactários também poderiam funcionar isoladamente e sob a direção de uma pessoa leiga. Nestes casos, o indicado era solicitar ao DNCr o *Guia Popular da Alimentação da Criança*²³³, um guia materno que continha as dietas alimentares adequadas às crianças conforme a faixa etária, do nascimento à idade escolar.

A permissão para a atuação de leigos neste serviço era condenada pela IHI, que mantinha a cozinha dietética do Abrigo Hospital Arthur Bernardes, sob o comando de uma enfermeira diplomada pela Escola de Enfermagem Anna Nery e considerava este espaço como o principal laboratório do hospital (FERREIRA e RIBEIRO, 2016: 108). A autorização por parte do DNCr de que pessoas leigas dirigissem este serviço de natureza médico-social, pode ter sido uma alternativa para driblar a pouca oferta de profissionais de saúde.

O lactário do posto de puericultura do DNCr adquiriu novas funções se comparado aos serviços oferecidos na década de 1920. Estas mudanças estiveram relacionadas a três fatores: à emergência da ciência da nutrição, à identificação dos índices de fome, má nutrição por parte da população brasileira e ao *status* alcançado pelo leite como um alimento “essencial e imprescindível” na dieta do trabalhador, devido as suas características nutritivas (BRINKMANN, 2014:9).

O lactário, serviço que visava combater à mortalidade infantil, a partir da oferta de leite em bom estado para as crianças pobres e de promoção da reeducação de hábitos alimentares, se

²³¹ OLIVEIRA, Olympio Olinto. *Lactários populares e sua organização*. Rio de Janeiro: Marques Araújo & Cia., s.d.pp. 6.

²³² Idem. pp. 5.

²³³ O Guia Popular da Alimentação da Criança foi escrito pelo Dr. Adamastor Barbosa, responsável pelas orientações técnicas a respeito da alimentação infantil do DNCr. No capítulo 4 analisaremos o uso dos livros da Coleção do DNCr.

tornou também um espaço para a oferta de alimentação saudável para as famílias. Conforme as recomendações do Dr. Olinto de Oliveira, o lactário padrão do DNCr deveria fornecer leite para as crianças menores, merendas para as crianças em idade escolar e refeições para as mães pobres²³⁴. A incorporação da prática da distribuição de alimentos pelo lactário foi um dos maiores diferenciais entre a política materno-infantil proposta por Fernandes Figueira e a política de proteção materno-infantil varguista, que fez desta prática uma ação do Estado.

Ao analisar um inquérito desenvolvido pelo médico pernambucano Josué de Castro a respeito das condições de vida do operário nordestino, Fogagnoli destacou que somente 19% das 500 famílias entrevistadas consumiam um copo de leite por dia (FOGAGNOLI, 2017: 34). Num estudo realizado por Brinkmann, também para a década de 1930, é indicado que o consumo de leite pelos brasileiros ficava muito abaixo daquilo que era recomendado pela Comissão Técnica de Nutrição da Organização de Higiene da Sociedade das Nações. Enquanto o órgão recomendava que um adulto deveria ter um consumo médio de 500 ml leite/dia e uma criança até os 14 anos de idade deveria consumir 1000ml leite/dia, o brasileiro consumia uma média de 130 ml leite/dia (BRINKMANN, 2014:6), ou seja, dentre as poucas famílias pobres que consumiam leite, elas não o faziam na quantidade recomendada.

A distribuição do leite pelo lactário permitia que o alimento ficasse ao alcance dos mais pobres, aumentando o seu consumo. O alimento podia ser distribuído gratuitamente ou mediante ao pagamento de uma quantia módica, sem que isso influenciasse a qualidade do alimento. Ao diretor ou diretora do lactário competia escolher um fornecedor de leite confiável, que utilizasse animais de boa procedência e que cumprisse as normas higiênicas na ordenha e no transporte do produto. No lactário, o leite passaria pelo processo de esterilização e de preparo para que pudesse ser distribuído.

O leite era um alimento cujo consumo era recomendado para todas as idades, a começar pelas crianças, para quem era considerado indispensável. Nos primeiros seis meses de vida, o único consumo recomendado era o do leite materno, o que era defendido por Fernandes Figueira (SANGLARD e GIL, 2014:75). Após os seis meses de vida, toda criança deveria ingerir a sua “ração diária de leite, simples ou com café, cacau, mate, ou em sopas, mingaus, cremes e etc.”²³⁵. Nestes casos, o lactário poderia oferecer cinco preparos lácteos com dosagens conforme a idade da criança: leite simples com açúcar para crianças maiores de seis meses; uma espécie de mingau que poderia ser feito com a mistura do leite com cereais, arroz, ou canjica,

²³⁴ OLIVEIRA, Olympio Olinto. *Op. Cit. S.d.* pp. 24.

²³⁵ Idem, pp. 3.

ou trigo, ou aveia, ou cevadas; o leite ácido, feito a partir da mistura do mingau com açúcar e ácido láctico, sua dosagem variava entre 100gr. e 180gr., para crianças entre 2 e 6 meses de idade; o leite engrossado com farinhas (maisena, polvilho, farinhas de arroz, trigo, aveia, milho ou mandioca), para crianças com mais de seis meses e o mingau de manteiga, recomendado para casos de desnutrição ocasionada pela amamentação artificial²³⁶. Para crianças com idades entre seis e oito meses de vida, que apresentassem problemas no seu estado nutricional, sugeriria-se que o lactário oferecesse diariamente um litro de leite para o consumo da mãe. Supunha-se que com a suplementação alimentar, a mãe conseguiria retornar com a amamentação de seu filho.

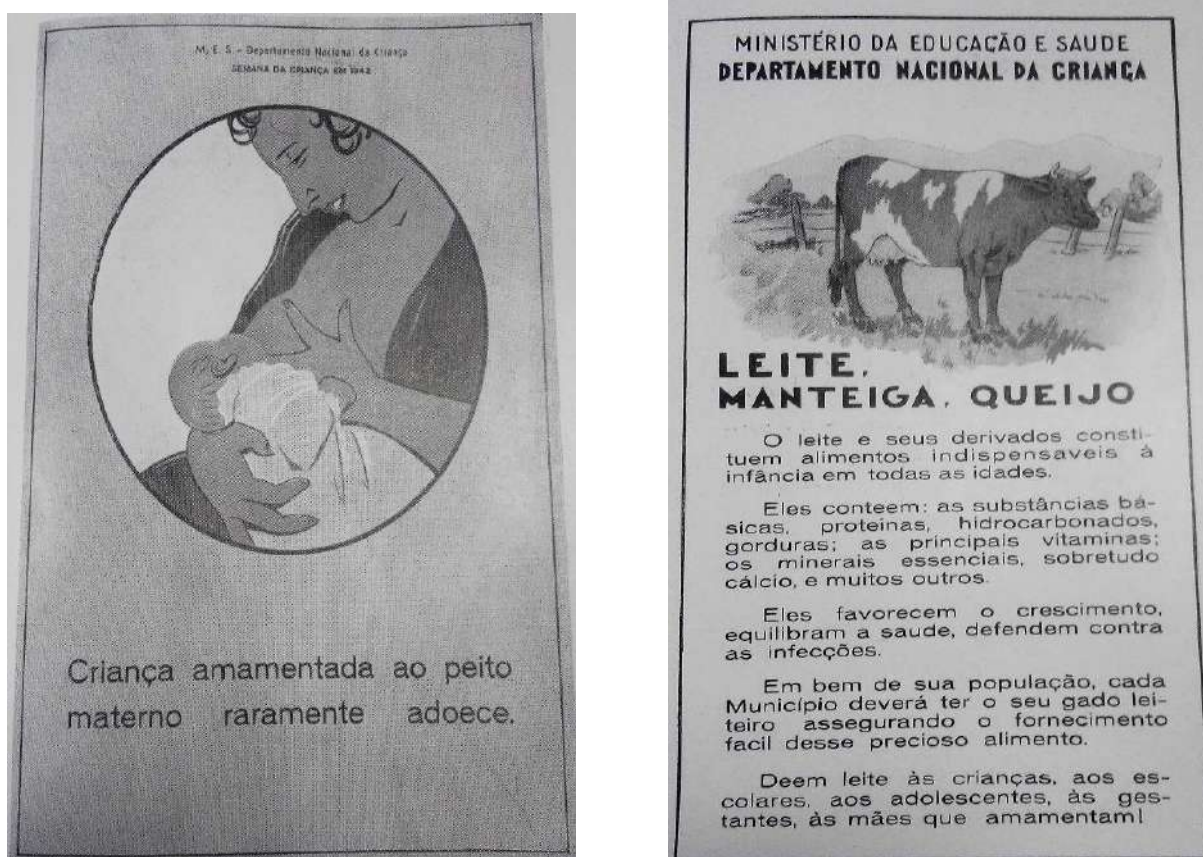
Segundo o Dr. Adamastor Barbosa, a administração do leite artificial para crianças deveria ser feita somente a partir dos seis meses de vida e não deveria ser feita como substitutiva ao leite materno, a partir desta idade a dieta infantil deveria ser diversificada, inserindo sopas de legumes e mingaus de farinhas diversas²³⁷.

Conforme dito anteriormente, Adamastor Barbosa trabalhou diretamente com Fernandes Figueira no Abrigo Hospital Arthur Bernardes e na Policlínica das Crianças, onde exerceu a função de diretor do serviço de higiene infantil (SANGULARD, 2016: 69). Na qualidade de funcionário do serviço federal de assistência materno-infantil, passou por todas as transformações administrativas sofridas pelo órgão, desde os tempos de IHI até chegar ao DNCr, quando assumiu a direção do serviço de gota de leite do “novo” INP. Barbosa foi o responsável pelas orientações técnicas a respeito da alimentação infantil seguidas pelo departamento durante a gestão Olinto de Oliveira. Isto nos indica uma continuidade das recomendações médicas em termos alimentares que vinham sendo indicadas desde os tempos de Fernandes Figueira. Conforme observaremos na imagem 8:

²³⁶ Idem, pp. 14 a 17.

²³⁷ BARBOSA, Adamastor. *Guia Popular da Alimentação da Criança*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1945. pp.16 e 17.

Imagem 10 -Cartazes sobre alimentação infantil da semana da criança de 1942.



Fonte: Cartazes da 2ª Campanha Nacional pela Alimentação da Criança. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano 2, n.º 10, setembro de 1942, anexo.

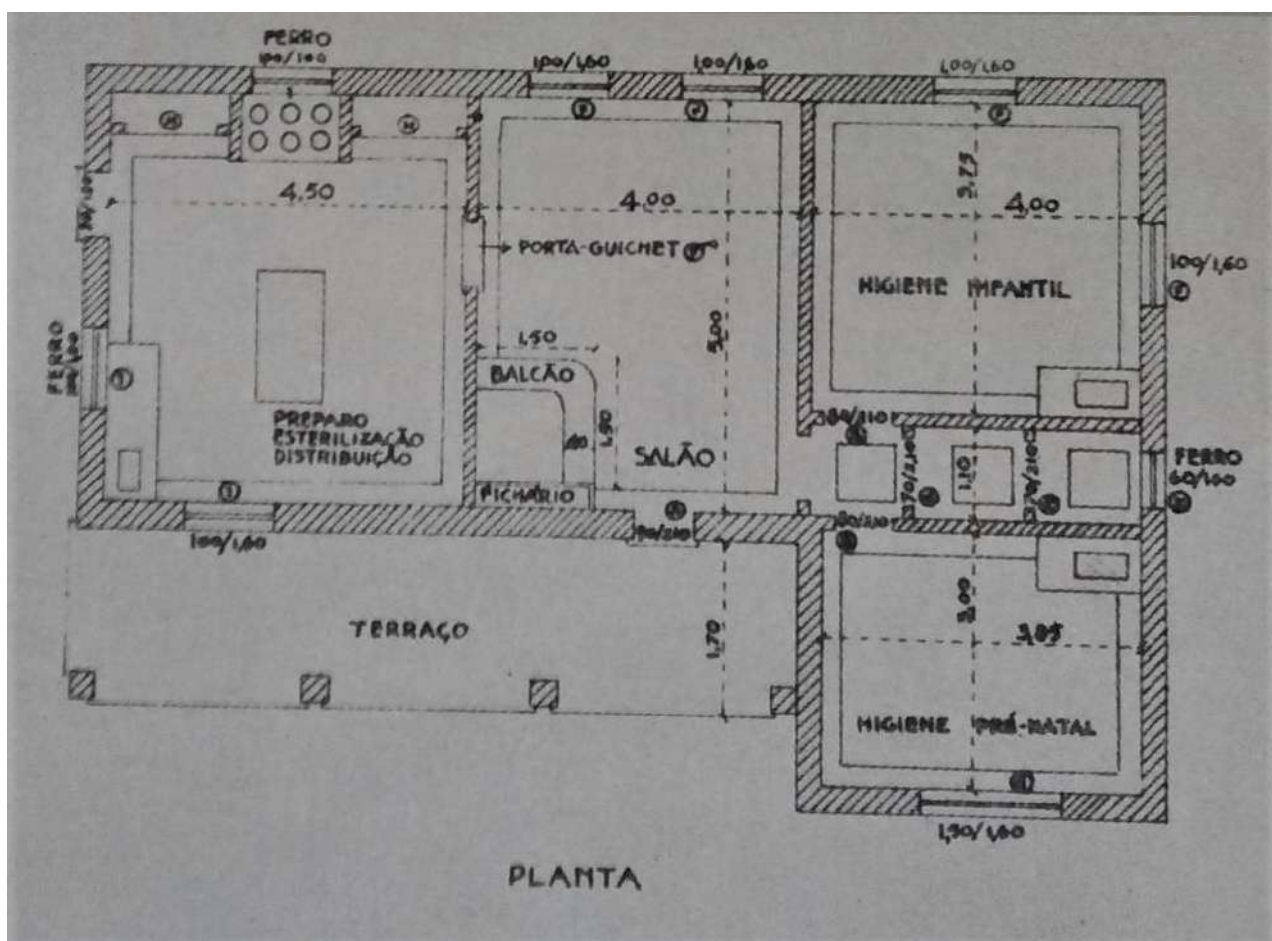
A propaganda sobre amamentação, veiculada por ocasião da semana da criança de 1942, ratifica que o leite materno era o principal alimento para ser ofertado aos lactentes, segundo a recomendação do DNCr. E a propaganda sobre o uso do leite, manteiga e queijo para crianças e adultos exemplifica a incorporação pelo DNCr da temática da alimentação da família como parte de sua campanha sanitária em puericultura. Outros cartazes da semana da criança de 1942 informavam quanto ao benefício dos alimentos para a saúde das crianças mais velhas, tais como: as frutas, cujas árvores poderiam ser plantadas em casa; carnes e ovos, que deveriam ser consumidos a partir dos 2 anos de idade, com exceção da carne seca por ter menor valor nutritivo; o pão, considerado o “grande alimento universal”, mas que devido ao seu alto valor poderia ser substituído pelo aipim, inhame, batata e, se possível, com manteiga, cujo consumo era recomendado para as crianças, e os legumes, verduras e hortaliças que também deveriam ser plantados em casa e incluídos na dieta infantil.

Com relação ao espaço físico, o lactário deveria ser composto por uma cozinha, uma sala de preparo e uma sala de distribuição. No caso dos lactários maiores, poderia ter uma

secretaria, uma dispensa e um depósito. Para aqueles que seguiam as recomendações do DNCr, haveria uma seção de escolares e a cantina maternal funcionando conjuntamente no refeitório. O lactário poderia ser instalado em qualquer local, inclusive em uma única sala bem espaçosa ou, o mais recomendado, em uma casa com salas compartimentadas ²³⁸.

A definição a respeito do funcionamento deste serviço era um dos aspectos a serem considerados para a escolha do prédio a ser construído para abrigar o posto de puericultura. Ou seja, se o posto de puericultura seria de tipo “econômico”, conforme imagem 9, ou um modelo completo, conforme imagem 10.

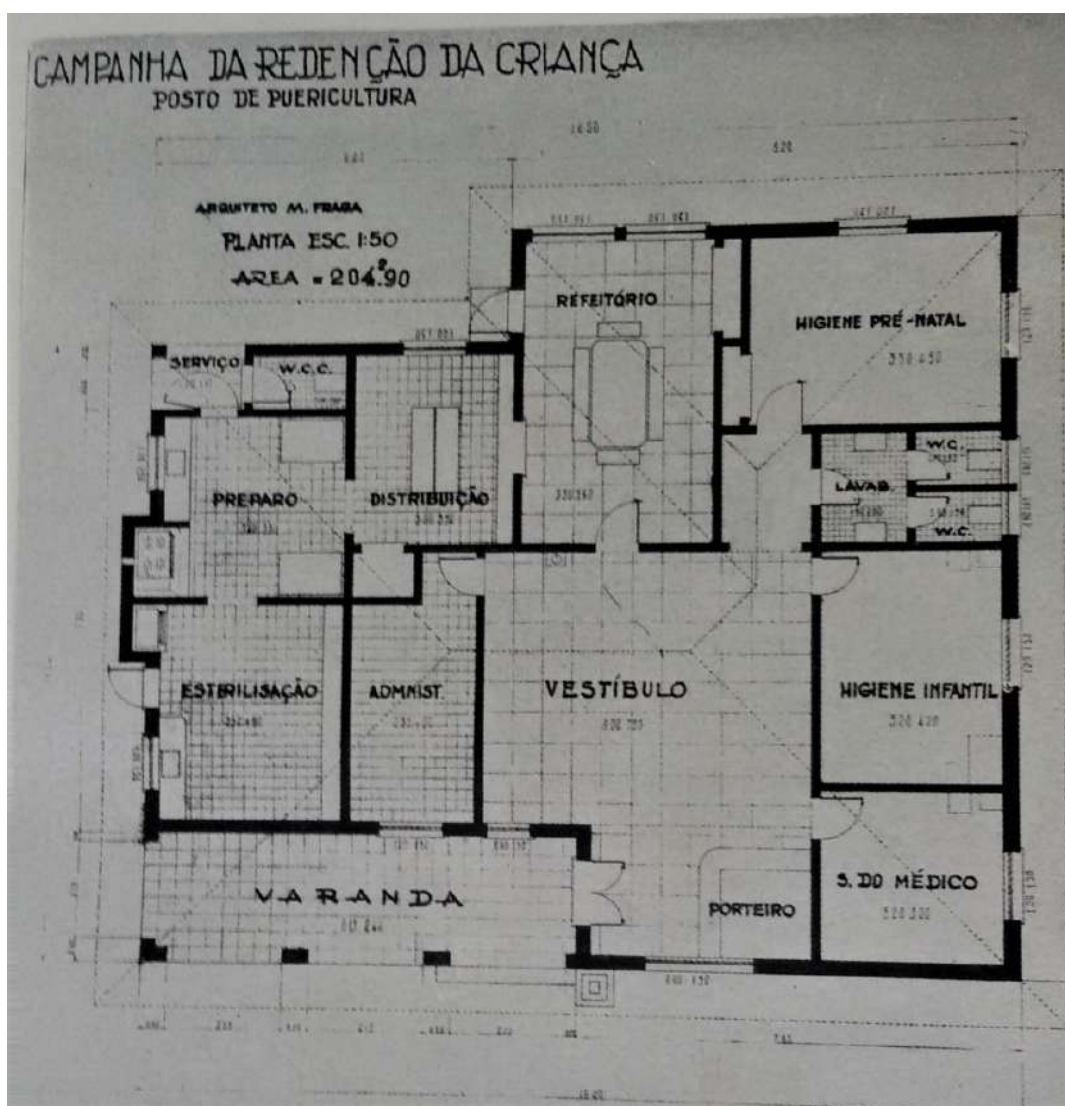
Imagem 11 - Planta Baixa de posto de puericultura de tipo “econômico”



Fonte: FERREIRA, Annita Carpenter. *Relatório das atividades da Campanha de Redenção da Criança*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1945. Anexo b.

²³⁸ OLIVEIRA, Olympio Olinto. *Op. Cit. S.d.* pp. 6.

Imagem 12 - Planta Baixa de posto de puericultura.



Fonte: FERREIRA, Annita Carpenter. *Op.Cit*, 1945. Anexo b.

No posto de modelo econômico (Imagem 9) havia um espaço único que servia ao preparo, à esterilização e à distribuição do leite, que era entregue por meio de uma janela de acesso ao salão. O acesso ao lactário era feito pelo lado externo do posto, possivelmente onde também era recebido o leite, de forma a não atrapalhar o atendimento realizado nos consultórios. Neste posto não havia o espaço do refeitório, o que nos leva a crer que não eram servidas refeições para as mães.

No segundo posto (Imagem 10) o espaço era bem maior, havendo distribuição entre os serviços do lactário e um amplo refeitório. Para instalar um posto de puericultura era importante considerar o melhor modelo de lactário a ser adotado, os recursos financeiros disponíveis e o fluxo de pessoas que seriam atendidas.

Ao analisarmos o projeto arquitetônico elaborado para o posto de puericultura, percebemos que ele não confirma o discurso do Dr. Olinto de Oliveira, que se refere ao posto como um serviço que poderia ser instalado de forma improvisada em qualquer local, em suas palavras: “pouco importa que se localizem num centro de saúde, nos fundos de uma igreja ou de um colégio, num barracão ou nos porões de um palácio”²³⁹. No entanto, o projeto arquitetônico do posto de puericultura estava presente no manual de orientação de implantação do posto, sendo, portanto, uma recomendação do DNCr.

A elaboração de um projeto arquitetônico atendia ao objetivo de normatização das ações de assistência materno-infantis propostas pelo MES e seguidas pelo DNCr. Conforme aponta Cristina Fonseca, a consolidação de uma nova estrutura institucional para a saúde pública se deu por meio do cruzamento de um conjunto de leis, regulamentos e normas sanitárias, que buscavam padronizar os serviços de saúde nos estados, com a criação de prédios para os serviços oferecidos e a formação de profissionais de saúde (FONSECA, 2007: 184).

Acreditamos que o posto de puericultura foi a estrutura institucional que singularizou a ação do DNCr perante os demais espaços de atendimento à maternidade e à infância. O projeto arquitetônico do posto de puericultura deveria ser seguido pelas prefeituras, instituições privadas e entidades filantrópicas que desejassem implantar um serviço deste tipo. Em troca, estes postos receberiam o acompanhamento técnico do DNCr e verbas para sua implantação. No caso das entidades filantrópicas, a orientação do DNCr era um requisito para que elas pudessem solicitar recursos por parte do Conselho Nacional de Serviço Social (CNSS)²⁴⁰.

3.1.3 – Educação sanitária: Clubes de Mães e as Campanhas Educativas

Ao lado dos serviços de natureza médica (higiene pré-natal e higiene infantil) e dos serviços de natureza social (cantinas maternas e lactários), os postos de puericultura também deveriam oferecer serviços de natureza educativa com vistas à difusão de noções de “cultura social e econômica” para as mães. Denominados clubes de mães, os serviços educativos deveriam “promover reuniões periódicas das mães domiciliadas em uma determinada

²³⁹ OLIVEIRA, Olinto. O Departamento Nacional da Criança e o seu programa de ação. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro: ano 2, n.º 10, setembro de 1942. pp.6.

²⁴⁰ O Conselho Nacional de Serviço Social foi um órgão do governo federal que funcionava subordinado ao Ministério da Educação e Saúde cuja finalidade era estudar os problemas de assistência e do serviço social e auxiliar os poderes públicos e as entidades privadas quanto ao assunto. Dentre suas atribuições possuía a função de analisar os processos de solicitação de subsídios por parte de instituições privadas devido ao programa de cooperação financeira entre a união e a iniciativa privada. (Mestriner: 2001:63). O CNSS foi criado em substituição à Caixa de Subvenções, criada em 1931 e extinta em 1937. (Gonçalves, 2011).

localidade, ministrando-lhes ensinamentos elementares de puericultura, economia doméstica, e conhecimentos gerais de higiene.”²⁴¹

As orientações técnicas para a criação dos postos de puericultura determinavam que os clubes de mães funcionariam da seguinte maneira:

Uma ou mais vezes por mês, elas (as mães) serão convidadas a se reunirem no Posto, para conversarem sobre os assuntos do seu interesse. Ser-lhes-á oferecida uma xícara de café ou mate, com biscoitos.

O médico, uma professora ou uma das senhoras da Associação fará uma palestra sobre o assunto de higiene ou de economia doméstica. Outra ensinará um pouco de costura, a fazer roupinhas simples, a aproveitar roupas usadas, a fazer remendos, e tricô e croché. Outra ensinará coisas da casa, a boa aplicação do dinheiro, arranjos e enfeites simples, noções de cozinha, comidas próprias para as crianças, conservação de alimentos. E até assuntos de criação de animais e horticultura poderão ser tratados, se aparecer alguém de competência e boa vontade que se queira ocupar disso. (...)

Uma vitrola emprestada ou um rádio completarão a parte recreativa da sessão²⁴².

As campanhas sanitárias direcionadas às mães eram consideradas uma estratégia eficaz para o combate à mortalidade infantil e de transformação da cultura popular relativa aos cuidados com a gravidez e com a criação das crianças, especialmente durante a fase de amamentação. Citando o pediatra francês Ernesto Caccace, Martagão Gesteira afirmava que,

“A educação das mães será o meio mais poderoso e mais seguro para a proteção à infância. Ela modelará na mulher essa consciência de certos deveres maternos que hoje ou ainda não existe, ou começa apenas a aparecer”. Desta nova consciência maternal os filhos do povo poderão tirar um proveito maior do que da assistência ou duma lei do Estado. Sem a educação das mães, é minha opinião, a legislação mais sábia, com suas maravilhosas providências e a mais perfeita assistência, sabiamente organizada, não colherão se não poucas vitórias, enquanto existirem mulheres ignorantes e cheias de preconceitos²⁴³.

Ao longo das décadas de 1910 e 1920, a educação sanitária das mães era feita de forma bastante improvisada. O pediatra conversava com a mãe durante o atendimento nos consultórios e oferecia a ela panfletos e brochuras sobre os cuidados que ela deveria ter na criação do seu filho. Alguns dos panfletos mais conhecidos de Moncorvo Filho, por exemplo, tratavam de questões sobre os vícios e o alcoolismo na infância e os benefícios do Sol no tratamento da

²⁴¹ BARTHOLOMEU, Hermes. *Op. Cit.*, 1945. pp. 10.

²⁴² OLIVEIRA, Olympio Olinto de. *Op. Cit.*, 1944. pp. 9.

²⁴³ GESTEIRA, Martagão. *Op. Cit.*, 1945. pp. 618.

criança (FREIRE, 2015:121). Nas conferências de higiene infantil ²⁴⁴, os médicos do IPAI também trataram de temas referentes às doenças infantis, o malefício das superstições em torno das crianças e questões referentes à higiene pessoal por meio de banhos e limpeza dos olhos da criança (CAMARA, 2013:9 e CAMARA, 2014). Mas, foi o tema da alimentação infantil que se tornou o mais controverso e o mais ensinado pelos pediatras.

Nos consultórios e nos cursos de puericultura para mães, o pediatra ou a visitadora sanitária ensinava a prática do aleitamento correto, fosse o natural ou artificial. No caso da amamentação natural eram ensinadas noções de higiene que a mãe deveria ter com o seio antes de ofertá-lo à criança, o tempo de duração das mamadas e o intervalo entre elas. Com relação à alimentação artificial, as aulas ficavam por conta da higienização das mamadeiras e utensílios de preparo, além das misturas corretas a serem oferecidas em cada etapa do desenvolvimento infantil. O folheto *ABC das mães*, cuja função era estimular a prática da amamentação, ficou muito famoso neste período (FREIRE, 2016:91).

O clube de mães foi idealizado para ser este espaço de educação sanitária das mães. Ao longo da década de 1940, observamos que os temas tratados nestes espaços se diversificaram. A higiene infantil deixou de se configurar como o único tema das reuniões, isto porque, neste período, ele adquiriu nova finalidade: “fixar e valorizar a mulher no lar, pela educação”²⁴⁵. A criação deste serviço se dá no contexto em que a controvertida política estadonovista para a família estava sendo elaborada. Com a tutela sobre a família, o Ministro Gustavo Capanema almejava, entre outras coisas, resolver o problema demográfico brasileiro, incentivando a constituição de famílias numerosas por meio de premiações e restringindo o papel da mulher ao lar. (MARTINS, 2008 a: 217).

Os temas que se tornaram comuns nestes encontros foram categorizados da seguinte forma: práticas médico-higiênicas, práticas educativas, práticas sociais e reforço da economia doméstica. Na categoria práticas médico-higiênicas, as mães eram ensinadas a fazer pequenos curativos, a desenvolverem hábitos de higiene pessoal, a cultivar novos hábitos alimentares para ela e para a família, a realizar corretamente a limpeza da casa, a ter hábitos de higiene

²⁴⁴ A primeira tentativa de se organizar um conteúdo específico para a instrução maternal foram as conferências de higiene infantil oferecidas pelo IPAI entre os anos de 1901 e 1907. O conteúdo destas conferências foi publicado em livro e jornais e sintetizado em panfletos por Moncorvo Filho (CAMARA, 2013:9). Em nossas pesquisas na Hemeroteca Digital Brasileira verificamos uma maior frequência na oferta de cursos de puericultura no Distrito Federal a partir de 1928, quando foram iniciados os cursos da Associação Brasileira de Educação. Acreditamos que esta oferta tenha se tornado mais frequente na década de 1930, mas é uma questão a ser verificada.

²⁴⁵ MINISTÉRIO DA SAÚDE. O Departamento Nacional da Criança – álbum do jubileu de prata do DNCr – 1940/1965. s/d.

comunitária, como não jogar lixo no chão, e os temas “tradicionais” da educação sanitária das mães: amamentação, vacinação e cuidados com o recém-nascido ²⁴⁶.

Na categoria práticas educativas, incentivava-se a educação cívica e moral, definindo a mãe e o pai como as bases da família e como deveria se dar a relação marido-mulher e pais-filhos. À mulher ficava conferido o papel de “mãe, filha, nora e amiga”, o papel do pai não é especificado nas fontes a que tivemos acesso. Entretanto, em se tratando de um período de valorização do trabalho, podemos inferir que o papel paterno era o de provedor do lar e da família. Era ensinada ainda noções de direitos e deveres das pessoas, a importância da recreação para a família, da vida em grupo e das comemorações cívicas²⁴⁷.

Paralelamente às palestras sobre educação cívica eram ensinados hábitos sociais que deveriam fazer parte da vida em família, como a participação nas festas folclóricas nacionais, a reunião da família em dias de festividades religiosas e o desenvolvimento de habilidades consideradas lúdicas, como o canto ou o uso de um instrumento musical.

A economia doméstica era uma categoria de destaque no clube de mães, pois as práticas ensinadas nestes encontros tinham um duplo objetivo: fazer um bom uso do salário do provedor da casa e ensinar às mulheres práticas com as quais elas poderiam ter algum rendimento, que ajudaria no orçamento familiar sem que a mulher precisasse se ausentar do lar. A culinária foi um dos temas mais versáteis nos encontros, cujas palestras ensinavam a seleção correta do alimento conforme seu valor nutricional, passando pelo seu aproveitamento total e sem desperdícios durante o preparo, até o ensino de formas de utilizá-lo para gerar uma renda extra para a família. Neste caso eram ensinados os preparos de molhos, licores, queijos, geleias, frutas cristalizadas e até de sabão e técnicas de venda destes produtos²⁴⁸. Além da culinária, a costura, o cuidado com animais e o cultivo de frutas, verduras e legumes no quintal de casa fizeram parte dos encontros sobre economia doméstica.

O clube de mães atendia ideologicamente ao projeto do ministro Gustavo Capanema de “contenção das mulheres”, oferecendo-lhe um tipo de instrução adequada ao seu papel familiar (SCHWARTZMAN, BONEMY, COSTA: 2000:123).

A mudança observada na finalidade do clube de mães e nas temáticas abordadas durante as reuniões influenciou diretamente na escolha dos profissionais responsáveis pela realização das palestras. Nas décadas de 1910, 20 e 30, os profissionais responsáveis pela educação

²⁴⁶ MINISTÉRIO DA SAÚDE. O Departamento Nacional da Criança – álbum do jubileu de prata do DNCr – s.d. *Op. Cit.*

²⁴⁷ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Clube de Mães da Campanha Educativa. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1960.p. 56 e 57.

²⁴⁸ Idem, pp. 54 a 56.

maternal eram os pediatras e puericultores e, principalmente, as visitadoras sanitárias. A partir da década de 1940, a instrução das mulheres que participavam do clube, passou a ser estendida às assistentes sociais e às educadoras²⁴⁹.

A exemplo dos ensinamentos culturais promovidos pelos Centros de Aprendizado Doméstico (CADs) do Serviço Social da Indústria (SESI) para o operariado e sua família, o clube de mães também tinha como objetivo criar um espaço de sociabilidade entre as mães e donas de casa. Nestes espaços, elas poderiam trocar informações a respeito dos serviços domésticos e dos cuidados com a família de forma a se capacitarem a administrar racionalmente o orçamento da casa, criar uma atmosfera sadia no lar e educar bem os filhos (WEINSTEIN, 2000: 262 a 270). O clube de mães se tornou o espaço onde foi moldada, através da mulher, a família pobre. Um processo similar ocorria no “mundo do trabalho”, onde ações organizadas por múltiplos atores sociais moldavam uma nova ordem social. Baseados na “racionalidade científica” conferiam “atributos morais” ao trabalho e ao “trabalhador brasileiro” (BRETAS, 2010:171).

O clube de mães da década de 1940, permanecia sendo um espaço de educação sanitária das mães. Entretanto, os temas que eram estudados e os profissionais responsáveis pelo ensino estavam em processo de transformação, que se consolidou na década de 1950. Para a década de 1950, o clube de mães vai somar novos significados.

Em 1949, ele se tornou um instrumento da campanha educativa conduzida pelo DNCr e pelo Fundo Internacional de Socorro à Infância, da Organização das Nações Unidas (FISI/ONU)²⁵⁰, cujas finalidades ficaram ratificadas neste acordo:

- Despertar nas mães a consciência da responsabilidade social decorrente de sua missão como esposas e mães;

²⁴⁹ MINISTÉRIO DA SAÚDE. O Departamento Nacional da Criança – álbum do jubileu de prata do DNCr – s.d. *Op. Cit.*

²⁵⁰ Nas décadas de 1950 e 1960, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) foi denominado no Brasil como Fundo Internacional de Socorro à Infância (FISI). Esta agência foi criada em 1946 para ajudar as crianças na Europa que sofreram a segunda grande guerra e os seus efeitos. Chegou ao Brasil em 1949, quando a agência já adotava uma nova filosofia de “beneficiar mães e crianças de qualquer parte do mundo onde houvesse a necessidade de socorro imediato”. Segundo Gesteira, a solicitação de recursos à agência internacional foi feita pelo governo do estado da Paraíba e era desconhecida pelo governo federal. Foi com o envio do aceite à solicitação paraibana ao Itamaraty que o DNCr tomou conhecimento do pedido e, assim, designou a Divisão de Proteção Social a elaborar um plano de ação que atuasse diretamente nos estados onde os índices de mortalidade infantil eram mais altos: Piauí, Paraíba, Rio Grande do Norte e Ceará. O plano DNCr/FISI compreendia sete partes: Nutrição; Medicamentos; Equipamentos de obras de proteção à maternidade e à infância; Vacinação; Conservação de leite em pó; Treinamento de pessoal auxiliar e Campanha Educativa. GESTEIRA, Joaquim Martagão. *O Departamento Nacional da Criança – quatro anos de administração (1947-1950)*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional: 1951. pp.14; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa do Departamento Nacional da Criança do Ministério da Saúde – Fundo de Socorro à Infância das Nações Unidas. s.d.,

- Orientá-las quanto aos direitos e deveres da família, relação dos seus membros entre si, união da defesa dos direitos da família;
- Desperta-lhes a responsabilidade pelos cuidados pré-natais e levá-las a compreender as vantagens da frequência regular ao posto de puericultura ou a outros serviços materno-infantis;
- Suscitar-lhes o interesse pelos problemas da criança e de sua educação;
- Incentivar-lhes o gosto pelo trabalho e indicar-lhes os meios de realizá-lo de maneira agradável e produtiva;
- Proporcionar-lhes orientação na medida de suas necessidades, considerando casos de desajustamento, encaminhando-as aos serviços sociais existentes no Posto de Puericultura ou na Comunidade;
- Estimulá-las à cooperação ativa, despertar-lhes a responsabilidade através do desenvolvimento de atividades práticas e da participação na direção dos Clubes, interessá-las pela promoção dos meios necessários à sua manutenção,
- Facilitar-lhes o aproveitamento e criação de recursos sociais nas comunidades, de acordo com as necessidades individuais e coletivas²⁵¹.

Os objetivos a serem alcançados com o acordo firmado entre o DNCr e o FISI era o combate à mortalidade infantil e materna por meio da valorização de ações baseadas na noção de bem-estar infantil. Este estado deveria ser alcançado a partir da oferta de assistência médica, boa alimentação e melhoria nas condições sociais da família. Uma parte deste acordo incentivava a campanha educativa, que no Brasil era realizada pelo clube das mães, cujo foco deveria ser o fortalecimento da vida familiar, pela elevação do nível social das famílias e pelo estímulo ao amor à Pátria ²⁵².

Até 1955, o FISI injetou no país um total de US\$ 3.410.400, 00 ²⁵³ que foram empregados em programas de distribuição de leite, na construção de prédios para maternidades, postos de puericultura e hospitais infantis, em programas de treinamento de pessoal auxiliar, em campanhas educativas, como o clube de mães, em ações de imunização contra difteria e coqueluche, compra de maquinários para esterilização e conservação de leite e para a compra de medicamentos. O plano inicial previa que as ações se concentrariam no nordeste brasileiro, mas logo após o início das ações elas se expandiram e passaram a compreender os estados do

²⁵¹ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Clube de Mães da Campanha Educativa. *Op.Cit.*, 1960.p. 8.

²⁵² *Idem*, pp.5.

²⁵³ O primeiro repasse de verbas do programa para o governo brasileiro foi no valor de US\$500.000,00, que convertido ao valor da moeda vigente naquele momento no Brasil, o cruzeiro, equivalia ao montante de Cr\$ 22.000.000,00. O orçamento do DNCr para o ano de 1950 foi de Cr\$ 40.000.000,00. O valor dos recursos internacionais correspondia a mais da metade dos subsídios do governo brasileiro para o órgão. Mas o DNCr também era responsável pela administração de outros recursos, como os oriundos do convênio com a Legião Brasileira de Assistência, a dotação do vale do Amazonas e do polígono das secas e uma verba específica para compra de equipamentos e a realização de obras, que somados chegavam ao valor total de Cr\$ 134.063.330,00. GESTEIRA, Joaquim Martagão. *Op. Cit.*, 1951. pp.10; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa do Departamento Nacional da Criança do Ministério da Saúde – Fundo de Socorro à Infância das Nações Unidas. S.d.,

norte, nordeste e centro-oeste brasileiros, selecionados devido ao alto índice de mortalidade infantil nestes locais²⁵⁴.

A partir dos anos 1950, os clubes de mães passam a funcionar de forma autônoma ao posto de puericultura, com uma sede e programas próprios compatíveis com as demandas da localidade onde estavam instalados:

Necessário se faz um estudo do meio, antes de instalar o Clube, procurando conhecer a comunidade, suas necessidades e recursos existentes, observando a cultura local nas múltiplas variações e o grau de receptividade, mobilizando e incentivando o povo para o trabalho. Em síntese: auscultar as “pulsações” da comunidade, descobrindo suas necessidades, possibilidades e receptividade oferecidas à organização do Clube de Mães. Nunca expressar opiniões referentes à comunidade antes de ouvir o que dizem sobre sua cidade ou sobre si mesmos²⁵⁵.

O clube de mães da década de 1950 ainda era um espaço de ensino de hábitos de higiene e de economia doméstica, mas já começa a dar sinais de mudanças, que darão o ensejo para que, ao lado da educação sanitária, surjam movimentos reivindicatórios por melhoria nas condições de vida locais.

3. 2 - A implantação da rede nacional de postos de puericultura

A implantação dos postos de puericultura contou com recursos financeiros oriundos do governo federal e da filantropia. Em ambos os casos, competia ao DNCr oferecer a orientação necessária ao desenvolvimento do serviço, fosse por meio do envio de técnicos ao posto ou encaminhando manuais específicos que fornecessem as diretrizes.

Na documentação produzida pelo DNCr constam verbas para construção de novos serviços de proteção materno-infantil para os anos de 1939, 1940, 1943, 1944 e 1945. Apesar do DNCr ter sido criado somente em fevereiro de 1940, Olinto de Oliveira considera as obras iniciadas em 1939, as quais tiveram continuidade nos anos seguintes, como parte do plano de ação do DNCr. Estas informações foram publicizadas por Olinto de Oliveira nos relatórios de prestação de contas ao Ministério da Educação e Saúde ²⁵⁶.

²⁵⁴ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa do Departamento Nacional da Criança do Ministério da Saúde – Fundo de Socorro à Infância das Nações Unidas. S.d,

²⁵⁵ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Clube de Mães da Campanha Educativa. *Op.Cit.*, 1960, p. 12.

²⁵⁶ Divisão de Cooperação Federal. Relação dos auxílios para realização, nos Estados, nos anos de 1939 a 1944, de obras de proteção à maternidade e à infância. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV;

As verbas recebidas para os anos de 1939 e de 1940 foram conseguidas a partir de um pedido feito por Olinto de Oliveira diretamente ao presidente Vargas, por meio das cartas que enviou ao longo de 1938 e que analisamos no capítulo 1. Olinto de Oliveira havia solicitado ao presidente a aprovação da implantação de serviços de proteção materno-infantis em cinquenta municípios brasileiros, no entanto, Vargas autorizou que fossem selecionados trinta municípios e garantiu que fossem repassados à DAMI recursos no valor de Cr\$ 3.200.000,00, para o ano de 1939 e de Cr\$ 4.000.000,00 para o DNCr, no ano de 1940.

O DNCr não recebeu verbas para os anos de 1941 e 1942, o que chegou a render um desentendimento entre Olinto de Oliveira e Gustavo Capanema. Olinto o acusou de prejudicar as ações do departamento, o que segundo ele, acabou por atrasar a regulamentação da sua organização interna junto ao Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP). Esta situação impedia o DNCr de fazer contratações e receber verbas. Em carta enviada a Capanema, Olinto de Oliveira teceu críticas por não ter sido convocado pelo ministro para a reunião em que foi definido o orçamento para o ano de 1942²⁵⁷.

Não sabemos as motivações para o ministro Gustavo Capanema demorar a dar andamento à organização do DNCr, que só ocorreu em outubro de 1941, por meio do Decreto-Lei n.º 3.775²⁵⁸. O fato é que esse atraso implicou na impossibilidade de o DNCr ser incluído no orçamento da União nos anos de 1941 e 1942. Somente a partir de 1943, é que o órgão passou a receber verbas anuais para realização de obras em cooperação com estados e municípios.

Neste ano, o DNCr recebeu verba no valor de Cr\$ 2.000.000,00. Em 1944, esta verba subiu para o valor de Cr\$ 5.000.000,00 e praticamente se repetiu no ano seguinte, quando recebeu o valor de Cr\$ 5.100.000,00²⁵⁹. No total acumulado entre 1939 e 1945, o DNCr recebeu o valor de Cr\$ 19.100.000,00.

Em um levantamento realizado por Hermes Bartolomeu, técnico do DNCr, ficou orçado que o custo do metro quadrado construído de um posto de puericultura era de Cr\$ 500,00. Este levantamento correspondia, em 1943, ao custo do metro quadrado para o interior de São Paulo. Ao usarmos esse valor como referência, deduzimos que o custo médio de construção de um

²⁵⁷ Carta enviada por Olinto de Oliveira ao ministro Gustavo Capanema. 3 de fevereiro de 1941. Arquivo Gustavo Capanema. GC b Oliveira, O. *Série*: b - Correspondentes. CPDOC/FGV;

²⁵⁸ BRASIL. Ministério da Educação e Saúde Decreto-Lei Nº 3.775, de 30 de outubro de 1941. Dispõe sobre a organização do Departamento Nacional da Criança e dá outras providências. *Op. Cit.*

²⁵⁹ GESTEIRA, Joaquim Martagão. *Op. Cit.*, 1949. pp.5.

posto “econômico”, que possuía 92m², era algo em torno de Cr\$ 46.000,00 e de um posto com lactário, que possuía 205m², era de Cr\$ 102.500,00 ²⁶⁰.

Isso significa que os valores recebidos pelo DNCr ficaram muito aquém daquilo que seria necessário para a montagem dos 2.100 a 4.200 postos de puericultura, quantitativo que Olinto de Oliveira afirmava ser necessário para atender a população brasileira de 1940. Conforme Pereira aponta, se a alíquota de 1% prevista pela Constituição Federal de 1934, para ser investido em ações de proteção materno-infantil, tivesse sido mantida pela Constituição Federal de 1937, o DNCr teria recebido neste período (1939-1945) o valor de Cr\$ 400.000.000,00 (PEREIRA, 1992:270). Com este valor, teria sido possível construir, aproximadamente, 3.900 postos de puericultura com lactários. No entanto, com o valor recebido pelo DNCr, entre 1939 e 1945, foi possível subsidiar apenas a construção de 159 serviços de proteção materno-infantil, conforme mostramos na tabela a seguir:

Tabela 2- Serviços de proteção materno-infantil instalados com subsídios federais ²⁶¹

Natureza do serviço	Quantidade de serviços implantados
Maternidade	50
Posto de puericultura	46
Casa da criança	10
Maternidade com posto de puericultura	9
Enfermaria e hospital infantil	6
Centro de puericultura	5
Creche	5
Abrigo provisório de menores	4
Maternidade e hospital infantil	4
Maternidade com centro de puericultura	3
Obras para a "infância excepcional"	3

²⁶⁰ Bartolomeu, Hermes. Relatório da visita a São Simão – São Paulo. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV;

²⁶¹ Para elaborarmos esta tabela padronizamos a nomenclatura dos serviços apresentados no documento “Relação dos auxílios para realização de obras de proteção à maternidade e à infância nos Estados, nos anos de 1939 a 1944”. Para isso utilizamos o manual *Unidades de serviço da competência dos Departamentos Estaduais da Criança*, elaborado por Hermes Bartholomeu. A única exceção foi para o termo “infância excepcional”, que se refere às crianças excepcionais e, cujos serviços assistenciais, não foram abordados no manual escrito por Bartolomeu. Neste caso, optamos por utilizar o termo que dava nome à revista da Sociedade Pestalozzi “Infância Excepcional: Estudo, Educação e Assistência ao Excepcional”, que circulou entre 1933 e 1979. Conforme apontam Borges e Barbosa, a Sociedade Pestalozzi foi uma associação civil, destinada a proteger a “infância anormal” e preservar a sociedade e a raça das influências nocivas da “anormalidade mental”. Considerava-se anormal a criança que, por condição hereditária, por acidentes mórbidos na infância, por falta de inteligência ou distúrbios de caráter, não conseguisse se adaptar à vida social. (BORGES e BARBOSA, 2019:168).

Asilos	3
Jardim de Infância	2
Lactário	3
Casa da Criança e Maternidade	2
Casa Maternal e da Infância	1
Colônia de Férias	1
Consultório de Higiene Infantil e Lactário	1
Escola Maternal	1
TOTAL	159

Fonte: Elaborada pela autora, 2020. Dados para os anos de 1939-1944: Divisão de Cooperação Federal. Relação dos auxílios para realização de obras de proteção à maternidade e à infância nos Estados, nos anos de 1939 a 1944. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV. Dados para o ano de 1945: Plano de distribuição, aos estados e municípios, do auxílio financeiro do Dr\$ 5.000,00 no ano de 1945, por intermédio do DNCr. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro: ano 5, n.º 21 e 22, abril a setembro de 1945. pp.39 a 43.

Nos anos aqui analisados, as maternidades e os postos de puericultura representaram o maior número de serviços para proteção materno-infantil subsidiados pelo DNCr. Se considerarmos todas as maternidades cuja construção recebeu auxílio federal neste período, quantificaremos um total de 68 maternidades²⁶². Os postos de puericultura aparecem logo em seguida, tendo em conta aqueles que funcionavam de forma anexa a alguns serviços, como na casa da criança²⁶³ e nas maternidades, temos um total de 67 postos de puericultura, ou seja, a diferença entre ambos é de somente um serviço.

Os serviços de assistência médica ambulatorial aparecem em terceiro lugar, com um total de 16 serviços. Esses eram representados pelos hospitais infantis e centros de puericultura²⁶⁴. Tais dados indicam que a divisão dos recursos do DNCr para o subsídio dos serviços de proteção à maternidade e à infância, foi realizada em consonância com o seu programa de ação e que consistia em “criar o maior número possível de estabelecimentos destinados a realizar os seus objetivos de primeira linha. São eles: o posto de puericultura, o ambulatório pediátrico e a maternidade e ao lado deles as associações de proteção à infância”²⁶⁵.

²⁶² Somamos aqui todas as maternidades criadas no período analisados. As que foram construídas isoladamente e aquelas que funcionaram anexas a outros serviços, conforme descrito na tabela 2.

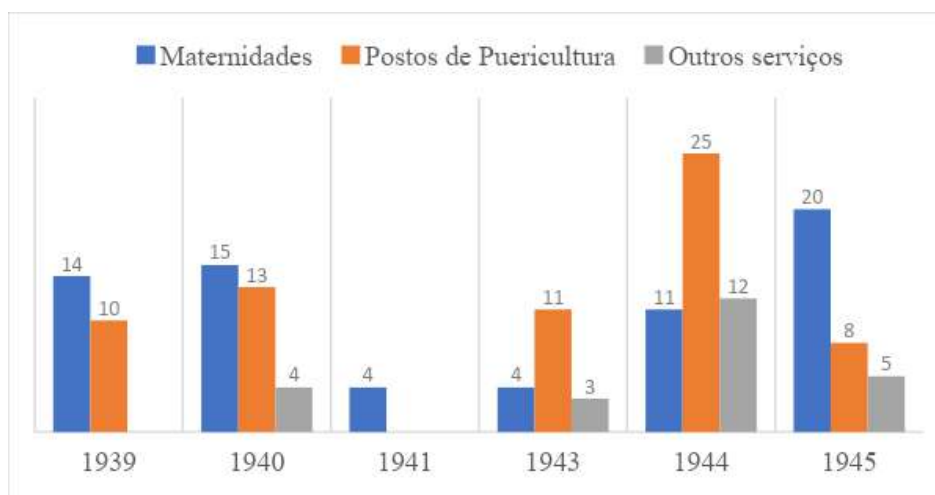
²⁶³ Era considerado casa da criança todo serviço que agrupasse um posto de puericultura, uma creche, uma escola maternal, um jardim de infância e uma pequena agência de serviço social. Bartholomeu, Hermes. *Op. Cit.* 1945. pp.17.

²⁶⁴ Os centros de puericultura eram compostos por postos de puericultura e ambulatórios de pediatria. Bartholomeu, Hermes. *Op. Cit.* 1945. pp.17. No centro de puericultura, os serviços de profilaxia de problemas alimentares infantis funcionavam de forma conjunta aos serviços ambulatoriais. Por fugirem ao modelo de funcionamento do posto de puericultura padrão do DNCr, não os consideramos ao quantificar o montante de postos de puericultura subsidiados pelo DNCr.

²⁶⁵ OLIVEIRA, Olinto. O Departamento Nacional da Criança e o seu programa de ação. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro: ano 2, n.º 10, setembro de 1942. pp.6.

No gráfico 1, observaremos a quantidade de maternidades e postos de puericultura conforme o ano em que estes serviços receberam a verba do DNCr pela primeira vez ²⁶⁶.

Gráfico 1 - Quantidade de maternidades e postos de puericultura subsidiados pelo DNCr no período de 1939 a 1945 ²⁶⁷



Fonte: Elaborado pela autora, 2020. Dados para os anos de 1939-1944: Divisão de Cooperação Federal. Relação dos auxílios para realização de obras de proteção à maternidade e à infância nos Estados, nos anos de 1939 a 1944. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV. Dados para o ano de 1945: Plano de distribuição, aos estados e municípios, do auxílio financeiro do Dr\$ 5.000,00 no ano de 1945, por intermédio do DNCr. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro: ano 5, n.º 21 e 22, abril a setembro de 1945. pp.39 a 43.

Para os anos de 1939 e 1940, observamos que o número de maternidades subsidiadas era um pouco maior que o número de postos de puericultura. Em 1943 e 1944 essa situação se inverteu, o número total de novos postos implantados (36) passa a ser maior do que o somatório de todos os demais serviços (30) cujas obras iniciaram naqueles anos.

A inversão destes números é justificada pelo fato de que nos anos de iniciais de funcionamento do DNCr, o posto de puericultura ainda não havia sido escolhido como a instituição modelar para o seu programa de proteção materno-infantil. Porém, essa situação se modificou a partir de 1942.

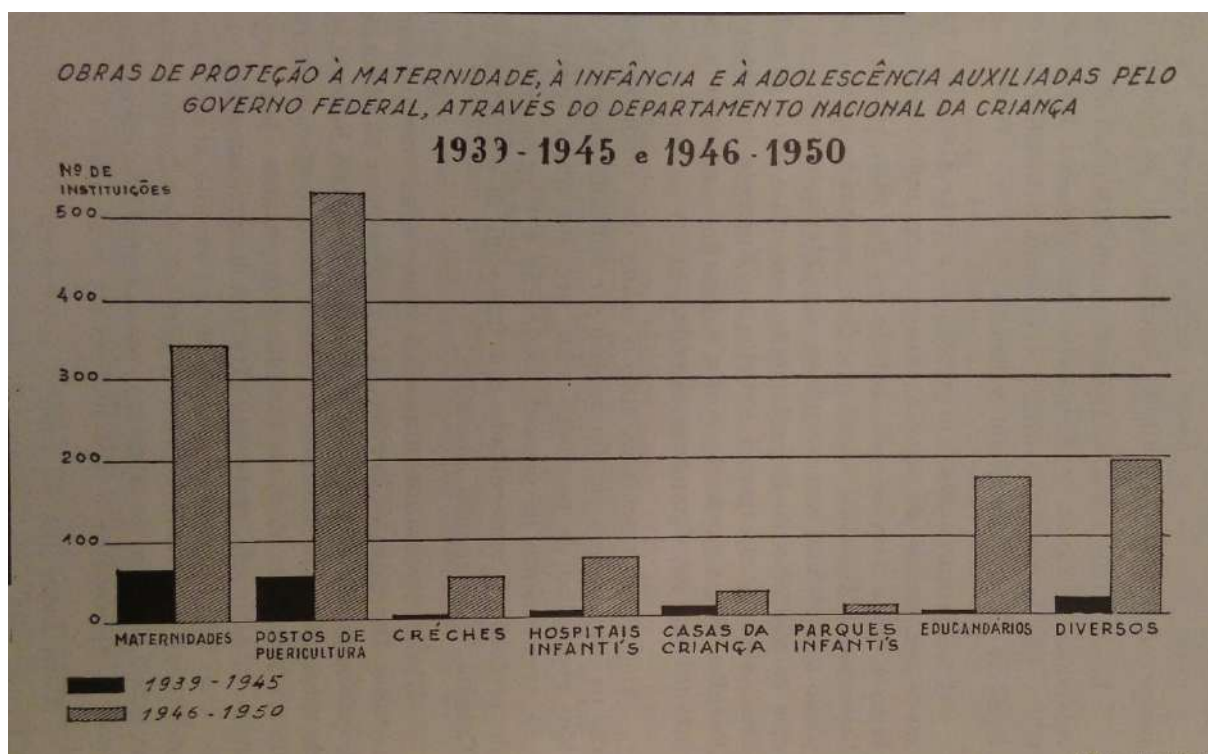
²⁶⁶ Após o início do recebimento do subsídio federal pela primeira vez, o serviço de proteção materno-infantil poderia receber verbas em outros anos para a continuidade das obras.

²⁶⁷ Três maternidades tiveram sua construção iniciada em 1941, mas os recursos para sua construção vieram de subsídios de anos anteriores. Uma delas ficava em Natal, no Rio Grande do Norte, e recebeu o valor de Cr\$ 600.000,00. As outras duas ficava no estado de Minas Gerais, nas cidades de Belo Horizonte e Itajubá, nos valores de Cr\$ 100.000,00 e Cr\$ 50.000,00, respectivamente. Divisão de Cooperação Federal. Relação dos auxílios para realização de obras de proteção à maternidade e à infância nos Estados, nos anos de 1939 a 1944. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

Observa-se nova inversão em 1945, no entanto, desta vez, o número de novos postos de puericultura cuja construção recebeu subsídios do DNCr é reduzido a um número inferior ao do ano de 1939. Essa mudança está relacionada ao início da atuação da CRCr como gerenciadora do programa de implantação dos postos de puericultura com recursos oriundos de doações filantrópicas, o que certamente influenciou o DNCr a selecionar outros serviços de puericultura para receber o auxílio federal.

Nos anos seguintes, os postos de puericultura se tornaram o principal tipo de serviço de proteção materno-infantil financiado pelo DNCr, conforme a imagem a seguir, que foi extraída de um relatório do departamento produzido no ano de 1951:

Imagem 13 - Obras de proteção à maternidade, à infância e à adolescência auxiliadas pelo governo federal, através do Departamento Nacional da Criança



Fonte: GESTEIRA, Joaquim Martagão. *O Departamento Nacional da Criança – quatro anos de administração (1947-1950)*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional: 1951. pp.13.

Ao longo da sua primeira década de existência, o DNCr trabalhou em prol do aparelhamento da proteção materno-infantil e neste período, o posto de puericultura se converteu na instituição símbolo do modelo de proteção social definido pelo departamento.

Na tabela a seguir, relacionamos o quantitativo de postos de puericultura implantados pelo DNCr por estado e identificamos o quantitativo populacional destes estados. A finalidade

desta tabela foi observar se o critério populacional foi considerado ao ser definida a quantidade de postos de puericultura que seriam implantados em cada estado.

Tabela 3 - Quantitativo de postos de puericultura construídos pelo DNCr e ranking populacional dos estados, 1939- 1945.

Estado	Quantidade de postos de puericultura	População	Ranking populacional
Rio de Janeiro	11	3.611.998	4º
São Paulo	10	7.180.316	1º
Minas Gerais	7	6.763.368	2º
Santa Catarina	4	1.178.340	11º
Sergipe	4	542.326	17º
Bahia	3	3.918.112	3º
Pernambuco	3	2.688.240	6º
Ceará	3	2.091.032	7º
Rio Grande do Sul	2	3.320.689	5º
Paraíba	2	1.422.282	8º
Maranhão	2	1.235.169	10º
Alagoas	2	951.300	12º
Pará	2	944.644	13º
Goiás	2	826.414	14º
Piauí	2	817.601	15º
Espírito Santo	2	790.149	16º
Amazonas	2	428.008	19º
Distrito Federal	2		20º
Paraná	1	1.236.276	9º
Mato Grosso	1	432.265	18º
TOTAL	67		

Fonte: Elaborada pela autora, 2020. Divisão de Cooperação Federal. Relação dos auxílios para realização de obras de proteção à maternidade e à infância nos Estados, nos anos de 1939 a 1944. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

O estado do Rio Grande do Norte e os territórios do Acre, Iguazu, Ponta Porã, Amapá, Rio Branco e Guaporé não tiveram postos de puericultura implantados pelo DNCr durante a gestão Olinto de Oliveira. Diante disso, podemos afirmar que o departamento não teve êxito no seu intento de levar os serviços de proteção materno-infantis a todo o país, sobretudo para as regiões mais longínquas do Distrito Federal.

Outro ponto que merece observação é que o estado que mais recebeu subsídios para a implantação de postos de puericultura foi o Rio de Janeiro, que era o quarto em quantitativo populacional. Ficando na frente de Minas Gerais, que tinha o segundo maior contingente populacional do país. Acontece situação similar com os estados de Santa Catarina e Sergipe, que em termos populacionais estavam atrás da Bahia e do Rio Grande do Sul. Esta situação confirma que o critério de quantitativo populacional não foi considerado ao ser definido quais locais receberiam o posto de puericultura do DNCr. A partir desta análise, nos questionamos sobre quais teriam sido os parâmetros considerados pelo DNCr para definir onde os postos de puericultura seriam implantados.

A implantação do posto de puericultura, ou de qualquer outro serviço de proteção materno-infantil subsidiado pelo DNCr, era de responsabilidade do estado ou do município. No caso dos estados, sua execução era de responsabilidade dos Departamentos Estaduais da Criança, que só começaram a ser estabelecidos a partir de 1944. No caso dos municípios, coube às associações de proteção à infância legalizadas junto ao DNCr cumprir este papel.

Caso um estado ou município se interessasse em instalar um serviço de proteção materno-infantil, deveria comunicar ao DNCr. Para tal, redigiria uma carta ou telegrama com a sua solicitação. Cabia à Divisão de Cooperação Federal, a decisão sobre qual estado ou município solicitante seria atendido. Não havia critérios técnicos para pautar a escolha, conforme indicou Martagão Gesteira,

Pela primeira vez na história do Departamento, como bem acentua o Diretor da Divisão de Cooperação Federal, ‘preparou-se um plano de cooperação financeira com os Estados para o desenvolvimento da Campanha de Proteção à Maternidade e à Infância baseado em informações recentes trazidas pelos seus técnicos que nesse afan percorreram o país’.

Até então, com efeito, a distribuição de auxílios aos Estados vinha sendo feita sem obediência a qualquer plano previamente estudado nem, muito menos, com atendimento ao imprescindível critério do estudo das necessidades locais. A concessão de auxílios era resolvida aqui mesmo, à distância, na própria sede do Departamento, um tanto arbitrariamente, ao sabor dos pedidos de pessoas interessadas, não havendo qualquer esforço de coordenação, nem de articulação²⁶⁸.

É importante assinalar que o DNCr não possuía condições de elaborar laudos técnicos para a escolha de todos os locais onde os serviços seriam instalados, seu funcionamento foi bastante elementar, faltava-lhe recursos financeiros e funcionários para a realização das atividades. Um reflexo disso é que, durante a gestão Olinto de Oliveira, foram realizadas somente duas viagens de inspeção sobre os serviços de proteção materno-infantil em

²⁶⁸ GESTEIRA, Joaquim Martagão. *Op. Cit.*, 1949. pp.3.

implantação ²⁶⁹. Possivelmente, a indicação política e a existência de uma estrutura local apta a construir e a manter o funcionamento do serviço foram os critérios usuais utilizados pela Divisão de Cooperação Federal nestes primeiros anos de seu funcionamento.

Estas estruturas foram as associações de proteção à infância, um serviço filantrópico de natureza político-administrativa criado durante a CNACr. Como vimos, este serviço seria utilizado de forma paliativa até que as “juntas da infância” tivessem o seu funcionamento regulamentado pelo MES, o que nunca chegou a acontecer durante a gestão Olinto de Oliveira²⁷⁰. Por este motivo, as associações adquiriram bastante relevância para a execução do programa de proteção materno-infantil do DNCR nos municípios.

A associação de proteção à infância era a responsável por coordenar todas as ações de proteção materno-infantil da cidade. E sua criação era sempre baseada na vontade das elites financeira, política e intelectual de uma determinada localidade. À Divisão de Cooperação Federal competia orientar tecnicamente as associações em formação e convidar aquelas já existentes a “cooperar” com o DNCR.

Desse modo, as associações de proteção à infância representam uma continuidade da relação complementar estabelecida entre o Estado e a filantropia durante a Primeira República, visto que ao órgão público competia a orientação técnica e às organizações filantrópicas competia a execução da proteção materno-infantil, por meio da construção de serviços de puericultura e da manutenção do seu funcionamento.

A sessão “A defesa da criança no interior”, veiculada no BTDNCR, foi o canal utilizado para divulgar as finalidades da associação:

Essas Associações e Instituições se fundam graças à generosidade e ao bem formado espírito de pessoas de influência na localidade, dedicadas à causa da criança.

Resolvida entre elas uma ação conjunta, agrupam-se, tornam-se em sociedade e criam a Associação de Proteção à Maternidade e à Infância na certeza do apoio oficial que lhe virá.

Organizada a Associação, promoverá como prova de seu esforço a fundação do seu Posto de Puericultura, por certo o mais elementar serviço de assistência à criança, mas de grande significação social, porque aí as mães receberão

²⁶⁹ As viagens foram realizadas no ano de 1944 e 1945. A primeira delas foi para os estados de Alagoas, Sergipe e Bahia e a segunda para o sul do país, no estado do Rio Grande do Sul. Em geral, estes relatórios consistiam na avaliação do funcionamento dos serviços e se estavam de acordo com as determinações do DNCR. Viajam os técnicos do DNCR. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro: ano4, n.º 18, setembro de 1944. pp.19; Viajam os técnicos do DNCR. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro: ano 5, n.º 21 e 22, abril a setembro de 1945. pp.32.

²⁷⁰ No relatório elaborado pelo DNCR para o ano de 1944, Flamarion Costa cita que a cidade de Campinas havia construído uma junta da infância. Mas que o serviço ainda não havia sido regulamentado pelo MES. COSTA, Flamarion. *Op. Cit.*, 1945. pp.13.

conselhos e ensinamentos sobre a criação de seus filhos e aprenderão a cuidar da criança de modo que ela cresça com saúde perfeita e se desenvolva em condições satisfatórias e higiênicas²⁷¹.

As associações contavam com o auxílio técnico do DNCr durante a sua organização e, após sua legalização, se tornavam aptas a receber recursos públicos. Estes poderiam ser oriundos do governo federal, por meio do DNCr ou do CNSS, e dos governos estadual e municipal. Para a recepção destes aportes, elas deveriam adequar os serviços de proteção materno-infantil por ela organizados às normativas do DNCr. Não havia garantia de que estas associações receberiam verbas federais para o seu funcionamento. No entanto, poderiam ainda captar doações filantrópicas, que foi o meio pelo qual as associações criadas durante a CNACr se mantiveram ativas.

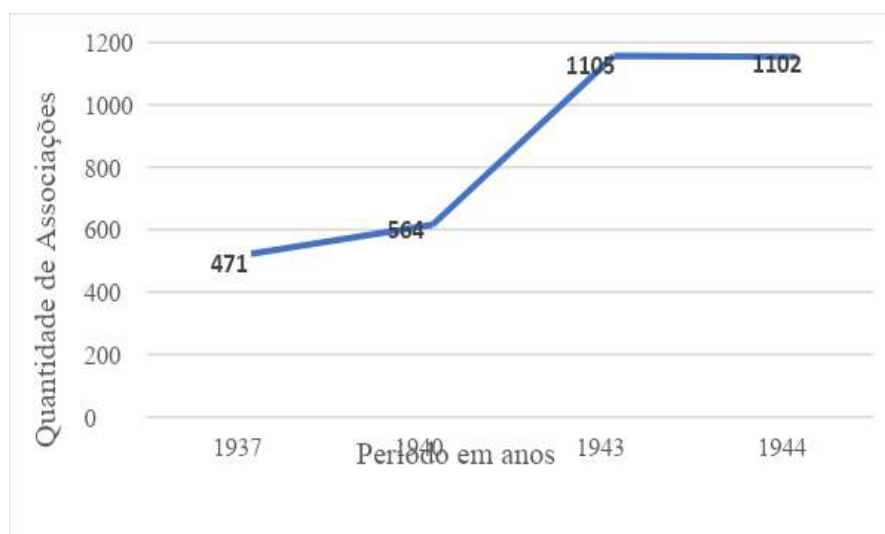
A sugestão é que estes recursos fossem empregados na construção de postos de puericultura, reforçando o aparelhamento dos serviços de proteção materno-infantis do país. Entretanto, não havia como o DNCr ter um controle sobre quais serviços eram selecionados pelas associações de proteção à infância. Não havia nem mesmo um controle sobre a qualidade do funcionamento destes serviços e a garantia da manutenção do seu funcionamento.

Ao analisar a implantação dos serviços orientados pelo DNCr no Piauí, Marinho observou que as instituições mesclaram ações profiláticas, como a educação sanitária das mães, com medicina ambulatorial e práticas de medicina popular no atendimento materno-infantil. (MARINHO, 2013:84). Possivelmente, este tipo de situação não deveria ser uma exceção. Conforme dito anteriormente, o DNCr não possuía uma estrutura burocrática capaz de fazer fiscalizações. Apesar da propagação de normas técnicas e da cultura sanitária da puericultura por meio das publicações do DNCr, na prática não havia como ser garantido que estas orientações fossem de fato seguidas.

Com a retomada da campanha para que os municípios se dedicassem à criação de suas associações, ocorrida a partir de 1939, o resultado foi o crescimento do número de entidades deste tipo pelo país, como pode ser observado no gráfico a seguir:

²⁷¹ A defesa da criança no interior. Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança. Rio de Janeiro, julho de 1942, ano II, n.º 9. p. 41

Gráfico 2 - Associações de proteção à infância articuladas com o governo federal.



Fonte: Elaborado pela autora, 2020. As informações referentes ao ano de 1937 foram retiradas de: BARRETO, João de Barros. *Op. Cit.* 1938b. p.32. Para 1940: Quadro demonstrativo das atividades do Departamento Nacional da Criança. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV. Para 1943: COSTA, Flamarion Afonso. *Op.Cit.*, 1943. s/p. Para 1944: COSTA, Flamarion. *Op. Cit.*, 1945. pp.16.

O ano de 1937 é o primeiro para o qual possuímos informações a respeito do quantitativo de associações de proteção à infância criadas. São resultantes da CNACr e foram criadas entre 1934 e 1937. Em 1939, com o início efetivo das atividades da DAMI, percebemos um discreto crescimento no número de novas associações. Este foi o ano em que a DAMI recebeu os primeiros recursos financeiros por parte do governo federal, os quais foram utilizados, em maior escala, para a implantação de maternidades e postos de puericultura.

O destaque fica por conta do período entre 1940 e 1943, quando o número de novas associações quase dobra, se comparada ao triênio anterior. Esse foi o período logo após a recepção das primeiras verbas federais e quando teve início o processo de implantação da rede nacional de postos de puericultura do DNCr. Certamente esse aporte de recursos financeiros e o aumento das campanhas sanitárias em puericultura, ocorridas neste período, influenciaram a formação de novas associações.

Considerando que havia 1574 municípios no país em 1940 e que deveria haver somente uma associação por município, podemos dizer que estas organizações estiveram presentes em 70% das cidades brasileiras. Isso nos leva a inferir que as campanhas realizadas pelo DNCr tiveram um grande alcance pelo país.

Entretanto, como dissemos, isso não significa afirmar que todas essas associações receberam recursos financeiros do DNCr. Ao relacionarmos o número dos serviços que receberam subsídios do departamento até 1943, um total de 78, com o número de associações

criadas, 1105, percebemos que a grande maioria destas associações não foram atendidas pelo DNCR, o que as levava a recorrer a outras formas de financiamento de suas atividades.

Se considerarmos que estes 78 serviços subsidiados até 1943 foram implantados em cidades diferentes, o que nem sempre ocorreu, somente 4,95% das cidades brasileiras foram atendidas pelo DNCR. Este percentual reflete o baixo valor das verbas recebidas e a ausência de uma estrutura que organizasse a distribuição dos postos pelo país.

Para o ano de 1944, o gráfico indica uma estagnação com tendência à queda na formação de novas associações pelo país. Isto porque, a partir deste ano, a *Campanha de Redenção da Criança* (CRCr) substituiu o trabalho até então realizado pelas associações de proteção à infância. A CRCr conferiu à filantropia voltada para as ações de proteção materno-infantil um novo enquadramento institucional, centralizado e com alcance nacional.

3.2.1 - A Campanha de Redenção da Criança

A CRCr foi uma ação coletiva filantrópica organizada pelo jornalista Francisco de Assis Chateaubriand Bandeira de Melo, pela Legião Brasileira de Assistência (LBA) e teve a orientação técnica do DNCR. Segundo Assis Chateaubriand, a ideia para a organização de uma campanha filantrópica voltada para a arrecadação de fundos para ações de combate à mortalidade infantil havia surgido durante uma conversa com o presidente Getúlio Vargas por ocasião do batizado de um dos aviões da *Campanha Nacional de Aviação*²⁷², em 1941²⁷³.

Nesta conversa definiriam que a campanha pela infância seria iniciada logo após o término daquela cruzada pela aviação. Definiram também que a ação seria destinada a implantar no país “um complexo assistencial nos mesmos moldes daquele organizado por Joaquim Martagão Gesteira”, na Bahia. Chateaubriand estava se referindo ao conjunto de serviços de puericultura que a LBCMI havia implantado na Santa Casa de Misericórdia, o qual visitou por ocasião da posse de Juracy Magalhães no governo baiano, em 1935. Na mesma época, Vargas também conheceu estes serviços e sua impressão sobre ele foi determinante ao convite para Martagão Gesteira implementar, em caráter nacional, uma obra nos mesmos moldes, como analisado no capítulo 2. Desse modo, Assis Chateaubriand atribuía diretamente a Martagão Gesteira o crédito pela criação dos postos de puericultura que o DNCR estava implantando.

²⁷² A Campanha Nacional de Aviação teve a finalidade de criar aeroclubes e formar pilotos no país. Segundo Fernando Morais, em 1944, foram doados cerca de 600 aparelhos e, em 1946, durante o batismo coletivo de 12 aviões no Campo de Marte, em São Paulo, a CNA alcançou a marca de 800 aviões doados. (MORAIS, 1994:47).

²⁷³ Armadura e chave de abóbada do Brasil, *O Jornal*, 29 de dezembro de 1943.

Não localizamos em nossas pesquisas informações sobre como se deu a aproximação entre Chateaubriand e a LBA. Mas, nos parece acertado pensar que, com a institucionalização da LBA, seria improvável conduzir uma ação de assistência social no país sem a participação da entidade. Além disso, naquele período, Vargas e Chateaubriand eram aliados políticos e os artigos escritos pelo jornalista funcionavam como veículos de propaganda do Estado Novo. Sendo natural a manutenção de alianças com o presidente e a primeira-dama do país.

O marco inicial da *Campanha de Redenção da Criança* foi o Natal de 1943. A CRCr possuía as seguintes finalidades:

- a) Criar na consciência nacional deveres para com a infância, preparando gerações sadias evitando a enfermidade e a ignorância, como expressão de solidariedade humana.
- b) Instalar postos de puericultura em todo o Brasil, mediante campanha popular, promovidas pelos Diários Associados, para angariar donativos suficientes para criação e manutenção destes postos de puericultura, mantidos diretamente pela campanha ou entregues às instituições particulares e aos Estados e Municípios²⁷⁴.

O principal intento desta campanha foi a captação de recursos filantrópicos e a elaboração de um plano de ação que permitisse a construção, o aparelhamento e a manutenção da existência dos postos de puericultura pelo país.

A direção da CRCr deveria ser composta por membros indicados pelas três instituições envolvidas com a sua criação. Desse modo, a primeira diretoria foi constituída da seguinte forma: a presidência foi ocupada por Darcy Sarmanho Vargas, presidente da LBA e primeira-dama do país. A vice-presidência foi dividida em três cargos, a primeira vice-presidência foi ocupada também pela LBA e que foi responsável ainda pelos cargos de tesouraria. As outras duas vice-presidências foram entregues ao DNCr, na pessoa de Olinto de Oliveira, e aos *Diários Associados*, na pessoa de Assis Chateaubriand²⁷⁵.

A orientação técnica da campanha ficou a cargo de Olinto de Oliveira, que foi a ponte entre o DNCr e a CRCr. Na teoria havia uma diferença entre o vice-presidente de uma organização com fins filantrópicos e o diretor de um órgão federal, mas na prática isso se diluía. Ao jornalista Assis Chateaubriand, entusiasta de diversas campanhas de âmbito nacional cujos

²⁷⁴ Campanha de Redenção da Criança. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV

²⁷⁵ Segundo o estatuto da organização, a diretoria era responsável por traçar os planos de ação, estudar os assuntos relativos à campanha, resolver casos omissos e propor reformas do estatuto e a extinção da sociedade. A direção das atividades da CRCr ficou a cargo da presidência, que deveria praticar todos os atos necessários para sua execução. Por fim, aos vice-presidentes ficou a incumbência de colaborar com o trabalho da presidência nos trabalhos administrativos. FERREIRA, Annita Carpenter. *Op. Cit.*, 1945.pp. 4 e 5.

objetivos mais amplos visavam à integração e à modernização do país²⁷⁶, coube a função de incentivador, já aos *Diários Associados*, a função de serem porta-vozes da CRCr.

O papel desempenhado pela Legião Brasileira de Assistência, nesta ação coletiva, foi conferir à CRCr a estrutura burocrática necessária ao seu funcionamento. Criada em outubro de 1942, a LBA fazia parte dos esforços de guerra do Brasil e sua função inicial foi amparar as famílias dos soldados alistados, mas acabou por promover assistência social de uma forma mais ampla em todos os estados e territórios brasileiros.

Seu programa era extenso, incluindo ações de proteção à maternidade e à infância, de melhoria da saúde da população, de incentivo à educação popular, de elevação do nível de vida dos trabalhadores, de auxílio às associações beneficentes, ou seja, sempre ações voltadas para a população em estado de vulnerabilidade social (BARBOSA, 2017: 60).

A criação da LBA é um divisor de águas na história da assistência no país, pois pela primeira vez havia sido estabelecida uma instituição pública de assistência social com autoridade para atuar em todo o território nacional. Até aquele momento, ações de amparo social eram feitas exclusivamente por ações caritativas ou filantrópicas, que se caracterizavam por serem ações individuais ou coletivas, cujo alcance era restrito a um determinado local ou a um projeto assistencial. Sendo a caridade uma ação mais pontual, imbuída de uma moral religiosa, mas que contribuía para minimizar momentaneamente o sofrimento de uma pessoa pobre. Enquanto a filantropia, uma ação laica e que visava ser de utilidade social, consistia em uma ação continuada e refletida, visando a solução de um problema específico (SANGLARD e GIL, 2014:68).

O convênio criador da LBA conferiu a ela uma organização diferenciada. Nele foi estabelecido que a Confederação Nacional da Indústria e a Associação Comercial do Brasil fossem responsáveis por compor uma parte dos recursos com os quais a LBA financiaria a sua atuação. A outra parte seria financiada pelo Estado (OLIVEIRA e ALVES, 2020: 18 e 19). Assim, mais do que autoridade, a LBA possuía recursos financeiros que a permitiam colocar em prática suas ações assistenciais.

A reunião do voluntariado feminino legionário reforçou a tradição do exercício de atividades filantrópicas como uma extensão do papel maternal feminino (MOTT, 2005a; MOTT, 2005b). A LBA também foi responsável por dinamizar o desenvolvimento da

²⁷⁶ Estas campanhas ganharam fama pelo uso que o jornalista fazia da influência dos *Diários Associados* para pressionar as elites do país a fazerem suas doações. São exemplos de campanhas realizadas por Chateaubriand neste período: a Campanha pela Aviação Nacional, iniciada em 1941, e a campanha pela arrecadação de obras de artes para compor um museu de artes no país. Atualmente estas obras estão no Museu de Arte de São Paulo Assis Chateaubriand.

assistência social no Brasil, por meio da demanda por profissionais desta área para atuarem em sua estrutura burocrática e nos serviços assistenciais por ela fundados (BARBOSA, 2017: 63 a 65).

A LBA possuía uma estrutura burocrática bastante hierarquizada. A comissão central, cuja sede era localizada no Distrito Federal, era presidida pela primeira-dama, Darcy Vargas, e possuía dois membros designados pelas instituições copatrocinadoras da LBA²⁷⁷. Havia ainda as comissões estadual e municipal, que agiam conforme as determinações da comissão central. Esta hierarquia garantiu que as ações da LBA e a aplicação dos seus recursos fossem decididas de forma centralizada (OLIVEIRA e ALVES, 2020: 20). E foi este modelo burocrático que ela utilizou para a organização da CRCr.

A diretoria da CRCr funcionava no Distrito Federal e era dividida entre a LBA, o DNCr e os *Diários Associados*. Para agir nos estados ela contava com as comissões estaduais da LBA, que auxiliavam a visita das comissões técnicas itinerantes da campanha e a formação dos conselhos locais quando o posto de puericultura era fundado. Desse modo, a CRCr pode contar com uma estrutura que possuía amplitude nacional.

Ao DNCr competiu a elaboração de um manual técnico específico para a CRCr sobre as características de um posto de puericultura e os aparelhos e mobiliários necessários ao seu funcionamento. Para viabilizar a implantação destes postos pelo país, a CRCr elaborou um plano de ação que consistia em cinco etapas: planejamento da ação, definição da localização do posto, criação de uma entidade local da CRCr, garantia de recursos para a manutenção dos postos e a verificação do funcionamento dos postos²⁷⁸.

Para a etapa de planejamento e localização, a CRCr formou comissões técnicas para percorrer o país e elaborar estudos sobre as cidades que mais necessitavam de um posto de puericultura. Esta comissão foi formada por um técnico de DNCr e uma representante da LBA, preferencialmente uma assistente social. Foram formadas um total de seis comissões que percorreram os “estados do norte” (Mato Grosso, Bahia, Alagoas, Sergipe, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte, Ceará, Piauí, Maranhão, Pará, Amazonas e Território Guaporé), “do centro” (Espírito Santos, Goiás, Minas Gerais, Estado do Rio de Janeiro e São Paulo) e “do Sul” (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul), entre 1944 e 1945.

²⁷⁷ Os cargos de Secretário Geral e Tesoureiro Geral foram ocupados por Rodrigo Octávio Filho e João Daudt de Oliveira, respectivamente. Conforme indicação da Confederação Nacional da Indústria e da Federação das Associações Comerciais (OLIVEIRA e ALVES, 2020: 20).

²⁷⁸ FERREIRA, Annita Carpenter. *Op. Cit.*, 1945.pp. 9

O principal objetivo dessas comissões foi estabelecer relações com as autoridades estaduais e municipais, com a comissão estadual e municipal da LBA e com as associações de proteção à infância existentes. Este foi um ponto crucial para que a CRCr pudesse ter amplitude nacional, algo que não era possível ao DNCr antes da fundação dos Departamentos Estaduais da Criança, visto que estes últimos órgãos tinham a incumbência de executar a política materno-infantil conforme as normativas do DNCr.

A função das comissões técnicas seriam:

- I – Estudar a localização dos postos, dentro de cada Estado, e acordo com as necessidades mais urgentes, sem esquecer que a existência de certos recursos locais, tais como médico, enfermeira, assistente social e interesse pelo problema, seriam fatores indispensáveis de êxito nos primeiros postos;
- II- Constituir e empregar em cada lugar onde devesse ser erguido um posto, um conselho local, representante dos interesses da campanha;
- III – Garantir a manutenção dos postos,
- IV – Verificar as possibilidades de pessoal para funcionamento dos postos²⁷⁹.

A definição sobre a instalação de um posto em uma determinada localidade demandava que todos os requisitos listados acima fossem atendidos. Uma vez que, além da necessidade, era importante que fosse viável a manutenção do posto no local. Neste ponto, a preocupação com a oferta de profissionais da área de saúde foi frequente.

Importante ressaltar que o primeiro critério para a seleção de um local para a implantação do posto de puericultura era a indicação por parte do doador da CRCr. Uma vez que o doador optasse por escolher somente o estado onde o serviço seria instalado, ou deixasse isso ao encargo da CRCr, aí sim os relatórios elaborados pelas comissões técnicas seriam utilizados.

A condução do processo de implantação do posto de puericultura ficava a cargo do conselho local da CRCr. Este deveria ser formado pelo prefeito ou seu representante, o presidente da comissão municipal da LBA e o representante da associação de proteção à infância. A este conselho competia: receber as plantas baixas do projeto arquitetônico do posto de puericultura, elaborar orçamentos para a construção do posto, administrar os recursos enviados pela direção da CRCr, fiscalizar das obras, pagar os fornecedores e prestar de contas e do andamento dos trabalhos à direção da campanha.

Ainda durante a visita da comissão técnica verificava-se o interesse do estado e do município em custear o funcionamento do posto, que deveria ser tripartido entre LBA, estado

²⁷⁹ Idem, pp. 11 e 12.

e município²⁸⁰. A última etapa do trabalho da comissão técnica era averiguar a existência de profissionais de saúde na cidade ou em cidade próxima e se havia condições de formação de uma equipe para trabalhar no posto de puericultura. A pouca oferta de médicos e enfermeiras fora dos grandes centros urbanos levou a CRCr a organizar cursos de formação profissional em parceria com o DNCr e com as comissões estaduais da LBA, como veremos no capítulo 4.

Se atendessem a todos estes atributos, a cidade era selecionada para constar na lista daquelas aptas a receber o posto de puericultura da CRCr. No caso de a cidade escolhida pelo doador não ter passado por esta avaliação, montava-se uma comissão especial para estabelecer alianças locais, as quais custeariam a manutenção do posto e providenciariam os profissionais de saúde necessários, contratando os existentes ou financiando os custos em torno da formação de novos profissionais.

A relação estabelecida entre a diretoria central da CRCr e suas extensões estaduais, formadas pela LBA e municipais, com os conselhos locais, viabilizou a execução do projeto de implantação da rede nacional de postos de puericultura planejada pelo DNCr. A demora no desenvolvimento de uma estrutura burocrática com esta capacidade foi uma das dificuldades apresentadas pelo DNCr durante a gestão Olinto de Oliveira. Faltava ao órgão federal seus “braços” estaduais, os Departamentos Estaduais da Criança e os municipais, as Juntas da Infância. A CRCr funcionou, portanto, como este órgão executor das ações do DNCr. É importante assinalar, que ela era uma entidade filantrópica, portanto, não fazia parte da estrutura burocrática do DNCr.

Em 14 de janeiro de 1944, *O Jornal* anunciou a instalação dos primeiros postos de puericultura da CRCr. Informava ainda que estas primeiras construções resultavam dos inquéritos realizados pela comissão técnica da campanha nas regiões norte e sul do país²⁸¹, mas essa não foi a realidade para a maioria dos casos, uma vez que dos 59 postos criados pela CRCr, 41 tiveram sua localização escolhida pelo doador.

Na imagem 12, observaremos os locais onde foram instalados os postos de puericultura da CRCr.

²⁸⁰ Idem, *ibidem*.

²⁸¹ Sem título. *O Jornal*, 14 de janeiro de 1944.

elaborado pela comissão técnica para que fosse determinada a cidade onde seria realizada a construção do serviço²⁸³.

Ao observarmos o mapa, percebemos a concentração de postos construídos em São Paulo, que foi o estado que teve o maior número de postos de puericultura instalados pela CRCr, um total de 8. Somados aos 10 postos subsidiados pelo DNCr, o estado chegou ao número de 18. Minas Gerais, com 6 postos, e Rio Grande do Sul, com 5 postos, foram outros dois estados que mais foram aparelhados pela CRCr.

Além dos 59 postos de puericultura instalados pela CRCr com recursos oriundos de doações filantrópicas, o governo de São Paulo fez uma transferência de recursos públicos para a campanha no valor de Cr\$ 10.000.000,00 (dez milhões de cruzeiros)²⁸⁴. Este repasse garantiu ao estado a construção de mais 59 postos de puericultura²⁸⁵ que, somados aos outros 18 já construídos, chegou a um total de 77 postos. Esta doação reconhecia a CRCr como a executora do programa de proteção materno-infantil do DNCr.

São Paulo foi o estado mais bem aparelhado em termos de postos de puericultura ao final do primeiro quinquênio de existência do DNCr. Considerando que a população do estado de São Paulo era de 7.180.936 habitantes em 1940, a relação entre o número de habitantes e o quantitativo de postos de puericultura ficou em 93.250 habitantes por posto. Um coeficiente ainda muito acima daqueles 10 a 20 mil habitantes por postos de puericultura considerados como ideais por Olinto de Oliveira. Mas este número nos ajuda a compreender o porte do projeto pretendido pelo DNCr, de implantar uma rede de postos de puericultura no país.

Como dito, os recursos financeiros utilizados pela CRCr para a construção de postos de puericultura deveriam ser obtidos por meio de doações, que poderiam ser conferidas por

²⁸³ O anexo 3 traz o quadro indicativo das cidades que tiveram postos de puericultura instalados pela CRCr e seus respectivos doadores.

²⁸⁴ Segundo o orçamento realizado pela diretoria da CRCr, o valor de construção de um posto de puericultura variava entre Cr\$ 100.000,00 e Cr\$ 200.000,00, a depender do local da construção, e os custos de mobiliário e aparelhamento custava em torno de Cr\$ 20.000,00. O que fazia com que o custo total de um posto de puericultura oscilasse entre Cr\$ 120.000,00 e Cr\$ 220.000,00. O valor apresentado pela CRCr foi o dobro daquele apresentado pelo DNCr. FERREIRA, Annita Carpenter. *Op. Cit.*, 1945. Anexo b.

²⁸⁵ No mapa aparecem 22 marcações de postos em São Paulo, mas somente 8 se referem a postos construídos com recursos filantrópicos. Desse modo, os outros 14 indicam postos construídos com recursos públicos do estado de São Paulo. Os postos de puericultura em construção no Estado de São Paulo, no ano de 1945, se localizavam nas seguintes cidades: Araras, Avaré, Bertioga, Birigui, Botucatu, Caçapava, Casa Branca, Catanduva, Franca, Itapira, Itápolis, Itu, Jundiá, Lindóia, Marília, Mococa, Monte Alto, Monte Azul, Penápolis, Pinhal, Piracicaba, Piraju, Pompéia, São Carlos, São José dos Campos, Tanabi, Taquaritinga, Tupã, Vila Prudente e Viradouro. Os postos cuja construção estava prevista, mas ainda não havia iniciado, se localizavam nas seguintes cidades: Analândia, Apiai, Assis, Batatais, Cananéia, Cruzeiro, Guararapes, Guarujá, Iguape, Itanhaem, Itapeva, Itapuí, Itararé, Limeira, Manduri, Mirassol, Óleo, Olímpia, Pederneiras, Piedade, Pirassununga, Ribeira, Salto, São José do Barreiro, São Pedro, Tambaú, Tatuí, Vera Cruz e Xiririca. FERREIRA, Annita Carpenter. *Op. Cit.*, 1945. pp.25 e 26.

particulares ou pelo poder público. A captação de doadores para a campanha ficou a cargo de Assis Chateaubriand.

Uma prática de Chateaubriand, ao divulgar alguma campanha, era a realização de inquéritos. Por meio deles, Chateaubriand buscava autoridades que falassem sobre determinados assuntos de forma a convencer seu público da relevância de uma determinada ação²⁸⁶. Com relação a CRCr, ele elaborou um inquérito com médicos especialistas, solicitando pareceres a respeito da urgência em se combater a mortalidade infantil.

Estes pareceres foram publicados em *O Jornal* e, ao longo desta divulgação, foram feitos convites à contribuição na CRCr. Dias antes do lançamento oficial da CRCr, Chateaubriand escreveu um artigo, “Sua Majestade a criança”, no qual convidava as grandes fortunas do país a contribuir com a campanha em prol da infância²⁸⁷.

Entre o início da campanha, dezembro de 1943, e o encerramento dos dados publicados no relatório da CRCr, maio de 1945, a CRCr arrecadou o valor de Cr\$ 11.000.000,00 (onze milhões de cruzeiros)²⁸⁸. Em 17 meses de existência, a *Campanha de Redenção da Criança* arrecadou um pouco mais da metade do orçamento do DNCr para o período de 1939 e 1945. Estes recursos foram reunidos a partir de doações realizadas por pessoas físicas e jurídicas²⁸⁹, foram arrecadadas um total de 42 doações. Dentre os doadores, os industriários e as indústrias foram os mais frequentes, como veremos no gráfico 3.

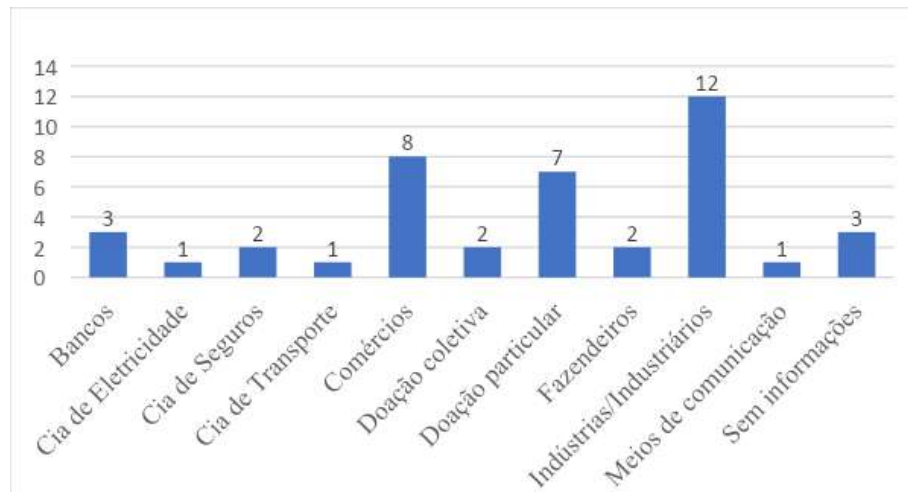
²⁸⁶ Uma ação similar a esta foi realizada por Chateaubriand em 1927, quando inquiriu personalidades e figuras públicas sobre a atuação de Guilherme Guinle como filantropo para fazer-lhe uma homenagem. (SANGLARD, 2008b: 99).

²⁸⁷ CHATEAUBRIAND, Assis. Sua majestade a criança. *O Jornal*, 12 de dezembro de 1943.

²⁸⁸ FERREIRA, Annita Carpenter. *Op. Cit.*, 1945. Anexo a.

²⁸⁹ Classificamos como “doação particular” todas aquelas que não foram feitas em nome de empresas. A nomenclatura “doação coletiva” corresponde a duas doações: uma feita em nome de vários sindicatos, mas sem nenhuma indicação de quais eram, e a segunda feita em nome da colônia sírio-libanesa. Com relação às pessoas jurídicas, optamos por classificar o ramo da empresa conforme apresentado nos jornais ao ser anunciada a doação. Algumas destas doações foram identificadas na lista de doadores publicada no relatório da CRCr com o nome do dono da empresa, o que nos levaria a crer que foram feitas por pessoas físicas, mas consideramos a forma como foram anunciadas nos jornais.

Gráfico 3 - Doadores da Campanha de Redenção da Criança.



Fonte: Elaborado pela autora, 2020. FERREIRA, Annita Carpenter. *Op.Cit.*, 1945. Anexo a.

Este gráfico confirmou uma informação publicada em *O Jornal*, que dizia que as doações à CRCr vinham reunindo a “nova geração dos chefes de indústrias” do país²⁹⁰. A participação ativa dos industriários e das indústrias nesta campanha reflete um movimento por parte deste grupo de incorporação ao processo de tomada decisões no país (LEVINE, 2001:84).

A identificação desse grupo econômico como a “nova face da filantropia” representa uma estratégia adotada pelos industriais de renovar a visão que políticos, profissionais e reformistas de uma forma geral possuíam com relação a eles. Esse processo foi ampliado pelo bom momento que a indústria nacional viveu durante a Segunda Guerra Mundial, ao ajustar o incipiente parque industrial brasileiro às necessidades dos países aliados. Assim, além de produtos como carne, borracha e arroz, as exportações brasileiras viram aumentar a demanda por produtos manufaturados, principalmente os têxteis (ABREU, 2013: 201).

Diante do objetivo de alcançar um país mais produtivo, eficiente e moderno, com um padrão de vida melhor para todos, os industriais de orientação mais reformista procuraram assumir a liderança na reorganização das relações industriais e na construção de uma nova sociedade urbano-industrial. Para isso, esse grupo passou a promover ações de proteção ao “capital humano” do país, que revertissem o problema da mortalidade infantil, “da educação deficiente e da ignorância em matéria de higiene” (WEINSTEIN, 2000: 100).

Se para os industriários a guerra representou uma melhoria nos seus negócios, para o trabalhador ela significou carestia no custo de vida. O poder de compra dos salários diminuiu e

²⁹⁰ Sem título. *O jornal*, 13 de janeiro de 1944.

buscando evitar convulsões sociais, organizações públicas e privadas aumentaram seus esforços no sentido de ampliar serviços sociais e de assistência filantrópica às famílias operárias. O SAPS, por exemplo, criou mais restaurantes e postos de abastecimentos, oferecendo alimentos a um custo menor que o do mercado (WEINSTEIN, 2000:123). Este cenário justificou o empenho em se implantar postos de puericultura em São Paulo, por exemplo, mas, segundo Weinstein, as ações efetuadas para minorar a crescente pobreza dos trabalhadores paulistas tiveram poucos resultados (WEINSTEIN, 2000:124).

Ao final da gestão Olinto de Oliveira no DNCr, o número de postos de puericultura erigidos foi de 185, sendo: 67 subsidiados pelo DNCr e construídos por associações de proteção à infância ou prefeituras, 59 custeados com recursos oriundos da CRCr captados por doação filantrópica e 59 subvencionados com recursos do governo estadual de São Paulo. A partir destas informações, podemos afirmar que as doações filantrópicas exerceram papel relevante para a construção da rede nacional de postos de puericultura pretendida pelo DNCr.

Ao analisarem o efeito da participação do Estado na promoção de política sociais, Barry e Jones afirmam que, ao invés de supor que a ação estatal substituiu as ações filantrópicas, é mais plausível supor que as duas agiram concomitantemente (BARRY e JONES, 1991:3). Esta análise ajuda a entender a ação da filantropia em prol da política materno-infantil varguista. E a relação estabelecida entre o DNCr e a CRCr são um exemplo desta atuação conjunta entre Estado e filantropia.

Para o DNCr, a CRCr significou a possibilidade de instalação de uma estrutura burocrática centralizada e com alcance nacional com capacidade operacional de implantar postos de puericultura pelo país. Somava-se a isso, a capacidade de captação de recursos financeiros, que lhe dava condições de custear esse ambicioso projeto. Desse modo, o DNCr tinha autoridade legal para coordenar ações de proteção materno-infantil e a CRCr tinha a capacidade de operacionalizar a execução destas ações.

O fim da guerra marcou o início de uma nova fase para a LBA, o escopo de suas atividades foi revisto e sua atuação se voltou ao amparo materno-infantil. Em 1946, a CRCr foi incorporada à LBA, deixando de existir juridicamente, mas a relação entre a LBA e o DNCr foi mantida por meio de um convênio firmado entre as partes, que consistiu em repasses de verbas da LBA para ações de proteção materno-infantil do DNCr.

Capítulo 4 – A formação dos puericultores: as estratégias educativas para leigos e profissionais

O objetivo deste capítulo é analisar as estratégias educativas utilizadas pelo DNCR para capacitar leigos e profissionais da saúde no campo da puericultura. Vamos tratar dos cursos oferecidos para os médicos, visando o aperfeiçoamento e especialização em puericultura, dos cursos dirigidos para mulheres, intencionando o treinamento de enfermeiras, assistentes sociais, auxiliares de puericultura e professoras (psicopedagogas)²⁹¹ e das publicações técnicas do DNCR voltadas tanto para médicos quanto para leigos.

A historiografia indica que a falta de profissionais de saúde foi um dos grandes desafios enfrentados pelas políticas de assistência e de saúde pública. As educadoras e as visitadoras sanitárias, por exemplo, começaram a ser formadas na década de 1920, mas ainda era pequeno o número de profissionais disponíveis em 1940 (SANTOS e FARIA, 2006; CAMPOS, 2008). Os médicos e outros profissionais em saúde pública eram praticamente inexistentes. Os cursos do DNCR foram, portanto, parte desse esforço de formação de profissionais de saúde pública especializados em puericultura, mas também tiveram papel importante na propagação, em larga escala, da cultura sanitária da puericultura entre os leigos que atuavam na prestação da assistência materno infantil.

4.1 – Os especialistas em puericultura: médicos e visitadoras sanitárias

Durante as primeiras décadas do século XX, a formação profissional em pediatria e puericultura no Distrito Federal ocorreu em cursos livres oferecidos fora da cátedra da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (FMRJ). Conforme analisam Sanglard e Ferreira, essa *práxis* deveu-se a um emaranhado complicado de relações entre a FMRJ, a Santa Casa de Misericórdia e os personagens envolvidos com a institucionalização da pediatria e da puericultura no Distrito Federal. O fato é que a institucionalização destas especialidades ocorreu em espaços independentes com relação à FMRJ, ou seja, “em clínicas, dispensários, enfermarias, lactários e creches de entidades privadas que adotavam o modelo médico-filantrópico” de assistência materno-infantil ²⁹². Nestes locais, médicos pediatras e

²⁹¹ Nas listagens dos cursos de puericultura referentes aos anos de 1945 e 1946, constam o Curso de Orientação Psicopedagógica.

²⁹² Os locais e profissionais que os autores fazem referência são: o Dispensário do Instituto de Proteção e Assistência Materno-Infantil, à cargo do Dr. Carlos Arthur Moncorvo Filho; a Policlínica de Crianças da Santa

puericultores prestavam assistência à criança pobre e ensinavam a pediatria e a puericultura na condição de professores livres-docentes²⁹³ em cursos por eles oferecidos. Somente em 1928, com a posse de Luiz Pedro Barbosa (1870-1949), catedrático na cadeira de clínica de pediatria médica e higiene infantil, é que a formação na especialidade passou a ser ofertada também na FMRJ (SANGLARD e FERREIRA, 2010).

Paralelamente a estes cursos de livre-docência, ocorriam outros cursos cuja proposta era habilitar médicos em puericultura, para que pudessem cuidar preventivamente da saúde das crianças e instruírem as mulheres, sobretudo as que atuavam como auxiliares em serviços assistenciais, sobre cuidados higiênicos que deveriam ser adotados cotidianamente. Acreditava-se que, instruídas em noções básica de puericultura, essas mulheres se tornariam multiplicadoras das noções de higiene infantil entre outras mulheres.

Um exemplo desses cursos livres foi o “Curso Popular de Higiene Infantil”, oferecido pelo Instituto e Proteção e Assistência à Infância (IPAI), em 1915, cuja frequência contou com médicos, parteiras, estudantes de medicina, senhoras da nossa ‘elite’ social, professores, engenheiros, advogados, oficiais da Marinha e do Exército, funcionários públicos, comerciantes, industriais, etc.”²⁹⁴ Nos anúncios realizados entre os meses de julho e de setembro de 1915, o jornal *Correio da Manhã* ressaltou o aumento da frequência feminina²⁹⁵. Acreditamos que este aumento foi resultado da ampla divulgação dos cursos nos jornais e, sobretudo, devido à presença de mulheres da elite carioca entre as inscritas²⁹⁶. Uma das finalidades do curso era orientar as mulheres que atuavam de forma filantrópica em instituições de assistência. Inferimos ainda, que estas mulheres pertenciam ao grupo Damas da Assistência, que realizava este tipo de trabalho no IPAI.

O “Curso Popular de Higiene Infantil” foi organizado em vinte e sete (27) palestras, que foram proferidas por Moncorvo Filho e especialistas atuantes nos serviços do Dispensário Moncorvo. O programa do curso foi dividido em dois momentos: o primeiro denominado “higiene privada” e o segundo denominado “higiene pública”. Cada uma destas partes do

Casa de Misericórdia, dirigida pelo Dr. Antônio Fernandes Figueira; e a Policlínica de Botafogo, dirigida pelo Dr. Luiz Barbosa (SANGLARD e FERREIRA, 2010).

²⁹³ A Reforma Rivadávia Correa implantou nas universidades brasileiras a categoria do professor livre-docente. A partir daí, quem desejasse oferecer um curso equiparado ao currículo universitário apresentaria um trabalho à congregação da faculdade e, sendo aprovado, estava autorizado a fornecer o curso. (SANGLARD e FERREIRA, 2010:446 e 449).

²⁹⁴ Pela Higiene Infantil. *A Época*, 15 de junho de 1915.

²⁹⁵ Higiene Infantil – As preleções do Dr. Moncorvo. *Correio da Manhã*, 09 de julho de 1915.

²⁹⁶ Higiene da Infância. *Correio da Manhã*, 27 de setembro de 1915.

programa contemplava temas comuns ao tratamento das crianças lactentes e das crianças em idade escolar²⁹⁷.

Este curso reproduz o arranjo social entre médicos e a filantropia feminina de elite que sustentou a institucionalização da pediatria e da puericultura até 1930. Acreditamos que os outros cursos oferecidos naquele momento tenham características similares aos ofertados pelo IPAI. Quando Luiz Barbosa conquistou, por concurso, a cadeira de clínica pediátrica médica e higiene infantil da FMRJ, a formação em pediatria e puericultura começa, de fato, a se especializar. (SANGLARD e FERREIRA, 2010: 450).

Neste momento já vigorava o “código sanitário de 1920” do DNSP, pelo qual a visitadora sanitária foi inserida como uma nova categoria profissional do campo da saúde²⁹⁸. Cabia a esta profissional complementar o trabalho do médico, por meio de ações de vigilância higiênica e de educação sanitária. Sua atuação consistia em visitar os lares para verificar se as prescrições médicas estavam sendo seguidas e ensinar, na prática, como estas recomendações deveriam ser executadas. A primeira turma de visitadoras foi formada pelo DNSP no DF em 1920. (MASCARENHAS, MELO e SILVA, 2016:223).

A IHI, subordinada ao DNSP, também ofereceu cursos para a formação de quadros profissionais dos serviços oficiais de higiene infantil. Foram ofertados cursos para especialização de médicos em pediatria e puericultura e para a formação de visitadoras sanitárias²⁹⁹. Houve também a oferta de cursos para a educação sanitária das mães, a exemplo do que era oferecido em entidades como o IAPI.

O curso para formação de visitadoras sanitárias ocorria em regime de internato e o voltado para a instrução de professoras, em regime de externato³⁰⁰. A partir de uma ação

²⁹⁷ A parte destinada à “higiene privada” referia-se às questões sobre alimentação e morbidades na infância, ou seja, tratava questões relativas ao modelo higiênico de cuidado com a criança, especialmente aquelas em fase de amamentação. Das dezesseis aulas que compuseram esta parte do curso, a metade se dedicou a tratar de temas relacionados ao aleitamento natural ou artificial. A relevância do tema “alimentação infantil” no curso refletia o já citado consenso entre os médicos pediatras e puericultores em atribuir aos hábitos alimentares difundidos entre as mães pobres a responsabilidade pelas mortes entre lactentes. A segunda parte do curso, denominada “higiene pública da criança”, compreendeu onze aulas sobre a história da assistência à infância no país e sobre a relevância dos serviços prestados pelo IPAI. Esta parte do curso ensinava as estratégias adotadas pela entidade para difundir seu modelo de assistência à infância. MONCORVO FILHO, Carlos Arthur. *Higiene Infantil, I – Higiene privada da criança*. Imprensa Nacional: Rio de Janeiro, 1917. p.2

²⁹⁸ Trata-se do Decreto nº 14.354, de 15 de setembro de 1920, pelo qual foi aprovado um novo regulamento para o Departamento Nacional de Saúde Pública, em substituição do que acompanhou o decreto n. 14.189, de 26 de maio de 1920. (MASCARENHAS, MELO e SILVA, 2016:222).

²⁹⁹ Pela Infância. *O País*, 27 de abril de 1923.

³⁰⁰ Departamento Nacional de Saúde Pública. *Brasil Médico*, Rio de Janeiro, ano XLI, n. 5, 29 de janeiro de 1927, p. 105.

conjunta com a Associação Brasileira de Educação (1924), a IHI passou a ofertar “cursos de férias” de puericultura para as professoras.

A historiografia indica que as professoras primárias exerceram um papel relevante na educação em higiene e em higiene infantil, sobretudo, quando o número de visitadoras sanitárias formadas era ainda reduzido. A convocação de professoras para estes cursos é justificada, especialmente, por já possuírem a “noção educativa”, ou seja, noções de didática, além de falarem para um público diversificado de alunos e mães (FARIA, 2006: 187). Para Kuhlmann, a formação sanitária da professora indica um projeto de educação, acima de tudo para as classes populares, que enfatizava a disciplina e a aprendizagem da norma sanitária, o que configurava a “educação assistencialista” (KUHLMANN, 2000:8).

O objetivo do trabalho da visitadora sanitária era divulgar entre a população pobre as noções de higiene e higiene infantil, formando uma consciência sanitária na população. O trabalho desta profissional era característico da política de saúde pública, que considerava que muitos problemas de saúde tinham origem nos “maus hábitos” da população. Desse modo, a educação sanitária poderia minimizar esses efeitos. As visitadoras seriam as “mensageiras da saúde” (FARIA, 2006: 189).

Nesse sentido foi criada no Hospital Abrigo Arthur Bernardes a *Escola de futuras mães*, que oferecia também os cursos de puericultura para mães, daí o nome da escola ³⁰¹. Neste local realizavam-se os cursos para formação de visitadoras sanitárias, com vistas a habilitá-las para atuarem como auxiliares nos consultórios de higiene infantil, assim como para o acompanhamento domiciliar das crianças atendidas nesses locais. O espaço dedicado à escola contava com oito quartos mobiliados, um refeitório e uma sala de recepção, a qual se localizava em uma ala separada do movimento do hospital ³⁰².

A primeira turma do curso foi oferecida no ano de 1926 e contou com a matrícula de 12 alunas, que foram convidadas pelo Dr. Fernandes Figueira a participar do mesmo, todas pertencentes a famílias das elites carioca e paulista, foram elas: Irene Fernandes Figueira (filha de Fernandes Figueira), Maru de Azevedo, Maria Pereira de Queiroz, Cora Moraes de Barros, Jacy Pego de Amorim, Myrian Rodrigues Cintra, Maria Virginia Carvalho de Mendonça, Eudoxia Cardoso, Clotilde de Freitas, Gilda Lefevre, Adelina de Freitas e Ruth Ferreira de

³⁰¹ A criança e os meios de protegê-la – O que é necessário fazer – O programma do professor Fernandes Figueira. *O Paiz*, 30 de janeiro de 1925.

³⁰² NEVES, A. O abrigo-hospital Arthur Bernardes – A ação da Inspetoria de Higiene Infantil pela saúde das crianças. *O Paiz*, 3 de outubro de 1926.

Almeida³⁰³. O convite reflete um contexto no qual mulheres de classes média e alta urbana estavam sendo convocadas para o exercício de profissões correlatas às suas características “biológicas”. Cabia à mulher o exercício de atividades relacionadas ao “cuidar” (MOTT, 2001:211).

No jornal *O País* é informado que duas alunas habilitadas pelo curso seguiram para São Paulo, sua cidade natal, e foram imediatamente incorporadas aos serviços de higiene infantil da capital³⁰⁴. Ao pesquisarmos a trajetória profissional das mulheres que realizaram este curso inaugural da *Escola de futuras mães*, verificamos que algumas delas atuaram profissionalmente com crianças. Esse foi o caso da senhorita Myrian Rodrigues Cintra, professora da Escola Maternal da Fundação Paulista de Assistência à Infância³⁰⁵ e das senhoritas Maria Pereira de Queiroz e Clotilde de Freitas, que atuaram em associações de assistência à infância em suas cidades. A senhorita Maria Pereira de Queiroz foi membro da Federação Brasileira pelo Progresso Feminino e da associação “A união infantil”³⁰⁶ e a senhorita Clotilde de Freitas foi conselheira da associação recreativa “A tarde da criança”³⁰⁷, ambas paulistas. Com relação às demais alunas, muitas informações encontradas foram sobre suas vidas sociais, não localizamos nenhuma informação que apontasse para participações em atividades assistenciais de cuidado com a infância, mas não podemos afirmar que não as tenham exercido.

O curso de visitadora sanitária apresentava duração de três meses³⁰⁸. No decorrer desse período, as alunas internas ficavam sob a direção de Carlota Pereira de Queiroz³⁰⁹, que à época já era reconhecida pedagoga paulista, diretora da Escola Noturna Feminina de São Paulo, e recém-formada em medicina pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

O programa do curso de visitadora sanitária, oferecido pela IHI, dividiu-se entre aulas teóricas e práticas. A parte teórica compreendia noções de dietética e de fisiologia infantil e foram ministradas pelo Dr. Adamastor Barbosa, que nesta época era inspetor sanitário do DNSP. Nestas aulas, as alunas estudavam questões referentes à higiene alimentar, a evolução

³⁰³ Somente as oito primeiras cursistas foram diplomadas. *Escola de futuras mães. Correio da Manhã*, 10 de setembro de 1926.

³⁰⁴ NEVES, A. O abrigo-hospital Arthur Bernardes – A ação da Inspetoria de Higiene Infantil pela saúde das crianças. *O Paiz*, 3 de outubro de 1926.

³⁰⁵ Instrução Pública. *Correio Paulistano*, 10 de janeiro de 1929. p.9

³⁰⁶ A União Infantil. *Diário Nacional*, 27 de junho de 1930. p. 7

³⁰⁷ A tarde da criança. *Correio Paulistano*, 26 de novembro de 1921. p. 3

³⁰⁸ O curso de visitadora sanitária oferecido pela IHI ocorria três vezes ao ano, no período de março a junho, junho a setembro e setembro a dezembro, sendo o período de dezembro a março destinado às férias dos funcionários do serviço. Com relação ao curso de formação em puericultura para professoras, não localizamos informação de frequência nos documentos pesquisados.

³⁰⁹ *Escola de futuras mães. Correio da Manhã*, 10 de setembro de 1926.

normal da criança e o seu desenvolvimento psíquico, intelectual e moral ³¹⁰. O objetivo das aulas práticas era o ensino das rotinas de cuidados com a criança. Este treinamento era realizado nas enfermarias do hospital, sob a supervisão da enfermeira alemã Alice Richter³¹¹, contratada especialmente para atuar nos cursos de puericultura ³¹².

No caso da Bahia, estado que firmou convênio com o governo federal para instalação do serviço de higiene infantil, embora o ensino da pediatria e da puericultura tenha se institucionalizado no interior da Faculdade de Medicina da Bahia, devido à atuação de Martagão Gesteira, os espaços assistenciais da LBCMI também serviram à formação profissional para médicos e para as visitadoras sanitárias. Com a fundação da Policlínica Arnaldo Batista Marques, em 1930, o ensino prático da cadeira de clínica médica pediátrica e higiene infantil da FMBA passou a acontecer em suas enfermarias (RIBEIRO, 2011:97). Os cursos de visitadoras sanitárias eram oferecidos pela entidade desde 1923, primeiro por meio do convênio com o SHI e depois mantido pela entidade filantrópica e pelo acordo assinado com o governo estadual.

A historiografia indica a carência de profissionais qualificados como um dos grandes entraves para que o sistema de saúde pública pudesse ser estendido às regiões interioranas do Brasil. Como vimos no capítulo 1, a finalidade desta expansão estava em consonância com o projeto de burocratização do Estado brasileiro promovido por Getúlio Vargas. Neste contexto, a expansão e normatização das profissões de saúde estavam entre as orientações das reformas sanitárias fomentadas pelo ministro Gustavo Capanema no Ministério da Educação e Saúde Pública e conduzidas por Barros Barreto no DNS (FONSECA, 2007:196 a 208). Este processo criou uma agenda por cursos de formação para profissionais de saúde para o DNS e a partir de 1940, para o DNCr. Agenda essa que estava prevista nas reformas promovidas pelo ministro Gustavo Capanema, em 1937 e 1941³¹³. Na agenda internacional, a formação de profissionais em saúde era discutida em fóruns, como as conferências da Oficina Sanitária Pan-americana.

³¹⁰ Escola de futuras mães. *Correio da Manhã*, 10 de setembro de 1926.

³¹¹ A respeito da enfermeira Alice Richter, localizamos em nossas pesquisas que ela era membro da comunidade de imigrantes alemães residentes em Santa Catarina. A respeito de sua atuação profissional localizamos somente a informação de que atuou na *Escola de futuras mães*. Casou-se em 1935, com o Dr. Godofredo Luce, quando possivelmente retornou ao estado de Santa Catarina, onde faleceu em 15 de junho de 1980. Notas Locais. *Correio do Povo*, 7 de dezembro de 1935; Nota de Agradecimento. *Correio do Povo*, 21 a 27 de junho de 1980.

³¹² Escola de futuras mães. *Correio da Manhã*, 10 de setembro de 1926.

³¹³ Em 1941, o ministro Gustavo Capanema promoveu uma nova reforma no MES procurando deixar mais centralizada a atuação dos órgãos federais de saúde nos estados. Para isso foram criados os serviços nacionais de saúde, eles permitiram uma maior coordenação das ações federais e a sua ampliação. Cada secretaria possuía um diretor ligado diretamente ao DNS que acompanhava o trabalho desenvolvido localmente, reportando os resultados ao departamento central (DNS).(HOCHMAN e FONSECA, 2000:180 e 181).

A execução das agendas nacional e internacional foi viabilizada, no Distrito Federal, por meio do Curso Especial de Higiene e Saúde Pública, oferecido na FMRJ e, a partir de abril de 1941, pelo Curso de Saúde Pública, que funcionava anexo ao Instituto Oswaldo Cruz e subordinado ao DNS. As agendas também se cumpriam por meio da especialização de sanitaristas brasileiros na *Johns Hopkins School of Public Health*, da participação de especialistas brasileiros em órgãos internacionais, da realização de convênios de cooperação entre agências e da criação de instituições brasileiras de saúde com financiamento e cooperação técnica procedente dos Estados Unidos. O SESP é um exemplo ³¹⁴. (SANTOS e FARIA, 2006: 305; CAMPOS, 2008: 882).

A criação do INP, em 1937, pretendia conferir um novo fôlego à organização de cursos de formação profissional em puericultura. Uma das finalidades deste órgão era formar um corpo de profissionais, médicos e técnicos, que atuasse conforme as normativas da política materno-infantil. No entanto, os problemas em torno de sua instalação e de seu funcionamento, como vimos no cap 2 impediram que fossem oferecidas outras turmas regulares de formação profissional, além da cátedra de puericultura e clínica da primeira infância. Um exemplo disso é que o curso para formação de visitadoras sanitárias de puericultura e o curso de puericultura para as mães só foram oferecidos uma vez ³¹⁵.

Com o fechamento do INP, em 1941, a formação de profissionais para atuar em serviços de proteção materno-infantis passou a ser competência do DNCR. Ao DNCR competia “divulgar todas as modalidades de conhecimentos (...) para o fim de dar aos que tenham, por qualquer forma, o mister de tratar da maternidade ou de cuidar da infância e da adolescência os convenientes ensinamentos desses assuntos (...)”³¹⁶.

Segundo os relatórios elaborados pelas comissões da CRCr, que viajaram pelo interior para estudar a viabilidade da instalação de postos de puericultura, a convocação de pessoal para compor o corpo clínico destes serviços foi “a mais séria dificuldade encontrada pelas comissões. Elas verificaram a inexistência de pessoal eficiente em quase todos os lugares visitados e, em muitos deles, a falta absoluta de médicos, enfermeiras e assistentes sociais”.³¹⁷

³¹⁴ Conforme aponta Fonseca, apesar de atuar de forma autônoma com relação ao DNS, ambos os órgãos, DNS e SESP, partilhavam princípios e ideias (FONSECA, 2007:182).

³¹⁵ Boletim das atividades do serviço. *Boletim do Instituto de Puericultura*: Rio de Janeiro: 1940, ano 3, número 1, pp.75. Boletim das atividades do serviço. *Boletim do Instituto de Puericultura*: Rio de Janeiro: 1940, ano 3, número 2, pp.153.

³¹⁶ BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. Decreto-Lei Nº 2.024, de 17 de fevereiro de 1940. *Op. Cit.*

³¹⁷ FERREIRA, Annita Carpenter. *Op. Cit.*, 1945. p.12.

Diante da carência de profissionais, especialistas em puericultura, médicos e visitadoras sanitárias, o DNCr definiu que o posto de puericultura deveria ter um corpo clínico mínimo: um médico puericultor e uma auxiliar de puericultura³¹⁸. Esta orientação buscava contornar o problema enfrentado da pouca disponibilidade de profissionais de saúde especializados, sobretudo se considerarmos as regiões mais afastadas dos centros urbanos do país. O DNCr então, a exemplo do que vinha sendo feito pelo DNS, deu início aos cursos para formação de profissionais especialistas em puericultura.

4.1.1 – Postos de Puericultura sem puericultores?

A implantação dos postos de puericultura demandava a formação de profissionais especialistas em puericultura. Para isso o DNCr criou o *Curso de Puericultura e Administração de Serviços de Amparo à Maternidade, à Infância e à Adolescência*³¹⁹. No entanto, este curso nem foi oferecido, uma vez que o DASP avaliou que ele não atendia às demandas do departamento por profissionais de níveis de formação diversos, que é a dos auxiliares aos cargos dirigentes. Assim, no ano seguinte, foi editado um novo decreto que permitiu a oferta de cursos de especialização para médicos e de auxiliares para mulheres portadoras de diploma de nível ginásial.

A avaliação do curso proposto pelo DNCr foi feita por Luiz Simões Lopes, presidente do Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP), órgão responsável pela implementação da política de racionalização do serviço público e de qualificação do funcionalismo durante a Era Vargas (MARIANI, 2001). Segundo essa avaliação, o curso criado em 1942 não correspondia às demandas apuradas por meio dos inquéritos feitos nos estados a respeito da proteção materno-infantil, que apontavam uma carência significativa de profissionais, tanto médicos como auxiliares³²⁰. Essa análise confirma a avaliação feita por Olinto de Oliveira e expressa no relatório de viagem que emitiu ao ministro Gustavo Capanema e ao presidente Getúlio Vargas, no qual destacou a relevância da formação de pessoal

³¹⁸ OLIVEIRA, Olympio Olinto de. *Postos de Puericultura*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1944. pp. 7.

³¹⁹ BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. Decreto-Lei N.º 4.730, de 23 de setembro de 1942. Dispõe sobre a organização, no Departamento Nacional da Criança, de um curso de puericultura e de administração de serviços de amparo à maternidade, à infância e à adolescência e dá outras providências. Retirado do site <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-4730-23-setembro-1942-414769-publicacaooriginal-1-pe.html>. Consultado em 13 de março de 2020.

³²⁰ Inquérito promovido pelo Ministério da Educação e Saúde junto aos estados sobre realizações administrativas durante o governo Getúlio Vargas no período de 1930 a 1938. Arquivo Gustavo Capanema. GC i 1938.00.00/1. CPDOC/FGV.

“tecnicamente instruído e treinado” e a de visitadoras sanitárias para o bom funcionamento dos serviços de puericultura, como vimos no cap. 1.

Simões Lopes recomendava que fossem criados cursos de capacitação abrangentes a outras categorias profissionais, uma proposta mais ampla que a seguida pelo DNCr, que consistia, somente na formação de médicos puericultores. Outra preocupação expressa pelo DASP foi quanto ao período necessário para que fossem apresentados aos alunos as matérias relevantes à gestão e ao correto exercício dos serviços materno-infantis, sem desconsiderar a celeridade por profissionais aptos a atuarem nos postos em implantação ³²¹. Após a aprovação desta revisão, foi publicado o Decreto-Lei n.º 5. 912, de 25 de outubro de 1943, que criou uma coordenação de cursos, uma nova divisão no interior do DNCr. Os cursos teriam as seguintes finalidades:

- a) formar pessoal habilitado a organizar e dirigir serviços de proteção maternidade, à infância e a adolescência;
- b) promover o aperfeiçoamento ou a especialização de médicos para serviços de proteção à maternidade, à infância e à adolescência;
- c) formar pessoal habilitado a executar serviços técnicos auxiliares, referentes à finalidade do Departamento Nacional da Criança ³²².

Para atender às estas novas finalidades foram oferecidas três modalidades de cursos: Curso de Puericultura e Administração; Cursos de Aperfeiçoamento e Especialização de Médicos e Cursos de Treinamento de Pessoal Auxiliar. No quadro abaixo apresentamos as principais características de cada um deles.

³²¹ LOPES, Simões. Ofício enviado ao presidente Getúlio Vargas. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

³²² BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. Decreto-Lei N.º 5912, de 25 de outubro de 1943. Transforma o Curso de Puericultura e Administração de Serviços de Amparo à Maternidade, à Infância e à Adolescência, a que se refere o decreto-lei n. 4.730, de 23 de setembro de 1942, em Cursos do Departamento Nacional da Criança e dá outras providências. Retirado do site <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-5912-25-outubro-1943-415923-publicacaooriginal-1-pe.html>. Consultado em 13 de março de 2020.

Quadro 4 - Cursos do Departamento Nacional da Criança

Modalidade	Objetivo do curso	Requisitos para inscrição no curso	Duração do curso
Curso de Puericultura e Administração (CPA)	Formar médicos puericultores capazes de organizar e dirigir serviços de proteção à maternidade, à infância e à adolescência em qualquer parte do território nacional.	Médico diplomado e aprovação em concurso de admissão.	12 meses
Cursos de Aperfeiçoamento e Especialização de Médicos (CAEM)	Promover o aperfeiçoamento e a especialização de médicos sobre assuntos relativos à proteção à maternidade, à infância e à adolescência.	Médico diplomado.	3 a 6 meses
Cursos de Treinamento de Pessoal Auxiliar (CTPA)	Treinar pessoal para execução e auxílio dos serviços de puericultura oficiais do DNCr.	Mulheres maiores de 18 anos, com nível ginásial completo e aprovação em prova de seleção.	3 a 6 meses

Elaborado pela autora, 2020. Regulamento dos cursos do Departamento Nacional da Criança. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

A proposta destes cursos oferecidos pelo DNCr era habilitar os médicos e as auxiliares a atuarem nos postos de puericultura ou outros serviços oficiais e filantrópicos, seguindo a uma mesma rotina de procedimentos em qualquer parte do país.

O Curso de Puericultura e Administração (CPA) era o mais longo de todos os cursos e visava a formação de médicos puericultores para atuarem como dirigentes nos serviços do DNCr e DECr. A segunda modalidade de cursos, denominada Curso de Aperfeiçoamento e Especialização de Médicos (CAEM), também específico para médicos, oferecia cursos de especialização em puericultura. Por fim, os Cursos de Treinamento de Pessoal Auxiliar (CTPA) ofertavam formação especificamente para mulheres com nível ginásial de escolaridade e tinham a finalidade de profissionalizar mulheres para atuarem nos serviços do DNCr.

Os CTPA propostos pelo DNCr reafirmam a tradição de aliança entre médicos e mulheres escolarizadas como os principais agentes de propagação de cultura da puericultura entre a população, sobretudo a feminina.

Curso de Puericultura e Administração

O Curso de Puericultura e Administração foi o primeiro curso oferecido pelo DNCr e destinou-se a formação de médicos puericultores. A oferta deste curso estava relacionada à criação do cargo de médico puericultor no quadro de especialistas do Ministério da Educação e Saúde (MES), uma vez que a habilitação neste curso seria um pré-requisito para a ocuparem o cargo.

O regulamento dos cursos do DNCr determinava que o CPA deveria ser oferecido anualmente e que o seu tempo de duração seria de 12 meses. Inicialmente, foi previsto que cada turma seria composta por até 20 alunos. Para o ingresso neste curso seria necessária a aprovação em um processo seletivo com provas de matemática, puericultura, pediatria e obstetrícia. Em caso de empate nesta seleção, o critério de desempate ficaria por conta da análise da atuação profissional do candidato, havendo preferência por aqueles já atuantes no DNCr ou nos DECr's. O regulamento previa a isenção do processo seletivo para os candidatos que possuíssem bolsas de estudo, uma vez que só eram elegíveis a essas bolsas os servidores públicos estaduais e municipais já atuantes em serviços de proteção materno-infantil ou juvenil residentes fora do Distrito Federal ³²³.

A primeira turma do CPA foi organizada em caráter de urgência, formada pelos médicos já atuantes no DNCr, uma vez que era uma exigência do DASP que todos os médicos puericultores da instituição fossem habilitados no referido curso. Buscava-se ainda com este curso uma homogeneidade na equipe técnica do departamento. Excepcionalmente, não houve processo seletivo para esta turma, que foi composta por 26 médicos e teve somente três meses de duração.

Na tabela a seguir apresentamos o fluxo de médicos que frequentaram o CPA entre 1943 e 1945.

³²³ Regulamento dos cursos do Departamento Nacional da Criança. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

Tabela 4 - Quantitativo de médicos inscritos no CPA (1943 – 1945) ³²⁴

Curso de Puericultura e Administração (1943-1945)					
Ano	Aprovados no processo seletivo	Bolsistas	Total de matriculados	Aprovados	Desistentes/ Reprovados
1943	26 ³²⁵	0	26	25	1
1944	20	4	24	16	8
1945	29	11	40	26	14

Fonte: BARTOLOMEU, Hermes. “Relatório apresentado pelo coordenador dos cursos ao sr. Diretor Geral do Departamento da Criança, relativo ao ano de 1947”. In.: GESTEIRA, Joaquim Martagão. *Relatório de 1947 apresentado ao senhor Ministro da educação e saúde*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1949. pp.80.

Nos dois primeiros anos em que o curso foi oferecido, 1943 e 1944, as turmas foram compostas por médicos indicados diretamente pelo DNCr e pelos interventores estaduais. Dos 25 médicos formados em 1943, 13 faziam parte do quadro de técnicos do DNCr. Em 1945, o número de matriculados aumentou significativamente, passando de 24 para 40 inscritos. Desse modo, o regulamento do curso foi alterado de forma a regularizar o quantitativo de vagas oferecidas³²⁶. O aumento no número de inscritos para o CPA se deve a dois motivos, o início da criação dos Departamentos Estaduais da Criança, que passou a demandar médicos puericultores para atuarem nos estados, e a aprovação do Decreto-Lei N.º 7.019, de 3 de novembro de 1944, pelo qual foi criada a carreira de médico puericultor no quadro permanente do MES.

No quadro abaixo apresentamos o programa de disciplinas do Curso de Puericultura e Administração.

³²⁴ Todas as tabelas referentes ao quantitativo de alunos que frequentaram os cursos do DNCr foram retiradas do relatório elaborado pelo Dr. Hermes Bartolomeu, coordenador dos cursos do DNCr. Outras fontes também informam estes dados, como os Diários Oficiais e o Relatório da CRCr, este último elaborado pela senhora Anita Carpenter. No entanto, ao compararmos as informações trazidas por todas estas fontes, verificamos dados divergentes entre elas. Um exemplo disso, foram os dados apurados para o ano de 1944. O Diário Oficial de 19 de janeiro informa que 25 alunos foram inscritos na segunda turma do CPA. Destes, 17 eram bolsistas. Entretanto, no mês de maio, identificamos a inscrição de 3 candidatos que não constavam na relação de inscritos no mês de janeiro, o que elevou o quantitativo de inscritos para 28 alunos. Para este mesmo ano, o relatório da CRCr informa a inscrição de 34 alunos no curso, sendo 12 bolsistas. Diante destas divergências optamos por utilizar o relatório elaborado pelo Dr. Hermes Bartolomeu, uma vez que ele apresenta dados para todos as modalidades de cursos do DNCr e utiliza os mesmos critérios de apresentação (inscritos, bolsistas, certificados e reprovados).

³²⁵ Não houve processo seletivo para ingresso no CPA no ano de 1943.

³²⁶ Diário Oficial da União, 6 de dezembro 1945. Seção 1, p. 18322.

Quadro 5 - Programa do Curso de Puericultura e Administração.

	Disciplina	Carga Horária
1º período	Higiene pré e pós-natal / Higiene do recém-nascido / Revisão do estudo da obstetrícia;	32 horas
	Noções de bioestatística aplicada	32 horas
2º período	Higiene da Infância / Revisão dos problemas correlatos de nutrição	32 horas
	Epidemiologia e profilaxia das doenças transmissíveis: as grandes endemias e a infância	Não identificamos
	Psicologia e Neurologia Infantis - Higiene mental	Não identificamos
3º período	Problemas econômicos e sociais do Brasil	16 horas
	Administração pública no Brasil: federal, estadual e local / Organização da educação e da saúde pública.	16 horas
	Assistência social, especialmente à maternidade, à infância e à adolescência / Direitos da criança / Código de menores / Justiça de menores	24 horas
	Organização e administração dos serviços de amparo à maternidade, à infância e à adolescência.	24 horas

Fonte: Elaborado pela autora, 2020. Diário Oficial da União, 13 de setembro de 1943. Seção 1, p. 13649 e Regulamento dos cursos do Departamento Nacional da Criança. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

Estas matérias eram divididas em três períodos, cada um com quatro meses de duração. Segundo Hermes Bartolomeu, coordenador dos cursos do DNCR, a ênfase da formação estava nas “disciplinas mais ligadas aos problemas sociais, à bioestatística, à técnica de organização e

à Psicologia e Higiene Mental, entrando as disciplinas de caráter médico como meio de atualização dos conhecimentos adquiridos na Faculdade”³²⁷.

O currículo empregado no CPA tinha como finalidade especializar o médico generalista em matérias que caracterizavam o exercício profissional do médico puericultor. Ao inaugurar o ano letivo de 1928, na qualidade de catedrático em pediatria e higiene infantil, Luiz Barbosa destacou o equilíbrio entre os perfis clínico, higienista e sociológico como o perfil que o pediatra puericultor deveria ter (SANGLARD e FERREIRA, 2010:450). Esta definição é uma síntese do perfil profissional que este curso pretendia formar.

Como apontam Lopes e Maio, a convergência entre a medicina e a sociologia nos permite perceber um movimento de mão dupla entre as áreas, pois na medida em que os médicos puericultores buscavam entender a mortalidade infantil como um fenômeno social, a sociologia buscava diferenciar seu objeto de análise dos fenômenos biológicos sobre o indivíduo. Assim, “os puericultores a serviço do Estado consideraram a sociologia como componente importante de sua formação multidisciplinar, que deveria ser capaz de lhes pôr a par das condições socioeconômicas do país” (LOPES e MAIO, 2018:366).

Ao defender a criação do cargo de médico puericultor, Olinto de Oliveira reforçava as especificidades deste especialista.

O médico sanitarista, o médico clínico, o médico psiquiatra tem sua ação limitada ao âmbito privativo de sua especialização, isto é, à higiene, à clínica médica e à psiquiatria.

O médico puericultor, além do conhecimento dessas disciplinas, sobretudo das duas primeiras, há de ser pediatra, isto é, ter-se especializado em pediatria – ramo da medicina que estuda as moléstias e distúrbios infantis, e ter noções exatas de obstetrícia, visando as condições fisiológicas, médicas e higiênicas da concepção, do desenvolvimento intrauterino e do parto, com todas as suas consequências. Como a função primordial da criança é o crescimento, desde a fase embrionária até a adolescência, o puericultor, para garantir o êxito dessa função que está na dependência direta de inúmeros fatores médico-sociais, precisa ampliar seu cabedal no domínio das questões econômicas e educacionais, de forma a possibilitar-lhe amplo desenvolvimento das condições do meio em que atuar.

O médico puericultor deve reunir, portanto, esses predicados, a fim de poder conduzir com segurança o povoamento do país e a defesa da nossa raça.

E está, ainda, de acordo com o preceito estabelecido por Morquio quando proclamava que: ‘o pediatra deve ser médico, higienista, sociólogo y pedagogo, o em otras palabras, representar, representar la más preciosa de las combinaciones: um hombre de acción templado por el idealismo y asesorado por el saber.’³²⁸

³²⁷ BARTOLOMEU, Hermes. *Op. Cit.*, 1949. pp.77.

³²⁸ OLIVEIRA, Olímpio Olinto. Ofício enviado ao Sr. Paulo Lyra, diretor da divisão de funcionário público do DASP. 31 de maio de 1940. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

A referência a Luis Morquio, pediatra uruguaio de reputação internacional e diretor do Instituto Internacional Americano de Proteção à Infância, aponta o alinhamento do DNCr ao debate internacional sobre a proteção à infância. As habilitações requisitadas pelo DNCr para a ocupação do cargo de médico puericultor são reforçadas no discurso de formatura da primeira turma do CPA, como vemos adiante.

Combater a mortalidade infantil é uma providência de elevada significação moral e patriótica, humanitária e econômica. E, para levar a bom termo tal combate, antes de mais, é preciso preparar técnicos, que não podem ser meros sanitaristas, mas devem ser puericultores, isto é, *médicos conhecedores, igualmente, dos problemas da clínica e da higiene infantil, como da assistência social e dos fenômenos econômicos*³²⁹. (Grifos nossos)

A criação do cargo médico puericultor foi, certamente, um passo decisivo no processo de institucionalização dessa especialidade médica e delimitou o espaço do médico sanitarista e do médico puericultor na estrutura burocrática do MES. Ser médico puericultor habilitado torna-se, pela primeira vez, um requisito obrigatório para a atuação nos serviços federais de proteção materno-infantil (DNCr e DECr's).

No contexto analisado, a principal característica da formação de puericultores foi que, o ensino da especialidade se deu dentro das faculdades de medicina, mas, sobretudo, nos espaços assistenciais das entidades filantrópicas, como foi o caso do IPAI, da Policlínica das Crianças e da Policlínica de Botafogo, no Distrito Federal, e da LBCMI, na Bahia. Os puericultores formados nestes locais estiveram à frente dos órgãos públicos de assistência materno-infantis desde os tempos da IHI até o DNCr. Desse modo, a tradição na formação de profissionais especializados em puericultura era que ela ocorresse em cursos livres, fora do ambiente das faculdades de medicina, como foi o caso destes cursos oferecidos pelo DNCr.

Curso de Aperfeiçoamento e Especialização de Médicos

O Curso de Aperfeiçoamento e Especialização de Médicos (CAEM) era uma modalidade de curso que possuía uma duração menor do que o CPA, podendo durar entre 3 e 6 meses a depender da especialidade.

³²⁹ Curso de Puericultura e Administração dos Serviços de amparo à maternidade e à infância. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro, ano 4, n. 16, março de 1944, pp. 2

Nesta modalidade foram oferecidos cursos nas seguintes especialidades: higiene pré-natal e obstetrícia, higiene infantil e dietética, nutrição, clínica pediátrica médica, neuropsiquiatria infantil e higiene mental, cirurgia infantil e ortopedia, fisiologia infantil, organização e administração dos serviços de proteção à maternidade, à infância e à adolescência³³⁰. Na tabela abaixo listamos os cursos oferecidos nos anos de 1944 e 1945 e a quantidade de alunos inscritos nos mesmos.

Tabela 5 - Quantitativo de médicos inscritos no CAEM (1943 – 1945)

Cursos de Aperfeiçoamento e Especialização de Médicos			
Ano	Curso oferecido	Matriculados	Aprovados
1944	Curso de Higiene Pré-Natal e Obstetrícia	18	13
	Curso de Higiene Infantil e Dietética	49	36
	Curso de Fisiologia Infantil	33	25
	Curso de Organização e Administração dos Serviços de Proteção à Maternidade, Infância e Adolescência	34	23
1945	Curso de Nutrição	20	14
	Curso de Clínica Pediátrica Médica	32	32
	Curso de Neuropsiquiatria Infantil	20	20
	Curso de Organização e Administração dos Serviços de Proteção à Maternidade, Infância e Adolescência	26	26

Fonte: GESTEIRA, Joaquim Martagão. *Op. Cit.*, 1949. pp.80 e 81.

Do mesmo modo que ocorreu com a especialização profissional no DNS, os cursos oferecidos na modalidade de aperfeiçoamento e especialização visavam dar celeridade à capacitação dos médicos para atuarem nos serviços oferecidos nos postos de puericultura e maternidades, principalmente os localizados no interior do país (FONSECA, 2007: 198; SANTOS e FARIA, 2006: 305).

Dentre entre estes, merece destaque o curso de *Organização e Administração dos Serviços de Proteção à Maternidade, Infância e Adolescência*, cuja finalidade era preparar

³³⁰ BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. Decreto-Lei N.º 5912, de 25 de outubro de 1943. Transforma o Curso de Puericultura e Administração de Serviços de Amparo à Maternidade, à Infância e à Adolescência, a que se refere o decreto-lei n. 4.730, de 23 de setembro de 1942, em Cursos do Departamento Nacional da Criança e dá outras providências. Retirado do site <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-5912-25-outubro-1943-415923-publicacaooriginal-1-pe.html>. Consultado em 13 de março de 2020.

médicos para administrarem os postos de puericultura em implantação. Conforme aponta o Dr. Hermes Bartolomeu, neste curso eram apresentados “problemas reais” vivenciados nos serviços mantidos pelo DNCr e era cobrado aos alunos que apresentassem soluções a estes casos conforme as normativas vigentes³³¹.

Nesta formação os médicos aprendiam questões de administração pública, o papel desempenhado pelo DNCr na estrutura de proteção materno-infantil no Brasil e noções de organização, funcionamento, coordenação e controle das obras de proteção materno-infantis propostas pelo DNCr. O programa organizava-se da seguinte forma:

- 1 – Resumo histórico da proteção à maternidade e à infância no Brasil;
- 2 – Operações gerais de uma empresa;
- 3 – Obras de amparo à maternidade (maternidade, refúgio de gestante, abrigo maternal, assistência obstétrica domiciliar e casa maternal);
- 4 – Obras de proteção à primeira infância (posto de puericultura, centro de puericultura, creche, abrigos de lactantes e outras obras);
- 5 – Proteção à segunda infância (escola maternal, jardins de infância, parques infantis e outras obras);
- 6 – Proteção à terceira infância (parques infantis, clubes agrícolas, profissionais e outros, corporações juvenis municipais, instituições auxiliares da escola, obras para escolares, escotismo, educandários, patronatos agrícolas e industriais).
- 7 – O DNCr suas finalidades e ideais. Serviços estaduais. Os departamentos estaduais da infância e organizações provisórias. Serviços Municipais. Juntas da Infância. Associações. Sistema regional de proteção da maternidade e da infância.³³²

Em setembro de 1944, foi organizada uma turma especial para atender a uma solicitação da CRCr³³³. Isto porque alguns dos postos de puericultura por ela implantados já começavam a funcionar, fazendo-se necessária a formação de profissionais de saúde pública especializados em puericultura para atender a estes locais. Dos 24 alunos matriculados nesta turma, 10 eram provenientes de cidades onde os postos de puericultura já estavam em construção, foram elas: Penedo (Alagoas), Crato (Ceará), Recife (Pernambuco), Florianópolis (Santa Catarina), Campinas (São Paulo), Morretes (Paraná), Salvador (Bahia), Teresina (Piauí), Belém (Pará) e Propriá (Sergipe)³³⁴.

O curso de *Organização e Administração dos Serviços de Proteção à Maternidade, Infância e Adolescência* era o único curso de especialização oferecido anualmente. Os demais

³³¹ BARTOLOMEU, Hermes. *Op. Cit.*, 1949. pp.77.

³³² FERREIRA, Annita Carpenter. *Op. Cit.*, 1945. p.14 e 15.

³³³ Idem, pp.14.

³³⁴ Idem, pp. 15 e 16.

cursos não possuíam regularidade em sua oferta, para que fossem oferecidos era necessária a formação de uma turma com pelo menos 20 inscritos ³³⁵.

Cursos de Treinamento de Pessoal Auxiliar

Os Cursos de Treinamento de Pessoal Auxiliar visavam instruir mulheres para atuarem nos serviços federais de proteção materno-infantis. Os CTPA's oferecidos pelo DNCr foram: o *curso de treinamento de assistentes sociais*, o *curso de treinamento de enfermeiras*, o *curso de treinamento de auxiliares de puericultura* e o *curso de treinamento de parteiras* ³³⁶.

Ao analisar o programa de enfermagem do Serviço Especial de Saúde Pública, André Campos indica que

Um estudo realizado pelo *Office* em 1943, sobre o ensino de enfermagem na América Latina, encontrou um "quadro variado e complicado para o qual não há uma solução simples e abrangente". Em alguns países, existiam "uma ou duas" escolas de enfermagem profissional, com um "currículo de alguma forma similar ao das escolas dos Estados Unidos". Este era o caso da Escola de Enfermagem Ana Nery, criada no Rio de Janeiro em 1923 e, até 1940, a única reconhecida pelo Ministério da Educação e Saúde. No início da década de 1940, estimava-se existir entre quinhentas e setecentas enfermeiras graduadas no Brasil, um número insignificante para as necessidades crescentes da administração sanitária (CAMPOS, 2008: 884)

Como derivação deste relatório, Campos sinaliza que foi montado um programa para a formação de enfermeiras graduadas e auxiliares para os programas que o SESP visava instalar no país. Este programa apoiou a profissionalização da enfermagem, iniciado pela Escola de Enfermeiras do DNSP, criada em 1921 por Carlos Chagas, atualmente Escola de Enfermagem Anna Nery.

A formação e especialização de enfermeiras não era um projeto que poderia ser executado em um curto espaço de tempo, uma vez que seria necessário construir novas escolas de enfermagem pelo país e aguardar o período correspondente ao curso da graduação por parte das interessadas. Para atender a demanda por enfermeiras práticas de saúde pública, o SESP organizou cursos para visitadoras sanitárias que foram implantados em diversas regiões do interior do país (CAMPOS, 2008:886). Fonseca sinaliza que o DNS também ofereceu treinamento em cursos de rápida duração destinados a mulheres interessadas em trabalhar como

³³⁵ Regulamento dos cursos do Departamento Nacional da Criança. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

³³⁶ Idem, *ibidem*.

visitadoras sanitárias (FONSECA, 2007: 201), o que, conforme vimos, já era realizado no país pelo DNSP desde 1920.

Com a oferta de cursos de formação de pessoal auxiliar, o DNCr também manteve a prática que vinha adotando desde os tempos da IHI, de oferecer cursos rápidos para a formação de visitadoras sanitárias com especialidade em puericultura. A novidade ficou por conta da oferta de cursos de profissionalização em áreas como assistência social, um curso de treinamento de enfermeiras, que só foi oferecido uma vez e o curso de orientação psicopedagógica, uma vez que o cuidado das crianças em idade pré-escolar era responsabilidade do DNCr. Durante a gestão Olinto de Oliveira, foram oferecidos cinco cursos nesta modalidade de treinamento de pessoal auxiliar, conforme vemos na tabela a seguir:

Tabela 6- Cursos de Treinamento de Pessoal Auxiliar 1944 e 1945

Cursos de Treinamento de Pessoal Auxiliar (1944-1945)			
Ano	Curso	Inscritos	Concluintes
1944	Curso de treinamento de enfermeiras	14	5
	Curso de treinamento de assistentes sociais	20	16
1945	Curso de estatística aplicada ao serviço social	6	5
	Curso de treinamento de auxiliares de puericultura	12	8
	Curso de orientação psicopedagógico	12	12

Fonte: GESTEIRA, Joaquim Martagão. *Op. Cit.*, 1949. pp.80 e 81.

O curso de treinamento de assistentes sociais era composto por duas partes. A parte teórica era dividida em três matérias: “a) Serviço Social (Organização da comunidade e tratamento individual de casos), b) Psicologia e higiene mental, com ênfase nos problemas da infância e da maternidade, c) Puericultura, sendo uma parte do curso sobre higiene infantil e outra sobre cuidados pré-natais.”³³⁷. A parte prática consistia em um estágio de 600 horas, para

³³⁷ BARTOLOMEU, Hermes. Relatório apresentado pelo coordenador dos cursos ao sr. Diretor Geral do Departamento da Criança, relativo ao ano de 1947. In.: GESTEIRA, Joaquim Martagão. Relatório de 1947 apresentado ao senhor Ministro da educação e saúde pelo diretor geral J Martagão Gesteira. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1949. pp.78.

os cursos realizados no Distrito Federal esse estágio era realizado no serviço social do Instituto Fernandes Figueira³³⁸.

O *curso de treinamento de auxiliares de puericultura* era totalmente prático. Durante as aulas, as mulheres inscritas acompanhavam os serviços dos médicos puericultores e aprendiam a preencher corretamente as fichas de atendimento, a fazer a pesagem e a medição do bebê, a coletar informações das mães a respeito da dieta da criança e auxiliar o médico durante a consulta, ou seja, todas as atividades necessárias para atuarem no atendimento no posto de puericultura³³⁹.

O *curso de orientação psicopedagógico* oferecia 40 vagas. Dada as suas especificidades relacionadas ao desenvolvimento psicológico e à aprendizagem, o curso atendia a uma clientela formada por mulheres que já trabalhavam em instituições de assistência à infância ou atuavam como professoras primárias (normalistas) em instituições escolares³⁴⁰. Todos os cursos de formação de auxiliares tinham a duração entre 3 e 4 meses e suas aulas ocorriam de 2 a 3 vezes por semana com duas horas de duração. A única exceção foi o curso de orientação psicopedagógico, cujas aulas tinham 4 horas de duração e ocorriam de segunda a sábado.

Em 1 de agosto de 1944, o jornal *Correio da Manhã* noticiou a abertura para as inscrições do primeiro *curso de treinamento de assistentes sociais* do DNCr. Para o qual foi oferecido um total de 20 vagas destinadas a mulheres com idade superior a 18 anos, portadoras de diploma ginásial e aprovadas no concurso de seleção³⁴¹. Este curso, como a maioria dos oferecidos pelo DNCr, foi realizado no Distrito Federal, nas dependências do Hospital Abrigo Artur Bernardes, sede do “novo” INP, mas diante da necessidade da formação de mão de obra feminina para atuarem nos postos de puericultura, os cursos de treinamento do DNCr ocorreram de forma descentralizada e em parceria com a LBA, por meio da CRCr.

Desse modo, a comissão central da LBA autorizou que fossem montadas nas comissões estaduais o *curso de treinamento de assistentes sociais* e o *curso de treinamento de auxiliares de puericultura*. Solicitou a colaboração dos prefeitos e interventores estaduais para o custeio da viagem e da permanência das cursistas nas cidades onde as aulas seriam oferecidas. Nas cidades em que esta solicitação não pode ser atendida, a LBA assumiu estes custos, em troca, a cursista se comprometia a atuar por pelo menos dois anos no serviço de puericultura organizado

³³⁸ BARTOLOMEU, Hermes. *Op. cit.*, 1949. pp.78.

³³⁹ Idem, *ibidem*.

³⁴⁰ Diário Oficial da União, 1 de setembro de 1945. Seção 1, p. 14391.

³⁴¹ Departamento Nacional da Criança – Curso de Treinamento de Assistente Social. *Correio da Manhã*, 1 de agosto de 1944.

pela LBA em sua cidade³⁴². Campos cita situação similar para as mulheres que realizavam o curso de visitadora sanitária do SESP, que assinavam um acordo pelo qual permaneceriam dois anos atuando nos serviços do SESP em troca da formação recebida (CAMPOS, 2008:886).

Barbosa informa que as voluntárias envolvidas nas ações assistenciais da LBA sempre recebiam capacitação prévia antes de iniciarem a sua atuação. Essa formação era realizada por meio de cursos preparatórios que, neste caso foi desenvolvido em parceria com o DNCr.

(...) muitas mulheres que frequentaram os cursos preparatórios da LBA, além de se envolverem com o voluntariado, também encontraram novas oportunidades profissionais, haja vista que a LBA conclamou mulheres de todas as categorias sociais para atuar como voluntárias, arregimentando muitas mulheres das classes menos privilegiadas, que saíram da condição de voluntárias para a condição de profissionais em áreas específicas, atuando como cozinheiras, visitadoras sociais, e mesmo professoras (BARBOSA, 2017: 158).

Segundo informa Hermes Bartolomeu, coordenador dos cursos do DNCr, todas as 17 mulheres que concluíram o *curso de treinamento de assistentes sociais*, no ano de 1947, foram efetivadas nos serviços materno-infantis em suas respectivas cidades ³⁴³.

A atuação da LBA na oferta do *curso de treinamento de assistentes sociais* e de *curso de treinamento de auxiliares de puericultura* demonstram a importância do trabalho feminino nos postos de puericultura, uma vez que foi o único dos cursos oferecidos pelo DNCr a ser oferecido de forma descentralizada, para facilitar o acesso das mulheres interessadas em se profissionalizar nas áreas. O que indica a permanência do prestígio profissional e da relevância em torno do trabalho desenvolvido pela visitadora sanitária. A continuidade da educação sanitária das mães como ação assistencial de proteção materno-infantil ajuda a entender a importância da visitadora sanitária, uma vez que estas profissionais construíram uma autoridade sobre este campo.

Na década de 1960, eram necessárias pelo menos 10 pessoas para compor o corpo clínico do posto de puericultura para que ele funcionasse de forma adequada³⁴⁴. Era um quantitativo bem maior do que os dois profissionais sugeridos no início da década de 1940. Com relação à qualificação deste corpo técnico, era feita a seguinte recomendação:

³⁴² FERREIRA, Annita Carpenter. *Op.Cit.*, 1945. pp. 13.

³⁴³ BARTOLOMEU, Hermes. *Op. Cit.*, 1949. pp.78.

³⁴⁴ Segundo o manual técnico *Postos de Puericultura e Associações de Proteção à Maternidade e à Infância* para o funcionamento adequado do Posto de Puericultura seriam necessários: 2 médicos (1 pediatra e 1 obstetra), 2 enfermeiras (1 auxiliar de maternidade e 1 auxiliar de puericultura), 1 dietista, 1 ajudante de dietista, 1 assistente social, 1 parteira e 2 serventes *Postos de Puericultura e Associações de Proteção à Maternidade e à Infância*. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 1960. pp.12.

Geralmente é difícil obter enfermeiras, dietistas, assistentes sociais e parteiras diplomadas para os Postos de Puericultura. Elas são poucas em todo o país. Mas os serviços de enfermagem, de dietética, de assistência obstétrica domiciliária e o serviço social não devem ser entregues a qualquer pessoa. Neste caso, boa vontade só não basta. A senhora mais bem intencionada, mas sem o devido preparo, pode cometer erros involuntários, capazes de prejudicar crianças e gestantes.

Por isso o Departamento Nacional da Criança realiza todos os anos, e recomenda a realização, em todo o país onde for possível, de Cursos de Auxiliares de Serviço Social, para moças e senhoras. São cursos simples, de curta duração e essencialmente práticos, para adestramento de pessoal capacitado para trabalhar no Lactário, no Serviço Social do Posto e de auxiliar os médicos nos Consultório de Higiene Pré-Natal e de Higiene Infantil.

Esses cursos devem ser realizados nas cidades que ofereçam condições adequadas (locais, professores etc.). Nas grandes capitais eles devem ser feitos de preferência para moças aí residentes³⁴⁵.

Vinte anos após a criação do DNCr, a escassez em torno da oferta de mão de obra especializada estava, aparentemente, longe de ser solucionada.

A pouca oferta de profissionais especialistas em puericultura foi um dos grandes desafios enfrentados pelo DNCr no processo de implantação dos postos de puericultura pelo país. Esta dificuldade refletia um problema que era também do campo da saúde pública. Desse modo, observamos que a solução adotada pelo DNCr foi a oferta de cursos de formação de profissionais - médicos puericultores, especialistas e auxiliares em puericultura - por meio de cursos oferecidos no Instituto Nacional de Puericultura do DNCr, o “novo INP”. Ao mesmo tempo que esta medida seguiu a orientação utilizada pelo DNS e pelo SESP, ela obedeceu a uma tradição da formação de puericultores no Brasil, que era a formação realizada majoritariamente em espaços fora das faculdades de medicina.

4.2 – As estratégias educativas: coleções e boletins do Departamento Nacional da Criança

O objetivo deste item do capítulo é analisar as estratégias educativas do DNCr consolidadas na *Coleção do DNCr* e nos *Boletins trimestrais do Departamento Nacional da Criança*.

A *Coleção do DNCr* foi composta por um conjunto de pequenos livros e folhetos, divididos entre manuais técnicos destinados à orientação dos serviços assistenciais, guias maternos, guias médicos, materiais de orientação educacional e psicológica, álbuns de divulgação, anais de congressos, entre outros, conforme observaremos na tabela 7. Em uma

³⁴⁵ *Postos de Puericultura e Associações de Proteção à Maternidade e à Infância*. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 1960. pp.13.

nota a respeito das publicações do departamento, veiculada pela edição n.º 8 do BTDNcr, foi explicada a finalidade deste material e o público ao qual ele se destinava.

(...) vamos reeditar alguns dos nossos folhetos mais procurados, e publicar alguns novos, tendo sempre em vista difundir conhecimentos proveitosos e orientar os que dedicam à nobre tarefa da proteção à infância, a fim de que possam conseguir os melhores resultados possíveis. Algumas destas publicações destinam-se especialmente a certas classes, médicos, professores, instituições particulares. Outras interessam a todos quantos se preocupam com a sorte da criança e desejam fazer por ela alguma coisa. Escritas por especialistas, elas têm por fim guiar estas boas vontades, fazendo conhecer os males que afligem e dizimam a infância, e indicando os remédios que a ciência e a experiência indicam para isso.

Qualquer pessoa interessada em tais assuntos pode dirigir-se ao Departamento e solicitar uma publicação que, sempre que possível, lhe será enviada gratuitamente³⁴⁶.

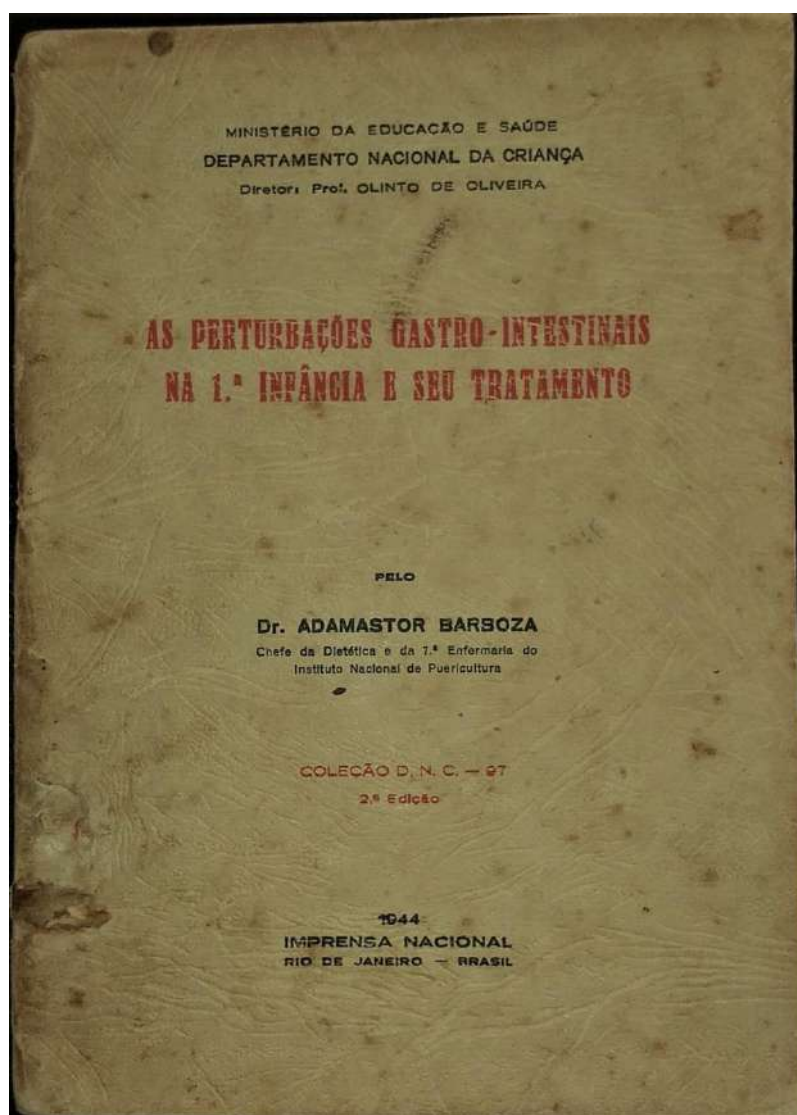
A *Coleção do DNCr* se prestou a um objetivo triplo: aconselhar os serviços de puericultura implantados pelo país, oferecer educação sanitária às mães e orientar os médicos generalistas para atuarem como médicos puericultores e ser um canal de comunicação do DNCr.

O anúncio do envio do material a qualquer pessoa interessada nos leva a inferir sobre a diversidade do público destes livros, que incluía médicos, mães, professoras etc., o que exigia uma estratégia didática e pedagógica por parte dos autores destes materiais. Ação facilitada pela identificação do público ao qual cada livro era destinado. De modo que nesta mesma coleção encontramos livros que explicam como preparar mingaus e outros livros que fazem análises sobre as estatísticas em torno da mortalidade infantil.

Com relação às características gráficas dos folhetos, podemos dizer que não havia uma padronização. O número de páginas, por exemplo, era bastante variado, alguns tendo apenas 4 e outros podendo chegar a 60 páginas ou mais. O formato dos livros e a arte das capas também não obedeceu a uma uniformidade, que se estendeu a todos os títulos publicados. Entretanto, alguns livros apresentam características gráfica iguais. Nestes casos, os livros possuíam um formato de 13,5cm x 18,5cm, nenhuma imagem na capa e pouca ou nenhuma figura também em seu interior. Na imagem 13, vemos um aspecto do modelo de capa usada nos livros que apresentaram um *design* padronizado.

³⁴⁶ As publicações do Departamento Nacional da Criança. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano 2, n.º 8, março de 1942, p. 52.

Imagem 15 - Capa do livro As perturbações gastro-intestinais na 1ª infância e seu tratamento.



Fonte: BARBOZA, Adamastor. As perturbações gastrointestinais na 1ª infância e seu tratamento. Imprensa Nacional: Rio de Janeiro, 1944.

Na análise feita por Heloísa Helena Pimenta Rocha sobre a coleção *Biblioteca Popular de Hygiene: A saúde para todos*, escrita pelo médico sanitarista Sebastião Mascarenhas Barroso (1886-1941), a autora chama atenção para o fato de que a manutenção de características gráficas e de público são fatores relevantes para a criação da identidade de uma coleção. No entanto, esses elementos não são estanques e podem sofrer alterações conforme os interesses dos autores, do público e das editoras (ROCHA, 2017: 206 e 207), o que foi o caso da coleção analisada pela autora e que também é a situação da *Coleção do DNCr*.

Portanto, consideramos como componentes da *Coleção do DNCr* todos os livros cujo título é citado na listagem elaborada pelo departamento e publicada nas contracapas dos livros

da coleção e dos BTDNCr. A lista era composta pelo título do livro acompanhado por um número que o identificava, cumprindo a função de um catálogo. Somente nos livros com *design* padronizado havia na capa a inscrição *Coleção DNCr* acompanhada deste número, os demais eram identificados somente pelo título.

O número que acompanhava a inscrição *Coleção DNCr* permitia a localização da obra entre os livros publicados e ele mudava conforme uma edição se esgotava e a obra era reeditada. Desse modo, um mesmo livro podia ter seu número alterado tantas vezes quantas era reeditado. Um exemplo é a obra cuja capa vimos na imagem 13, *as perturbações gastro-intestinais na 1ª infância e seu tratamento*, escrita pelo médico Adamastor Santana Barboza, que nesta ocasião era chefe da dietética e da 7ª enfermaria do “novo” INP. Na primeira aparição do livro na lista, em 1942, ele é o número 3. Na segunda edição do livro, em 1944, ele apresenta o número 97. Assim, apesar de no ano de 1945 esta lista apresentar 118 números, isto não significa dizer que havia sido publicado este quantitativo de títulos diferentes até aquele ano. De acordo com nosso levantamento, foram publicados 50 títulos de livros nesta coleção até 1945, como veremos na tabela 7.

A alteração na numeração do livro e a falta de identificação sobre as demais edições não nos permite saber quando um livro foi publicado pela primeira vez. Esta é a situação do livro *Lactários populares e sua organização*, não sabemos o ano em que ele foi publicado e só podemos afirmar que ele faz parte da coleção, pois seu título consta nas listas publicadas pelo DNCr. A única referência a um possível período para a sua primeira publicação foi identificada na capa da edição consultada, que contém referência à DPMI como órgão ao qual a publicação estava vinculada. Quando ele foi reeditado ele passou a fazer parte da *Coleção do DNCr*.

Como veremos na tabela abaixo, em nossas pesquisas identificamos 50 títulos publicados pela *Coleção do DNCr* até 1945. Estes livros foram escritos por 22 autores, dos quais 13 eram funcionários do DNCr (médicos puericultores ou médicos do “novo” INP).

Tabela 7 - Livros da “Coleção do DNCr” publicados entre 1940 e 1945

CATEGORIAS	TÍTULO	AUTOR	OCUPAÇÃO
Manuais técnicos - Assistência Social	Assistência Social à Infância	Dr. João Amarante	Chefe do 7º Distrito de Puericultura do Distrito Federal
	Reações Antissociais de Menores Abandonados	Maria Esolina Pinheiro	Assistente técnica da Escola de Serviço Social da Cruz Vermelha Brasileira
	Creche	Dr. Gastão de Figueiredo	Médico puericultor - chefe da Divisão de Cooperação Federal do DNCr
Manuais técnicos - Proteção à saúde materno-infantil	Associações de Proteção à Infância	Dr. Olympio Olinto de Oliveira	Diretor do DNCr
	Lactários Populares e sua organização	Dr. Olympio Olinto de Oliveira	Diretor do DNCr
	Postos de Puericultura por toda parte	Dr. Olympio Olinto de Oliveira	Diretor do DNCr
	Consultórios de Higiene Infantil e sua Orientação	Dr. Mario Pereira de Vasconcelos	Médico puericultor (DNCr)
	Consultórios de Higiene Infantil e sua Organização	Dr. Mario Pereira de Vasconcelos	Médico puericultor (DNCr)
	Puericultura e Maternidade	Dr. Clovis Correia da Costa	Diretor da maternidade do INP
	O Lactário e sua Organização	Dr. Olympio Olinto de Oliveira	Diretor do DNCr
	Maternidade e Serviço Social	Dr. Clovis Correia da Costa	Diretor da maternidade do INP
	Especificações do Posto de Puericultura	Dr. Hermes Bartolomeu	Médico puericultor - Chefe dos cursos do DNCr.
	Um Sistema Regional de Proteção à Infância e à Adolescência	Dr. Hermes Bartolomeu	Médico puericultor - Chefe dos cursos do DNCr.
	Associações de Proteção à Maternidade e à Infância		
	Sugestões e Especificações para a Construção de uma Maternidade	Dr Luís Castro Leitão	Médico puericultor do DNCr
Manuais técnicos - Educação	O Método de Projetos Aplicados à Educação da Saúde	Professora Juracy Silveira	Chefe de Distrito Educacional
	A Infância e a Recreação	Dr. Dante Costa	Chefe da Seção Técnica do Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS)
	Parques Infantis para Cidades do Interior	Dr. Dante Costa	Chefe da Seção Técnica do Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS)
	A Casa da Criança	Dr. Olympio Olinto de Oliveira	Diretor do DNCr
	Estudos sobre o Crescimento (Volume 1)	Professora Maria A. de Castro	Informações não localizadas

	Estudos sobre o Crescimento (Volume 2)	Professora Maria da Mata Eulálio	Informações não localizadas
	Merendas Escolares	Dr. Dante Costa	Chefe da Seção Técnica do Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS)
Guias Médicos	As Perturbações Gastro-Intestinais na Primeira Infância (Para Médicos)	Dr. Adamastor Santana Barbosa	Médico puericultor - Diretor da Gota de Leite do INP
	Alguns problemas pré-natais	Dr. Henrique Duék	Assistente do serviço de ginecologia do Hospital Gaffre Guinle
	A Terapêutica Farmacológica na Infância	Dr. Cesar Beltrão Pernetta	Médico do INP
Guias Maternos	Algumas Fórmulas de Alimentos para Crianças	Dr. Adauto de Resende	Médico puericultor
	Alimentação de Crianças	Dr. Adauto de Resende	Médico puericultor
	Tipos de Merendas	DNCr	
	Guia Popular da Alimentação das Crianças	Dr. Adamastor Santana Barbosa	Médico puericultor - Diretor da Gota de Leite do INP
	Esperando o Filhinho	Dr. Olympio Olinto de Oliveira	Diretor do DNCr
	Alimentação na Infância	Dr. Figueiredo Mendes	Médico do Serviço de Educação Física do Estado
	Conselhos às Mães sobre os Filhos Pequenos	DNCr	
Livros para divulgação das ações do DNCr	Discurso Inaugural da Semana da Criança	Dr. Olympio Olinto de Oliveira	Diretor do DNCr
	Mortalidade Infantil no Brasil	Dr. Gustavo de Sá Lessa	Médico puericultor - orientador dos trabalhos de pesquisa da Divisão Proteção Social da Infância (DNCr)
	Aspectos Médicos Sociais da Mortalidade Infantil no Brasil	Dr. Luís Torres Barbosa	Médico do INP
	Uma Ligeira Reportagem sobre a Delinquência Juvenil dos Estados Unidos da América	Professora Estela D. Monteiro	Informações não localizadas
	Álbum da Exposição de Puericultura da Semana da Criança de 1942	Dr. Flamarion Afonso Costa	Médico puericultor - Chefe da Divisão de Proteção Social da Infância (DNCr)
	Semana da Criança 1943	DNCr	
	Mortalidade Infantil em Belém do Pará	Dr. Luís Castro Leitão	Médico puericultor do DNCr
	Inquérito sobre a Alimentação das Crianças no Rio de Janeiro	Dr. Gustavo de Sá Lessa	Médico puericultor - orientador dos trabalhos de pesquisa da Divisão Proteção Social da Infância (DNCr)
	Infância Excepcional	Relatório da S. Pestalozzi de Belo Horizonte	
	Registro de Crianças Internadas	Dr. Gustavo de Sá Lessa	Médico puericultor - orientador dos trabalhos

		de pesquisa da Divisão Proteção Social da Infância (DNCr)
Meios de apurar os nascimentos	Diversos autores	
Proteção à Infância e o Departamento Nacional da Criança	Dr. Olympio Olinto de Oliveira	Diretor do DNCr
Disgenesia, natimortalidade e mortalidade infantil	Dr. Clovis Correia da Costa	Diretor da maternidade do INP
Semana da Criança de 1945	DNCr	
Semana da Criança em 1944	DNCr	
A locução dos puericultores de 1943	Dr. Olympio Olinto de Oliveira	Diretor do DNCr
Anais da “Conferência Nacional de Proteção à Infância” - 3 Volumes	DNCr	
A Proteção à Infância em alguns Países da Europa	Dr. Olympio Olinto de Oliveira	Diretor do DNCr

Fonte: Elaborado pela autora, 2020. Este quadro foi elaborado a partir das listas de publicações do DNCr localizados nas seguintes edições do BTDNCr: *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano 2, n.º 8, março de 1942; *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano 3, n.º 14, outubro de 1943 e *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano 5, n.º 23, dezembro de 1945. Para fazermos esta classificação entre manuais e guias utilizamos os resumos dos livros que foram publicados nos BTDNCr, a identificação feita pelo DNCr quanto ao uso dos livros da coleção que foi publicada no BTDNCr número 13, de junho de 1943, e a leitura dos livros que localizamos em nossas pesquisas na Fundação Getúlio Vargas e daqueles que compramos em sebos virtuais.

Os conceitos de manual e de guia não fazem parte classificação original destes livros. Consideramos nesta análise utilizar estes conceitos conforme proposto por Adilson José Gonçalves em análise a respeito do acervo do Museu Iconográfico da Saúde Pública de São Paulo. Segundo o autor, os guias médicos foram materiais produzidos por médicos para orientar ao público leigo sobre algum tema de saúde. Já os manuais se constituíram como um conjunto de publicações cuja finalidade era homogeneizar concepções e práticas médicas. Desse modo, guias e manuais se diferem em objetivos e público-alvo. Assim,

os guias apresentam-se, grosso modo, para atender um fim imediato, suprir a ausência do médico, aconselhar formas de tratamento, responder a demandas de surtos epidêmicos. Enquanto os manuais constituíram-se como tratados que denotavam uma preocupação com a especialização e formação dos médicos (GONÇALVES: 2004 APUD MAGALHÃES: 2011, 4).

conforme identificado na tabela 7, classificamos os livros que fizeram parte da *Coleção do DNCr* de acordo com a finalidade do seu uso e o público ao qual era destinado. Definimos três tipos de livros a partir desta classificação, foram eles: os manuais técnicos, os guias sobre

cuidados com a infância e os livros para divulgação das atividades do DNCr. Ao aplicarmos esta classificação, buscamos evidenciar as diferenças fundamentais que os manuais técnicos, os guias e os livros de divulgação da *Coleção do DNCr* representaram como instrumentos de ação do DNCr.

Em linhas gerais, qualquer livro da *Coleção do DNCr* podia ser enviado seja qual fosse a pessoa interessada, bastava solicitar por carta o título desejado. No entanto, o DNCr fazia indicações sobre o uso ao qual alguns destes livros se destinavam, foi o caso de: *A casa da criança*, essa era leitura recomendada para prefeitos, médicos do interior, membros de associações de proteção à infância, diretores de escolas e professores; *Lactário e sua organização*, era de “interesse para todas as instituições de proteção à infância, para os senhores médicos e enfermeiras do interior”; *Postos de Puericultura por toda a parte* era “leitura indispensável para os prefeitos municipais, médicos do interior, diretores de associações de proteção à infância, enfim a todos aqueles que queiram colaborar na campanha do DNC”³⁴⁷. Além de serem de autoria de Olinto de Oliveira, estes livros possuíam em comum o fato de serem obras indicadas para orientação a respeito da implantação de um serviço de puericultura.

Estes livros foram classificados por nós como manuais técnicos, uma vez que tinham a finalidade de instruir como construir, organizar, aparelhar e administrar um serviço de puericultura conforme os padrões determinados pelo DNCr. A divulgação destas orientações era uma ação de natureza técnico-administrativa do departamento. Tinha como objetivo manter uma padronização entre os serviços de proteção materno-infantil, mas cuja implantação ou desenvolvimento não foram acompanhadas diretamente pelos técnicos do DNCr. A ideia era que os manuais técnicos chegassem aonde estes técnicos não conseguiam, ou naqueles locais que não contavam com um profissional especialista.

Subdividimos os manuais técnicos em três categorias, conforme o tipo de serviço sobre o qual orientava e o público ao qual se destinava. Desse modo os manuais técnicos podem ser de orientação para serviços de assistência social, de saúde materno-infantil ou de educação.

Os manuais técnicos que versaram sobre os serviços de saúde materno-infantil tiveram a maior quantidade de publicações, doze no total; seguido pelos manuais de educação, com sete publicações, e três deles foram voltados para os serviços de assistência social. O quantitativo destes manuais técnicos indica um maior envolvimento do DNCr, durante a gestão Olinto de

³⁴⁷ As publicações do Departamento Nacional da Criança. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro: ano 3, n. 13, junho de 1943. pp. 44.

Oliveira, com as questões referentes à saúde materno-infantil do que com aquelas voltadas à educação e à assistência social.

Dentre os doze títulos de manuais técnicos destinados aos serviços de saúde materno-infantis, cinco tratavam de serviços voltados exclusivamente para a criança, foram eles: *Lactários Populares e sua organização*, *Consultórios de Higiene Infantil e sua Orientação*, *Consultórios de Higiene Infantil e sua Organização*, *O Lactário e sua Organização*, *Um Sistema Regional de Proteção à Infância e à Adolescência*; três manuais técnicos tratavam de serviços de assistência materna: *Puericultura e Maternidade*, *Maternidade e Serviço Social e Sugestões e Especificações para a Construção de uma Maternidade*, dois destes manuais foram para orientação de serviços mistos, que atendiam mães e crianças, ou seja, os dois manuais sobre a organização de postos de puericultura. O quantitativo de manuais técnicos destinados à orientação dos serviços de proteção à infância indica uma maior preocupação por parte do DNCr com ações destinadas à saúde infantil do que com ações de assistência materna.

Dois destes manuais tiveram como finalidade orientar a implantação de associações filantrópicas de proteção materno-infantil. Apesar das associações serem um serviço de natureza político-administrativa, classificamos estes manuais como destinados à orientação de serviços de saúde, pois a principal finalidade destas associações era a criação de postos de puericultura.

Desse modo, os manuais técnicos foram uma ação de natureza técnico-administrativa que visava atender à competência do DNCr de “(...) estimular e orientar a organização de estabelecimentos estaduais, municipais e particulares destinados à proteção à maternidade, à infância e à adolescência(...)”³⁴⁸. Estes manuais foram um instrumento alternativo para cumprir esta competência, visto que o departamento agia com um número limitado de funcionários.

Com relação aos guias, identificamos duas subcategorias na *Coleção do DNCr*: aqueles dirigidos para mulheres e mães e os exclusivos para os médicos. Na primeira subcategoria estão incluídos por exemplo, *Esperando o Filhinho*, classificado pelo DNCr como um guia materno composto por “conselhos e instruções para a gravidez, o parto e a criação dos pequeninos e *Indispensável nos lares*”³⁴⁹. Na segunda, está incluído o guia médico *A terapêutica farmacológica da infância*, do Dr. Cesar Beltrão Pernetta, cuja recomendação do DNCr informava que o guia trazia “noções práticas para os médicos não especializados”³⁵⁰.

³⁴⁸ BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. Decreto-Lei Nº 2.024, de 17 de fevereiro de 1940. *Op. Cit.*

³⁴⁹ As publicações do Departamento Nacional da Criança. *Op. Cit.*, junho de 1943. pp. 44.

³⁵⁰ Idem, *ibidem*.

Neste segundo grupo de publicações, alocamos os títulos cuja finalidade era orientar mães e médicos, não especialistas em puericultura, quanto aos cuidados higiênicos necessários ao cuidar de uma criança. Dentre os guias maternos há um total de sete títulos publicados, sendo cinco deles sobre alimentação, que permanecia sendo a principal preocupação no discurso dos médicos puericultores.

Com relação aos guias médicos, sua finalidade era a de orientar aqueles que não eram especialistas em pediatria e em puericultura sobre como proceder nos casos clínicos mais comuns - e seus diagnósticos - atendidos nos consultórios de higiene pré-natal e de higiene infantil dos postos de puericultura.

Os guias maternos e médicos visavam atender à competência de “(...)divulgar todas as modalidades de conhecimentos (...) para o fim de dar aos que tenham, por qualquer forma, o mister de tratar da maternidade ou de cuidar da infância e da adolescência os convenientes ensinamentos desses assuntos (...)”³⁵¹. Neste caso estão incluídas as mães, cuja função principal, para o DNCr, era cuidar de seus filhos, e os médicos não especialistas, que precisavam ser capacitados para atuarem como puericultores.

Por fim, no último grupo, “Livros para divulgação das ações do DNCr”, reunimos os livros que tiveram este propósito, ou seja, divulgar para a sociedade o trabalho realizado pelo DNCr. Um exemplo é o *Álbum da Exposição de Puericultura da Semana da Criança de 1942*, organizado pelo Dr. Flamarion Afonso Costa, composto por 160 fotografias, contendo ensinamentos de puericultura e proteção social à mãe e à criança e que, conforme classificado pelo DNCr, era de “interesse geral”³⁵².

Inserimos nesta categoria alguns livros onde foram publicados estudos direcionados aos profissionais, mas que não tinham a finalidade de orientá-los no exercício de suas profissões. Um exemplo é o livro *A mortalidade infantil no Brasil*, de autoria do Dr. Gustavo Lessa, que era “leitura de interesse para os senhores médicos, estatísticos, sociólogos e administradores”³⁵³. Adicionamos aqui os livros sobre os inquéritos realizados pelo DNCr, sobre as ações da semana da criança, os relatórios de viagens dos técnicos do departamento, discursos em eventos, entre outros.

As obras para divulgação das ações do DNCr cumpriram função bastante parecida com os BTDNCr, como veremos adiante, servindo de canal de divulgação das ações e projetos do departamento.

³⁵¹ BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. Decreto-Lei Nº 2.024, de 17 de fevereiro de 1940. *Op. Cit.*

³⁵² As publicações do Departamento Nacional da Criança. *Op. Cit.*, junho de 1943. pp. 45.

³⁵³ Idem, *ibidem*.

O número reduzido de funcionários e as verbas escassas para manutenção dos serviços limitaram o acompanhamento dos técnicos do departamento do processo de criação das associações de proteção à infância e de implantação de postos de puericultura, pelo menos até a organização da CRCr. A orientação do médico não especialista, também ocorreu à distância, sem a intermediação dos cursos oferecidos pelo DNCr. De modo que, os manuais técnicos e os guias utilizados pelo DNCr foram meios de instrumentalizar a sua ação.

Os Boletins Trimestrais do Departamento Nacional da Criança:

O *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança* (BTDNCr) foi publicado entre junho de 1940 e março de 1946. No formato trimestral ele teve um total de 24 edições. Sua publicação ficou interrompida no período de 1946 e 1951. Entre 1951 e 1969 passou a ser denominado *Boletim do Departamento Nacional da Criança* e sua impressão se tornou anual. As edições que analisamos correspondem à primeira fase de existência do *boletim*.

Por ocasião do lançamento do BTDNCr, o jornal *O Imparcial* publicou uma pequena matéria explicando a finalidade do periódico: “não se trata de uma publicação técnica, nem de um folheto de divulgação, mas tão somente de um correio em cujas páginas se faz o espelho das atividades daquele Departamento do Ministério da Educação e Saúde, e se alinham palavras de orientação, estímulo ou agradecimento”³⁵⁴. Segundo Olinto de Oliveira, o *Boletim* seria uma publicação que divulgaria para todo o país “os princípios que nos hão de guiar, os ensinamentos do estudo e da experiência, as notícias dos resultados que iremos alcançando, e as das bênçãos que forem recaindo nos que a ela se consagrarem de todo coração”³⁵⁵. Percebe-se que ambas as citações indicam que o BTDNCr serviu como um veículo de comunicação das ações do DNCr e a análise das matérias publicadas nos *boletins* confirma o papel do periódico como um órgão de caráter informativo a respeito das ações do DNCr.

Em nossas pesquisas nos *boletins*, verificamos constantes publicações a respeito das ações do departamento no interior do país. Também foram noticiadas as criações dos DECr’s, a oferta dos cursos do DNCr, os livros publicados na *Coleção do DNCr*, os relatórios de viagem dos técnicos, as tabelas com os subsídios que haviam sido destinados aos serviços de puericultura implantados pelo país, as correspondências e as visitas recebidas pelo DNCr.

³⁵⁴ Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança. *O Imparcial*, 11 de agosto de 1940. p.4.

³⁵⁵ OLIVEIRA, Olinto de. “O Boletim do Departamento Nacional da Criança”. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*, n. 1, junho de 1940.

A semana da criança também foi um assunto recorrente nas páginas do BTDNcr. Nas duas edições que antecediam a realização da semana da criança, as edições de junho e de setembro³⁵⁶, o tema e o programa do evento eram divulgados. Nestas edições eram publicadas as cartas-convite enviadas para as autoridades estaduais e municipais. Nas edições do mês de dezembro, o BTDNcr dedicava-se a fazer um resumo de todos os eventos acontecidos no país por ocasião da semana da criança.

Ao analisar os Boletins da LBA publicados entre 1945 e 1964, Silva nos informa que é possível analisar as ações daquela agência por meio das páginas do seu boletim (SILVA, 2018:1021). A mesma afirmativa pode ser feita com relação aos BTDNcr, visto que ele teve igualmente a função de ser um canal de comunicação do DNCr.

Os *boletins* também publicaram trechos dos livros da *Coleção do DNCr*, de guias médicos e de manuais técnicos e, eventualmente, divulgava material para educação sanitária das mães, o que nos leva a inferir que este não era considerado um instrumento adequado para esta ação. Silva indica posição parecida para os Boletim da LBA, justificando que “em um país com alto índice de analfabetismo, é possível constatar que a mulher/mãe pobre, público-alvo da LBA, não lia o Boletim, recebendo a atenção da LBA unicamente por meio de suas ações e campanhas” (SILVA, 2018:1021)

Poucas matérias publicadas no *Boletim* trazem identificação de autoria. A partir de sua leitura, podemos identificar que algumas foram escritas pelos técnicos do departamento, uma vez que são partes de documentos oficiais elaborados pelo DNCr. Desse modo, o BTDNcr corresponde à fala oficial do DNCr. A exceção é para a seção de cartas recebidas, toda correspondência publicada tinha autoria identificada. As cartas eram provenientes de várias regiões e indicam a grande circulação dos *boletins* pelo país.

As oito primeiras edições do BTDNcr, nos ajudam a identificar para quem este material era produzido. Nestas edições foram publicados editoriais em homenagem aos grupos sociais reconhecidos pelo departamento como os mais envolvidos com a causa da infância. Estes editoriais também foram uma espécie de convite à colaboração com as ações destinadas à infância, conforme as especificidades de suas áreas. O primeiro grupo a ser convidado foram os prefeitos, seguidos pelas professoras, os vigários, os médicos do interior, os institutos de proteção à infância e, por último, os interventores estaduais.

³⁵⁶ A revista era publicada nos meses de março, junho, setembro e dezembro. As exceções foram: em 1941, quando as edições de junho e setembro foram publicadas juntas com a edição de dezembro, e em 1945, quando foi publicada uma edição referente ao período de abril a setembro.

Nestes convites era explicado o papel a ser desempenhado por estes grupos. Como veremos abaixo no editorial do segundo número do *Boletim* escrito pelo Dr. Olinto de Oliveira e destinado para as professoras primárias de todo o país:

Senhoras professoras das Escolas Primárias de todo o Brasil!

Volta outra vez esta repartição federal a invocar a vossa colaboração preciosa e imprescindível para levar a termo a sua grande missão: promover a maior soma possível de benefícios às nossas crianças, conservar lhes a vida, a saúde, a alegria, favorecer lhes o desenvolvimento do corpo e do espírito, assisti-las e protegê-las nas suas necessidades e aspirações.

(...)

Estudastes noções de puericultura, e se sois mães, as conheceis praticamente e as aplicastes com sucesso aos vossos pequeninos. Aprofundai esses conhecimentos, relendo tratados, conversando com os médicos, para depois transmiti-los às vossas alunas mais adiantadas. Tomai parte nas Associações de Proteção à Maternidade e à Infância, senão para trabalhar nelas, porque não vos sobrá tempo, mas para ajudar, para esclarecer, para guiar com o estudo e experiência adquiridas no tirocínio profissional.

Promovei essas tão uteis e tão belas organizações complementares da vida das escolas: - a caixa escolar, a cooperativa, a merenda escolar, o círculo de pais e professores, o parque de recreio (...).

Aceitai fazer parte das futuras Juntas da Infância (...). E nas vossas dúvidas e dificuldades escrevei ao Departamento Nacional da Criança (Rio de Janeiro, Caixa Postal 1819), e vos remeteremos os esclarecimentos desejados, e bem assim as nossas publicações, folhetos, boletins, planos de trabalho etc.

Não vos acanheis de solicitar o nosso concurso. A nossa causa é comum, o bem da infância³⁵⁷.

A invitation às professoras é acompanhada das orientações do DNCr para as ações que competiam a estas profissionais. Isso nos permite perceber que a educação sanitária permanece como um dos atributos da professora.

Olinto de Oliveira aproveita a ocasião para reforçar o papel orientador do departamento e solicita que todos os esclarecimentos necessários fossem feitos diretamente ao órgão. De modo que as ações de auxílio filantrópico à maternidade e à infância seguissem o conjunto de orientações do departamento.

A renovação do convite à Igreja Católica, que outrora já havia aceitado o pedido para atuar na CNACr, atendia às determinações do DNCr de buscar cooperação com todas as grandes instituições interessadas pelo problema da infância. Considerava, neste caso, a influência exercida pela instituição na orientação da vida familiar. Esta característica era vista como um facilitador para a divulgação das noções de puericultura para as mães e para a família: “à nobre tarefa dessa disseminação são convocadas todas as profissões que podem influir na orientação

³⁵⁷ Um apelo às professoras primárias de todo o Brasil em prol da infância. *O Imparcial*, 14 de dezembro de 1940.

da vida familiar, entre as quais se destacam a dos sacerdotes, a dos educadores e a dos médicos”³⁵⁸.

No convite feito aos institutos de proteção à infância foi solicitado um relatório a respeito do seu funcionamento e o envio dos seus estatutos. Além disso, orientava-se que a organização técnica de seus serviços deveria ser feita por um médico responsável ³⁵⁹. Ao longo desta edição do *Boletim* foram publicadas matérias informando como estas instituições poderiam solicitar o auxílio técnico e financeiro por parte do DNCr.

Nos números do *Boletim* dedicados aos prefeitos e aos interventores foi solicitado o apoio para a criação das instituições que se encarregariam da organização das ações de proteção materno-infantil localmente, como as juntas da infância e os Departamento Estaduais da Criança. Neste último caso, Olinto de Oliveira aproveita para ressaltar o caráter autônomo que estes órgãos deveriam ter, a exemplo do próprio DNCr³⁶⁰.

Os convites às professoras, à igreja, às associações filantrópicas e aos médicos do interior expressam a permanência de uma característica do modelo de assistência materno-infantil praticado no país, a relação entre o público e o privado. Esta característica deveu-se ao envolvimento filantrópico financiando as ações de médicos especialistas envolvidos no combate à mortalidade e à infância. A relação estabelecida entre o SHI e a LBCMI é um exemplo desta relação. No caso do DNCr, ele se colocava na posição de orientador das ações de proteção materno-infantil, mas a ação deveria ficar sob a responsabilidade da filantropia.

A convocação a estes grupos sociais é fala oficial do DNCr, pois está expresso no *Boletim*. O que se esperava destes grupos era uma resposta positiva, validada em forma de associações de proteção à infância. Competiria à “boa filantropia” se organizar e executar o programa do DNCr nas cidades.

Com relação à disseminação do material publicado pelo DNCr (boletins e os livros da *Coleção do DNCr*), percebemos um aumento ano a ano. Em 1940, momento de criação do DNCr, foram distribuídos 6.395 boletins e livros. Em 1944, penúltimo ano da gestão Olinto de Oliveira, este número chegou a 138.150 exemplares. Em um espaço de 4 anos o número de impressos disseminados aumentou em mais de 20 vezes. Em 1947, primeiro ano da gestão Martagão Gesteira, este número foi reduzido para menos da metade, alcançando a marca de

³⁵⁸ A difusão da puericultura pelos sacerdotes. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*, n. 9, junho de 1942. P. 50.

³⁵⁹ Aos Institutos de Proteção à Infância. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*, n. 5, 6 e 7, julho a dezembro de 1941. P.4

³⁶⁰ OLIVEIRA, Olinto. Aos srs. Interventores dos Estados. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano 2, n.º 8, março de 1942, p. 5.

49.450 exemplares de boletins e livros. Essa redução poderia ser creditada à suspensão da publicação do BTDCr. No entanto, ao verificarmos os dados de materiais distribuídos no período de 1947 a 1950, identificamos um total de 104.730 exemplares de livros disseminados, o que não alcança a marca da gestão Olinto de Oliveira somente para o ano de 1944 ³⁶¹.

A quantidade de BTDCr e de livros da *Coleção do DNCr* distribuídos pelo DNCr durante a gestão Olinto de Oliveira sugere que esta modalidade adquiriu bastante relevância como instrumentos de ação do DNCr. Como objetos de pesquisa, ambos permitem analisar as ações realizadas pelo DNCr e o modo como se deu o funcionamento do órgão federal.

4.2.1 – A propagação da puericultura entre leigos e filantropos e médicos

Neste item, descreveremos como eram realizadas as orientações para as associações de proteção à infância, para os médicos não especialistas e para os leigos (filantropos) por meio dos manuais técnicos e dos guias da *Coleção do DNCr*. Como vimos, as limitações institucionais deste departamento, ocasionadas pelo baixo número de funcionários, por um orçamento limitado, pela demora na criação dos DECr's e pela não aprovação da criação das juntas da infância, fizeram com que as associações de proteção à infância se tornassem as executoras da política materno-infantil nos municípios. Foi atribuído ao serviço filantrópico de natureza político-administrativa a organização dos recursos humanos e financeiros necessários a implantação dos postos de puericultura até 1943, quando a CRCr assumiu a execução desta parte do programa de proteção materno-infantil do DNCr.

Tivemos acesso a terceira edição revista e ampliada de *Associações de Proteção à Maternidade e à Infância*, um manual técnico escrito pelo Dr. Flamarion Afonso Costa, chefe da DPSI do DNCr. Esta edição data do ano de 1944 e não há indicações nela sobre o ano em que foi publicada pela primeira vez ³⁶².

³⁶¹ Para os dados referentes a 1940: Quadro demonstrativo dos dados do Departamento Nacional da Criança. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV. Para os dados referentes a 1944: Divulgação da Divisão de Cooperação federal em 1944. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro, ano 5, n. 20, março de 1945, pp. 27. Para os dados referentes a 1947: GESTEIRA, Joaquim Martagão. *Op. Cit.*, 1949. pp.83. Para os dados referentes a 1947-1950: GESTEIRA, Joaquim Martagão. O Departamento Nacional da Criança – quatro anos de administração (1947-1950). Rio de Janeiro: Imprensa oficial, 1951. pp. 22.

³⁶² Acreditamos que se trata de uma revisão de um outro manual técnico com título semelhante, o *Associações de Proteção à Infância*, escrito pelo Dr. Olinto de Oliveira e que aparece na lista da *Coleção do DNCr* na edição do BTDCr em março de 1942. Já a edição revista pelo Dr. Flamarion Afonso Costa aparece pela primeira vez na lista da *Coleção do DNCr* em outubro de 1943.

Este manual técnico apresenta 34 páginas divididas em 12 partes, das quais 9 possuem orientações técnicas para a criação e funcionamento das associações filantrópicas e 3 são anexos com os documentos necessários para a regulamentação destas associações. As 12 partes do manual técnico são as seguintes: 1 – *Finalidades*, trata de questões gerais sobre a finalidade da associação, o convite aos sócios e o nome que deveria ser adotado por ela; 2 – *Organização*, informa sobre os assuntos principais a serem tratados na reunião inaugural e as funções a serem executadas pelos sócios; 3 – *Algumas dificuldades a vencer*, indica sugestões para a associação manter suas finanças equilibradas; 4 – *Consultórios e lactários*, orienta quanto aos serviços de puericultura que deveriam ser preferencialmente implantados pela associação; 5 – *Instrução das sócias*, explica como a orientação das sócias poderia ser feita com ou sem a presença de um médico; 6 – *As visitadoras*, esclarece quais os tipos de trabalhos uma auxiliar de puericultura precisaria estar apta a fazer e traz breves orientações sobre estes trabalhos; 7 – *Outras atividades*, informa a necessidade da organização de atividades para atender às mães mais pobres; 8- *Relações com outras instituições*, explica os possíveis benefícios que a manutenção da relação com outras instituições locais, como a Igreja, poderia trazer para a associação; 9 – *Fontes de recursos*, informa os trâmites em torno da solicitação de subvenções federais; Anexo 1 – *De como poderiam se organizar estatutos de associação de puericultura ou de proteção à criança*; Anexo 2 – *Decreto-lei N.º 5698, de 22 de julho de 1943 – Dispõe sobre a cooperação financeira da União com as entidades privadas a que se refere o decreto-Lei n.º 527, de 1 de julho de 1938*; Anexo 3 – *Relação do material para instalar os consultórios de higiene infantil e pré-natal do posto de puericultura*.

O primeiro capítulo do manual técnico *Associações*, que trata das suas finalidades, indica que a criação das associações de proteção à maternidade e à infância nas cidades significavam “o ponto de partida de todo o movimento popular eficiente em favor da infância”³⁶³. A seleção dos sócios era considerada algo de alta relevância, afinal, eles deveriam ser as “pessoas mais notáveis, inteligentes e caridosas de qualquer localidade”³⁶⁴.

A associação filantrópica deveria angariar o apoio da elite política, econômica e intelectual da cidade desde os momentos iniciais de sua formação. Para isso, era recomendado que fossem enviados convites ao pároco, aos médicos, farmacêuticos, juízes, funcionários, fazendeiros, às professoras e ao prefeito da cidade para participarem da reunião inaugural da associação. Era de praxe dirigir invitações especiais às senhoras da localidade, principalmente

³⁶³ COSTA, Flamarion A. *Associação de Proteção a Maternidade e a Infância*: Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 1944. p.3.

³⁶⁴ COSTA, Flamarion A. *Op. Cit.* 1944, p.3.

à esposa do prefeito, que deveria ser uma das sócias da entidade. Com relação ao papel a ser desempenhado pelo prefeito, informava-se que não deveria ser exigida a sua participação direta, mas que era dever da associação trabalhar ao seu lado ³⁶⁵.

Em muitas cidades do país o único órgão executor das atividades materno-infantis foram as associações de proteção à maternidade e à infância. De modo que, a sugestão para que a associação mantivesse uma boa relação com o poder público municipal foi um meio para conseguir o apoio e o patrocínio da prefeitura às ações materno-infantis. Observamos a manutenção da ação filantrópica como complementar à ação do Estado, conforme era realizado desde o período da IHI.

Antes da reunião inaugural da associação deveria ser formulada a sua denominação. A orientação do DNCr era que este nome deveria limitar-se à “Associação de Proteção à Infância, ou de Maternidade e Infância”, ou simplesmente “Associação de Puericultura” ³⁶⁶, seguido pelo nome da cidade. O objetivo desta padronização era promover um fácil entendimento por parte da sociedade a respeito do serviço que ali seria prestado. O manual técnico sugere ainda que fosse dada preferência à designação “Associação de Puericultura”, pois “esta expressão terá vantagem de divulgar no interior uma palavra pela qual os órgãos que cuidam da criança desejam vivamente torná-la conhecida, e interessar no assunto todas as camadas sociais, porque Puericultura é a arte de cuidar corretamente da criança e conservá-la sempre sadia ³⁶⁷. O uso de uma destas designações diferenciaria as entidades filantrópicas alinhadas ao DNCr daquelas que ainda não haviam se adequado às suas determinações.

O segundo capítulo de *Associações de Proteção à Maternidade e à Infância* traz orientações para a realização da reunião inaugural da entidade. Esta primeira reunião da associação deveria transcorrer, preferencialmente, sem festas ou recepções luxuosas. Segundo as recomendações, ela deveria ser dividida em duas partes. Na primeira parte deveria ser lido um manual técnico do DNCr ou feita uma palestra sobre puericultura, uma ação que deveria se tornar habitual em todos os demais encontros dos sócios ³⁶⁸. Na segunda, deveria dar conhecimento ao estatuto da associação recém-criada, documento presente no anexo 1 do manual técnico analisado, e feita a eleição da diretoria, que deveria ser composta por mulheres. Os requisitos para ocupação de cada cargo nas diretorias são especificados:

³⁶⁵ COSTA, Flamarion A. *Op. Cit.* 1944. p.3.

³⁶⁶ Idem, p.4.

³⁶⁷ Idem, ibidem.

³⁶⁸ Idem, p.5.

Eleger-se-á uma ou um presidente, vice-presidentes, uma 1ª secretaria, que será de preferência uma professora ou moça de cultura, bastante ativa, e com acentuada dedicação pela obra a realizar; uma 2ª secretária, para auxiliar a outra e uma ou um tesoureiro. Escolher-se-ão então comissões de senhoras para os diversos trabalhos a executar: fazer visitas aos domicílios pobres, organizar festas para obter recursos, angariar sócios, ajudar os serviços do consultório, do lactário etc., fazendo-se a escolha de acordo com a inclinação de cada pessoa³⁶⁹.

No caso de a cidade possuir um médico, ele deveria ser inscrito como um dos membros da direção da associação recém-criada. No caso de não haver nenhum médico na cidade, mas haver algum em uma localidade próxima, este deveria ser convidado a participar da associação como conselheiro³⁷⁰.

Uma das questões relevantes do manual técnico *Associações de Proteção à Maternidade e à Infância* era quanto ao financiamento dos serviços que seriam mantidos pela entidade. A primeira forma de se fazer este financiamento era por meio da arrecadação de mensalidade dos sócios e de doações. Entretanto, como é informado no capítulo *Algumas Dificuldades a Vencer*, este era um meio arriscado de custear o funcionamento da entidade, pois nem todos os sócios mantinham o compromisso de pagar as mensalidades da associação, além disso, as doações costumavam escassear, passada a empolgação inicial com a instalação da nova entidade. A manutenção do ânimo dos doadores era um antigo problema enfrentado por entidades filantrópicas. Rodrigues relata que a diminuição no número/valor de doações recebidas pela Fundação O Dia, mantenedora de três postos de puericultura em Curitiba e que fundou a “Associação de Puericultura de Curitiba”, foi um dos motivos que levou à entrega dos postos para a LBA, em 1942 (RODRIGUES, 2013:139).

A orientação para evitar que a associação recém-criada sucumbisse por problemas financeiros era que sua diretoria recorresse aos subsídios destinados pelo governo federal às entidades privadas. Mas, para isso, a associação precisava ser registrada corretamente e atender às normativas do DNCr.

A política de cooperação financeira da união com as entidades privadas era regulada pelo Decreto-Lei nº 527, de 01 de julho de 1938, que foi revisto em 1943 pelo Decreto-Lei n.º 5.698, e estava a cargo do Conselho Nacional de Serviço Social (CNSS). Competia a este órgão avaliar os pedidos de subvenções ordinárias e extraordinárias encaminhadas ao Ministério da Educação e Saúde por instituições regularmente organizadas, para auxiliar a realização de seus

³⁶⁹ Idem, ibidem.

³⁷⁰ Idem, ibidem.

objetivos normais ou de atividades de natureza especial ou temporária³⁷¹. Em caso de aprovação pelo CNSS, o pedido era encaminhado pelo MES ao presidente da República para que fosse designada a quantia subsidiada. Segundo Mestriner, o auxílio às entidades particulares via CNSS criou uma política de incentivo ao amparo social privado e filantrópico. (MESTRINER, 2001: 72).

Os processos de solicitação de subvenção recebidos pelo CNSS eram distribuídos entre seus sete membros³⁷², que faziam a avaliação deste pedido conforme os critérios estabelecidos no “Formulário do Conselho Nacional de Serviço Social”. Este documento funcionava como um guia para que as entidades filantrópicas enviassem ao conselho às informações pertinentes ao seu pedido, o que contribuiria para uma celeridade na avaliação do processo (CAMINHA, 2012: 41 e 42). Além da análise de pedidos de subvenção, competia ao CNSS a promoção de inquéritos sobre pessoas e famílias em situação de pobreza, a elaboração do plano nacional de organização da assistência social para ser executado nos serviços públicos e privados, as sugestões ao poder público para o aprimoramento dos serviços de assistência social oficiais e a escolhas das instituições privadas aptas a realizar serviços de natureza social. Entretanto, o fluxo de processos de solicitação de subvenção fez com que o CNSS se dedicasse quase que exclusivamente à tarefa de avaliação destes pedidos em detrimento das suas outras atribuições. (CAMINHA, 2012: 36; MESTRINER, 2001:63)

Uma das finalidades do manual *Associações de Proteção à Maternidade e à Infância*, era orientar quanto a este trâmite burocrático de solicitação de pedidos de subvenção ao CNSS. Como poderemos observar na correspondência abaixo:

Sr. Diretor Geral do DNCr.

Tenho o grande prazer de agradecer os livros que enviou ao Posto de Puericultura “Santa Terezinha”.

Eles são sempre recebidos com satisfação geral e deles vimos tirando belos ensinamentos, que, postos em prática, muito tem contribuído para o feliz desempenho da obra social a que nos propusemos.

Desejamos receber sempre, se possível, o “Boletim Trimestral”, editado por esse Departamento.

Este Posto de Puericultura, com Lactário em anexo, funcionando sob o patrocínio da Legião Brasileira de Assistência, veio trazer a nossa cidade um grande e valioso benefício.

³⁷¹ BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. Decreto-Lei Nº 527, de 1º de julho DE 1938. Regula a cooperação financeira da União com as entidades privadas, por intermédio do Ministério da Educação e Saúde. Retirado do *site* <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1930-1939/decreto-lei-527-1-julho-1938-358395-publicacaooriginal-1-pe.html>. Consultado em 25 de maio de 2020.

³⁷² O Conselho era composto por sete membros designados pelo Presidente da República. Por ocasião da instalação do Conselho Nacional de Serviço Social, em 9 de agosto de 1938, foram nomeados como membros: Ataulfo Nápoles de Paiva, eleito presidente, Eugenia Hamann, Stela de Faro, Ernani Agrícola, Rafael Levi Miranda, Olímpio Olinto de Oliveira e Sabóia Lima. (CAMINHA, 2012: 36 e 37; MESTRINER, 2001: 58-60).

Os Srs. Médicos Drs. Jaime de Sousa Toledo e Armando Xavier Vieira, que ao Posto de Puericultura dão graciosa e generosamente os seus serviços profissionais, são os incansáveis obreiros desta colmeia, que cresce dia a dia, contribuindo para que a criança pobre de Guarani se desenvolva sadia, alegre e feliz.

São vários os frutos já colhidos.

Há uns dois anos passados era tão grande a mortalidade de crianças pobres nesta cidade, que a população vivia alarmada.

O Posto de Puericultura veio resolver, em parte, o grande problema que as ameaçava.

Entretanto, o nosso trabalho não pode estacionar, precisamos caminhar para a frente e para isso é necessário grande dose de esforço e vontade.

Já se tem feito alguma coisa, é preciso fazer-se muito mais.

Solicito o obséquio de me informar se devemos levar ao conhecimento do Ministério da Educação e Saúde, o trabalho realizado por este Posto de Puericultura.

Podemos aspirar, auferir algum benefício daquele Ministério, em favor da nossa causa? Como nos documentaremos?

Ficar-lhe-ei imensamente grata por essas informações, sendo elas possíveis.

Respeitosos cumprimentos.

Maria Alves T. Castañon,

Secretaria.

Guarany, 17-10-1945.³⁷³ (*grifos nossos*)

Certamente a pergunta redigida nesta carta foi respondida de forma positiva à secretária deste posto de puericultura juntamente com uma cópia do manual técnico *Associações de Proteção à Maternidade e à Infância*. Como podemos perceber no início da carta, esta não era a primeira vez que a secretária deste posto recorria às orientações do DNCr, já tendo recebido outros materiais e cópias do BTDNCr e demonstrava interesse em continuar recebendo-os. Segundo as recomendações do DNCr, toda dúvida relacionada aos serviços de proteção materno-infantis deveria ser resolvida diretamente com o departamento. Ao que parece esta recomendação era atendida por leigos e pelos médicos, como veremos abaixo:

Agradecendo as informações enviadas, quero aproveitar o ensejo para sugerir-vos a conveniência de ser denominado Posto de Puericultura o estabelecimento que dirigis.

Como o ilustre colega sabe, o Posto de Puericultura, visando manter sadia a criança sadia, é constituído dos seguintes serviços: higiene pré-natal, com assistência obstétrica domiciliar, higiene infantil, tendo anexo o lactário, e cantina maternal.

A anexação do lactário ao serviço de higiene infantil se impõe em consequência da função limitada de preparar e distribuir rações alimentares, prescritas pelo médico puericultor, às criancinhas, consoante a idade, peso e condições orgânicas que elas apresentarem. Assim, essa anexação lógica, e, por isso, o lactário constitui parte integrante do Posto de Puericultura.

³⁷³ Correspondência recebida pelo DNCr. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro: Imprensa oficial: dezembro de 1945, ano 5, n.º 23. p. 31.

O Posto de Puericultura tem, como se vê, sentido amplo, enquanto o Lactário possui finalidade restrita: fornecer leite às criancinhas sob prescrição do médico puericultor que dirigir o serviço de higiene infantil.

O Lactário que dirigis não se afasta dessa orientação, quando fornece leite às criancinhas de acordo com a prescrição do ilustre colega, que assim, evidencia segura orientação sobre um dos aspectos do problema de proteção à infância, isto é, o ilustre colega realiza aí, em verdade, puericultura – arte que tem por fim promover os meios de garantir o desenvolvimento normal da criança. E como a alimentação, criteriosamente orientada, é um dos fatores do êxito desse desenvolvimento, mister se torna que o lactário, para proporcionar esse resultado, conserve essa subordinação.

Assim conceituado o papel do lactário, não parece razoável manter essa denominação ao estabelecimento onde se pratica puericultura.

Estou certo ilustre colega, meditando sobre essas considerações, não terá dúvida em aceitar minha sugestão, na certeza de que prestará ainda valioso concurso à vulgarização do conceito de Posto de Puericultura³⁷⁴.

O contato constante com o DNCr, por meio de correspondências, também fazia parte das orientações do departamento para a garantia do bom funcionamento das associações de proteção à maternidade e à infância. Esta troca era relevante para ambos os lados. Ao DNCr garantiria que suas recomendações estavam sendo divulgadas pelos serviços de proteção materno-infantis em formação e, para as associações organizadoras destes serviços, garantiria acesso aos benefícios oferecidos pelo governo federal, que viabilizariam o seu funcionamento.

A emissão deste parecer técnico publicado no BTDNcr, em resposta à carta de um médico, evidencia a tentativa do DNCr em manter um “canal aberto” com os profissionais atuantes nos serviços de proteção materno-infantis existentes no país, encorajando-os a buscar no órgão federal as soluções aos possíveis problemas enfrentados por eles no exercício da profissão.

Outra questão relevante abordada pelo manual técnico *Associações de Proteção à Maternidade e à Infância* era a orientação quanto aos serviços que deveriam ser priorizados pelas associações. No capítulo *Consultórios e Lactários* é recomendada que fosse feita na seguinte ordem a “fundação de um consultório para crianças, um consultório para as mães e, mais tarde, um lactário anexo”³⁷⁵. Pois,

(...) é por elas que se deve começar sempre. Os municípios que já as possuem devem procurar aperfeiçoá-las e ampliá-las o mais possível, de preferência com o auxílio das associações.

Estes consultórios, o lactário e a cantina constituirão o Posto de Puericultura. Serão instalados com materiais imprescindível para o seu funcionamento, (...),

³⁷⁴ Lactário ou posto de puericultura? *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro: Imprensa oficial: junho de 1942, ano 2, n. 9. p. 49.

³⁷⁵ COSTA, Flamarion A. *Op. Cit.* 1944. p.9.

e poderão funcionar em algum prédio municipal ou, em falta deste, em um prédio oferecido para tal fim, ou, ainda, se for necessário, numa casa alugada ou construída especialmente conforme planta e especificações fornecidas por esta repartição (D.N.C.)³⁷⁶

Ao seguir as orientações do DNCr estes serviços de puericultura deveriam garantir o cunho “educativo e profilático” em sua atuação, ou seja, as ações de promoção da educação sanitária baseada na difusão dos hábitos e atitudes recomendadas pela puericultura. Trata-se, sem dúvida, de uma tentativa de mudança cultural no que tange à maternidade e a criação das crianças. Essas ações correspondiam a uma das finalidades das associações de proteção à maternidade e à infância de “espalhar entre as mães pobres e ignorantes as melhores noções de higiene infantil e de puericultura, e de ajudá-las materialmente nessa tarefa tão importante, mas sempre tão mal executada”³⁷⁷

Não estava no escopo do manual técnico, *Associações de Proteção à Maternidade e à Infância*, o esclarecimento sobre as especificidades do funcionamento de cada um dos serviços recomendados. Para isso ele indica a solicitação ao DNCr dos seguintes manuais: *Postos de Puericultura por toda parte e O Lactário e sua Organização*, ambos escritos pelo Dr. Olinto de Oliveira e *Especializações do Posto de Puericultura*, escrito pelo Dr. Hermes Bartholomeu³⁷⁸.

Estes manuais técnicos orientavam quanto à finalidade do posto de puericultura e do lactário, como deveria ser feita sua instalação, trazia a lista dos mobiliários, equipamentos e materiais necessários ao seu funcionamento, informava a respeito da construção da rotina de atendimento nestes serviços, o quantitativo de funcionários necessários para a realização das atividades e a qualificação que era demandada para o exercício da função e, por fim, indicavam quais guias médicos poderiam ser solicitados ao DNCr para capacitar estes profissionais.

O manual analisado também trazia orientações quanto à equipe de profissionais que deveria atuar no posto de puericultura. Nestes serviços deveria haver ao menos 3 tipos de profissionais: o médico, a auxiliar e as visitadoras. Contudo, sabendo da dificuldade relacionada à falta de médicos e demais profissionais de saúde, sobretudo no interior, foi recomendado que:

Onde não houver médico, pode-se talvez conseguir que um médico do município vizinho venha duas ou três vezes por semana, ou quando puder, dar as consultas e dirigir os serviços.

³⁷⁶ COSTA, Flamarion A. *Op. Cit.* 1944. p.9.

³⁷⁷ Idem, p.3.

³⁷⁸ Idem, p.9.

Os consultórios e os lactários devem estar a cargo de médicos especialistas ou, quando não for possível, de médicos interessados no assunto e sempre auxiliados por voluntárias (que poderão ser as senhoras da própria Associação), ou profissionais admitidas para esse mister, que auxiliarão o médico na tarefa de instruir, educar e socorrer às mães e crianças que frequentam os serviços do Posto de Puericultura. A formação do pessoal técnico desses serviços é fator importante para o seu perfeito funcionamento. Nesse sentido o Departamento poderá manter assídua correspondência com esse pessoal a fim de orientá-lo, e até mesmo recebê-lo na sede ou no seu centro de estudos e pesquisas, que é o Instituto Nacional de Puericultura, ou facilitar o estágio em centros mais próximos, quando os recursos financeiros da Associações ou os seus permitirem³⁷⁹. (grifo nosso)

Para minimizar o efeito da falta de profissionais de saúde, sobretudo daqueles com a qualificação necessária para atuar nos postos de puericultura, a orientação do DNCr era para que fosse contratado qualquer médico. Neste caso, o departamento forneceria o material necessário para a capacitação deste profissional.

A correspondência a que se refere a citação acima seria para solicitação e envio dos guias médicos. Estes documentos comporiam o material de capacitação em matéria de puericultura do médico não especialista do interior que não teve acesso aos cursos de especialização do DNCr. A partir do estudo deste material, esperava-se que ele pudesse atuar nos serviços de proteção à infância mantido pelas associações filantrópicas. Como vimos, essa modalidade de orientação aos profissionais foi uma ação do DNCr que visava atender a competência de ensinar a todas as pessoas que tratavam da mãe e da criança como deveria ser realizado este cuidado, ou seja, seguindo os preceitos da puericultura³⁸⁰.

Nos BTDNCr eram veiculadas propagandas a respeito dos guias médicos: “O Departamento Nacional da Criança distribui gratuitamente a quem os pedir, dois folhetos de muita utilidade nestes casos: um *Guia popular da alimentação das crianças* e outro sobre o *Tratamento das perturbações gastro-intestinais na infância*.³⁸¹ Ambos os livros foram escritos pelo Dr. Adamastor Santana Barbosa, diretor da Gota de Leite do Instituto Nacional de Puericultura.

O primeiro guia, denominado *Guia Popular da Alimentação das Crianças*, é classificado como um manual materno e é dedicado ao ensino de práticas corretas de amamentação natural, artificial e de receitas compatíveis com o desenvolvimento infantil, do nascimento até a fase escolar. Este guia podia ser usado por qualquer pessoa que cuidasse de

³⁷⁹ Idem, p.10.

³⁸⁰ BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. Decreto-Lei Nº 2.024, de 17 de fevereiro de 1940. *Op. Cit.*

³⁸¹ O médico e o Posto de Puericultura. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro: Imprensa oficial: março de 1942, ano 2, n.º 8. p. 48.

uma criança, visto que tratava sobre questões referentes à alimentação infantil, sendo recomendado aos diretores e diretoras de lactários e escolas e aos médicos não especialistas para seu próprio uso e para que pudessem orientar a sua equipe e, é claro, às mães. O segundo, cujo nome correto era *As Perturbações Gastrointestinais na Primeira Infância*, foi escrito exclusivamente para médicos que não possuíam especialização em puericultura.

O guia médico *As Perturbações Gastrointestinais na Primeira Infância* foi publicado após o recebimento de um apelo escrito por um médico de uma cidade do interior do país que se considerava inapto para o atendimento de crianças³⁸². A carta deste médico está impressa na introdução do guia e abaixo reproduzimos alguns trechos:

Estimado colega e amigo.

Como médico neste lugarejo do interior, não especialista em doenças de crianças, e não tendo tido mesmo oportunidade de fazer um curso de pediatria, vejo-me constantemente em dificuldades para tratar de casos de perturbações gastrointestinais na tenra idade, tão frequentes neste povoado, onde a ignorância das mães, mesmo entre a gente mais culta, leva-as a alimentar os filhos pequeninos da maneira mais desarrazoada, e às vezes até contra o simples bom senso.

(...)

Os estudos que tenho feito em alguns livros da especialidade, confesso que me deixam às vezes mais atrapalhado e sem saber o que fazer. Vejo que a ciência tem progredido bastante nestes últimos tempos, e noto que alguns autores de artigos de revistas se referem com grande entusiasmo aos resultados por eles obtidos. Mas as suas doutrinas e a sua linguagem parecem-me bastante complicadas, e fazem frequentemente alusões a certos princípios e termos cuja significação exata escapa-me.

Não podendo transportar-me a essa Capital para fazer, como desejava, um curso sério de pediatria, lembrei-me de apelar para o antigo colega de turma, a quem conheci já como um estudioso destas matérias e cujo nome vejo agora, apontado como um dos mais competentes mestres desta especialidade, para perguntar-lhe se não seria possível condensar em um pequeno folheto de umas 20 ou 30 páginas, com caráter essencialmente prático, o conjunto de ideias reinantes sobre a nutrição das crianças de tenra idade e as perturbações gastrointestinais que nelas predominam, com umas noções simples e claras sobre o modo de diagnosticar as suas diferentes formas, e o tratamento que lhes é aplicável, dietético e medicamentoso.

³⁸² Tivemos acesso a 2ª edição de *As Perturbações Gastrointestinais na Primeira Infância*. Publicada em 1944, ela possui 61 páginas que se dividem entre seis capítulos. O primeiro deles, cujo título reproduz o nome do livro, *As perturbações gastrointestinais na 1ª infância e seu tratamento*, visava familiarizar o médico não especialista com as especificidades do corpo infantil, sobretudo com a fragilidade apresentada pelo trato intestinal de crianças entre 0 e 12 meses e os efeitos dessa característica nos estados de morbidade e mortalidade infantis. Os três capítulos subsequentes se dedicavam a analisar as formas de perturbações ocasionadas pelos diferentes tipos de aleitamento conferido aos lactentes e são assim divididos: *Perturbações Gastrointestinais nas crianças amamentadas ao seio*, *Perturbações gastrointestinais nas crianças alimentadas artificialmente* e *Perturbações gastrointestinais por carência de leite*. Os dois capítulos finais tratavam da terapêutica dos problemas oriundos destas perturbações. BARBOZA, Adamastor. *As perturbações gastrointestinais na 1ª infância e seu tratamento*. Op. Cit., 1944.

Penso que um livrinho nestas condições prestaria os maiores serviço aos colegas que, como eu, afastados dos centros de cultura médica, se veem na contingência de assumir a responsabilidade clínica de casos, muito simples talvez para os especialistas, mas que para nós constituem às vezes verdadeiros enigmas, de cuja solução dependem a saúde e a vida de uma criança e a felicidade de uma família. Não faltariam ao seu autor as bençãos e a gratidão dos que viessem a colher os benefícios de tal livrinhos, que viria preencher uma importante lacuna na modesta estante dos práticos nas minhas condições³⁸³. (grifo nosso)

A reprodução desta carta, no início do guia médico, reafirma quem seria o público-alvo deste material: o médico do interior, que não era especialista em puericultura e que não pode ser capacitado pelos cursos do DNCr. Portanto, este guia cumpria a função de fornecer as orientações básicas necessárias para que este profissional pudesse atender as demandas dos postos de puericultura em implantação.

Por meio desta carta, inferimos a existência de uma demanda por parte dos médicos por algum tipo de formação que os habilitasse a trabalhar nos postos de puericultura que não fosse somente os cursos do DNCr. Na impossibilidade de oferecer estes cursos em outros estados, a solução encontrada para o problema foi a utilização dos guias médicos como um instrumento de orientação da prática médica.

O guia médico *As Perturbações Gastrointestinais na Primeira Infância* aponta que as orientações em puericultura privilegiadas pelo DNCr a serem repassadas aos médicos não especialistas estavam relacionadas ao cuidado com a criança em fase de lactação. Se considerarmos os demais guias médicos, como vemos na tabela 7, somente em março de 1944 aparece na listagem da *Coleção do DNCr* o livro *Alguns Problemas Pré-natais*, escrito pelo Dr. Henrique Duék, até este momento nenhum material era destinado à orientação do médico que atuava no posto de puericultura sobre questões relacionadas à maternidade. A falta de orientação aos médicos não especialistas em questões de assistência à maternidade reforçam o entendimento de que o papel desempenhado pelo DNCr, durante a gestão Olinto de Oliveira, era mais restrito aos cuidados da saúde infantil.

Ao médico que atuava no posto de puericultura do interior mantidos pela iniciativa filantrópica competia o cuidado com a criança, a direção do posto, a instrução das sócias e das visitadoras em noções de puericultura para que o auxiliassem no atendimento às crianças e para que reconhecessem o estado de saúde da criança durante as incursões domiciliares e o

³⁸³ BARBOZA, Adamastor. *Op. Cit.*, 1944. p. 3 a 5.

aconselhamento das mães em termos de higiene infantil ³⁸⁴. Para isso, a capacitação deste médico demandava o estudo dos guias médicos e dos manuais técnicos relativos aos serviços que iam administrar. Já o médico que atuava no posto de puericultura padrão recebia formação no curso de *Organização e Administração dos Serviços de Proteção à Maternidade, Infância e Adolescência*, um dos cursos de aperfeiçoamento e especialização do DNCr.

O DNCr recomendava que o posto de puericultura se mantivesse em funcionamento mesmo nos casos em que a associação filantrópica ou a prefeitura não conseguissem contratar um médico. Porém, o serviço seria limitado à pesagem regular das crianças e à entrega dos alimentos pelo lactário³⁸⁵. Este trabalho deveria ser realizado pelos membros da associação, preferencialmente pelas mulheres³⁸⁶.

Essas mulheres seriam as visitadoras e/ou auxiliares, consideradas “um complemento muito importante do Posto”. As mulheres que se dedicassem a este serviço deveriam ser capacitadas por uma enfermeira ou uma assistente social. No entanto, diante da escassez destas profissionais, elas poderiam ser instruídas por uma “senhora inteligente e ativa que tenha noções claras e precisas de assuntos de higiene doméstica e puericultura”³⁸⁷. Por fim, era possível que fosse contratada alguma profissional formada pelos cursos de treinamento oferecidos em parceria entre o DNCr e a LBA, por meio da CRCr.

No caso de não haver profissionais habilitadas nos cursos de treinamento, fazia-se necessário que algumas sócias se disponibilizassem como voluntárias para os serviços de visitadoras ou de auxiliares para que a falta de pessoal não fosse um entrave ao funcionamento dos serviços. Para isso,

É da maior importância, para o bom êxito dos seus esforços, que as senhoras que formam a associação, ou pelo menos um grupo delas, tratem de se instruir em questões de higiene infantil e puericultura. Não é difícil isso e os resultados desse pequeno esforço serão extraordinários. Se um médico tiver tempo e boa vontade, será ele o melhor instrutor, organizando um curso, no qual poderá seguir, se quiser, os programas que também forneceremos aos que nos pedirem.

Não havendo médico, a necessidade dessa instrução é ainda maior e poderá ser feita do seguinte modo. As senhoras interessadas marcam um dia e hora na semana para se reunirem no consultório ou na casa de uma delas. A presidente pede a uma das senhoras que leia em voz alta uma página ou capítulo dos folhetos que lhes vamos enviar sobre puericultura, sobre

³⁸⁴ O médico e o Posto de Puericultura. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro: Imprensa oficial: março de 1942, ano 2, nº 8. p. 48.

³⁸⁵ OLIVEIRA, Olinto. *Postos de Puericultura*. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 1944. pp.8

³⁸⁶ OLIVEIRA, Olympio Olinto. *Lactários populares e sua organização*. Rio de Janeiro: Marques Araújo & Cia., s.d... pp. 5.

³⁸⁷ OLIVEIRA, Olinto. *Postos de Puericultura*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional. 1944. p. 8.

alimentação das crianças, higiene infantil, assistência, educação e assuntos semelhantes. Essa leitura será acompanhada com atenção e cada uma das senhoras presentes poderá pedir esclarecimentos, fazer repetir trecho, discutir uma questão.

Se, como é de prever, tomarem gosto, não faltarão livros e folhetos apropriados, conforme relação constante da última página deste folheto, dos quais mandaremos uma coleção a cada Prefeitura, que os poderá ceder de bom grado, ou enviaremos diretamente a todas as pessoas interessadas no assunto (...)³⁸⁸

Nos documentos pesquisados, não obtivemos informação sobre nenhum material elaborado exclusivamente para instrução das voluntárias que atuaram como visitadoras ou auxiliares, como aconteceu com os guias médicos. Mesmo nos manuais técnicos onde constam explicações sobre a rotina de suas atividades, não há menção a outros materiais além do *Guia Popular da Alimentação da Criança*. Desse modo, inferimos que a principal orientação destas voluntárias foi em questões relacionadas à alimentação infantil.

A prática profissional da visitadora consistia em “estar sempre em contato com o médico, assistir à consulta, conhecer as crianças e as mães. (...) visitar com possível frequência as famílias mais necessitadas, ensinando-lhes a melhor maneira de resolver as suas dificuldades. (...)ver se estão sendo executados os conselhos dos médicos”³⁸⁹.

Para que fosse possível a execução deste serviço havia duas recomendações: em primeiro lugar, dividir as áreas dos municípios em zonas de atuação; em segundo, estabelecer uma rotina única de trabalho para todas as visitadoras ³⁹⁰. Desse modo, cada uma atuaria exclusivamente em uma zona de atuação, se tornando mais próxima dos moradores que ali residissem. Durante as visitas caberia às profissionais indagar as mães sobre questões relacionadas à alimentação e ao registro civil da criança, a verificação do estado de saúde e o cumprimento das prescrições médicas. No caso das crianças maiores deveria ser verificado se estudavam ou trabalhavam e, em caso positivo, em qual função. Competiria a esta profissional averiguar a condição de higiene da casa e os recursos da família e direcioná-los aos serviços sociais do posto. No caso de encontrar alguma mãe ou criança não inscrita no posto de puericultura, era papel da visitadora convidar a mãe a frequentar o serviço e cadastrá-la nos serviços sociais oferecidos, que poderiam ser a oferta de alimentos nas cantinas e lactários, a doação de enxovais e a participação no clube de mães.

Por fim, o manual finaliza com a orientação de que toda dúvida a respeito do funcionamento das associações de proteção à infância deveria ser enviada por carta ao DNCr.

³⁸⁸ COSTA, Flamarion A. *Op. Cit.* 1944. p.10 e 11.

³⁸⁹ OLIVEIRA, Olinto. *Postos de Puericultura*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional. 1944. p. 9.

³⁹⁰ OLIVEIRA, Olinto. *Op. Cit.* 1944. p. 8; COSTA, Flamarion A. *Op. Cit.* 1944. p.11.

Orientação idêntica àquela dada às mães de que toda as dúvidas sobre o cuidado com a criança deveriam ser consultadas com profissionais especializados em puericultura.

Considerações Finais

Ao longo desta tese identificamos que a política materno-infantil apresentou continuidades e descontinuidades entre o fim da Inspetoria de Higiene Infantil, 1934, e os anos iniciais de funcionamento do Departamento Nacional da Criança (1940-1945). A análise dos projetos reformistas defendidos por Olinto de Oliveira e Martagão Gesteira e das influências que ambos exerceram na formação do programa materno-infantil do DNCr foram fundamentais para entendermos este processo.

A política pública defendida por Olinto de Oliveira almejava criar um órgão federal autônomo e centralizado. O objetivo era que este órgão fosse o responsável pela coordenação nacional das ações materno-infantis nos estados e municípios brasileiros. O programa assistencial defendido por Olinto de Oliveira preconizava a ampliação do público-alvo desta política, estendendo-a para todas as faixas etárias da infância, incluindo crianças e adolescentes. Com a criação da Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância, as crianças em idade escolar passaram a ser assistidas, mas foi somente com a criação do Departamento Nacional da Criança que a proteção foi estendida aos adolescentes. Este programa pretendia ainda ampliar a natureza das ações assistenciais, estendendo-as para além do combate à mortalidade infantil, e oferecer um sistema de proteção social, com ações de saúde, de educação e de assistência social, cuja principal agência foram os postos de puericultura.

Por outro lado, o projeto de política materno-infantil elaborado por Martagão Gesteira sugeria a criação de um centro de estudos, de pesquisa, de formação profissional, de propagação da puericultura e de educação sanitária das mães. Este projeto de política materno-infantil foi representado pelo Instituto Nacional de Puericultura e pretendia manter algumas das características da Inspetoria de Higiene Infantil, ou seja, fazer deste órgão uma instituição irradiadora do modelo assistencial a ser seguido por outras instituições de mesma natureza. Para isso, no INP seriam mantidos serviços assistenciais modelares que serviriam de espaço de ensino deste arquétipo assistencial que deveria ser seguido por toda a rede pública e particular de assistência materno-infantil.

A novidade desta política materno-infantil, com relação ao que era praticado até então, ficou por conta da resignificação do conceito de puericultura e do objetivo das ações assistenciais. Segundo Martagão Gesteira, o objetivo da puericultura deveria ser renovado.

Assim, no lugar da visão negativa de luta contra a mortalidade infantil, a finalidade da puericultura deveria ser revestida de um aspecto positivo, ou seja, a luta pela manutenção da “criança normal” (aquele que possuiria maior capacidade de adaptação aos estímulos recebidos pelo meio).

Ao contrário do projeto de Olinto de Oliveira, o projeto de política materno-infantil elaborado por Gesteira não previa a intervenção direta por parte do governo federal nos estados, construindo serviços federais de puericultura. Ele defendia que o papel do Estado era normatizar e fiscalizar a assistência à mãe e à criança. Deste modo, este projeto defendia o fornecimento de orientações para as ações que seriam executadas localmente, fossem elas ações de ensino, de pesquisa ou de assistência modelar. Martagão Gesteira era, antes de tudo, um acadêmico e esta característica está impressa no seu projeto. Em resumo, podemos dizer que de um lado nós temos uma política que preconizava criar um órgão de coordenação das ações de proteção materno-infantil centralizado e com ingerência sobre os estados, implantando uma rede nacional de postos de puericultura pelo país, e, do outro, nós temos uma política que defendia a criação e o aparelhamento de uma instituição irradiadora do modelo assistencial a ser seguido por outras instituições de mesma natureza.

O DNCr foi formado a partir do amálgama da política materno-infantil defendida por Olinto de Oliveira e por Martagão Gesteira obedecendo à lógica do programa da Saúde Pública. A construção de uma rede nacional de postos regionais era o projeto de João de Barros Barreto para o Departamento Nacional de Saúde e passou a fazer parte do programa materno-infantil após 1937. Acreditamos que foi esta mudança que convenceu Vargas a atender aos pedidos de Olinto de Oliveira. O alinhamento do programa do DNCr ao programa de governo de Getúlio Vargas, que demandava uma política social ativa, que pudesse ser materializada em cada canto do país, a partir de ações realizadas pelo próprio governo, ou por agências que o representassem, como a Legião Brasileira de Assistência, foi ponto fundamental para definir a “vitória” de Olinto de Oliveira nesta disputa entre os médicos puericultores. Mas, também é importante considerar que os aliados políticos de Gesteira, como o governador Juracy Magalhães, estavam na Bahia e que o problema em estabelecer novas alianças, no disputado cenário político do Distrito Federal, certamente o prejudicou nesta disputa.

Foi no campo político-administrativo que ocorreram as mudanças mais sensíveis na política materno-infantil. O órgão coordenador destas ações se tornou centralizado, autônomo com relação à saúde pública e passou a atuar nacionalmente. Isso significou que as ações de todos os serviços de proteção materno-infantis, públicos e privados, deveriam seguir as

orientações do DNCr e que a ação nos estados independeria de acordos, pois seria realizada via departamentos estaduais da criança.

Entretanto, nem todo o projeto de Martagão Gesteira foi “perdido”. O posto de puericultura, instituição simbólica das ações do DNCr, era uma releitura do complexo de serviços de puericultura responsável pela modernização da assistência materno-infantil em Salvador e foi este modelo o escolhido para o aparelhamento da proteção materno-infantil.

No campo da assistência médico-social, não percebemos uma reorientação dos conhecimentos científicos que embasaram a proteção materno-infantil do DNCr. A prática assistencial manteve as características preconizadas pela higiene infantil, ou seja, a educação sanitária das mães e a alimentação continuou sendo o foco destas ações. O que ocorreu foi que, com a ampliação do público-alvo do DNCr, que se tornou responsável pela proteção médico-social de crianças de todas as idades, ampliaram-se as recomendações sobre como deveria ser feita a alimentação correta, do aleitamento natural à dieta da família. A oferta de alimentos para a criança e para a família passou a fazer parte das ações de proteção materno-infantil e é uma novidade relacionada às modificações do papel do Estado, que passou a incorporar esta função.

Limitações de natureza operacional dificultaram a ação do DNCr. Faltava-lhe profissionais para a realização de serviços burocráticos e recursos financeiros para financiar o funcionamento do DNCr e a criação e manutenção dos postos de puericultura. Seu corpo técnico permaneceu o mesmo daquele existente desde os tempos da IHI. O DNCr resumia-se na ação de 13 médicos puericultores. Da sua criação até a regulamentação pelo DASP, o departamento não teve verbas para funcionar. Uma das edições do boletim do órgão foi reproduzido com o dinheiro de doações. A aparente “vitória” de Olinto de Oliveira, ao conseguir que o DNCr fosse criado, significou o início de um périplo para que o departamento funcionasse.

Os poucos recursos destinados ao DNCr e a demora na regulamentação do departamento dificultaram a criação dos departamentos estaduais, órgãos responsáveis pela interiorização da assistência materno-infantil pelo país, conforme previsto pelo decreto-lei criador do DNCr. No entanto, isso não impediu que os postos de puericultura e a campanha sanitária em puericultura percorressem o país. Conforme mostramos no capítulo 3, a criação da Campanha de Redenção da Criança teve um papel relevante neste processo, uma continuidade daquilo que ocorria desde o período de existência da IHI, ou seja, o estabelecimento de uma parceria entre o poder público e a filantropia. A CRCr foi a responsável por captar pessoas e custear a implantação da rede nacional de postos de puericultura, reforçando a ação da filantropia como um braço do Estado.

Tratou-se, contudo, de uma filantropia renovada, se comparada àquela praticada durante a Primeira República, caracterizada por um enquadramento institucional baseado no modelo operacional da LBA, ou seja, com gestão centralizada e com capacidade de atuação em todo o território nacional. O papel exercido pela CRCr foi fundamental para a construção da rede nacional de postos de puericultura pretendida pelo DNCr, confirmando a ação conjunta entre as ações filantrópicas e o poder público no campo da assistência social. A permanência da relação público-privada no campo da política materno-infantil foi uma realidade. Mesmo neste contexto, em que a questão social passou a ser reconhecida como uma questão política, ou seja, que só se resolveria com a intervenção do Estado. A relação estabelecida entre o DNCr e a CRCr exemplifica, portanto, a atuação conjunta entre o Estado e a filantropia.

Embora a criação de uma rede nacional de postos de puericultura pelo país tenha sido um ponto de inflexão na política materno-infantil implementada pelo DNCr, a propagação da cultura sanitária da puericultura reuniu o maior número de ações desempenhadas pelo departamento. As semanas da criança, as exposições de puericultura, os *Boletins Trimestrais do Departamento Nacional da Criança* e os livros da *Coleção do DNCr* singularizaram a campanha sanitária em puericultura do departamento, devido ao alcance nacional destas ações e a centralização da orientação técnica e científica nas mãos do DNCr.

As ações filantrópicas das associações de proteção materno-infantis, ainda durante o período de existência da Campanha Nacional pela Alimentação da Criança, e da CRCr foram fundamentais para que a cultura da puericultura fosse propagada por um país com dimensões continentais, em um momento no qual o Estado ainda não estava presente em diversas partes do território nacional. Para a execução destas ações, competiu ao DNCr a função de produzir e distribuir livretos, revistas e/ou outros materiais normativos, cujos conteúdos foram multiplicados por profissionais, especialistas ou não em puericultura, ou leigos que atuavam nos serviços materno-infantis.

Por fim, como vimos ao longo da tese, o funcionamento do DNCr e dos postos de puericultura esbarrou amplamente na ausência de profissionais em saúde, fossem ou não especialistas em puericultura. A formação de quadros operacionais e de profissionais em saúde especialistas em puericultura foi também uma das responsabilidades do DNCr, que contou, mais uma vez, com a ajuda da filantropia para espriar seus cursos para espaços além do Distrito Federal. O DNCr permaneceu como responsável pela formação de seus quadros profissionais até 1964, quando esta função passou para Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública (FENSP), atual Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Foi durante a gestão

Olinto de Oliveira que foi criado o cargo de médico puericultor no Ministério da Educação e Saúde.

Em 1953, com a reforma ministerial que criou o Ministério da Saúde, o DNCr ficou subordinado a este ministério, o que poderia ter sido considerado contraditório para Olinto de Oliveira, entretanto se tratava de um novo contexto. O departamento funcionou até 1970, quando foi transformado em coordenação de proteção materno-infantil. Ao completar 25 anos de existência, o DNCr era dirigido por Rinaldo De Lamare, que havia sido assistente de Martagão Gesteira no Instituto Nacional de Puericultura. No álbum do jubileu de prata da instituição, De Lamare destacou os nomes de Olinto de Oliveira e de Martagão Gesteira como “os apóstolos da proteção à infância”, mantendo viva a memória destes nomes na história do DNCr.

A homenagem feita por De Lamare sintetiza a compreensão que construímos ao longo de nossa análise, ou seja, que o Departamento Nacional da Criança foi formado a partir do amálgama da política materno-infantil defendida por Olinto de Oliveira e por Martagão Gesteira. Sendo suas características administrativo-burocráticas tributárias do projeto defendido por Olinto de Oliveira e o seu modelo assistencial uma releitura do complexo de serviços de puericultura que havia sido responsável pela modernização da assistência materno-infantil, durante a Primeira República, e cujo projeto foi elaborado por Martagão Gesteira.

Referências

Fontes Primárias:

- **Correspondências e ofícios (Fundo Gustavo Capanema / CPDOC – FGV):**

Carta enviada por Joaquim Martagão Gesteira ao ministro Gustavo Capanema em 6 de novembro de 1937. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

Carta enviada por Joaquim Martagão Gesteira ao ministro Gustavo Capanema, em 17 de junho de 1938. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

Carta enviada por Joaquim Martagão Gesteira ao ministro Gustavo Capanema, em 15 de novembro de 1938. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

Carta enviada por Joaquim Martagão Gesteira ao ministro Gustavo Capanema, em 28 de novembro de 1938. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

Carta enviada por Joaquim Martagão Gesteira ao presidente Getúlio Vargas em 25 de novembro de 1941. Arquivo Gustavo Capanema. GC b Gesteira, M. CPDOC/FGV.

Carta enviada por Martagão Gesteira a Olinto de Oliveira. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV;

Carta enviada por Olinto de Oliveira ao ministro Gustavo Capanema. 3 de fevereiro de 1941. Arquivo Gustavo Capanema. GC b Oliveira, O. Série: b - Correspondentes. CPDOC/FGV;

Carta enviada por Olympio Olinto de Oliveira ao presidente Getúlio Vargas em 27 de janeiro de 1938. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

Carta enviada por Olympio Olinto de Oliveira ao presidente Getúlio Vargas em 7 de março de 1938. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

Carta enviada por Olympio Olinto de Oliveira ao presidente Getúlio Vargas em 16 de setembro de 1938. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

Carta enviada por Olympio Olinto de Oliveira ao presidente Getúlio Vargas em 30 de setembro de 1938. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

Carta enviada por Olympio Olinto de Oliveira ao presidente Getúlio Vargas em 12 de dezembro de 1938. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

Divisão de Amparo à Maternidade e à infância. Cópia de telegrama (Circular aos interventores dos estados). 24 de dezembro de 1932. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

GESTEIRA, Joaquim Martagão. Sugestão para criação do “Instituto de Puericultura Getúlio Vargas” feita ao professor Olinto de Oliveira. 22 de junho de 1936. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

LOPES, Simões. Ofício enviado ao presidente Getúlio Vargas. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

Ofício n.º 278 do Instituto de Puericultura da Universidade do Brasil enviado ao Ministro Gustavo Capanema. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

Ofício n.º 64 do Instituto Nacional de Puericultura, enviado em 2 de outubro de 1937, pelo diretor Joaquim Martagão Gesteira ao Ministro Gustavo Capanema. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

OLIVEIRA, Olímpio Olinto. Ofício enviado ao Sr. Paulo Lyra, diretor da divisão de funcionário público do DASP. 31 de maio de 1940. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

- **Diário Oficial:**

Diário Oficial da União, 6 de dezembro 1945. Seção 1, p. 18322.

Diário Oficial da União, 1 de setembro de 1945. Seção 1, p. 14391.

Diário Oficial da União, 13 de setembro de 1943. Seção 1, p. 13649.

- **Discurso:**

Vargas, Getúlio. O bem-estar e a saúde das mães e das crianças: discurso pronunciado no Palácio Guanabara, em comemoração do Natal, 24 de dezembro de 1939. Retirado do *site* <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/presidencia/ex-presidentes/getulio-vargas/discursos/1939/09.pdf/view>. Consultado em 30 de outubro de 2020.

- **Jornais:**

A criação do Instituto Nacional da Criança. *O Jornal*, 12 de julho de 1936.

A criança e os meios de protegê-la – O que é necessário fazer – O programa do professor Fernandes Figueira. *O País*, 30 de janeiro de 1925.

A proteção à infância no Brasil. *Jornal do Brasil*, 8 de novembro de 1935.

Armadura e chave de abóbada do Brasil, *O Jornal*, 29 de dezembro de 1943.

A tarde da criança. *Correio Paulistano*, 26 de novembro de 1921. p. 3

A União Infantil. *Diário Nacional*, 27 de junho de 1930. p. 7

Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança. *O Imparcial*, 11 de agosto de 1940. p.4.

Campanha Nacional pela Alimentação da Criança – O interesse que esse movimento desperta em todo o Brasil. *Jornal do Brasil*, 18 de abril de 1935.

Campanha Nacional pela Alimentação da Criança. *Jornal do Brasil*, 12 de outubro de 1934.

Campanha Nacional pela Alimentação da Criança. *Jornal do Commercio*, 19 de setembro de 1934.

Campanha Nacional pela Alimentação da Criança. *Jornal do Commercio*, 5 de junho de 1935.

Campanha Nacional pela Alimentação da Criança. O depoimento melancólico de uma alta autoridade eclesiástica. *Jornal do Brasil*, 9 de março de 1935.

Campanha Nacional pela Alimentação da Criança. Para assentar as bases de um movimento nacional em torno dos problemas que com ella se relacionam. *Correio da Manhã*, 15 de setembro de 1934.

Campanha Nacional pela Alimentação da Criança. Uma demonstração de S. E. o Cardeal D. Sebastião Leme à Campanha. *Jornal do Commercio*, 10 de outubro de 1934.

CHATEAUBRIAND, Assis. Sua majestade a criança. *O Jornal*, 12 de dezembro de 1943.

Concurso de Puericultura, *Jornal do Brasil*, 25 de fevereiro de 1942. pp.8.

Concurso de Puericultura. *Jornal do Brasil*, 01 de fevereiro de 1942. pp.4.

Correio do Povo, 7 de dezembro de 1935.

Crianças fortes e sadias – o magnífico exemplo da Bahia no terreno da puericultura. *O Jornal*, 8 de julho de 1936.

Departamento Nacional da Criança – Curso de Treinamento de Assistente Social. *Correio da Manhã*, 1 de agosto de 1944.

Edital enviado aos Snr. Superintendentes, diretores de estabelecimento de ensino e professores. *Jornal do Brasil*, 11 de outubro de 1934.

Escola de futuras mães. *Correio da Manhã*, 10 de setembro de 1926.

Higiene da Infância. *Correio da Manhã*, 27 de setembro de 1915.

Higiene Infantil – As preleções do Dr. Moncorvo. *Correio da Manhã*, 09 de julho de 1915.

Instrução Pública. *Correio Paulistano*, 10 de janeiro de 1929. p.9.

NEVES, A. O abrigo-hospital Arthur Bernardes – A ação da Inspeção de Higiene Infantil pela saúde das crianças. *O País*, 3 de outubro de 1926.

Nota de Agradecimento. *Correio do Povo*, 21 a 27 de junho de 1980.

Nota sem título. *Jornal do Brasil*, 17 de agosto de 1937. p.6.

Nota sem título. *Jornal do Commercio*, 13 de abril de 1935.

OLIVEIRA, Olinto. A proteção à infância e a sua organização. *Correio da Manhã*, 18 de dezembro de 1936.

Pela Higiene Infantil. *A Época*, 15 de junho de 1915.

Pela Infância. *O País*, 27 de abril de 1923.

Prorrogadas as matrículas do curso de puericultura. *Jornal do Brasil*, 15 de setembro de 1938. p.5

Sem título. *O jornal*, 13 de janeiro de 1944.

Sessão da Câmara dos Deputados Federais, 9 de setembro de 1936. *Jornal do Commercio*, 10 de setembro de 1936.

Sociedade de Puericultura do Brasil, *Jornal do Brasil*, 25 de março de 1942. pp. 11.

Somente as oito primeiras cursistas foram diplomadas. Escola de futuras mães. *Correio da Manhã*, 10 de setembro de 1926.

Um apelo às professoras primárias de todo o Brasil em prol da infância. *O Imparcial*, 14 de dezembro de 1940.

Uma notável obra de assistência social. *O Jornal*, 24 de março de 1938.

Uma visão dos serviços médicos nos estados nortistas. *O Jornal*, 12 de setembro de 1936.

• **Legislação:**

BRASIL. Decreto nº 14.354, de 15 de setembro de 1920. Aprova o regulamento para o Departamento Nacional de Saúde Pública, em substituição do que acompanhou o decreto n. 14.189, de 26 de maio de 1920. Retirado do site: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-14354-15-setembro-1920-503181-publicacaooriginal-1-pe.html>.

BRASIL. Departamento Nacional de Saúde Pública. Decreto n.º 16.300, de 31 de dezembro de 1923. Retirado do site https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/d16300.htm. Acessado em 12 de novembro de 2016.

BRASIL, Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública a que se refere o decreto n.º 16.300 desta data. Retirado do site <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920->

[1929/decreto-16300-31-dezembro-1923-503177-regulamento-pe.pdf](#). Consultado em 01 de outubro de 2019.

BRASIL. Decreto N.º 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. Retirado do *site* <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24278-22-maio-1934-507775-publicacaooriginal-1-pe.html>. Consultado em 01 de outubro de 2019.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 16 de julho de 1934. Retirado do *site*: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao34.htm. Consultado em 05 de outubro de 2019.

BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. Decreto n.º 378, de 13 de janeiro de 1937, Da nova organização ao Ministério da Educação e Saúde. Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1930-1939/lei-378-13-janeiro-1937-398059-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acessado em 9 de setembro de 2016.

BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. Decreto-Lei N.º 527, de 1.º de julho de 1938. Regula a cooperação financeira da União com as entidades privadas, por intermédio do Ministério da Educação e Saúde. Retirado do *site* <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1930-1939/decreto-lei-527-1-julho-1938-358395-publicacaooriginal-1-pe.html>. Consultado em 25 de maio de 2020.

BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. Decreto-Lei N.º 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. Retirado do *site* <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2024-17-fevereiro-1940-411934-publicacaooriginal-1-pe.html>. Consultado em 12 de outubro de 2019.

BRASIL. Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Decreto-Lei n.º 2.478 – de 05 de agosto de 1940. Cria o Serviço de Alimentação da Previdência Social (S. A. P. S.) no Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Retirado do *site* <https://www.diariodasleis.com.br/legislacao/federal/152299-cria-o-servico-de-alimentacao-da-previdencia-social-s-a-p-s-no-ministerio-do-trabalho-industria-e-comercio.html>. Consultado em 04 de novembro de 2020.

BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. Decreto-Lei N.º 3.775, de 30 de outubro de 1941. Dispõe sobre a organização do Departamento Nacional da Criança e dá outras providências. Retirado do *site* <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-3775-30-outubro-1941-413944-publicacaooriginal-1-pe.html>. Consultado em 12 de outubro de 2019.

BRASIL. Ministro da Justiça e Negócios Interiores. Decreto-Lei N.º 3.799, de 5 novembro de 1941. Transforma o Instituto Sete de Setembro, em Serviço de Assistência a Menores e dá outras providências. Retirado do *site* <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-3799-5-novembro-1941-413971-publicacaooriginal-1-pe.html>. Consultado em 01 de junho de 2020.

BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. Decreto-Lei N.º 4.730, de 23 de setembro de 1942. Dispõe sobre a organização, no Departamento Nacional da Criança, de um curso de puericultura

e de administração de serviços de amparo à maternidade, à infância e à adolescência e dá outras providências. Retirado do *site* <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-4730-23-setembro-1942-414769-publicacaooriginal-1-pe.html>. Consultado em 13 de março de 2020.

BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. Decreto-Lei N.º 5912, de 25 de outubro de 1943. Transforma o Curso de Puericultura e Administração de Serviços de Amparo à Maternidade, à Infância e à Adolescência, a que se refere o decreto-lei n. 4.730, de 23 de setembro de 1942, em Cursos do Departamento Nacional da Criança e dá outras providências. Retirado do *site* <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-5912-25-outubro-1943-415923-publicacaooriginal-1-pe.html>. Consultado em 13 de março de 2020.

- **Livros impressos:**

A SEMANA DA CRIANÇA em 1944 – 10 a 17 de outubro – proteção à infância. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1944.

BARBOSA, Adamastor. Guia Popular da Alimentação da Criança. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1945.

BARRETO, João de Barros. Mortalidade Infantil, causas e remédios de ordem sanitária. Porto Alegre: Edição da livraria do Globo, 1938a.

BARRETO, João de Barros. Serviços Federais de Saúde em 1937. Relatório apresentado ao ministro Gustavo Capanema pelo Dr. João de Barros Barreto, Diretor Geral do Departamento Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 1938b.

BARTHOLOMEU, Hermes. Unidades de serviço da competência dos Departamentos Estaduais da Criança. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 1945.

BARTHOLOMEU, Hermes. “Relatório apresentado pelo coordenador dos cursos ao sr. Diretor Geral do Departamento da Criança, relativo ao ano de 1947”. In.: GESTEIRA, Joaquim Martagão. *Relatório de 1947 apresentado ao senhor Ministro da educação e saúde*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1949.

COMISSÃO DA SEMANA DA CRIANÇA. Aspectos atuais do problema da criança – conclusões e recomendações do VIII Congresso Panamericano da Criança. Sergipe, 1943.

COSTA, Flamarion Afonso. *A exposição de puericultura na semana da criança de 1942*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1943. s/p.

COSTA, Flamarion Afonso. Departamento Nacional da Criança: objetivos e realizações. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1945.

FERREIRA, Annita Carpenter. *Relatório das atividades da Campanha de Redenção da Criança*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1945.

GESTEIRA, Joaquim Martagão. *O Departamento Nacional da Criança – quatro anos de administração (1947-1950)*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional: 1951.

GESTEIRA, Joaquim Martagão. *Relatório de 1947 apresentado ao senhor Ministro da educação e saúde*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1949.

GESTEIRA, Martagão. *Puericultura – Higiene alimentar e social da criança*. Rio de Janeiro: Pan Americana, 1945.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA. *Conferência Nacional de Proteção à Infância – atas e trabalhos*. Volume 1: Parte Geral. Rio de Janeiro: s/ed., 1933.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Clube de Mães da Campanha Educativa. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1960.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. O Departamento Nacional da Criança – álbum do jubileu de prata do DNCr – 1940/1965. s/d.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa do Departamento Nacional da Criança do Ministério da Saúde – Fundo de Socorro à Infância das Nações Unidas. s.d.

MONCORVO FILHO, Carlos Arthur. *Higiene Infantil, I – Higiene privada da criança*. Imprensa Nacional: Rio de Janeiro, 1917.

OLIVEIRA, Olympio Olinto de. *Postos de Puericultura*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1944.

OLIVEIRA, Olympio Olinto. *Lactários populares e sua organização*. Rio de Janeiro: Marques Araújo & Cia., s.d.

POSTOS DE PUERICULTURA E ASSOCIAÇÕES DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE E À INFÂNCIA. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 1960.

ROCHA, José Martinho da. *Rumo social de assistência à infância*. Rio de Janeiro, 1956.

UNIVERSIDADE DO BRASIL. Instituto de Puericultura da Universidade do Brasil. Rio de Janeiro: UFRJ, 1960[?]. p.3.

VASCONCELOS, MARIO PEREIRA de. *Consultórios de Higiene Infantil e sua orientação*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1935.

- **Periódicos:**

A defesa da criança no interior. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro, julho de 1942, ano II, n.º 9. p. 41

A difusão da puericultura pelos sacerdotes. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*, n. 9, junho de 1942. P. 50.

Aos Institutos de Proteção à Infância. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*, n. 5, 6 e 7, julho a dezembro de 1941. P.4.

As publicações do Departamento Nacional da Criança. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano 2, n.º 8, março de 1942, p. 52.

As publicações do Departamento Nacional da Criança. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro: ano 3, n. 13, junho de 1943. pp. 44.

Boletim das atividades do serviço. *Boletim do Instituto de Puericultura*: Rio de Janeiro: 1940, ano 3, número 1, pp.75.

Boletim das atividades do serviço. *Boletim do Instituto de Puericultura*: Rio de Janeiro: 1940, ano 3, número 2, pp.153.

Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano 2, n.º 8, março de 1942.

Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano 3, n.º 14, outubro de 1943.

Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano 5, n.º 23, dezembro de 1945.

Cartazes da 2ª Campanha Nacional pela Alimentação da Criança. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano 2, n.º 10, setembro de 1942, anexo.

Correspondência recebida pelo DNCr. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro: Imprensa oficial: dezembro de 1945, ano 5, n.º 23. p. 31.

COSTA, Clóvis Correa. Alimentação da mulher grávida. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro, ano 2, n.º 10, setembro de 1942, pp. 17 e 18.

Curso de Puericultura e Administração dos Serviços de amparo à maternidade e à infância. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro, ano 4, n. 16, março de 1944, pp. 2

Curso de Puericultura. *Boletim do Instituto de Puericultura*, ano 9, n. 7, Rio de Janeiro: 1948, pp.54 e 55.

Decreto Lei n.º 98, de 23 de dezembro de 1937 – Incorpora à Universidade do Brasil o Instituto Nacional de Puericultura. *Boletim do Instituto de Puericultura*: Rio de Janeiro: 1938, ano 1, número 2. pp. 5.

Departamento Nacional de Saúde Pública. *Brazil Médico*, Rio de Janeiro, ano XLI, n. 5, 29 de janeiro de 1927, p. 105.

Divulgação da Divisão de Cooperação federal em 1944. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro, ano 5, n. 20, março de 1945, pp. 27.

FIGUEIREDO, Gastão. Posto de Puericultura. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano 4, n.º 16, março de 1944, pp. 12 e 13.

FIGUEIREDO, Gastão. Serviço Pré-Natal. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano 2, n. ° 10, setembro de 1942.

Fundo Nacional de Proteção a Criança. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro, ano 2, n. ° 5, 5 e 7, junho a dezembro de 1941, p.15.

GESTEIRA, Joaquim Martagão. Discurso do Professor Gesteira. *Boletim do Instituto de Puericultura*. Rio de Janeiro: 1946, ano IV.

GESTEIRA, Martagão Joaquim. Aula Inaugural da Cadeira de Puericultura e Clínica da Primeira Infância. *Boletim do Instituto de Puericultura*: Rio de Janeiro: 1938, ano 1, número 2.

Instituto de Puericultura. *Boletim do Instituto de Puericultura*: Rio de Janeiro: 1938, ano 1, número 2. pp. 15.

Instituto de Puericultura. *Boletim do Instituto de Puericultura*: Rio de Janeiro: 1938, ano 1, número 1. pp. 9 e 10.

Lactário ou posto de puericultura? *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro: Imprensa oficial: junho de 1942, ano 2, n. 9. p. 49.

Mapa dos serviços realizados no Instituto de Puericultura. *Boletim do Instituto de Puericultura*: Rio de Janeiro: 1938, ano 1, número 1, p. 127 e 128;

Mapa dos serviços realizados no Instituto de Puericultura. *Boletim do Instituto de Puericultura*: Rio de Janeiro: 1938, ano 1, número 2, pp.239 e 240;

Mapa dos serviços realizados no Instituto de Puericultura. *Boletim do Instituto de Puericultura*: Rio de Janeiro: 1939, ano 2, número 2, pp.151;

Notas sobre a 1ª Campanha Nacional de Alimentação da Criança em 1934-1935. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro, ano 2, n. ° 9, setembro de 1942, p.31 a 33.

O médico e o Posto de Puericultura. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro: Imprensa oficial: março de 1942, ano 2, n.º 8. p. 48.

OLIVEIRA, Mario Olinto de. Instituto Nacional de Puericultura. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro, ano 2, n. ° 8, março de 1942, p.17 a 20.

OLIVEIRA, Olinto de. “O Boletim do Departamento Nacional da Criança”. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*, n. 1, junho de 1940.

OLIVEIRA, Olinto. Aos srs. Interventores dos Estados. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano 2, n.º 8, março de 1942, p. 5.

OLIVEIRA, Olinto. O Departamento Nacional da Criança e o seu programa de ação. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro: ano 2, n.º 10, setembro de 1942. pp.6.

Palavras do Professor Olinto de Oliveira. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro: ano 3, n.º 14, outubro de 1943. pp.48.

Plano de distribuição, aos estados e municípios, do auxílio financeiro do Dr\$ 5.000,00 no ano de 1945, por intermédio do DNCR. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro: ano 5, n.º 21 e 22, abril a setembro de 1945. pp.39 a 43.

Posse do novo diretor geral do Departamento Nacional da Criança. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro, ano 5, n.º 24, março de 1946, p.6.

Quanto vale a iniciativa particular no setor da proteção à maternidade e à infância quando é apoiada pelo governo. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro: Ano 2, n.8, março de 1942. pp. 45.

RABIN, Sarita. Campanha de Educação Maternal. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano 5, n.º 21 e 22, abril a setembro de 1945.

Respondendo ao apelo do presidente Getúlio Vargas, funda-se nesta capital a Sociedade de Puericultura do Brasil. *Puericultura: mensário de higiene pré-natal, puericultura, assistência social e educação*. Rio de Janeiro: Ano 1, n. 1, outubro de 1941. pp. 12.

Semana da Criança. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro: ano 2, n.º 10, setembro de 1942. pp.11.

Viajam os técnicos do DNCR. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro: ano4, n.º 18, setembro de 1944. pp.19.

Viajam os técnicos do DNCR. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro: ano 5, n.º 21 e 22, abril a setembro de 1945. pp.32.

- **Relatórios, inquéritos, regulamentos e pareceres (Fundo Gustavo Capanema / CPDOC – FGV)**

Bartolomeu, Hermes. Relatório da visita a São Simão – São Paulo. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

Campanha de Redenção da Criança. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

COSTA, Clóvis Correa da. Relatório apresentado pelo Inspetor técnico de higiene e medicina da maternidade do Serviço de Puericultura do Distrito Federal. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

Divisão de Cooperação Federal. Relação dos auxílios para realização de obras de proteção à maternidade e à infância nos Estados, nos anos de 1939 a 1944. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

Inquérito promovido pelo Ministério da Educação e Saúde junto aos estados sobre realizações administrativas durante o governo Getúlio Vargas no período de 1930 a 1938. Arquivo Gustavo Capanema. GC i 1938.00.00/1. CPDOC/FGV.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA. Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância. Relatório de viagem de estudos à Europa realizada pelo Dr. Olympio Olinto de Oliveira. Dezembro de 1937. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA. Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância. Órgãos municipais de proteção à maternidade e à infância em geral. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

O departamento da Criança nos EUA, 1938. Arquivo Gustavo Capanema. GC-1240f. CPDOC/FGV. pp. 35

Parecer de João de Barros Barreto enviado ao ministro Gustavo Capanema. 19 de agosto de 1938. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

Parecer de Olinto de Oliveira sobre um projeto de organização do Departamento da Criança, enviado ao senhor presidente em dezembro de 1938. 17 de janeiro de 1939. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV. p. 2

Quadro demonstrativo das atividades do Departamento Nacional da Criança. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

Quadro demonstrativo dos dados do Departamento Nacional da Criança. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

Regulamento dos cursos do Departamento Nacional da Criança. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22.

UNIVERSIDADE DO BRASIL. Projeto de Regulamentação do Instituto de Puericultura. 7 de novembro de 1938. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

Bibliografia:

ABREU, Marcelo de Paiva. “O processo econômico – Estado, industrialização e nacional-desenvolvimentismo”. In: Gomes, Ângela de Castro (Coord.). *História do Brasil Nação: 1808-2010. Olhando para dentro, 1930-1964*. Madri e Rio de Janeiro: Fundación Mapfre e Objetiva, 2013. pp.179 – 228.

ALVES, Ismael Gonçalves. Re (construindo) a maternidade: as políticas públicas materno-infantis brasileiras e suas implicações na região Carbonífera Catarinense (1920-1960) 294f. Tese. (Doutorado em História). Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

BARATA, Mário. *Presença de Assis Chateaubriand na vida brasileira*. São Paulo: Martins, 1971.

BARBOSA, Michele Tupich. *Legião Brasileira de Assistência (LBA): o protagonismo feminino nas políticas de assistência em tempos de guerra (1942-1946)*. 244 f. Tese. (Doutorado em História). Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.

BARRETO, Maria Renilda Nery. Pro Matre: arquivo e fontes para a história da maternidade no Rio de Janeiro. *História, ciências, saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, p. 295-301, Dec. 2011.

BARRY, Jonathan; JONES, Colin. *Medicine and Charity before de Welfare State*. Londres e Nova Iorque: Routledge, 1991.

BIRN, Anne-Emanuelle. Child health in Latin America: historiographic perspectives and challenges. *História, ciências, saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, jul-set. 2007, p. 677-708.

BIRN, Anne-Emanuelle. O nexos nacional-internacional na saúde pública: o Uruguai e a circulação das políticas e ideologias de saúde infantil, 1890-1940. *História, ciências, saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.13, n.3, 2006, pp.675-708.

BIRN, Anne-Emanuelle; POLLERO, Raquel; CABELLA, Wanda. No se deve llorar sobre leche derramada: el pensamiento epidemiologico y la mortalidad infantil en Uruguay, 1900-1940. *Estudios Interdisciplinarios de América Latina y el Caribe*, v. 14, n.1, 10 jan. 2003.

BIRNKMANN, Soren. Leite e modernidade: ideologia e políticas de alimentação na era Vargas. *História, ciências, saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, jan. – mar. 2014, pp.263-280.

BOCK, Gisela. Pobreza feminina, maternidade e direitos das mães na ascensão dos Estados-providência (1890-1950). In: DUBY, Georges; PERROT, Michelle (Org.). *História das mulheres no Ocidente*. Porto: Afrontamento, 1995. v. 5, p. 440- 453.

BORGES, Adriana Araújo Pereira; BARBOSA, Esther Augusta Nunes. Helena Antipoff e a Sociedade Pestalozzi de Minas Gerais: filantropia e ciência em prol dos anormais. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 26, supl. 1, dec. 2019, p. 163-177.

BRÊTAS, Ângela. O Serviço de Recreação Operária (194-1945): uma experiência do governo Vargas no campo do não-trabalho. *Cadernos AEL*. V.16, nº 28, 2010, pp. 148-174.

BULCÃO, Irene. *Investigando as políticas de assistência e proteção à infância: psicologia e ações do Estado*. 270 f. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2006.

CÂMARA, Sônia. As damas da assistência à infância e as ações educativas, assistenciais e filantrópicas (Rio de Janeiro/RJ, 1906-1930). *História da Educação*, Santa Maria, RS, v. 21, n. 53, dez. 2017, p. 199-218.

_____. “A arte de educar e prevenir crianças: as conferências de higiene infantil do Instituto de proteção e assistência à infância do Rio de Janeiro (1901-1907)”. In: CAMARA,

Sônia (Org.). *Pesquisa(s) em história da educação e infância: conexões entre ciência e história*. Rio de Janeiro: Quartet, 2014.

_____. “Por uma Ação Preventiva da Infância: as Conferências de Higiene Infantil do Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro (1901 a 1907)”. In: XXVII Simpósio Nacional de História - Conhecimento histórico e diálogo social. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN. 2013. Retirado do site http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/27/1370987137_ARQUIVO_copiaenviadaANPUH.pdf

CAMINHA, Mônica Cruz. *Abrigo do Cristo Redentor: estado e assistência social no primeiro Governo Vargas (1936-1945)*. 167 fls. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde). Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

CAMPOS, André Luiz Vieira. Cooperação internacional em saúde: o serviço especial de saúde pública e seu programa de enfermagem. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, RJ, v. 13, n. 3, 2008, p. 879-888.

CAMPOS JÚNIOR, Dioclecio. A pediatria e a prioridade da primeira infância: fundamentos e perspectivas para o novo milênio. *Residência Pediátrica*, Rio de Janeiro, suplemento 1, 2011, pp. 20-23.

CARDOSO, Elizangela Barbosa. Em defesa da pátria: proteção social, infância e maternidade no Estado Novo. *Revista Brasileira de História e Ciências Sociais*. vol. 4 Nº 8, dezembro de 2012. pp: 400 a 418.

CARNEIRO, Marinha N. F. *Ajudar a nascer. Parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação (séculos XV-XX)*. 577p. Tese (doutorado) – Universidade do Porto, Porto, 2003.

CASTEL, Robert. *As metamorfoses da questão social*. Petrópolis: Ed. Vozes, 2010.

CRUZ, Christiane Maria Cruz de; SANGLARD, Gisele. Saúde pública e assistência na Bahia da Primeira República (1889 -1929). In: BARRETO, Maria Renilda Nery.; SOUZA, Christiane Maria Cruz de (Org.). *História da saúde na Bahia: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Barueri/ SP: Minha Editora, 2011.

Escola de Cirurgia da Bahia. *Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)*. Acesso em: 5 outubro de 2019. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>.

FARIA, Lina. Educadoras sanitárias e enfermeiras de saúde Pública: identidades profissionais em construção. *Caderno Pagu*, Campinas, n. 27, p. 173-212, Dec. 2006

_____. A Fundação Rockefeller e os serviços de saúde em São Paulo (1920-30): perspectivas históricas. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 561-590, Dec. 2002.

FONSECA, Cristina M. Oliveira. Política e saúde: diretrizes nacionais e assistência médica no Distrito Federal no pós-1930. In: PORTO, Ângela; SANGLARD, Gisele; FONSECA, Maria Rachel Frões.; COSTA, Renato Gama-Rosa (Org.). *História da saúde no Rio de Janeiro:*

instituições e patrimônio arquitetônico – Rio de Janeiro (1808-1958). Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2008. pp. 89-116.

_____. *Saúde no governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

_____. Práticas sanitárias ou práticas pedagógicas? A institucionalização das atividades de educação em saúde no 1º Governo Vargas (1930-1945). In: MAGALDI, Ana Maria; ALVES, Cláudia; GONDRA, José (Orgs.). *Educação no Brasil: história, cultura e política*. Bragança Paulista: EDUSF, 2003. pp. 436-486.

_____. A Saúde da Criança na Política Social do Primeiro Governo Vargas. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, RJ, v. 3, n.2, 1993. p.97-116.

_____. Modelando a cera virgem: A saúde da criança na política social de Vargas. 175 f. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal Fluminense, Niterói/ RJ, 1990.

FERREIRA, Luiz Otávio; RIBEIRO, Lidiane Monteiro. “Entre a assistência e a higiene: saúde pública e infância no Rio de Janeiro e na Bahia (1921-1933). SANGLARD, Gisele (Org.). *Amamentação e políticas públicas para a infância no Brasil: a atuação de Fernandes Figueira, 1902-1928*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016. pp. 101 – 118.

_____; FREIRE, Maria Martha de Luna. Medicina, filantropia e infância na Bahia: um hospital para crianças (1920-1930). In: BARRETO, Maria Renilda Nery.; SOUZA, Christiane Maria Cruz de (Org.). *História da saúde na Bahia: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Barueri/ SP: Minha Editora, 2011.

_____; FREIRE, Maria Martha de Luna. Higienismo, Feminismo e Maternalismo: ideologias e práticas de proteção à infância no Brasil, 1899-1940. *Estudos do Século XX*, Coimbra, n.5, 2005. p. 301-315

FREIRE, Maria Martha de Luna. Salvando o esteio da nação: Moncorvo Filho e o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro. SANGLARD, Gisele (Org.). *Amamentação e políticas públicas para a infância no Brasil: a atuação de Fernandes Figueira, 1902-1928*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016. pp. 83 - 100.

_____. Quando a caridade encontra a ciência: um olhar sobre a trajetória do Dr. Arthur Moncorvo Filho. In: SANGLARD, Gisele; FERREIRA, Luiz Otávio; FREIRE, Maria Martha; BARRETO, Maria Renilda Nery; PIMENTA, Tânia. *Filantropos da Nação: sociedade, saúde e assistência no Brasil e em Portugal*. Rio de Janeiro: FGV 2015, p. 246-258.

_____; LEONY, Vinícius da Silva. A caridade científica: Moncorvo Filho e o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro (1899-1930). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, RJ, v.18, supl. 1, dez. 2011, p.199-225.

_____. *Mulheres, mães e médicos – Discurso maternalista no Brasil*. Rio de Janeiro: FGV, 2009.

FOGAGNOLI, Marcela Martins. Criança desnutrida é ameaça social: Dante Costa e a alimentação infantil no Brasil. In: 2º Encontro Internacional História & Parcerias. Universidade Veiga de Almeida. Rio de Janeiro, RJ. 2019. Retirado do site https://www.historiaeparcerias.rj.anpuh.org/resources/anais/11/hep2019/1563144779_ARQUIVO_d3d98771282be77a2f94526bb83dcc19.pdf.

_____. Alimentar é também educar: a merenda escolar no Brasil (1940-1960). 201 f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) - Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

_____. “Almoçar bem é no SAPS!”: os trabalhadores e o Serviço de Alimentação da Previdência Social (1940-1950). 117 f. Dissertação (Mestrado em História Social) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de História, 2011.

GOMES, Ângela de Castro. População e sociedade. In: Gomes, Ângela de Castro (Coord.). *História do Brasil Nação: 1808-2010. Olhando para dentro, 1930-1964*. Madri e Rio de Janeiro: Fundación Mapfre e Objetiva, 2013. pp. 41 – 90.

_____. *A invenção do trabalhismo*. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

_____. O primeiro governo Vargas: projeto político e educacional. In: MAGALDI, Ana Maria; ALVES, Cláudia; GONDRA, José (Orgs.). *Educação no Brasil: história, cultura e política*. Bragança Paulista: EDUSF, 2003. pp. 445-462.

GONÇALVES, Marcos. Caridade, abre as asas sobre nós: política de subvenções do governo Vargas entre 1931 e 1937. *Varia História*, Belo Horizonte, v .27, n.45, 2011, pp. 317-336.

GUY, Donna. *Women Build the Welfare State: Performing Charity and Creating Rights in Argentina, 1880-1955*. Durhan e Londres: Duke University Press, 2009.

_____. The politics of Pan-American Cooperation: Maternalist, feminism and the child rights movement, 1913-1960. *Gender & History* [online], v. 10, n. 13, 1998, p. 449-469.

HOCHMAN, Gilberto. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). *Educar*, Curitiba, n.º 25, 2005, p. 127-141.

_____. “A saúde pública em tempos de Capanema: continuidades e inovações”. In BONEMY, Helena (Org.). *Constelação Capanema: intelectuais e políticas*. Rio de Janeiro: FGV, 2001. pp. 127-151.

_____. & FONSECA, Cristina M. Oliveira. A I Conferência Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde pública em debate no Estado Novo. In GOMES, Ângela de Castro (Org.). *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: FGV, 2000. pp. 173 – 193.

_____. “O que há de novo? Políticas de saúde e previdência, 1937-45”. In: PANDOLFI, Dulce (org.). *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: FGV, 1999, p.73-93.

_____. *A era do saneamento. As bases da política de saúde pública no Brasil.* São Paulo, Hucitec/Anpocs, 1998.

IRSCHLINGER, Fausto Alencar. “O ‘renascimento’ da Igreja Católica do Brasil: ideários de uma geração (1920-1940)”. In: XIV Encontro Regional de História. Universidade Estadual do Paraná. Campo Mourão, PR. 2014. Disponível em: <http://www.erh2014.pr.anpuh.org/anais/2014/253.pdf>

KUHLMANN JR, Moysés. História da educação infantil brasileira. *Revista Brasileira de Educação.* Rio de Janeiro. N.º 14. Mai/Jun/Jul/Ago, 2000.

LEITE FILHO, Aristeo Gonçalves. Políticas para a educação da infância no Brasil nos anos 1950-1960. 261f. 2008. Tese (Doutorado em Educação). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

LEVINE, Robert M. *Pai dos pobres? O Brasil e a era Vargas.* São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

LOPES, Thiago da Costa; MAIO, Marcos Chor. Puericultura, eugenia e interpretações do Brasil na construção do Departamento Nacional da Criança (1940). *Tempo*, Niterói, RJ, v. 24, n. 2, agosto de 2018. pp. 349-368.

MAGALHÃES, Maria das Graças Sandi. Medos, mimos e cuidados. Leituras úteis para educar as mães: os guias maternos brasileiros (1919-1957). 238p. Tese. (Doutorado em Educação). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

MARCÍLIO, Maria Luiza. *História social da criança abandonada.* São Paulo: Hucitec, 2006.

MARIANI, Maria Clara. Luís Simões Lopes. *Dicionário Histórico Biográfico Brasileiro pós 1930.* Rio de Janeiro: FGV, 2001.

MARIANO, Hélvio Alexandre. *A assistência à Infância e o Amparo à Maternidade no Brasil, 1927-1940.* 144 f. Tese (Doutorado em História) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras de Assis, 2007.

MARINHO, Joseanne Zingleara Soares. “Manter sadia a criança sã”: as políticas públicas de saúde materno-infantil no Piauí de 1930 a 1945. 231f. Tese. (Doutorado em História). Universidade Federal do Paraná. 2017.

_____. As políticas públicas de saúde materno-infantis durante as décadas de 1930 e 1940 no Piauí. *Vozes, Pretérito & Devir*, ano I, vol. I, n.2, 2013, pp. 68 - 86.

MARTINS, Ana Paula Vosne. Dos pais pobres ao pai dos pobres: cartas de pais e mães ao presidente Vargas e a política familiar do Estado Novo. *Diálogos*, DHI/PPH/UEM, v. 12, n. 2/ n. 3, p. 209-235, 2008a.

_____. Vamos criar seu filho. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, jan.-mar., 2008b, pp. 135-154.

_____. O Estado, as mães e os filhos: políticas de proteção à maternidade e à infância no Brasil na primeira metade do século XX. *Humanitas*, Belém, v.21, p.7-31. 2006.

_____. Entre a benemerência e as políticas públicas: a atuação da Liga Baiana contra a Mortalidade Infantil no começo do século XX. *Gênero*, Niterói, v. 6, n. 1, jul.-dez. 2005.

MASCARENHAS, Nildo Batista; MELO, Cristina Maria Meira de; SILVA, Livia Angeli. Gênese do trabalho profissional da enfermeira no Brasil (1920-1925). *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 220-227, Jun. 2016.

MESTRE, Josep Bernabeu; LÓPEZ, Eva Trescastro; SÁNCHEZ, María Eugenia Galiana. La divulgación radiofónica de la alimentación y la higiene infantil en la España de la Segunda República (1933-1935). *Salud Coletiva*, Buenos Aires, 7 (supl.1), outubro de 2011. pp. 549 – 560.

MESTRINER, Maria Luiza. *O Estado entre a filantropia e a assistência social*. São Paulo: Cortez, 2001.

MORAIS, Fernando. *Chatô: o Rei do Brasil*. São Paulo: Cia das Letras, 1994.

MOTT, Maria Lúcia. Gênero, medicina e filantropia: Maria Rennotte e as mulheres na construção da nação. *Cadernos Pagu*, Campinas, SP, n. 24, jan.-jun de 2005a, pp.41-67.

_____; BYINGTON, Maria Elisa Botelho; ALVES, Olga Fabergé. O gesto que salva. Pérola Byington e a Cruzada Pró-Infância. São Paulo: Grifo Projetos Históricos e Editoriais, 2005b.

MOTT, Maria Lúcia. Maternalismo, políticas públicas e benemerência no Brasil (1930-1945). *Caderno Pagu*, Campinas, n. 16, p. 199-234, 2001 .

MOREIRA, Virlene. A Pediatria na Bahia: Martagão Gesteira (1884-1954) e a implementação de um campo científico, 1916-1937. *Circumscribere: International Journal for the History of Science*, 24. 2019.

MOURA, Esmeralda Blanco B de. O fim, o meio e a forma: o Brasil desejado, a infância e a lei na Assembleia Nacional Constituinte de 1934. IN.: MOTA, André e SCHRAIBER, Lilia B. (Orgs.) *Infância e Saúde – perspectivas históricas*. São Paulo: Hucitec e Fapesp, 2009. pp. 21 – 59.

NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh. A Puericultura em questão. IN.: MOTA, André e SCHRAIBER, Lilia B. (Orgs.) *Infância e Saúde – perspectivas históricas*. São Paulo: Hucitec e Fapesp, 2009. pp. 121-177.

NUNES, Eduardo Silveira Netto. A vida infantil e sua intimidade pública: o trabalho social como novidade na atenção à infância na América Latina, 1928-1948. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 451-474, Jun. 2012.

_____. *A infância como portadora do futuro: América Latina, 1916-1948*. 314f. 2011. Tese (Doutorado em História Social) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

OCAÑA, Esteban R. e PERDIGUERO, Enrique. Ciencia y persuasión em la medicalización de la infancia em España, siglos XIX-XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, abr.-jun., 2006, pp. 303-324.

OLIVEIRA, Luiz André Ferreira de. *Getúlio Vargas e o desenvolvimento do rádio no país: um estudo do rádio de 1930 a 1945*. 209p. Dissertação (Mestrado em Bens Culturais) – Fundação Getúlio Vargas, Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil. Rio de Janeiro, 2006.

OLIVEIRA, Tatiana; ALVES, Ismael Gonçalves. Legião Brasileira de Assistência e políticas sociais: primeiro-damismo, gênero e assistência social. *Boletim Historiar*, vol. 07, n. 02, Mai./Ago. 2020, pp16-32. Retirado do site: <http://seer.ufs.br/index.php/historiar>, consultado em 20 de setembro de 2020.

ORZAES, Carmen Colmenar. La institucionalización de la maternología en España durante la Segunda Republica y el Franquismo. *Historia de la educación*, Salamanca, n. 28, 2009, pp. 161-183.

OTOVO, Okezi T. Embaixadores da acadêmica: puericultura, congressos da criança e a repercussão multinacional na medicina brasileira. SANGULAR, Gisele (Org.). *Amamentação e políticas públicas para a infância no Brasil: a atuação de Fernandes Figueira, 1902-1928*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016. pp. 119 - 130.

OVERNÉ, Cláudio Amaral. *O Departamento Nacional da Criança e a gestão Olímpio Olinto de Oliveira, a “arte de cultivar a infância, a sementeira da pátria” (1940 a 1945)*. 338f. Tese. (Doutorado em Educação) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

PEREIRA, André Ricardo. A criança no Estado Novo: uma leitura na longa duração. *Revista Brasileira de História*, São Paulo, v. 19, n. 38, 1999, p.165-198.

_____. *Políticas sociais e corporativismo no Brasil: o Departamento Nacional da Criança no Estado Novo*. 326p. Dissertação. (Mestrado em História) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 1992.

PEREIRA, Junia Sales. *História da Pediatria no Brasil – de final do século XIX a meados do século XX*. 206p. Tese (Doutorado em História). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

PINHEIRO, Luciana de Araújo. O magistrado paternal: o Juiz Mello Mattos e a assistência e proteção à infância (1924-1933). 2014. 231 f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) -Casa de Oswaldo Cruz Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

RANGEL, Rosângela Faria. *Assistência no Rio de Janeiro: elite, filantropia e poder na Primeira República*. 223p. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Departamento de Serviço Social, PUC-Rio, Rio de Janeiro, 2013.

RIBEIRO, Lidiane Monteiro; FERREIRA, Luiz Otávio. Medicina e filantropia contra o abandono institucionalizado: transformações da assistência à infância na Bahia (1923-1935). In: SANGLARD, Gisele; FERREIRA, Luiz Otávio; FREIRE, Maria Martha; BARRETO, Maria Renilda Nery; PIMENTA, Tânia. *Filantropos da Nação: sociedade, saúde e assistência no Brasil e em Portugal*. Rio de Janeiro: FGV 2015, p. 246-258.

_____. *Filantropia e assistência à saúde da infância na Bahia: a Liga Baiana contra a Mortalidade Infantil, 1923-1935*. 152p. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

RIZZINI, Irene. *O século perdido – raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2008.

ROCHA, Heloísa Helena Pimenta. *Regras de bem viver para todos: a “biblioteca popular de higiene” do Dr. Sebastião Barroso*. Campinas: Mercado de Letras, 2017.

RODRIGUES, Andréa da Rocha. *A Infância esquecida: Salvador, 1900-1940*. 1. ed. Salvador: EDUFBA, 2010.

RODRIGUES, Jaqueline dos Santos. Postos de puericultura: Fundação o Dia, educação das mães, saúde dos filhos (Curitiba 1940 -1942). 165f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal do Paraná, Paraná, 2013.

SANGLARD, Gisele. “Fernandes Figueira e a política de assistência à infância: Estado, filantropia e aleitamento materno”. SANGLARD, Gisele (Org.). *Amamentação e políticas públicas para a infância no Brasil: a atuação de Fernandes Figueira, 1902-1928*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016. pp. 57-81.

_____. “Filantropia e política pública: Fernandes Figueira e a assistência à infância no Rio de Janeiro na Primeira República”. In: SANGLARD, Gisele; FERREIRA, Luiz Otávio; FREIRE, Maria Martha; BARRETO, Maria Renilda Nery; PIMENTA, Tânia. *Filantropos da Nação: sociedade, saúde e assistência no Brasil e em Portugal*. Rio de Janeiro: FGV 2015, p. 133-148.

_____; FERREIRA, Luiz Otávio. Pobreza e filantropia: Fernandes Figueira e a assistência à infância no Rio de Janeiro (1900-1920). *Estudos Históricos*. Rio de Janeiro, v. 27, n. 53, p. 71-91, jun. 2014.

_____; GIL, Caroline Amorin. Assistência à infância filantropia e combate à mortalidade infantil no Rio de Janeiro (1889-1929). *Revista da ABPN*, v. 6, n. 14, jul. – out. 2014, p. 63-90.

_____; FERREIRA, Luiz Otávio. Médicos e filantropos: a institucionalização do ensino da pediatria e da assistência à infância no Rio de Janeiro da Primeira República. *Varia História*, Belo Horizonte, v.26, n.44, dez 2010, p.437-459.

_____. A Primeira República e a constituição de uma rede hospitalar no Rio de Janeiro. In: PORTO, Ângela; SANGLARD, Gisele; FONSECA, Maria Rachel Fróes.; COSTA, Renato Gama-Rosa (Org.). *História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio*

arquitetônico – *Rio de Janeiro (1808-1958)*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2008a. pp. 59-88.

_____. *Entre os salões e o laboratório. Guilherme Guinle, a saúde e a ciência no Rio de Janeiro, 1920-1940*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008b.

SANTOS, Luiz Antonio de Castro; FARIA, Lina. O ensino da saúde pública no Brasil: os primeiros tempos no Rio de Janeiro. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, vol. 4, núm. 2, set., 2006, pp. 291-324

SILVA, Alberto Carvalho da. De Vargas a Itamar: políticas e programas de alimentação e nutrição. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 9, n. 23, abril. 1995. p. 87-107.

SILVA, Bruno Sanches Mariante da. A “maternidade moderna” e a medicalização do parto nas páginas do Boletim da Legião Brasileira de Assistência, 1945-1964. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1019-1037, Dec. 2018.

SILVA, Tânia Maria de Almeida; FERREIRA, Luiz Otávio. A higienização das parteiras curiosas: o Serviço Especial de Saúde Pública e a assistência materno-infantil (1940-1960). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.18, supl.1, dez. 2011, p.95-112.

SOUSA, Cynthia Pereira de. “Saúde, Educação e trabalho de crianças e jovens: a política social de Getúlio Vargas”. In GOMES, Ângela de Castro (Org.). *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: FGV, 2000. pp. 221-249.

SCHWARTZMAN, Simon; BOMENY, Helena Maria Bousquet; COSTA, Vanda Maria Ribeiro. *Tempos de Capanema*. Rio de Janeiro: FGV e Editora Paz e Terra, 2000.

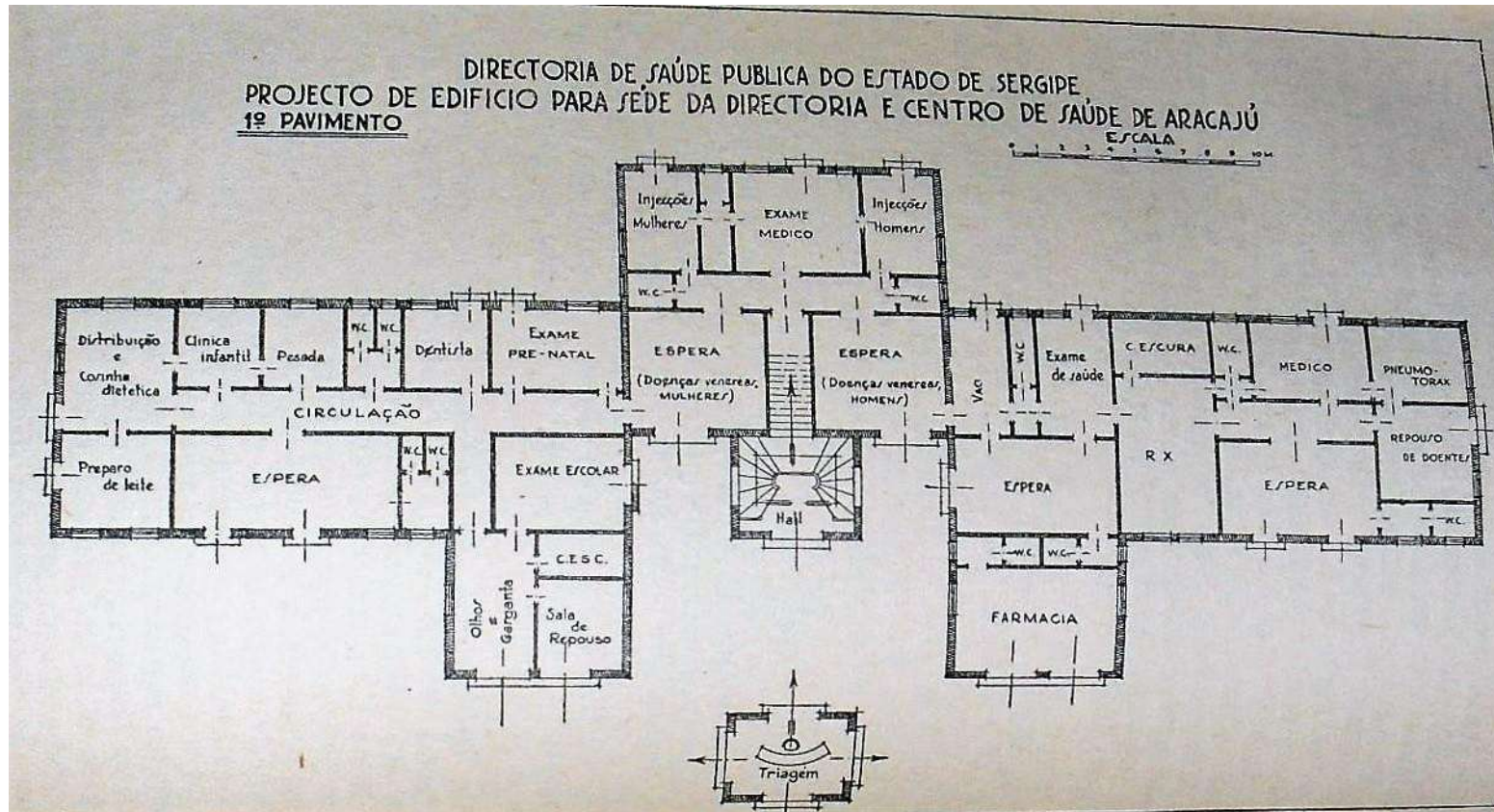
PASSETI, Edson. Crianças carentes e políticas públicas. In: DEL PRIORE, Mary (org.) *História das crianças no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2000.

VIEIRA, Livia Maria Fraga. Mal necessário: creches no Departamento Nacional da Criança (1940-1970). *Cadernos de pesquisa*, n.º 67, p. 3-16, novembro de 1988.

VISCARDI, Cláudia Maria Ribeiro. Pobreza e assistência no Rio de Janeiro na Primeira República. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, p. 179-197, Dec. 2011

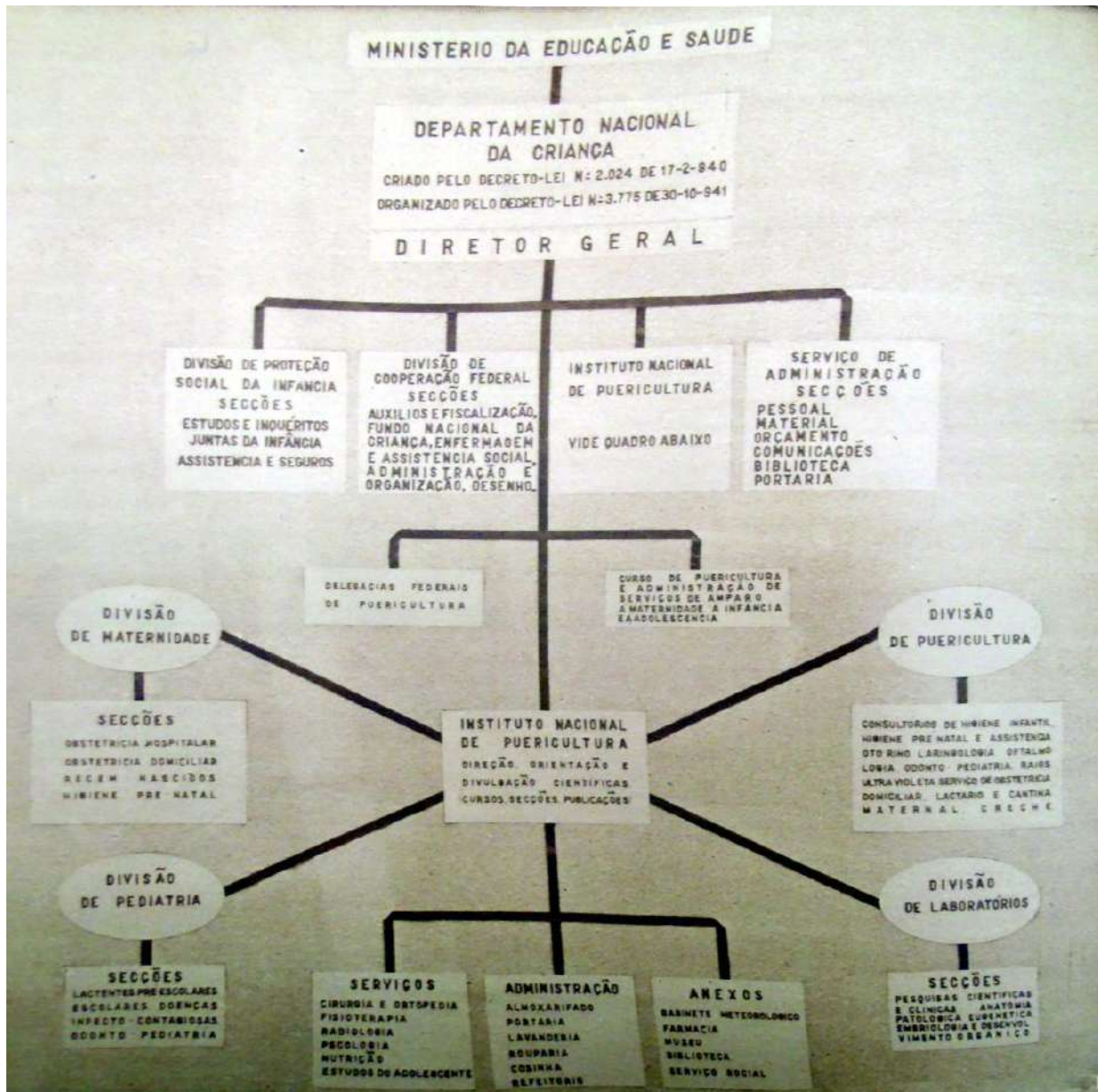
WADSWORTH, James. “Moncorvo Filho e o problema da infância: modelos institucionais e ideológicos da assistência à infância no Brasil”. *Revista Brasileira de História*, v. 19, n.37, p. 103-124, 1999.

Anexo 1 – Planta Baixa de um Centro de Saúde



Fonte: BARRETO, João de Barros. Mortalidade Infantil, causas e remédios de ordem sanitária. Porto Alegre: Edição da livraria do Globo, 1938 a.

Anexo 2 – Organograma do Departamento Nacional da Criança



Anexo 3 – Postos de puericultura instalados pela Campanha de Redenção da Criança e seus respectivos doadores.

Estado	Quantidade	Cidade	Escolha da definição do local
Amazonas	1	Manaus	Mário Audrá
Pará	2	Belém	Marina Crespi
		Santarém	Pereira Queiroz S/A
Maranhão	2	São Luiz	Jules Verelst
		Caxias	Cassino Copacabana
Piauí	2	Teresina	Sul América
		Barras	Gervásio P. Ferreira
Ceará	1	Crato	A critério da Presidente
Rio Grande do Norte	3	Natal	Sinhá Junqueira
		Caicó	Alberto Bianchi
		Angicos	A critério da Presidente
Paraíba	2	Cajazeiras	Viúva Morganti
		Patos	Drault Hernanny
Pernambuco	1	Recife	Francisco Pignatari
Alagoas	1	Palmeira dos Índios	Basílio Jaffet
Sergipe	1	Propriá	A critério da Presidente
Bahia	3	São Felix	Viúva Morganti
		Feira de Santana	A critério da Presidente
		Salvador	Gastão Vidigal
Espírito Santo	2	Cahoeira do Itapemirim	A critério da Presidente
		Vitória	A critério da Presidente
Minas Gerais	6	Uberlândia	Sul América
		São Sebastião do Paraíso	Departamento Nacional do Café
		Guaranésia	Wenceslau Brás
		Varginha	Andréia Matarazzo
		Paraguaçu	Gervasio Seabra
		Além Paraíba	A critério da Presidente
São Paulo	8	Santos	Domingos A. Fernandes
		Riberão Preto	Jóquei Clube
		Itapetininga	Irmãos Rocha Miranda
		Rio Claro	Viúva Paula Machado
		Guarujá	Alberto Bianchi
		Guaratinguetá	Cândido Souto Maior
		Rio Preto	Marina Crespi
		Presidente Wenceslau	Tecidos A. Ribeiro S/A
Rio de Janeiro	1	Paraíba do Sul	A critério da Presidente
Goiás	3	Luziânia	Sul América

		Goiânia	A critério da Presidente
		Porto Nacional	Banco do Brasil
Mato Grosso	3	Campo Grande	Jaime Torres
Paraná	3	Castro	Klabin & Irmãos
		Piraí	Klabin & Irmãos
		Morretes	Viúva Morganti
Santa Catarina	3	Porto União	Sinhá Junqueira
		Joinville	A critério da Presidente
		Mafra	A critério da Presidente
Rio Grande do Sul	5	Alegrete	Cia. Sul Mineira de Eletricidade
		São Borja	Sul América
		Uruguaiana	Jeremia Lunardelli
		Bagé	Lab. Oforeno e Liceu Cacau Xavier
		Cruz Alta	A critério da Presidente
Território do Acre	1	Rio Branco	A critério da Presidente
Território Iguaçu	1	Iguaçu	A critério da Presidente
Território de Ponta Porã	1	Ponta Porã	A critério da Presidente
Território do Guaporé	1	Porto Velho	A critério da Presidente
Território do Rio Branco	1	Boa Vista	A critério da Presidente
Território do Amapá	1	Macapá	A critério da Presidente
Total de postos	59		

Fonte: FERREIRA, Annita Carpenter. *Op.Cit.*, 1945. Anexo a.