

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

LIDIANE MONTEIRO RIBEIRO

**FILANTROPIA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA INFÂNCIA NA BAHIA: A
LIGA BAIANA CONTRA A MORTALIDADE INFANTIL, 1923-1935**

Rio de Janeiro
2011

LIDIANE MONTEIRO RIBEIRO

**FILANTROPIA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA INFÂNCIA NA BAHIA: A
LIGA BAIANA CONTRA A MORTALIDADE INFANTIL, 1923-1935**

Dissertação de mestrado 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 Mestre. Área de Concentração: História das Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Otávio Ferreira

Rio de Janeiro
2011

R484f Ribeiro, Lidiane Monteiro.

Filantropia e assistência à saúde da infância na Bahia: a Liga Baiana contra a mortalidade infantil, 1923-1935 / Lidiane Monteiro Ribeiro. – Rio de Janeiro: s.n., 2011.

138 f.

Orientador: Luiz Otávio Ferreira.

Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2011.

1.Criança. 2. Assistência integral à saúde . 3. Mortalidade infantil. 4. Instituições Filantrópicas de Saúde. 5. Brasil.

CDD 362.7

LIDIANE MONTEIRO RIBEIRO

**FILANTROPIA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA INFÂNCIA NA BAHIA: A
LIGA BAIANA CONTRA A MORTALIDADE INFANTIL, 1923-1935**

Dissertação de mestrado 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 Mestre. Área de Concentração: História das Ciências.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luiz Otávio Ferreira - Orientador
(Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz)

Prof.^a Dr.^a Andrea da Rocha Rodrigues
(Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS)

Prof.^a Dr.^a Ana Teresa Acatauassú Venâncio
(Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz)

Suplentes:

Prof.^a Dr.^a Maria Renilda Nery Barreto
(Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca)

Prof.^a Dr.^a Gisele Porto Sanglard
(Casa de Oswaldo Cruz – Departamento de Patrimônio Histórico – Fiocruz)

Rio de Janeiro
2011

Cântico do Calvário - À memória de meu Filho morto a 11 de dezembro de 1863.

“Eras na vida a pomba predileta
Que sobre um mar de angústias conduzia
O ramo da esperança. Eras a estrela
Que entre as névoas do inverno cintilava
Apontando o caminho ao pegureiro.
Eras a messe de um dourado estio.
Eras o idílio de um amor sublime.
Eras a glória, a inspiração, a pátria,
O porvir de teu pai! - Ah! no entanto,
Pomba, - varou-te a flecha do destino!
Astro, - engoliu-te o temporal do norte!
Teto, - caíste!- Crença, já não vives!
Correi, correi, oh! lágrimas saudosas,
Legado acerbo da ventura extinta,
Dúbios archotes que a tremer clareiam
A lousa fria de um sonhar que é morto!”

[...]

Fagundes Varella (1841-1875)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar à minha família. Meus pais, Alberto e Maria de Lourdes, por terem sido minha base todos estes anos. Sem o incentivo, a dedicação e o empenho deles nada teria sido possível. Às minhas irmãs, Vanessa e Leticia, pelo carinho e força que sempre me ofereceram. Especialmente à Leticia pelas noites em que dormiu com a luz acesa e pelas diversas vezes em que teve que assistir aos meus ensaios “pré-congressos”. E ao Leandro Felicio, meu companheiro de alma, a quem agradeço pela paciência infinita e pela compreensão de minhas inúmeras ausências durante a realização deste trabalho. Agradeço-lhe pelas palavras de afeto que amenizaram minhas descrenças e por demonstrar em meus momentos de mau humor que o amor “tudo crê, tudo espera e tudo tolera”.

Durante estes dois anos de mestrado contei amplamente com o apoio do meu orientador Luiz Otávio Ferreira. A ele agradeço a forma atenciosa como sempre me recebeu, aos valiosos debates e aos conhecimentos transmitidos que muito contribuíram para meu crescimento acadêmico. Não poderia deixar de agradecer à Maria Renilda Nery Barreto por me “apresentar” à História da Saúde e das Ciências ao me convidar para participar do projeto “*Patrimônio cultural da saúde na Bahia: 150 anos de história*”, por generosamente me ceder algumas fontes documentais utilizadas neste trabalho e por me ensinar o “caminho das pedras” para conseguir realizar algumas de minhas pesquisas em terras baianas.

Ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde por acreditarem na realização deste trabalho; aos docentes da instituição pelas contribuições dadas em sala de aula ou nos corredores da Fiocruz; aos funcionários Paulo e Nélon por terem me atendido sempre com cordialidade; aos funcionários da Fundação Biblioteca Nacional, da Faculdade de Medicina da Bahia e da Biblioteca do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro pelo terem me auxiliado na consulta aos acervos dessas instituições.

À Rosina Bahia Alice Carvalho dos Santos, presidente da Diretoria Executiva da Liga Álvaro Bahia contra a Mortalidade Infantil, atual nome da Liga Baiana contra a Mortalidade Infantil, agradeço por autorizar minha consulta ao acervo histórico da entidade. À Romilsa Almeida e à

Elga Torres pela receptividade durante o período em que estive pesquisando. Além de agradecer, parabênzo pelo trabalho primoroso de preservação da memória da instituição.

À Michele Almeida Silva Moraes, bibliotecária da Academia Nacional de Medicina, pelo auxílio prestado durante as tardes em que explorei o acervo tão valioso da biblioteca.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), agradeço pela concessão de 24 meses de bolsa sem a qual este trabalho não seria possível.

Agradeço ainda aos amigos, porto seguro em qualquer caminhada. À Elizabete Vianna Delamarque pelas dicas sobre fontes históricas e pela organização da bibliografia deste trabalho. Agradeço, sobretudo, por todos os momentos de descontração nos intervalos das pesquisas em arquivos e bibliotecas, pois ao compartilharmos nossas experiências e inseguranças percebi o valor da sua amizade. Ao André Vasques Vital pelas informações compartilhadas e pelos debates *on-line*, acadêmicos ou não, que fizeram esta jornada ser bastante agradável.

À Maria Raidalva Barreto por me acolher como uma filha durante o período em que estive pesquisando em Salvador, nunca foi tão divertido acompanhar a campanha do “baêa” à primeira divisão do campeonato brasileiro.

Aos amigos de longa data, Camila, Zaíra e Bruno, pelas inesquecíveis gargalhadas dadas nos corredores da UFRJ e, indevidamente, nas salas de aula. À Camila, por dividir comigo o momento mais feliz da sua vida. E aos amigos recentes, Alex, Viviane, “Baiano”, Lizândrea e Leonardo, por mesmo em tão pouco tempo de convivência terem tolerado meus momentos de desespero.

Por fim, aos bravos Jeguinho, Zuzu, Mingau e Globinha por me fazerem entender, por meio da sabedoria felina de cada um, que os lugares mais gostosos da casa para uma “soneca” são meus livros e o teclado do computador.

RESUMO

Esta dissertação tem como objetivo investigar o papel exercido pela Liga Baiana contra a Mortalidade Infantil (LBCMI) no processo de institucionalização da pediatria e da assistência à saúde da infância na Bahia, no período de 1923 a 1935. Identificamos que a atuação da LBCMI foi determinante para converter o modelo caritativo de assistência à infância ao modelo médico-filantrópico. O primeiro modelo era baseado no abandono de crianças numa instituição denominada Roda dos Expostos, mantida pela Santa Casa de Misericórdia. Esse modelo tinha como finalidade evitar o aborto e o infanticídio praticados por mulheres que desejavam resguardar sua honra ou que não possuíam recursos financeiros para cuidar de seus filhos. O segundo modelo fundamentava-se na assistência à saúde da infância por meio de ações de natureza profilática que obedeciam a critérios conceituais e práticos determinados pelos médicos pediatras e puericultores no combate às causas da mortalidade infantil. A LBCMI foi um representante típico desse modelo, pois os serviços de assistência à saúde da infância implantados pela entidade privilegiavam a preservação dos vínculos entre mãe e filho, evitando ao máximo o abandono, e a prestação de assistência materno-infantil, com destaque para a educação maternal e a profilaxia de doenças relacionadas à alimentação. A construção desse complexo assistencial e a campanha pelo fechamento da Roda dos Expostos contribuiu decisivamente para a afirmação do modelo médico-social proposto pela LBCMI.

ABSTRACT

This thesis aims at investigating the role played by the *Liga Baiana contra a Mortalidade Infantil* (LBCMI) in the process of institutionalization of a pediatrician and health care of children in Bahia in the period 1923 to 1935. We found that the performance of LBCMI was crucial to convert the charity model of child care to the medical and philanthropic model. The first model was based on the abandonment of children in an institution called *Roda dos Expostos*, maintained by the *Santa Casa de Misericórdia*, and aimed to avoid abortion and infanticide practiced by women who wanted to protect his honor or that didn't have financial resources to care for their children. The second model was based on the health care of children by the prophylactic nature of actions that correspond to conceptual and practical parameters determined by pediatricians in tackling the causes of child mortality. The LBCMI was a typical representative of this model, because the health care services of children implanted by the organization advocated the preservation of the ties between mother and child, avoiding the most of abandonment, and the provision of maternal and child health, especially maternal education and prophylaxis of diseases related to food. The construction of this complex care and the campaign to close the *Roda dos Expostos* contributed decisively to the consolidation of social-medical model proposed by LBCMI.

LISTA DE FOTOGRAFIAS

Fotografia 1 –	Dormitório da creche Fernandes Figueira	Página: 74
Fotografia 2 –	Sala de amamentação da creche Fernandes Figueira	Página: 76
Fotografia 3 –	Dormitório do abrigo de meninos	Página: 108
Fotografia 4 –	Quarto das nutrizes	Página: 111
Fotografia 5 -	Sala da ordenha de leite humano	Página: 116

LISTA DE PLANTAS

Planta 1 - Planta do Lactário Júlia de Carvalho**Página: 114**

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Mortandade geral e mortandade de crianças entre 0 e 5 anos de idade na Bahia, entre os anos de 1897 e 1899**Página: 41**
- Tabela 2** - Taxas de Mortalidade Infantil na Bahia - 1904/1918**Página: 44**
- Tabela 3** - Casos de problemas gastrointestinais atendidos pelo serviço clínico do IPAI-BA conforme a idade dos pacientes - 1904 – 1915**Página: 45**
- Tabela 4** - Diagnósticos apresentados pelas crianças entre 0 e 24 meses de vida atendidas pelo serviço clínico do IPAI-BA - 1904-1915**Página: 46**
- Tabela 5** - Movimento de entradas e óbitos no Asilo dos Expostos, no Campo dos Mártires - 1º de janeiro de 1923 a 23 de julho de 1924**Página:90**

LISTA DE SIGLAS

DEC – Departamento Estadual da Criança

DHIE - Diretoria de Higiene Infantil e Escolar

DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública

FMBA – Faculdade de Medicina da Bahia

FMRJ - Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

FOPAS - Federação de Obras de Proteção e Assistência Social

IHI - Inspeção de Higiene Infantil

IIAPI - Instituto Interamericano de Proteção à Infância

IPAI - Instituto de Proteção e Assistência à Infância

IPAI-BA - Instituto de Proteção e Assistência à Infância da Bahia

ITHE – Inspeção Técnica de Higiene Escolar

ITHI – Inspeção Técnica de Higiene Infantil

LBCMI - Liga Baiana contra a Mortalidade Infantil

SCMBA - Santa Casa de Misericórdia da Bahia

SHI - Serviço de Higiene Infantil

SPB - Sociedade de Pediatria da Bahia

SUMÁRIO

Introdução	01
Capítulo 1 - A medicina e a saúde da infância	09
1.1 - O ensino da pediatria e a assistência à saúde infantil na Bahia.....	15
1.2 - Instituto de Proteção e Assistência à Infância – IPAI da Bahia.....	22
1.3 – Joaquim Martagão Gesteira e a assistência à infância na Bahia	30
Capítulo 2 - Um novo modelo de assistência à saúde da infância: a Liga Baiana contra a Mortalidade Infantil.....	36
2.1 - A Mortalidade infantil como problema médico-social.....	37
2.1.1 - Decifrando a mortalidade infantil na Bahia: os primeiros estudos de Joaquim Martagão Gesteira	42
2.1.2 – O problema do aleitamento e a mortalidade infantil	46
2.2 - Origem e institucionalização da Liga Baiana contra a Mortalidade Infantil.....	50
2.2.1 - A repercussão social da Liga Baiana Contra a Mortalidade Infantil	57
2.3 - As primeiras ações assistenciais: um “serviço puerícola em moldes verdadeiramente científicos na Bahia”.....	61
2.3.1 - O consultório de lactentes “Regina Helena”.....	62
2.3.2 - Creche “Fernandes Figueira”	70
2.4 - Sucessos e percalços da LBCMI	77
Capítulo 3 - A Liga entra na Roda: transformando o modelo de assistência à saúde da infância na Bahia (1930-1935)	82
A inauguração da Policlínica “Arnaldo Baptista Marques”	96
3.1. – A participação do estado no combate à mortalidade infantil	99
3.2 – A lógica da assistência científica: o Abrigo Maternal, o Abrigo de Meninos, a Pupileira, o Lactário e o Museu de Higiene.....	104
3.2.1 – Pavilhão Martagão Gesteira: o abrigo maternal e o abrigo de meninos	109
3.2.2 – Lactário Júlia de Carvalho	113
3.2.3 – Museu de Higiene Infantil Áurea de Souza Simas	118
3.3 - Do abandono à assistência médico-filantropica: a Pupileira Juracy Magalhães.....	119
Considerações finais	128
Referências	131

INTRODUÇÃO

A dissertação a seguir trata da assistência à saúde da infância na Bahia durante o período de 1923 a 1935. Início este trabalho respondendo a um questionamento que ouvi diversas vezes ao longo destes dois anos de mestrado: Por que a Bahia?

Meu interesse pela história da saúde e da medicina daquele estado teve início no ano de 2007, quando ingressei como auxiliar de pesquisa no projeto *Patrimônio cultural da saúde na Bahia: 150 anos de história*, desenvolvido pela Casa de Oswaldo Cruz /Fundação Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz), em parceria com o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Bahia (IFBA) e coordenado pelas doutoras Maria Renilda Nery Barreto e Christiane Maria Cruz de Souza.

Esse projeto foi um desdobramento da *Rede Brasil: Inventário Nacional do Patrimônio Cultural da Saúde*¹, que tinha como finalidade realizar um estudo do patrimônio arquitetônico e histórico das instituições de assistência à saúde localizadas nas capitais de alguns estados do Brasil.

O projeto *Patrimônio cultural da saúde na Bahia: 150 anos de história* teve como principal objetivo fazer um levantamento do acervo arquitetônico, histórico e iconográfico das instituições de saúde sediadas em Salvador, capital do estado da Bahia, fundadas entre 1808 e 1958. A escolha do ano de 1808 corresponde à vinda da Família Real portuguesa para o Brasil e o início do ensino médico no país, com a instalação de duas escolas de cirurgia nas cidades mais povoadas do país: Salvador e Rio de Janeiro. E a escolha do ano de 1958 indica a consolidação da arquitetura hospitalar e o momento no qual o arquiteto passa a assumir interinamente o projeto de edificação dos hospitais.

Minha participação nesse projeto consistiu no levantamento de fontes documentais nos arquivos públicos e particulares localizados no Rio de Janeiro, especificamente a Academia Nacional de Medicina, o Arquivo Nacional, a Biblioteca Nacional, a Biblioteca do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CCS/UFRJ), o Arquivo da Marinha, o Arquivo do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro e o Centro de Pesquisa e

¹ Iniciativa coordenada pelos Ministérios da Saúde do Brasil e do Chile, Casa de Oswaldo Cruz/ Fiocruz e Bireme-Opas (Biblioteca Regional de Medicina – Organização Pan-Americana da Saúde).

Documentação de História Contemporânea do Brasil da Fundação Getúlio Vargas (CPDOC/FGV).

Durante o trabalho de elaboração de alguns dos verbetes que compõem o livro *História da saúde na Bahia: instituições e patrimônio arquitetônico* (BARRETO e SOUZA, 2011), um dos desdobramentos do projeto mencionado, pude realizar um trabalho analítico sobre algumas das fontes coletadas. Nesse momento, tive interesse em me dedicar ao estudo da história da Assistência Pública do Estado da Bahia, hospital construído pela municipalidade e transferido para a administração estadual antes mesmo de sua inauguração, em 1916.

De posse de algumas fontes documentais sobre a instituição elaborei um projeto para participar da seleção de mestrado do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, no ano de 2009. No projeto com o qual obtive aprovação me propunha a trabalhar com a transição da assistência à saúde em moldes caritativos para a configuração da saúde como um direito a ser garantido pelo Estado, por meio da análise dos serviços públicos em saúde implantados na Bahia pelo governador José Joaquim Seabra em seu primeiro mandato (1912-1916), principalmente através dos serviços oferecidos pela Assistência Pública do Estado da Bahia.

A dificuldade de acesso a algumas fontes – possivelmente destruídas por um incêndio nos arquivos do governo Seabra – referentes a essa instituição e a realização de leituras que me levaram a outras hipóteses sobre a história da assistência no Brasil fizeram com que eu optasse por um novo foco para a minha pesquisa: a história da assistência à saúde da infância.

A proposta deste trabalho é, enfim, analisar o papel exercido pela Liga Baiana contra a Mortalidade Infantil no processo de institucionalização da pediatria e da assistência à saúde da infância na Bahia, no período de 1923 a 1935.

Nossa hipótese é a de que a criação da LBCMI fez parte do processo de transição de uma assistência à infância pautada num modelo caritativo para um modelo de assistência de caráter médico-filantrópico.

O modelo caritativo de assistência à infância tinha como base o sentimento de piedade cristã e possuía um apelo moral e religioso, pois a ação caritativa buscava evitar o aborto e o infanticídio. Contudo, legitimava o abandono praticado por mulheres que buscavam resguardar sua honra ou cuja pobreza as impedia de criar seus filhos. Uma de suas principais preocupações era livrar as crianças abandonadas do paganismo, batizando-as. A principal forma

institucionalizada de assistir à criança foi seu recolhimento a asilos conhecidos como Rodas de Expostos. A instituição responsável por essa obra foi a Santa Casa de Misericórdia, que financiava essas ações com as esmolas e legados testamentais de pessoas que buscavam a salvação de suas almas. É importante ressaltar que eram os doadores que designavam a ação assistencial a ser prestada com suas doações.

O modelo médico-filantrópico era baseado na prestação de serviços assistenciais à saúde infantil através de ações filantrópicas que envolviam trabalho voluntário e doações de recursos por parte de filantropos e até mesmo do próprio Estado. A filantropia foi praticada em maior escala pelas elites, que, sensibilizadas por motivos políticos, científicos ou morais, se responsabilizaram pelo processo de modernização da nação. As mulheres pertencentes às elites ou em processos de profissionalização, envolvidas ou não em movimentos feministas, exerceram papel de destaque entre os filantropos.

As práticas filantrópicas buscavam combater os altos índices de mortalidade infantil atacando suas causas, cientificamente determinadas pelos médicos. Tinha grande destaque as ações de educação maternal, visto que era atribuída aos problemas alimentares (aleitamento natural e artificial), supostamente decorrente da ignorância das mães, a responsabilidade pela alta incidência de mortalidade infantil. Portanto, era o apelo científico que definia as ações filantrópicas a serem prestadas.

A LBCMI foi uma representante típica desse modelo e seu desempenho resultou na extinção do antigo sistema de acolhimento anônimo de crianças mantido pela Santa Casa de Misericórdia da Bahia, com a transformação do Asilo dos Expostos de Salvador² numa nova instituição adaptada ao modelo de assistência à saúde da infância preconizado pelos médicos puericultores.

Inicialmente, os estudos sobre história da saúde da infância no Brasil estiveram ligados à historiografia de temas que tangenciavam a questão. Sendo assim, obras destinadas à análise do abandono e enfeitamento de crianças, ao estudo sobre higiene, maternalismo e puericultura e à

² Instituição criada em 1844 para acomodar as crianças recebidas pela Roda dos Expostos até que fossem enviadas às criadeiras e para abrigar aquelas que voltavam da criação. Inicialmente recebeu o nome de Casa da Roda e funcionou num prédio da Rua da Misericórdia, até o ano de 1862. Neste ano foi transferida junto com a Roda dos Expostos para o Campo da Pólvora, quando recebeu o nome de Asilo Nossa Senhora da Misericórdia. Utilizaremos aqui a nomenclatura Asilo dos Expostos, pois foi com este nome que a instituição ficou popularmente conhecida.

análise da atuação da filantropia feminina e das políticas públicas para a infância são exemplos de temas que abordam a questão da saúde infantil ³.

Em linhas gerais, podemos dizer que duas vertentes historiográficas norteiam os estudos sobre a assistência à infância no Brasil. Uma dessas vertentes é traçada por Maria Luiza Marcílio no livro *História social da criança abandonada* (1998). Nessa obra a autora propõe a existência de três fases distintas na história da assistência à infância abandonada brasileira: a fase *caritativa*, a fase *filantrópica* e a fase do *bem-estar social*⁴ (MARCÍLIO, 2006, p. 132).

A fase *caritativa* compreende o período que se estende até meados do século XIX. Essa fase é marcada pela organização de obras baseadas na noção de caridade cristã e que preconizavam o recolhimento, batismo, alimentação e criação de órfãos e expostos. A finalidade dessas obras era a salvação da alma da criança.

As Câmaras Municipais e as Santas Casas de Misericórdia foram as instituições formais responsáveis pela criação das crianças abandonadas no Império Português ⁵. Além das delas, a prática informal da “adoção” exerceu um papel relevante na assistência aos abandonados. Durante o período colonial e imperial, a maior parte das crianças expostas no Brasil foi acolhida por famílias e apenas uma pequena parcela delas foi assistida por instituições especiais (MARCÍLIO, 2006, pp. 135-136).

No século XVIII, algumas Santas Casas de Misericórdia implantaram no Brasil as Rodas de Expostos ⁶ para recolher as crianças abandonadas. Até 1822, três cidades haviam instalado as Rodas: Salvador (1726), Rio de Janeiro (1738) e Recife (1789). Por esse sistema a criança era recebida, alimentada e batizada.

³ Com relação à questão do abandono e enjeitamento de crianças estamos nos referindo às obras de Maria Luiza Marcílio (1998; 2001) e Renato Pinto Venâncio (1999). Com relação aos estudos sobre higiene, maternalismo e puericultura, às obras de Ana Paula Vosne Martins (2008), Maria Martha de Luna Freire (2009), James Wadsworth (1999) e Tamera Marko (2006). Dentre as análises em torno da atuação da filantropia feminina destacam-se os trabalhos de Maria Lúcia Mott (2001; 2005). Por fim, sobre as políticas públicas para a infância no Brasil, o trabalho de Irene Rizzini (2008).

⁴ Devido ao recorte cronológico privilegiado nesta análise, nos interessa aqui discutir apenas as duas primeiras fases apontadas pela autora.

⁵ O convênio com outras instituições, majoritariamente com a Santa Casa de Misericórdia, foi uma alternativa encontrada pelas Câmaras para se desobrigar de tão oneroso compromisso. De acordo com a Lei dos Municípios, sancionada em 1828, nos locais onde existisse uma Santa Casa de Misericórdia as Câmaras poderiam transferir para elas seu dever (MARCÍLIO, 2006, p. 135).

⁶ A Roda dos Expostos recebeu esse nome devido ao sistema utilizado para recepção de crianças, que consistia numa caixa cilíndrica, de madeira, que girava em torno de um eixo e tinha uma abertura que se voltava para a rua para recepcionar o abandonado.

As Rodas dos Expostos eram mantidas pela Santa Casa de Misericórdia e suas despesas custeadas pelas doações caritativas, que era uma prática comum entre as camadas privilegiadas, considerada o “dever” de um bom cristão. “Homens proprietários, preocupados com a salvação de suas almas, deixavam em seus testamentos legados e esmolas para a misericórdia, muitos designando-os expressamente para ajuda na criação dos expostos, ou para prover dotes às mocinhas desamparadas da casa dos expostos” (MARCÍLIO, 2001, p. 67). Ao longo do século XIX, as doações caritativas foram se tornando cada vez mais escassas. Perante disso, as províncias passaram a subvencionar as obras de assistência à infância.

A segunda fase proposta por Marcílio, denominada *filantrópica*, funcionou concomitantemente com alguns aspectos da fase *caritativa*. Teve início em meados do século XIX e se estendeu até a década de 1960. Nessa fase a preocupação com a saúde da infância foi transformada em prioridade pelos médicos e filantropos, que passam a atuar conjuntamente.

Esses atores contribuíram para a reformulação da assistência prestada durante a fase *caritativa*, com a criação de novos modelos institucionais baseados nos princípios da higiene infantil e em preceitos pedagógicos promovidos pela ação filantrópica. Durante essa fase o poder público teve uma participação mais significativa do que a exercida durante a fase *caritativa*, porém não chegou a desenvolver ações de assistência à infância.

Podemos dizer que as ações propostas pelos pediatras direcionaram as ações filantrópicas de assistência à saúde da infância. Desse modo, o combate à mortalidade infantil se constituiu no principal alvo das entidades filantrópicas que preconizaram a educação maternal e a divulgação dos princípios da higiene infantil.

Devido ao nosso referencial conceitual esta dissertação se aproxima da vertente historiográfica proposta por Maria Luiza Marcílio. Debruçamos-nos sobre a periodização proposta pela autora para trabalharmos com a ideia de um modelo médico-filantrópico.

Outra vertente historiográfica a respeito da história da assistência à infância no Brasil foi desenvolvida por Irene Rizzini em sua tese de doutoramento, em 1997, que foi publicada anos mais tarde sob o título *O século perdido – raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil*.

Nesse estudo Rizzini discute “o significado social de que foi revestida a infância na passagem do regime monárquico para o republicano” (RIZZINI, 2008, p. 25) e identifica que, desde fins do século XIX, uma nova noção de criança estava sendo formada. A ideia cristã de um

ser sem pecados foi substituída e a infância passou a ser fruto de uma concepção científica de mundo.

A autora aponta dois papéis atribuídos à infância dentro da concepção científica. O primeiro papel entendia a criança como o de futuro da nação e que, portanto, deveria ser educada para se tornar útil à sociedade. Nesse caso a medicina higienista, utilizando recursos psicológicos e pedagógicos, educaria a família para ela exercer o papel de vigilante de seus filhos. O segundo entendia a criança como uma criminoso em potencial, ou seja, uma ameaça cujos cuidados da família a afastariam desse caminho (RIZZINI, 2008, pp. 25-26).

Com a função de assistir esses dois grupos de crianças foi construído um aparato médico-jurídico-assistencial que buscava prevenir a degradação da criança, educar o pobre para o trabalho, recuperar o menor vicioso e repreender o criminoso. Esse projeto apresenta uma nítida diferença entre a criança alvo da ação médica e a criança alvo da ação jurídica. Rizzini aponta que:

será da medicina (do corpo e da alma) o papel de diagnosticar na infância possibilidades de recuperação e formas de tratamento. Caberá à Justiça regulamentar a proteção (da criança e da sociedade), fazendo prevalecer a educação sobre a punição. À filantropia – substituta da antiga caridade – estava reservada a missão de prestar assistência aos pobres e desvalidos, em associação às ações públicas (2008, p. 26-27).

Coube à medicina e à justiça o papel de definir qual serviço resolveria os possíveis problemas de cada criança. Esse era um serviço bastante relevante, pois dele dependia o futuro da ordem social do país. Para Rizzini, foi essa composição que caracterizou o projeto político nacionalista de organização da justiça e da assistência, nas primeiras décadas do século XX.

Entre os trabalhos que abordam especificamente a Bahia, destacamos o trabalho de A. J. Russel-Wood (1968), que faz uma análise sobre a atuação da Santa Casa de Misericórdia da Bahia e dedica um capítulo à Roda dos Expostos; de Andréa da Rocha Rodrigues (1998), que busca entender as mudanças ocorridas nas instituições de assistência à infância mantidas pela Santa Casa de Misericórdia a partir da ressignificação do conceito de infância ocorrido na Bahia, nas primeiras décadas do século XX; o de Márcia Maria da Silva Barreiros Leite (1997), que aborda a questão da assistência à infância a partir da análise da filantropia feminina na Bahia; e o de Ana Paula Vosne Martins (2005), que compreende o movimento reformista internacional liderado por médicos obstetras, médicos pediatras, higienistas, mulheres feministas e não feministas, em favor da maternidade e da infância e o papel exercido pela Liga Baiana contra a

Mortalidade Infantil na articulação entre ações beneméritas e poderes públicos, nas primeiras décadas do século XX.

Para desenvolvermos nossos argumentos e hipóteses de pesquisa estruturamos essa dissertação em três capítulos que analisam a origem e a institucionalização do modelo médico-filantrópico proposto pela LBCMI.

No capítulo 1 – A medicina e a saúde da infância – traçamos um panorama historiográfico sobre a formação da pediatria, o papel exercido pelos pediatras nesse processo e as lutas travadas por esse profissional para constituir sua autoridade científica sobre a infância. Ainda numa perspectiva historiográfica, dedicamo-nos a apontar os aspectos que singularizaram o processo de formação da assistência à saúde da infância na América Latina.

Num segundo momento desse capítulo fizemos uma análise sobre a implantação do ensino pediátrico na Bahia e sobre o papel desempenhado pelas entidades filantrópicas nesse processo, em particular sobre o Instituto de Proteção e Assistência à Infância da Bahia, o IPAI-BA.

Finalizamos a análise abordando a inserção de Joaquim Martagão Gesteira no campo da pediatria e da assistência à infância na Bahia, por meio da análise da trajetória desse médico frente à cátedra de Clínica Médica Pediátrica e Higiene Infantil, pertencente à Faculdade de Medicina da Bahia.

As fontes históricas utilizadas na confecção desse capítulo englobam artigos publicados nos periódicos científicos *Brazil-Médico*, *Pediatria Prática* e *Gazeta Médica da Bahia*; produções bibliográficas dos pediatras Carlos Arthur Moncorvo Filho e Alfredo Ferreira de Magalhães; um periódico de grande circulação na Bahia, o jornal *A Tarde* e documentos oficiais do Serviço de Higiene Federal.

No capítulo 2 – Um novo modelo de assistência à saúde da infância: a Liga Baiana contra a Mortalidade Infantil – enfatizamos a criação dessa entidade filantrópica e construímos nossa análise a partir de indagações sobre o propósito de sua organização. Procuramos entender os motivos que impulsionaram Joaquim Martagão Gesteira a implantar na Bahia uma entidade que, à primeira vista, praticava o mesmo modelo de assistência à saúde da infância realizado pelo IPAI-BA, instalado naquele estado desde 1903. Dedicamo-nos ainda à análise da concepção médico-científica defendida por Joaquim Martagão Gesteira e apontamos como ela embasava o modelo de assistência à saúde da infância posto em prática na LBCMI.

Por fim, analisamos campanha pela criação da Liga, pela sua instalação, a organização dos primeiros serviços e os problemas enfrentados pela entidade. Nesse capítulo nos restringimos a analisar a trajetória da entidade entre os anos de 1923 e 1930, período em que atuou conjuntamente com o Serviço de Higiene Infantil – órgão federal de higiene infantil instalado na Bahia.

Utilizamos diversas fontes documentais nesse capítulo. Nos periódicos de grande circulação, como os jornais *A Tarde* e *Diário da Bahia*, buscamos a repercussão social das obras assistenciais da LBCMI. Nos periódicos científicos buscamos as concepções médico-científicas de Martagão Gesteira que foram a base do modelo assistencial praticado pela LBCMI. E, por fim, os documentos administrativos, as atas e as correspondências do acervo histórico da Liga Álvaro Bahia contra a Mortalidade Infantil (nome atual da LBCMI).

Finalmente, no capítulo 3 – A Liga entra na Roda: transformando o modelo de assistência à saúde da infância na Bahia – nos concentramos na análise da parceria efetuada entre a LBCMI e a Santa Casa de Misericórdia da Bahia. O contrato estabelecido entre as duas entidades resultou na implantação de um complexo serviço de assistência à saúde da infância no terreno do Asilo dos Expostos e no fechamento da Roda dos Expostos. Com a abolição do sistema de acolhimento sigiloso de crianças, por meio do qual se rompiam os laços entre o “enjeitado” e sua família, a assistência em moldes caritativos foi extinta na Bahia. O apoio conferido pelo governo estadual à Liga também compõe esse capítulo.

As fontes privilegiadas nesse último capítulo foram em grande parte produzidas pela LBCMI e por Joaquim Martagão Gesteira, algumas publicadas em livros. Duas obras relevantes para a análise contida nessa parte foram os livros *Pelos expostos – documentos duma campanha*, que trazem as correspondências trocadas entre Gesteira e a Santa Casa, na década de 1920, e o livro *Puericultura – higiene alimentar e social da criança*, que nos permitiu conhecer a lógica científica da assistência preconizada pela Liga na escolha dos serviços implantados na Santa Casa de Misericórdia. Os documentos oficiais produzidos pelo governo estadual, como as exposições e as mensagens do governador, um álbum histórico produzido pela LBCMI, documentos administrativos dessa entidade e, mais uma vez, o jornal *A Tarde* também foram utilizados.

Capítulo 1 – A medicina e a saúde da infância

o meio mais idôneo para proteger a criança é ensinar a protegê-la, ou melhor, é assegurar, junto dos leigos e profissionais, a sua proteção pelo ensino (BARBOSA, 1930, p. 51).

A organização da pediatria como especialidade médica dotada de teorias e práticas específicas está relacionada ao surgimento de uma nova concepção social a respeito da infância, que foi resultado do estabelecimento de novos valores sociais sobre essa fase da vida. A medicina exerceu um relevante papel nesse processo, pois atuou como um fator de estruturação do mundo da infância (OCAÑA, 2003). Conforme aponta Esteban Rodriguez-Ocaña, “child history reveals the strategic character of health in modern industrial world, and accordingly, the relevant role of medicine as a cultural agency, insofar that medical care of children is one of the elements defining the status of children in our days.” (2003, p. 17). O papel exercido pela medicina na configuração da nova visão social sobre a infância conferiu aos médicos maior proeminência perante os demais atores sociais envolvidos na formação de competências do campo da assistência à infância.

Antes da pediatria se compor como um campo específico da medicina, a criança era considerada matéria médica apenas por constituir o fruto da gravidez e do parto. Não havia, nesse momento, distinção científica entre mãe e filho. Por esse motivo os estudos sobre a criança ficavam subordinados às clínicas médicas de obstetrícia.

De acordo com Ocaña e Perdiguero, o processo de criação da pediatria como área científica específica sustentou-se “sobre unos círculos institucionalizados de aprendizaje y práctica profesional (hospitales, cátedras, dispensários), unos circuitos de publicación (revistas especializadas) y unas medidas de defensa e intercambio profesional, como las sociedades de especialistas” (OCAÑA e PERDIGUERO, 2006, p. 306). A criação desse campo específico do saber médico exigiu a formação de profissionais, instituições e, sobretudo, de um público para a área.

Em fins do século XIX, na Espanha, a formação de uma nova concepção sobre a infância teve como consequência a condenação das práticas populares relacionadas à gravidez, ao parto e à criança. O novo consenso instituído pelos médicos, políticos e filantropos, profissionais engajados na causa infantil, estabelecia a importância da conscientização da população a respeito dos riscos a que a infância estava exposta e a criação de argumentos e instituições que persuadissem as mães a encaminharem seus filhos ao médico especialista, ou seja, o pediatra.

Apesar do envolvimento de políticos no processo de elaboração dos novos cuidados com a infância, os médicos e os filantropos tiveram uma participação mais significativa nesse processo. As ações propostas por esses profissionais abrangeram:

- A – uma campaña de crítica impacable a los contenidos de lo que se construyó como “cultura médica popular”;
- B – la oferta de dirección científica y de vigilancia profesional del embarazo, parto y crianza, a través de dispositivos gratuitos (dispensários municipales y obras benéficas privadas);
- C – la posibilidad de alimentar a los niños mediante biberón, com leches garantizadas desde el punto de vista sanitario, a precios asequibles;
- D – el libre acceso al médico en caso de enfermedad a través de esas mismas instituciones benéficas (2006, p. 305).

Os métodos tradicionais de cuidado com a infância foram gradualmente substituídos pelo tratamento médico especializado. Por meio dessas medidas os médicos criaram um cenário favorável ao desenvolvimento da especialidade e, ao mesmo tempo, construíram seus saberes a respeito da saúde da infância.

De acordo com Anne-Emanuelle Birn, a produção histórica sobre saúde infantil é bastante numerosa para regiões como a Europa e os Estados Unidos. Esse fluxo de estudos criou uma demanda pela apreciação da “história oculta” (*hidden history*) da saúde e bem-estar da criança para outras regiões, entre elas a América Latina (BIRN, 2007). O contexto histórico regional latinoamericano conferiu novas vertentes aos estudos sobre esse tema. Dentre essas vertentes a autora destaca questões relacionadas ao período colonial, à formação de identidades sociais e raciais, aos movimentos feministas, à construção do estado de bem-estar social e questões culturais sobre a infância.

Birn analisa as perspectivas historiográficas e os desafios dos estudos sobre a saúde infantil na América Latina por meio da análise pormenorizada de assuntos comuns aos países da região. Portanto, ela aborda questões como a herança pré-colombiana e indígena, as instituições e práticas coloniais, as relações raciais, os esforços pela construção de um estado moderno, o envolvimento em movimentos internacionais e nas áreas de pediatria e saúde pública, direitos sociais e bem-estar humano.

Um importante aspecto que a autora ressalta diz respeito ao quantitativo de crianças que habitavam na América portuguesa e espanhola, no século XVIII. Estima-se que a metade do quantitativo populacional residente nas colônias era formada por crianças. Contudo, essa é uma

estatística bastante problemática, pois os recenseamentos eram raros e nem sempre computavam as crianças, ou as registravam na forma de adultos não casados.

As altas taxas de ilegitimidade entre os nascidos na América, uma peculiaridade do contexto dessa região, nos ajudam a compreender a escassez de registros sobre a infância colonial. Enquanto na Europa cerca de 10% das crianças nascidas eram ilegítimas, ou seja, fruto de um relacionamento fora do casamento, nas colônias latinoamericanas essa cifra chegava a atingir 50% dos nascimentos. A ilegitimidade contribuía para a formalização do abandono anônimo de crianças em instituições conhecidas como Roda ou Casa dos Expostos, fator que dificultava a contabilização dos índices de natalidade, mortalidade infantil e infanticídio ocorridos nessas áreas. De acordo com Birn “though illegitimacy fluctuated by race, place, and social class, it was an important feature of virtually every setting of the region” (2007, 680).

Outro período ressaltado por Birn é o cenário pós-independência. Segundo a autora, após 1850, a saúde e o bem-estar infantil assumiam papel estratégico na sociedade e envolviam seus membros no cuidado com a infância por meio da prática caritativa. A autora chama a atenção para o papel das elites, sobretudo das mulheres de classe média e alta, nas medidas de proteção à infância e para o significado que a assistência à infância assumia dentro do debate ideológico em torno da construção dos novos estados da América Latina (2007, pp. 682-683).

No início do século XIX, as reformadoras sociais em ação utilizavam os índices de mortalidade infantil para alavancar recursos públicos e privados em prol da assistência materno-infantil. Por volta da década de 1870, esses índices emergiam nos países latinoamericanos como um problema médico, social e político. Nessa mesma época os médicos tornavam-se participantes ativos do debate sobre a saúde e o bem-estar infantil e assumiam papéis em instituições de proteção à criança (2007, p. 684).

A relação estabelecida entre as reformadoras sociais e os médicos é objeto de estudo de Donna J. Guy. A autora faz um estudo sobre como o maternalismo feminista, interessado em promover questões materno-infantis como parte de seus esforços para expandir os direitos da mulher, influenciou o movimento Pan-Americano pelo bem-estar infantil (GUY, 1998). Sua análise é dividida em duas fases: a primeira (1913 a 1927)⁷ caracteriza-se pela demanda feminina por suporte estatal para instituições de ajuda à criança e à mãe trabalhadora; a segunda fase (1927

⁷ Seu marco inicial corresponde ao ano do Congresso Nacional pelo Bem-Estar da Criança, realizado na Argentina, e se encerra com a fundação do Instituto Interamericano de Proteção à Infância (IIAPI).

a 1960) caracteriza-se pela oposição dos médicos à cooperação com as feministas (1998, pp. 449-450).

Segundo Guy, as reformadoras sociais, fundadoras do Congresso Pan-Americano da Criança⁸, tiveram muitos conflitos com os médicos, pois eles estavam mais interessados em intervir nas famílias do que ajudar as mães.

O Congresso Nacional pelo Bem-Estar da Criança (1913), organizado pela Liga pelos Direitos das Mulheres e das Crianças, é destacado pela autora como o espaço do primeiro embate entre as feministas maternalistas e os demais atores envolvidos no movimento pelo direito da criança até aquele momento. As seções desse congresso foram dedicadas ao estudo do direito, da higiene, da psicologia infantil, da assistência e proteção às mães. Essa organização aponta a orientação que as feministas imprimiram a sua luta. De acordo com essas mulheres, o Estado devia providenciar meios para que as mães pudessem cuidar melhor de seus filhos e sanar os problemas financeiros que contribuía para o abandono infantil.

Os médicos se opuseram a essa proposta. Segundo Guy, uma citação emblemática da posição médica a respeito dessa questão são as palavras do Dr. Eliseo Cantón, para quem “the lack of moral qualities in some mothers necessitated state intervention” (CANTON apud GUY, 1998, p. 454). Guy aponta que “this exchange of views demonstrated how gender affected the ways that the child rights and maternalist feminist advocates justified intervention in families for very different purposes” (1998, p. 454).

As feministas perderam suas vozes nesse debate ao longo dos Congressos Pan-Americanos da Criança ocorridos na década de 1920. No ano de 1922, por exemplo, no encontro realizado no Rio de Janeiro, as seções dedicadas aos estudos sobre o bem-estar materno-infantil foram substituídas pelas seções de sociologia e pediatria (1998, p. 455). Essa mudança assinala a legitimação da autoridade médica.

A essa ação de legitimação somaram-se outras. Guy destaca que uma prática bastante difundida entre os pediatras foi a oferta de benefícios às mães que procuravam assistência profissional para seus filhos. Dessa maneira, tiveram acesso direto às classes mais pobres, principal foco de suas ações sanitárias.

⁸ Os Congressos Pan-Americanos da Criança foram um vigoroso fórum para reformistas, feministas, médicos, advogados e assistentes sociais da América Latina dedicados à melhoria da saúde e ao bem-estar de mulheres e crianças pobres e das classes trabalhadoras. Ao todo foram oito reuniões, realizadas entre os anos de 1916 e 1942, que influenciaram a aprovação de muitas leis que delimitaram direitos em áreas como adoção, saúde infantil, assistência do estado e trabalho infantil.

A transformação dos cuidados com a infância em fator estratégico para a construção dos estados modernos também foi destacada por Guy como um fator de legitimação profissional dos pediatras (1998, p. 456). Essa ideia é reiterada por Anne-Emanuelle Birn, que afirma que essa atitude fortaleceu os movimentos em torno da defesa da infância e conferiu aos pediatras um papel de destaque perante o governo de seus países (BIRN, 2007, p. 687).

As questões de saúde materno-infantil sofreram uma forte influência da eugenia. A prática eugênica disseminada na América Latina, de inspiração francesa, preconizava a reforma do ambiente social e moral no qual viviam as crianças. A finalidade dessa reforma era superar a genética desfavorável, principalmente das classes pobres, e transmitir novas características às gerações futuras.

A “eugenia positiva”, como ficou conhecido o movimento, se preocupou com o saneamento, a saúde e o aprimoramento científico das circunstâncias que envolviam a concepção, a gravidez e a infância. Essas preocupações estavam claramente ligadas à saúde materno-infantil (2007, p. 690).

A emergência do Uruguai no campo da política de saúde infantil é um tema relevante para a história da saúde infantil latinoamericana e foi objeto de análise de Birn em um estudo sobre o nexo nacional-internacional de interações uruguaias no desenvolvimento da saúde pública, no fim do século XIX e início do século XX. Para isso são analisadas as preocupações internas do Uruguai com a saúde infantil e seu pioneirismo no avanço dessa área como uma prioridade internacional entre 1890 e 1940 (2006).

Para Birn,

o Uruguai se envolveu na área da saúde internacional, ao menos em parte, para buscar soluções para o incontrolável problema da mortalidade infantil, e acabou por oferecer alternativas próprias – incluindo um Código dos Direitos da Criança – que obtiveram um apelo global. Cidade onde foi fundado o primeiro Instituto Internacional Americano de Protección a La Infancia (IIFI), em 1927, Montevideu tornou-se um núcleo de saúde internacional que – mesmo carecendo de uma chancela política de Washington, Paris ou Genebra – contribuiu para a elaboração de uma agenda mundial de saúde infantil (2006, p. 677).

Enquanto o Uruguai selecionou soluções estrangeiras, adaptando-as à sua realidade e política, os demais países da América Latina passaram por um processo de “adaptação seletiva” das políticas sociais e ideias científicas do exterior. O Uruguai foi notável também em outros aspectos, tais como o estabelecimento do bom funcionamento do Registro Civil desde 1879, o

tardio estabelecimento da sua faculdade de medicina, que permitiu que o país fosse mais aberto aos novos desenvolvimentos internacionais, e taxas de mortalidade infantis mais baixas do que alguns países da Europa.

O Instituto Interamericano de Proteção à Infância (IIAPI) constitui outro tema relevante da história da saúde e do bem-estar infantil na América Latina. Sua criação foi anunciada no ano de 1924, após reivindicação do pediatra uruguaio Luis Morquio, e aprovada pelo governo uruguaio e pelo IV Congresso Pan-Americano da Criança, contudo, foi efetivada somente em 1927, após o patrocínio recebido da Organização de Saúde da Liga das Nações (OSLN) (2006, p. 693).

O objetivo do IAPI foi disseminar pesquisas, políticas e informações relativas ao cuidado e proteção de lactentes, crianças e mães. Nas palavras de Birn, “o instituto buscou ‘latinoamericanizar’ o estudo da infância, de modo que a região foi entendida como diferente e não apenas derivativa ou espelhada da Europa” (2006, pp. 693-694).

O estabelecimento do IAPI elevou o lugar ocupado pela saúde materno-infantil nos debates realizados pela Oficina Sanitária Pan-Americana⁹. O suporte recebido pelo governo uruguaio e o apoio dos pan-americanistas da saúde infantil permitiram que o IAPI mantivesse sua autonomia frente a outras agências internacionais. Assim, seus interesses permaneceram controlados pelos médicos, feministas e defensores da saúde infantil, com base nas necessidades locais.

1.1 - O ensino da pediatria e a assistência à saúde infantil na Bahia

No artigo intitulado “Médicos e filantropos – a institucionalização do ensino da pediatria e da assistência à infância no Rio de Janeiro da Primeira República”, Luiz Otávio Ferreira e Gisele Sanglard assinalam que “a institucionalização da pediatria (e de outras especialidades médicas) foi possível devido à redefinição do modelo de assistência à saúde vigente no Brasil, que combinava conhecimentos e práticas da medicina e valores e preceitos da caridade cristã (católica)” (FERREIRA e SANGLARD, 2010, p. 442).

⁹ A OSP foi a primeira agência internacional de saúde e tinha como objetivo tratar assuntos referentes ao comércio e doenças epidêmicas. Seus congressos quadrienais estabeleceram espaços importantes de troca sobre saúde pública entre os profissionais da região.

Até o final do século XIX, a Santa Casa de Misericórdia exerceu papel central nas ações de assistência no Brasil. Estavam sob sua administração os únicos espaços dedicados à assistência infantil existentes até então no país: os Asilos dos Expostos. A relação conflituosa entre os médicos e os membros da Santa Casa, devido às regras que proibiam a presença de médicos e estudantes de medicina nas dependências dos hospitais e do asilo e pela primazia de membros da Santa Casa na administração dos serviços caritativos (PIMENTA, 2003), foi um relevante entrave à institucionalização da pediatria no país.

A dificuldade imposta pela Santa Casa de Misericórdia para utilização do Asilo dos Expostos como espaço acadêmico e científico contribuiu para que os médicos pediatras, ligados ou não às faculdades de medicina, organizassem entidades filantrópicas onde pudessem prestar assistência à infância e desenvolver o ensino prático de sua especialidade. Ainda de acordo com Ferreira e Sanglard,

para tornar viáveis as inovações propiciadas pela intensa especialização da medicina no final do século XIX, como o caso da pediatria, era fundamental assegurar a laicização da assistência à saúde, atestando mais autonomia ou mesmo a supremacia aos médicos nesse campo de ação social (FERREIRA e SANGLARD, 2010, 442).

As entidades filantrópicas marcaram forte presença na implantação do ensino pediátrico no Brasil e contribuíram para o aparelhamento das cidades do Rio de Janeiro¹⁰ e de Salvador com uma série de serviços dedicados a oferecer assistência médica à infância, ao mesmo tempo em que fomentaram junto à população uma nova cultura de cuidados básicos com a infância. Foram também responsáveis pela formação de pediatras aptos ao atendimento clínico e higienista e atentos às necessidades sociais de seus pacientes.

A implantação do ensino pediátrico no Brasil ocorreu no ano de 1882, por meio do decreto nº 3.141, que regulamentou algumas das mudanças previstas pela Reforma do Ensino Leôncio de Carvalho¹¹. No âmbito do ensino médico essa reforma permitiu o acréscimo de oito

¹⁰ Sobre o processo de institucionalização do ensino da pediatria e da assistência à infância no Rio de Janeiro consultar: FERREIRA, Luiz Otávio e SANGLARD, Gisele. Médicos e Filantropos: a institucionalização do ensino da pediatria e da assistência à infância no Rio de Janeiro da Primeira República. *Varia História*, vol. 26, n. 44, jul.-dez. 2010, pp. 437-459.

¹¹ A reforma Leôncio de Carvalho foi constituída pelo decreto nº 7.247, de 19 de abril de 1879, e estabeleceu a reforma do ensino primário, secundário e superior do Império. Ficou conhecida como reforma Leôncio de Carvalho, em referência ao nome do ministro do Império, Carlos Leôncio de Carvalho, que a referendou. Com relação ao ensino médico superior, a reforma foi baseada nos pareceres das faculdades de medicina do país e num anteprojeto redigido pelos professores membros de uma comissão formada em 1878 para avaliar o ensino médico em países

novas cadeiras ao currículo das Faculdades de Medicina existentes no país. Duas dessas compuseram o curso ordinário (segunda cadeira de Clínica Médica de Adultos e segunda cadeira de Clínica Cirúrgica de Adultos) e as demais compuseram o curso complementar (Clínica Obstétrica e Ginecológica, Clínica de Moléstias Mentais, Clínica Oftalmológica, Clínica de Anatomia e Fisiologia Patológicas, Clínica de Moléstias Cutâneas e Sifilíticas e a Clínica de Moléstias Médicas e Cirúrgicas de Crianças) (FERREIRA e SANGLARD, 2010, p. 444).

O concurso para provimento da vaga de catedrático da Clínica de Moléstias Médicas e Cirúrgicas de Crianças, da Faculdade de Medicina da Bahia (FMBA), foi organizado somente no ano de 1884, quando o decreto nº 9.311¹² sancionou pela segunda vez a criação da clínica pediátrica e modificou seu nome para Clínica e Policlínica Médica e Cirúrgica de Crianças. Nessa seleção foi aprovado o Dr. Frederico de Castro Rebello, que defendeu a tese *Relações entre a syphilis hereditária e o raquitismo*.

Nascido em Salvador, Rebello doutorou-se na FMBA, em 1878, apresentando a tese *Localizações das moléstias cerebrais*, pela qual recebeu menção honrosa na Memória Histórica de 1879. Ingressou no magistério superior como assistente da primeira cadeira de Clínica Interna, em 1882, e anos mais tarde foi transferido para o cargo de adjunto da mesma clínica. Em 1884, tornou-se professor da Clínica Pediátrica, função que exerceu até sua aposentadoria, no ano de 1914 (BARROS, 2007: 102).

Uma das atribuições de Castro Rebello como primeiro docente de pediatria na Bahia foi trabalhar pela implantação dessa clínica na FMBA. No ano de 1886, viajou a pedido da congregação da faculdade com a finalidade de estudar os melhores métodos de ensino utilizados na Europa e analisar as instituições na área pediátrica.

européus. Fizeram parte dessa comissão os médicos Vicente Cândido Figueira de Sabóia, Domingos José Freire Júnior e Cláudio Velho da Motta Maia, pertencentes à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (FMRJ), e Pacífico Pereira, pertencente à Faculdade de Medicina da Bahia (FMBA). Dentre as mudanças estabelecidas pela reforma, destacamos a permissão para a constituição de cursos particulares de matérias oferecidas nos cursos oficiais das faculdades brasileiras, os chamados cursos livres, como um dos mais importantes itens da reforma, pois colocou termo ao monopólio sobre o ensino exercido pelas faculdades brasileiras. Ver: Escola de Cirurgia da Bahia. Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Acesso em: 5 nov. de 2010. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>.

¹² As modificações implantadas por esse decreto ficaram conhecidas como Reforma Sabóia, devido à atuação do então diretor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Vicente Cândido Figueira de Sabóia (1881-1889). Uma dessas modificações foi a implantação de novos estatutos nas faculdades de medicina do país.

Ao lado de Alfredo Ferreira de Magalhães, professor substituto de pediatria, Rebello trabalhou na criação do Instituto de Proteção e Assistência à Infância da Bahia (IPAI-BA)¹³, do qual foi diretor médico (MAGALHÃES, A., 1920, p. 25).

Em 1911, a reforma Rivadávia Correa¹⁴ autorizou o desdobramento da Clínica e Policlínica Médica e Cirúrgica de Crianças em duas novas clínicas. O objetivo dessa divisão foi somar ao ensino pediátrico fundamentado na medicina curativa questões relacionadas à higiene infantil. Deste modo, Frederico de Castro Rebello passou a ocupar a cátedra da recém-criada Clínica Médica Pediátrica e Higiene Infantil e Alfredo Ferreira de Magalhães tornou-se catedrático de Clínica Cirúrgica Infantil e Ortopédica.

O novo catedrático, Alfredo Ferreira de Magalhães, doutorou-se pela FMBA, no ano de 1891, apresentando a tese *O hypnotismo e a sugestão de sua aplicação à clínica*. Em 1893, ingressou no magistério superior como preparador de Química Inorgânica e, em 1895, foi aprovado no concurso para professor substituto da 9ª seção (pediatria) com a tese *Da alimentação das crianças em geral e sob o ponto de vista da hygiene e da clinica*. Exerceu esse cargo até 1911, quando foi nomeado professor catedrático. Entre os anos de 1926 e 1937, ficou em disponibilidade. Nesse período atuou na Escola Normal da Bahia e, em 1938, retornou à FMBA para ocupar a cadeira de Clínica Médica Pediátrica e Higiene Infantil, função que exerceu até sua aposentadoria, em 1941 (COUTO, 1973).

Com a permissão concedida pela reforma Rivadávia Correa para a criação de cursos livres equiparados aos cursos oficiais oferecidos pelas faculdades públicas existentes no país, a FMBA autorizou a abertura de concurso para os interessados em lecionar nos novos cursos. De acordo com a lei, para que uma pessoa tivesse autorização para oferecer um curso livre era necessária a apresentação de um trabalho original à congregação da faculdade. Após a seleção era permitida

¹³ O Instituto de Proteção e Assistência à Infância da Bahia foi criado em 1903, pelos médicos Alfredo Ferreira de Magalhães e Joaquim Augusto Tanajura. O IPAI-BA reproduziu em Salvador o modelo ideológico e institucional de assistência criado pelo médico pediatra Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo Filho, no Rio de Janeiro. Sobre o modelo de assistência à infância proposto pelo IPAI, ver: WADSWORTH, James. Moncorvo Filho e o problema da infância: modelos institucionais e ideológicos de assistência à infância no Brasil. *Revista Brasileira de História*. São Paulo, v.19, n. 37, 1999.

¹⁴ A Lei Orgânica do Ensino Superior e Fundamental da República foi assinada pelo Presidente da República Hermes da Fonseca e referendada pelo Ministro da Justiça e Negócios Interiores Rivadávia Corrêa, através do decreto nº 8.659 de 05/04/1911. Apelidada de “lei desorganizadora do ensino”, seguiu os moldes das universidades alemãs. Propondo a autonomia didática e administrativa das faculdades, e a não obrigatoriedade dos programas de ensino de outras escolas ou faculdades em seguir os das faculdades de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia. Ver: Escola de Cirurgia da Bahia. Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Acesso em: 5 nov. 2010. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>.

ao professor livre-docente a utilização das salas de aula das faculdades. A remuneração do professor viria das taxas cobradas aos alunos, da qual descontaria um percentual para a faculdade.

Nessa ocasião o médico Joaquim Martagão Gesteira submeteu a tese *Reação de Schimidt Triboulet – valor diagnóstico nas afecções do lactente* à congregação da faculdade e foi aprovado, conseguindo autorização para organizar cursos livres na área de pediatria.

Em 1902, Martagão Gesteira ingressou como estudante na FMBA e, em 1907, tornou-se interno de Clínica Propedêutica, serviço do professor Alfredo Brito. No ano de 1908, doutorou-se defendendo a tese *Etiologia e diagnóstico da septicemia de Bruce – febre de malta*. Um ano depois de formado assumiu o cargo de assistente de clínica pediátrica, convertendo-se à pediatria logo no princípio de sua carreira. Foi o primeiro médico a oferecer um curso livre na área de Clínica Médica Pediátrica e Higiene Infantil na Bahia ¹⁵.

Devido aos conflitos institucionais entre a Santa Casa de Misericórdia e a Faculdade de Medicina, mencionados anteriormente, e a não permissão legal para que as aulas práticas dos cursos livres funcionassem nas enfermarias destinadas à instrução prática dos cursos oficiais, Martagão Gesteira utilizou o Dispensário do IPAI-BA como espaço para as aulas de seu curso (GESTEIRA, 1913).

Poucos eram os serviços clínicos em Salvador que ofereciam assistência médica às crianças, apenas a enfermaria infantil da Santa Casa e o Dispensário do IPAI-BA disponibilizava esse serviço. Mesmo com a construção do novo hospital da Santa Casa da Misericórdia da Bahia (SCMBA), o Hospital Santa Isabel, inaugurado em 1893, e do Instituto Clínico, em 1906¹⁶, que melhoraram as instalações físicas das clínicas (enfermarias) utilizadas para o ensino da medicina, a implantação da pediatria prática na Bahia só foi possível com a organização de entidades filantrópicas, tal como havia ocorrido no Rio de Janeiro.

As entidades filantrópicas foram responsáveis pela criação de espaços dedicados à assistência infantil. O papel desempenhado pelos médicos nessas entidades contribuiu para conscientização da população quanto aos benefícios do atendimento médico realizado por um pediatra e, conseqüentemente, para a reunião de casos clínicos e o aparelhamento necessário à realização do ensino da pediatria.

¹⁵ Ainda neste capítulo falaremos sobre o trabalho desse médico frente à cadeira de Pediatria na FMBA.

¹⁶ Durante a reconstrução do prédio da FMBA, destruído pelo fogo em 1905, a administração da faculdade optou por manter no antigo endereço a administração e as cadeiras de laboratórios e transferir para um novo prédio os laboratórios de exames para cada uma das clínicas existentes. O novo prédio, denominado Instituto Clínico, foi inaugurado em 1906 e ficava anexo ao Hospital Santa Isabel (COSTA, P., 2001, p. 96).

No caso do Rio de Janeiro, as enfermarias e serviços que proporcionavam treinamento clínico efetivo aos estudantes e médicos recém-formados estavam sob a tutela de médicos pediatras que ministravam cursos livres independentes dos cursos oferecidos pelos catedráticos da FMRJ¹⁷. Na Bahia, essa situação foi diferente, pois a criação do IPAI-BA reuniu o trabalho do professor catedrático, Frederico de Castro Rebello; do professor substituto de Pediatria, Alfredo Ferreira de Magalhães; e do professor livre docente da cadeira, Joaquim Martagão Gesteira. Tal fato permitiu uma aliança entre a entidade filantrópica e a FMBA pela qual foi possível transferir para o IPAI-BA as aulas práticas de todos os cursos oficiais e livres de pediatria. Deste modo, o IPAI-BA se estabeleceu como a única escola de pediatria da Bahia.

As entidades filantrópicas destinadas à assistência da saúde da infância fundadas no Rio de Janeiro e na Bahia exerceram um duplo papel instrutivo. Na primeira acepção do termo funcionaram como escolas de pediatria, pois forneceram materiais e casos clínicos necessários à implantação do ensino pediátrico. Num outro sentido serviram como espaço de educação maternal, pois disseminaram os princípios da maternidade científica.

A trajetória percorrida pelo ensino pediátrico durante sua instalação nas faculdades de medicina brasileiras nos permite perceber que as relações estabelecidas entre pediatras e entidades filantrópicas foram bastante relevantes para a implantação e consolidação da especialidade no país.

As intrínsecas relações estabelecidas entre pediatria e filantropia nos fazem questionar quais motivos promoveram a aproximação entre essas práticas, que a princípio nos parecem tão distintas.

Desde tempos coloniais a assistência aos mais pobres no Brasil era baseada em ações caritativas de apelo religioso, que proviam apenas momentaneamente as necessidades dessas pessoas. A prática da filantropia difundiu-se entre as elites cariocas e soteropolitanas em

¹⁷ Dentre os pediatras que mantiveram cursos livres equiparados ao curso de pediatria oferecido pela FMRJ podemos citar: Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo, que manteve o curso livre de Moléstias da Infância em funcionamento por 19 anos (1882-1901) na Policlínica Geral do Rio de Janeiro; Antônio Fernandes Figueira, com o curso livre de Pediatria, iniciado em 1910 e encerrado, com seu falecimento, em 1928, mantido na Policlínica de Crianças, instituição filantrópica vinculada à Santa Casa de Misericórdia; e Luiz Barbosa, com o curso livre na área de Clínica Pediátrica e Higiene Infantil, ministrado na Policlínica de Botafogo e na 25ª Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia, em substituição ao catedrático de Pediatria, Cândido Barata Ribeiro. Esse curso foi iniciado em 1908 e durou até 1928, quando Luiz Barbosa tornou-se catedrático da FMRJ (FERREIRA e SANGLARD, 2010)

princípios do século XX, principalmente entre as mulheres, que viam nessa prática uma forma de participação ativa na vida pública ou de profissionalização em atividades assistenciais¹⁸.

À prática filantrópica estava subentendida a ideia de utilidade social, pois suas ações visavam empreender obras permanentes para melhorar as condições de vida do grupo social alvo de suas ações e promover uma reforma social. Sua finalidade era dar subsídios para que os indivíduos não retornassem ao estágio de carência anterior e alcançassem o progresso social. Portanto, as práticas filantrópicas possuíam um forte vínculo com a sociabilidade.

As ações filantrópicas eram bastante influenciadas pelas orientações científicas, esse vínculo com a ciência remonta à origem da filantropia ligada aos ideais iluministas, no século XVIII. Desse modo, a filantropia buscava combater a irracionalidade e a ignorância por meio do esclarecimento promovido pela razão científica. A educação foi um instrumento de bastante relevância nesse processo.

A raiz da relação entre filantropia e pediatria estava nos ideais reformadores que ambas possuíam. Além do papel clínico e terapêutico, comum a todas as especialidades médicas, a pediatria exercia o papel de reformadora social, pois era por meio do trabalho de conscientização das mães dos males que uma criação desprovida de orientação científica causaria a seus filhos que os pediatras buscavam combater as mazelas físicas e sociais que acometiam as crianças.

Por meio dos dados estatísticos os pediatras determinaram que os principais problemas que contribuíam para a mortalidade infantil eram de natureza gastrointestinal, decorrentes da má alimentação, e passaram a atacar essa causa. Para o combate eficaz desse problema foi acrescentada à formação do pediatra o estudo da puericultura – higiene infantil – para que ele pudesse orientar às mães nas normas higiênicas do preparo dos alimentos infantis e pudesse socorrer aquelas crianças já acometidas por algum problema desta ou de outra natureza. Coube também a esse profissional identificar, junto com as visitadoras sociais, os problemas enfrentados pelas famílias na criação de seus filhos e orientá-las a procurar instituições ou entidades de proteção e assistência à infância. Como bem explica o pediatra Luiz Barbosa¹⁹, “o Especialista de

¹⁸ Sobre este assunto consultar: LEITE, Márcia Maria da Silva Barreiros. Educação, cultura e lazer das mulheres de elite em Salvador, 1890 – 1930. Dissertação (Mestrado). Salvador: Universidade Federal da Bahia, 1997; MOTT, Maria Lúcia B. Maternalismo, políticas públicas e benemerência no Brasil (1930-1945). *Cadernos Pagu* (UNICAMP), Campinas, v. 16, 2001, pp. 199-234; MOTT, Maria Lúcia B. Gênero, Medicina e Filantropia: Maria Rennotte e as mulheres na construção da nação. *Cadernos Pagu* (UNICAMP), Campinas, v. 24, 2005, pp. 41-67 e SANGLARD, Gisele. Entre os salões e o laboratório. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008b.

¹⁹ Luiz Pedro Barbosa (1870 – 1949) graduou-se em medicina, em 1891, pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Em 1898, fundou a “Policlínica de Botafogo”, onde exerceu a atividade de Clínico Geral. Em 1908,

crianças [...] tem de funcionar, equilibradamente, ora como Higienista, ora como Clínico e sempre como Sociólogo ao serviço dos mais nobres sentimentos cívicos” (BARBOSA, 1930, p. 314).

Um dos resultados da aliança entre filantropia e pediatria foi a construção de espaços onde os pediatras pudessem exercer sua especialidade. Alguns desses espaços basearam-se no modelo das policlínicas, também conhecidos como dispensários, trazido por Moncorvo de Figueiredo²⁰ ao Brasil. Entretanto, foi o modelo IPAI, criado por Moncorvo Filho – que mesclava ampla gama de serviços assistenciais e de proteção materno-infantil, educação maternal nos princípios básicos de saúde e higiene infantil e ensino pediátrico nos dispensários infantis – que acabou se disseminando pelo país.

1.2 - Instituto de Proteção e Assistência à Infância – IPAI- da Bahia

A primeira entidade criada no Brasil denominada IPAI foi fundada no Rio de Janeiro, no ano de 1899. Inicialmente foi instalada na casa de seu idealizador, Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo Filho²¹, tal como ocorreu com a policlínica de seu pai, Moncorvo de Figueiredo. Dois anos após sua fundação foi transferida para um prédio alugado e, em 1914, passou a ter sede própria em um prédio doado pelo presidente Hermes da Fonseca.

inaugurou seu primeiro curso de Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil. Esse curso foi organizado na Policlínica de Botafogo e também funcionou na 25ª Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia, no Hospital São Zacharias e, posteriormente, no Hospital São Francisco de Assis. Em 1911, passou a trabalhar como professor de Farmacologia na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Em 1915, transferiu-se, como professor substituto, para a disciplina de Clínica Pediátrica e Higiene Infantil. Entre 1928 e 1939 foi seu catedrático. Retirado do site: http://www.sbp.com.br/show_item.cfm?id_categoria=74&id_detalhe=1277&tipo=D. Acesso em: 28 jul. 2011.

²⁰ Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo (1846-1901): Desde o início de sua carreira dedicou-se à medicina infantil. Foi responsável pela publicação de mais de 80 artigos sobre o tema e colaborador de 12 jornais e revistas especializadas ao longo de sua carreira. Fundou o primeiro curso regular dedicado à formação de médicos especialistas em pediatria no Brasil, o qual manteve em funcionamento por 19 anos. Retirado do site: http://www.sbp.com.br/show_item.cfm?id_categoria=74&id_detalhe=1273&tipo=D, Acesso em: 10 de dezembro de 2010.

²¹ 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). Moncorvo Filho possui uma extensa produção científica, tendo publicado centenas de trabalhos sobre os mais diversos temas. Dentre eles, referências para a história da pediatria nacional: “Higiene Infantil” (1917), “Formulário de Doenças das Crianças” (1923) e “Histórico da Proteção à Infância no Brasil” (1926).

O IPAI constituiu a base do modelo institucional e ideológico implantado por Moncorvo Filho e teve como objetivo a promoção da assistência à mãe e à infância por meio de um amplo conjunto de serviços. Esses serviços envolveram atividades de inspecionar e regular as amas de leite, estudar a condição de vida das crianças pobres, proteger os menores contra o abuso e a negligência, inspecionar as escolas, fiscalizar o trabalho feminino e de menores nas indústrias, promover campanhas de vacinação, disseminar conhecimentos sobre doenças infantis, criar institutos orientados para a assistência da criança e fundar um hospital para menores carentes (WADSWORTH, 1999). Segundo Moncorvo Filho, idealizador do IPAI, seu objetivo ao criar a entidade era formar uma

cruzada em prol da criança, procurando introduzir em nosso meio quanto de profícuo fosse sendo adoptado nos mais adiantados países, agindo em todos os sentidos e particularmente estabelecendo uma energica e extensa propaganda de hygiene infantil, ensinando-se ao povo a verdadeira puericultura, para que pudesse o Brasil alcançar, ao cabo de algum tempo, o ideal dos povos civilisados – o melhoramento e a robustez de sua raça pela applicação utilíssima das regras da Eugenia (MONCORVO FILHO, 1927, p. 139).

Em um prédio anexo ao instituto funcionava o Dispensário Moncorvo. Criado em 1901, o dispensário oferecia assistência de natureza médica e social às mães e aos seus filhos, com ações que englobavam atendimentos médicos, serviços de creche, alimentação de lactentes etc. (MARKO, 2006, p. 239).

Conforme aponta Wadsworth, o grande objetivo de Moncorvo Filho era fazer com que o modelo IPAI de assistência fosse incorporado pelo poder público e transformado num sistema nacional de amparo à infância. Para isso fundou, em 1919, o Departamento da Criança, outro apêndice do IPAI, cuja finalidade era coletar todo tipo de dado sobre assistência à infância. O serviço funcionava de forma similar a uma agência de pesquisa e nunca foi englobado pelo governo em sua esfera administrativa.

A organização do IPAI contou com a mobilização das elites urbanas brasileiras, sobretudo das mulheres, que por meio da filantropia buscavam promover a assistência à infância nos principais centros urbanos brasileiros. A aliança entre médicos e filantropos deu novo significado a assistência à infância praticada no Brasil, que passou a ser pautada na ênfase do binômio mãe-filho.

O IPAI funcionou também como espaço para o ensino da pediatria. Segundo Moncorvo Filho, a entidade médico-filantrópica foi um “centro de estudos de medicina e hygiene infantil”, cujo “valor científico [...] revelou-se, de um lado, com o aparecimento de varias theses de doutoramento defendidas perante nossa Faculdade de Medicina e, de outro, com a fundação no seio do proprio Instituto e a elle anexada da ‘Sociedade Scientifica Protectora da Infancia’” (MONCORVO FILHO, 1927, p. 151). Ainda segundo Moncorvo Filho, o IPAI era uma continuação da escola criada por seu pai na Policlínica Geral do Rio de Janeiro, visto que o próprio Moncorvo de Figueiredo era chefe do Serviço de Clínica Médica do Dispensário Moncorvo.

Em fevereiro de 1921, o modelo IPAI já tinha sido reproduzido de forma autônoma em dezessete estados brasileiros, inclusive na Bahia. Na virada do século XX, os elevados índices de mortalidade infantil nesse estado motivaram o médico Joaquim Augusto Tanajura²² a empreender um ambicioso estudo cujo objetivo era aferir com precisão científica as taxas de mortalidade de crianças entre 0 e 5 anos de idade em diversas capitais brasileiras, principalmente Salvador (TANAJURA, 1900). Essa investigação desdobrou-se em intensa campanha pela defesa da infância por parte do jovem médico, que publicou uma série de seis artigos no jornal *Diário da Bahia*, intitulada *Lethalidade infantil na Bahia: influencia em nosso meio*, entre os meses de março e abril de 1903.

Por meio desses artigos Joaquim Tanajura conclamou os médicos, especialmente os Drs. Frederico de Castro Rebello e Alfredo Ferreira de Magalhães, catedráticos de pediatria da FMBA, a articularem uma campanha contra a mortalidade infantil e a estabelecer em Salvador uma entidade congênere à instalada por Moncorvo Filho no Rio de Janeiro, o IPAI.

Em resposta aos apelos de Tanajura médicos e membros da elite baiana reuniram-se, em 14 de junho de 1903, e decidiram instalar um IPAI na capital baiana. Nessa reunião foi decidida a utilização do modelo institucional implantado no Rio de Janeiro e foram formadas duas comissões para dar os primeiros passos na formação da entidade: uma das comissões foi liderada por Joaquim Augusto Tanajura, responsável por angariar os recursos materiais necessários à

²² Joaquim Augusto Tanajura (1878- 1941): Graduou-se em medicina no ano de 1900, defendendo a tese *Lethalidade infantil e suas causas*. Fundou, junto com o Dr. Alfredo Ferreira de Magalhães, o IPAI da Bahia, em 1903. Em 1906, passou a residir no Rio de Janeiro onde se tornou médico da Força Policial. Anos depois chefiou o serviço de saúde da Comissão Rondon e manteve uma carreira política no norte do país. VITAL, André Vasques. Comissão Rondon, doenças e política: “Região do Madeira: Santo Antônio”, de Joaquim Augusto Tanajura – uma outra visão do Alto Madeira em 1911. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.18, n.2,abr.-jun. 2011, p.545-557, 2001.

instalação do instituto; a outra foi liderada por Alfredo Ferreira de Magalhães, responsável por elaborar o estatuto da entidade (MAGALHÃES, A., 1920, p. 10).

O estatuto da entidade foi apresentado em uma nova reunião que aconteceu dois meses após a realização desse encontro. Os responsáveis por sua elaboração optaram pela manutenção do nome, objetivos e órgãos da entidade carioca. Nessa segunda reunião foram eleitos os 11 membros da primeira junta administrativa do IPAI-BA, que teve como diretor o Dr. Frederico de Castro Rebello e subdiretor o Dr. Alfredo Ferreira de Magalhães (1920, p. 23).

Oficialmente a instalação do IPAI-BA ocorreu numa festividade realizada no salão nobre da Câmara Municipal de Salvador, no dia 11 de outubro de 1903. Na cerimônia estiveram presentes representantes dos poderes executivo, legislativo e judiciário das esferas municipais e estaduais, diretores das Faculdades de Direito e Medicina da Bahia, membros de diversas instituições filantrópicas nacionais e internacionais, representantes da imprensa, estudantes e diversos membros da sociedade baiana. A sessão foi presidida por Joaquim Augusto Tanajura, que empossou a primeira junta administrativa da entidade e convidou o governador, o Sr. Severiano dos Santos Vieira, para declarar a instalação do IPAI-BA. A esse ato seguiram-se os discursos de Joaquim Augusto Tanajura e de Frederico Castro Rebello, que chamaram a atenção para a necessidade de proteção da obra recém-inaugurada e defenderam o ensino prático da pediatria (1920, p. 24).

Do mesmo modo que a entidade carioca, o IPAI-BA teve como finalidade amparar recém-nascidos, crianças até 7 anos e grávidas e atuar em campos diversos, como na regulamentação do trabalho de amas de leite e contra a exploração do trabalho infantil, isto é, sua ação era voltada aos diversos aspectos da vida infantil (WADSWORTH, 1999; MAGALHÃES, A., 1920).

Conforme previsto no parágrafo 9º do artigo 2º do estatuto, o primeiro órgão instalado pela entidade foi o Dispensário Central de Moléstias de Crianças, em 13 de maio de 1904. Seu funcionamento destinou-se “ao tratamento de todas as [crianças] reconhecidamente pobres que a ele recorrerem, notando-se deverem ser especialmente cuidadas as que apresentarem defeitos físicos, forem rachíticas, anêmicas, débeis etc (MAGALHÃES, A., 1920, p. 17).

Um das características do modelo IPAI era utilizar o atendimento médico curativo prestado às crianças como estratégia principal no combate à mortalidade infantil. Por esse motivo, Moncorvo Filho priorizava a criação dos dispensários infantis afirmando que “da complexa campanha a que nos propusemos, o combate à mortalidade infantil impunha-se como

medida preliminar” (MONCORVO FILHO, 1927, p. 144). Essas ações contra a mortalidade infantil promovidas por Moncorvo Filho, no Rio de Janeiro, e por Alfredo Magalhães e Tanajura, na Bahia, inserem-se num movimento internacional de defesa à infância (BIRN, 2007).

O Dispensário Infantil possuía dinâmica de funcionamento similar ao das policlínicas. Segundo Moncorvo de Figueiredo,

O dispensário fundado pelo Dr. Gibert é um verdadeiro instituto therapeutico, munido dos recursos necessários para o tratamento de todas as moléstias da infância, sendo os doentes trazidos pelos paes e reconduzidos por elles uma vez dada a consulta de que carecem.

(...) Não se trata somente de uma consulta gratuita, traduzindo-se por uma prescrição escrita.

O Dr. Gibert poz á disposição dos infelizes pequeninos os meios efficazes de tratamento, como: banhos simples e medicamentos, apparatus de orthopedia e hydrotherapia, exercícos gymnasticos, duchas de toda a sorte, eletricidade em suas variadas espécies, massagem e operações cirúrgicas e propriamente ditas (MONCORVO FILHO, 1927, p. 145).

O primeiro espaço de funcionamento do Dispensário Central de Moléstias de Crianças foi o segundo andar do prédio onde funcionava o Instituto Vacinogênico do Estado, na Rua do Bispo, n.º 19. Nesse espaço contou com três salas destinadas aos serviços médicos, odontológicos e cirúrgicos e funcionou em condições de infraestrutura bastante precárias (MAGALHÃES, A., 1920, p. 27). No primeiro ano de funcionamento, o dispensário não teve condições de distribuir às mães dos pequenos pacientes todos os medicamentos prescritos pelos médicos, para suprir essa necessidade o IPAI-BA contou com a doação de algumas farmácias. No ano seguinte, em 13 de maio de 1905, a entidade inaugurou o seu próprio serviço farmacológico e passou a manipular os medicamentos necessários. Em 1906, o IPAI-BA pode diversificar mais os serviços que oferecia com a instalação do serviço oftalmológico nas dependências do dispensário (MAGALHÃES, A., 1920, p. 31).

O IPAI-BA criou uma série de outros serviços, em sua maior parte organizados por mulheres filantropas. De acordo com Márcia Maria da Silva Leite, a prática da filantropia foi bastante difundida entre as mulheres da elite baiana (LEITE, 1997). Maria Lúcia Mott afirma que a atuação em associações filantrópicas permitiu às mulheres uma participação efetiva na vida social, sua profissionalização e a luta por melhores condições de vida (MOTT, 2005, p. 67) e Maria Martha de Luna Freire aponta que a proteção à infância constituiu-se numa das principais atividades desenvolvidas pela filantropia feminina (FREIRE, 2009, p. 68).

O ano de 1906 foi bastante produtivo para o IPAI-BA, além do serviço oftalmológico foram criadas duas novas obras: a Assistência Maternal no Domicílio e o Protetorado do Berço, organizações conduzidas exclusivamente por filantropas.

O serviço de Assistência Maternal no Domicílio foi inspirado no sistema francês *Dames Mauloises* e seu objetivo era “proteger mulheres casadas (...), que não puderem de modo algum abandonar o lar, a companhia do filho, dos pais edosos, do esposo” (MAGALHÃES, A., 1920, p. 32). Esse serviço ofereceu atendimento médico em domicílio às mulheres no período entre 20 dias antes e 30 dias depois antes do parto. O Protetorado do Berço foi um complemento ao serviço da Assistência Maternal no Domicílio e teve como objetivo providenciar, por meio da doação de enxovais, roupas higienicamente apropriadas aos filhos recém-nascidos das mães assistidas (MAGALHÃES, A., 1920, p. 32). Para receber o auxílio de qualquer um desses dois serviços a mãe assistida tinha que ser reconhecidamente pobre.

Outro importante grupo de filantropas ligadas ao IPAI foram as Damas da Assistência à Infância. A sugestão para a organização desse grupo na Bahia foi feita pelo próprio Alfredo de Magalhães e concretizada no ano de 1915. A principal função dessas filantropas foi arrecadar recursos para a construção do hospital das crianças, entretanto, elas se incumbiram também de outros serviços. As Damas de Assistência do IPAI-BA,

assumiam uma série de encargos dentro da instituição. Entre outros, elas deveriam proporcionar “às crianças cuidados compatíveis com o seu sexo e aptidões”; angariar “vestes, calçados e outros objectos que lhes possam ser úteis”; costurar e acondicionar, “de accordo com a hygiene, vestes para sortir a obra do Protectorado ao berço”; trabalhar “pela conservação e boa ordem do material e vestuario da obra da Assistência maternal no domicilio”; promover “passeios, (...) diversões, reuniões, pequenos banquetes, que alegrem e confortem os pequenos, sobretudo por occasião dos festejos de S. João, de Natal e de Reis”; dirigir os “serviços da gotta de leite, da crèche, do hospital das creanças, quando entrarem a funcionar”; promover “festas de caridade, tombolas, bazares de prendas, concertos, tendo por fim obter meios materiaes de sustentar as obras creadas, obter o seu melhoramento e a criação de novas (LEITE, 1997, p. 124).

As Damas da Assistência à Infância também foram responsáveis por coordenar a Escola do Lar, serviço inaugurado em 1917 que tinha como finalidade preparar a menina pobre para o “papel de mulher útil ao lar” (MAGALHÃES, A., 1920, p. 72). Essa escola recebia meninas e moças entre 8 e 18 anos de idade e oferecia um amplo programa de ensino, que englobava assuntos do cotidiano, história do Brasil, assuntos de interesse internacional, noções de asseio

pessoal e do lar, noções de culinária e cuidados com os alimentos, costura e cuidados com as roupas e cuidados domésticos (MAGALHÃES, A., 1920, p. 74-76).

Os conjuntos de ações oferecidos pela Assistência Maternal no Domicílio pelo Protetorado do Berço e pelas Damas da Assistência à Infância nos permitem perceber o amplo papel exercido pela filantropia no IPAI-BA.

O Instituto sofreu constantemente com a insuficiência de doações e ameaça de despejo. Essa situação persistiu até sua transformação em utilidade pública, ocorrida em 1910, e a aquisição de sua sede própria, em 1911, com o auxílio financeiro arrecadado entre os comerciantes baianos. A sede do IPAI-BA foi instalada na Rua J. J. Seabra, nº 91 e todos os serviços oferecidos pela entidade até aquele momento foram transferidos para o novo endereço (MAGALHÃES, A., 1920, p. 53).

Inspirado na *Gouttes de Lait* parisiense, Alfredo Ferreira de Magalhães estabeleceu um novo serviço no IPAI-BA. Inaugurada em 1916, a Gota de Leite tinha como objetivo fornecer leite de vaca esterilizado às crianças que necessitassem desse alimento como complemento ao aleitamento materno. No ano seguinte, a entidade implantou um serviço de creche, intitulado “O Presépio”, destinado a receber e cuidar de crianças entre 0 e 2 anos de idade cujas mães trabalhassem (MAGALHÃES, A., 1920, pp. 70-72).

Preocupado em promover campanhas sobre higiene infantil e o trabalho realizado pelo IPAI-BA, Alfredo de Magalhães organizou a publicação do periódico *O Petiz*, para ser porta-voz da entidade. Em 1907, foi publicado o primeiro número da revista, que veiculou ao longo dos anos de sua existência relatórios sobre os atendimentos prestados pela entidade e muitos dos discursos proferidos por Alfredo de Magalhães e outras autoridades médicas. Por meio de *O Petiz* Magalhães denunciou o estado de abandono do IPAI-BA pelos poderes públicos e alertou para a importância da filantropia para a manutenção das obras de assistência à infância. O empenho incessante de Alfredo Ferreira de Magalhães para a manutenção do IPAI-BA o converteu no maior bem feitor da entidade (MAGALHÃES, A., 1920, p. 33).

Como vimos anteriormente, a relação entre ensino e prática pediátrica compôs a base do novo modelo de assistência à saúde preconizada pelos médicos especialistas na virada do século XIX/XX. A implantação desse modelo demandava a criação de espaços onde a criança pudesse ser assistida e, ao mesmo tempo, seu caso clínico colaborasse para o aprendizado de médicos e estudantes de medicina. No caso do IPAI-BA, o ensino e a prática pediátrica se concentraram no

Dispensário Infantil, que foi o serviço responsável pela oferta de atendimento médico, cirúrgico, odontológico e ortopédico, vacinação, otorrinolaringologia para crianças de 0 a 15 anos e consultas para gestantes (MAGALHÃES, A., 1920, p. 60). Este último, instalado em 1919, destinava-se à prática da puericultura intrauterina e foi entregue ao Dr. Carlos Levindo, ex-assistente da Maternidade Climério de Oliveira.

O atendimento médico prestado pelo Dispensário do IPAI-BA contou com uma equipe formada por Alfredo de Magalhães, responsável pelo Serviço de Medicina, Cirurgia e Ortopedia; pelo Dr. Raphael Baggi, no Serviço de Medicina; e pelo Dr. Armando Gordilho, no Serviço de Medicina e Cirurgia Geral. As consultas odontológicas eram realizadas pelos médicos Éneas Rocha e Dulce Brasil e as consultas oftalmológicas pelo Dr. Alexandre Affonso de Carvalho. Os doutores Carlos Levindo, Armando Gordilho e Enéas Rocha atuavam, anos mais tarde, na Liga Baiana contra a Mortalidade Infantil (LBCMI) (MAGALHÃES, A., 1920, p. 61).

O Dispensário Infantil do IPAI-BA reuniu uma ampla gama de serviços nas áreas de cirurgia e ortopedia. Essa característica é resultado da orientação técnica realizada por Alfredo de Magalhães, diretor médico da entidade, que fazia desse local o espaço de instrução prática da cadeira de Clínica Cirúrgica Infantil e Ortopédica, da qual era catedrático. A implantação do Serviço de Ginástica Callisthênica e Ortopédica, em 1914, demonstram a especialização dos serviços oferecidos pelo dispensário.

Segundo Magalhães (1920), a ginástica ortopédica possuía grande relevância no tratamento de deformações congênitas ou adquiridas, más formações e perturbações funcionais. Ainda segundo o autor:

Baseados na anatomia pathologica, na etiologia, na observação dos factos physiologicos e clinicos, podemos pelo exercicio reforçar certos músculos, utilizar as diversas alavancas do corpo, modificar a direção de alguns systemas ósseos sobrecarregados corrigir as atitudes viciosas, melhorar a função, favorecer o restabelecimento da fórma, aperfeiçoar, melhorar os resultados obtidos por meio de outros methodos, principalmente pelas operações cirúrgicas orthopedicas (p. 62).

A implantação do Serviço de Ginástica Callisthênica e Ortopédica teve como finalidade acrescentar ao serviço do dispensário, de características curativas, um serviço de características profiláticas, destinado ao fortalecimento físico das crianças (idem).

A presença de Alfredo de Magalhães, Frederico Rebello e Martagão Gesteira, professores de pediatria da FMBA, e estudantes da mesma instituição de ensino nos serviços clínicos e

assistenciais do IPAI-BA conferiu à entidade a função de escola de pediatria, responsável pela formação prática de novos especialistas. Essa característica distinguiu o IPAI-BA das demais entidades filantrópicas de assistência à infância existente na Bahia naquele período.

Como vimos, a associação entre práticas de caráter filantrópico e atividades acadêmicas de ensino foi uma característica marcante das entidades de assistência à saúde da infância que foram criadas no Rio de Janeiro e em Salvador, durante a Primeira República.

1.3 - Joaquim Martagão Gesteira e a assistência à infância na Bahia

Joaquim Martagão Gesteira foi um pioneiro da institucionalização da pediatria no Brasil. Ao lado de Carlos Arthur Moncorvo Filho, Antônio Fernandes Figueira²³ e Luiz Pedro Barbosa, no Rio de Janeiro, e Alfredo Ferreira de Magalhães, na Bahia, ele compôs a geração de pediatras e puericultores responsáveis pela fundação das entidades filantrópicas de caráter, ao mesmo tempo, público e privado, onde foi gestado o novo modelo de assistência à saúde da infância que unia a filantropia à medicina.

A atuação de Martagão Gesteira frente à cadeira de Clínica Médica Pediátrica e Higiene Infantil, pertencente à FMBA, e à Liga Baiana contra a Mortalidade Infantil (LBCMI), entidade que criou e dirigiu por 14 anos (1923-1937), marcou um período de intenso trabalho pela construção de espaços de desenvolvimento e promoção da pediatria na Bahia.

Como vimos anteriormente, o início da carreira de Gesteira no magistério superior foi resultado de sua aprovação no concurso para o cargo de livre-docente da FMBA, ocorrido no ano de 1911. Nos anos seguintes, entre 1911 e 1919, atuou como chefe do serviço clínico do IPAI-BA

²³ Antônio Fernandes Figueira (1863-1928): Doutorou-se em 1887 na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro defendendo a tese intitulada *Condições patogênicas e modalidades clínicas da histeria*. 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. Como gestor de saúde pública implantou um serviço modelar de assistência à infância, fundando postos de higiene infantil e creches nos bairros e nas fábricas. Sua gestão culminou com a instalação do Abrigo-Hospital Artur Bernardes, atualmente Instituto Fernandes Figueira. Esse estabelecimento padrão foi construído para dedicar-se exclusivamente à assistência à criança, às gestantes e ao ensino da Puericultura. Retirado do site: http://www.sbp.com.br/show_item.cfm?id_categoria=74&id_detalhe=1275&tipo=D. Acesso em 31 mar. 2010.

e subdiretor médico da entidade, suprimindo a ausência do diretor nas tarefas de gestão dos serviços clínicos (MAGALHÃES, A., 1920, p. 19).

Os principais pacientes assistidos por Gesteira no IPAI-BA foram crianças na faixa etária de 0 a 2 anos de idade. Por meio desses atendimentos o pediatra reuniu os casos clínicos discutidos nas lições do curso livre de pediatria, cujas aulas práticas se realizaram nesse espaço. A partir de 1914, quando se tornou professor da FMBA (extraordinário e depois, em 1915, catedrático), essas aulas passaram a compor o curso oficial de Clínica Médica Pediátrica e Higiene Infantil.

Na lição de abertura do ano letivo de 1915, já proferida por Martagão Gesteira na condição de catedrático, o médico expôs sua preocupação com relação ao estatuto acadêmico da pediatria no âmbito do ensino médico brasileiro. Ele chamou a atenção para a divisão do ensino entre as clínicas gerais – aquelas cujo curso era obrigatório e a aprovação no exame era exigência para obtenção do grau de bacharel em medicina – e as clínicas especiais, como o caso da pediatria, cujo exame não era obrigatório (GESTEIRA, 1915, p. 59).

Segundo Gesteira, a classificação da pediatria como especialidade médica nos termos previstos pela legislação em vigor na época diminuía sua importância científica e social:

Se quiserdes dar à palavra especialidade a sua justa e verdadeira significação, qual a de designar um ramo da medicina que implica a necessidade, para aqueles que o querem exercer, de conhecimentos especiaes, conhecimentos que não podem ser ministrados com o ensino da clinica medica geral e sim em uma cadeira especial, então não há a negar que a clinica pediatrica constitue e deve constituir uma especialidade (GESTEIRA, 1915, p. 60).

Novamente de acordo com Gesteira, a relevância da inserção do estudo da pediatria no currículo de qualquer médico explicava-se pelo fato de que as crianças constituíam 1/3 do quantitativo geral de pacientes atendimentos pelas clínicas gerais (Idem).

Acreditamos que a preocupação com o estatuto acadêmico do ensino pediátrico teve também outras implicações. Essa afirmação é justificada pela indicação feita por Gesteira sobre a divisão de recursos entre as clínicas gerais e as especiais. Segundo o médico,

penosa determinação essa, meus senhores, dadas as condições precaríssimas em que se encontram nossos gabinetes de clinicas da Faculdade, carentes de tudo, principalmente os das clínicas especiaes, de jeito a se tornarem de tudo incapazes para a realização de pesquisas originais e de concorrerem para o esclarecimento de problemas scientificos

cuja solução de verificações experimentaes ou de trabalhos práticos de laboratório se torne dependente (GESTEIRA, 1927, p. 1173).

A divisão desigual de investimentos refletia, dentre muitas coisas, na formação de novos pediatras. Um exemplo desse fato foi a redução do número de auxiliares das clínicas especiais para apenas um. Essa situação não foi diferente nas enfermarias da SCMBA, inclusive na Clínica de Crianças do Hospital Santa Isabel, cuja chefia pertenceu a Martagão Gesteira durante sua permanência como catedrático de Clínica Médica Pediátrica e Higiene Infantil (1915-1937). De acordo com Álvaro Bahia²⁴,

ao receber a clinica, com meia dúzia de leitos anachronicos, numa enfermaria de soalho esboroadado, inteiramente desaparelhada de quaesquer requisitos de assistência hospitalar moderna, jamais se conformou com a carência de instalações e de meios eficientes para o bem do ensino – carência que, diga-se de passagem, era a mais absoluta possível: não se dispunha de enfermeira habilitada, não se possuía uma balança aferida, nem um microscopio, muito menos ambulatório ou commodo onde se colocassem recém-entrados ou contagiantes (BAHIA, 1937, p. 55).

Além da falta de profissionais, a pediatria também enfrentava problemas com os espaços destinados ao ensino e à assistência à infância na Bahia, que, como descritos pela citação, estavam em condições bastante adversas. Na cerimônia de inauguração da primeira obra da LBCMI, em 1923, Gesteira relembrou a luta que vinha empreendendo para reverter esse quadro de precariedade. Conforme apontou, apesar do trabalho efetuado “infelizmente (...) não consegui até hoje uma instalação satisfatória para o meu ensino, nem ao menos uma reforma das condições precárias em que recebi os serviços da minha especialidade (...)” (GESTEIRA, 1923, p. 16).

Não sabemos por que Gesteira não conseguiu efetuar as reformas pretendidas. Possivelmente a manutenção da clínica pediátrica como uma clínica especial, dispondo de pouco recurso material e humano, e empecilhos impostos pela SCMBA para realização de mudanças na enfermaria de crianças foram fatores que impediram a realização de melhorias naquele espaço.

²⁴ Álvaro Pontes Bahia (1891-1958): Formou-se em 1913 na FMBA. Foi médico no Serviço Médico Legal, do Instituto Nina Rodrigues, na Bahia, e secretário do Conselho Médico Legal. Foi ainda professor assistente voluntário de Medicina Legal. A partir de 1915 sua vida profissional voltou-se quase que integralmente para as questões vinculadas com a gestão de políticas públicas para a criança, em instituições governamentais e filantrópicas e com a formação e valorização dos pediatras. No primeiro caso, podemos mencionar os cargos públicos de destaque que ocupou e o papel que desempenhou na criação da Liga Baiana Contra a Mortalidade Infantil e na construção do Hospital Martagão Gesteira. No segundo, destaca-se sua atuação no magistério superior e na Sociedade Brasileira de Pediatria, onde foi Presidente em 1958. Retirado do site: http://www.sbp.com.br/show_item.cfm?id_categoria=74&id_detalhe=1286&tipo=D. Acesso em 28 mar. 2011.

Com a inauguração da LBCMI o médico alcançou umas de suas maiores aspirações, que foi a “montagem de um serviço puerícola, em moldes verdadeiramente científicos na Bahia” (GESTEIRA, 1923, pp. 16-17). Esse foi, segundo o médico, um dos motivos que o convenceram a se dedicar à campanha pela organização da entidade filantrópica. No ano de 1924, um ano após a criação da Liga, foi inaugurado nas dependências do Hospital Santa Isabel um consultório de higiene infantil baseado nos princípios científicos preconizados pela puericultura (A TARDE, 9 de julho de 1924).

Um dos benefícios trazidos pela LBCMI ao ensino pediátrico foi sua utilização como uma “escola proveitosa de práticos em Pediatria” (GESTEIRA, 1927, p. 1173). De acordo com Gesteira, a feição prática do curso oferecido nas dependências da entidade explicava a crescente frequência que a Clínica Médica Pediátrica e Higiene Infantil começava a apresentar. Essa afirmativa reitera nossa perspectiva de análise sobre o papel representado pelas entidades filantrópicas no processo de implantação da pediatria no país.

Numa fala proferida pelo Dr. Álvaro Bahia, no ano de 1928, observamos que a situação da clínica pediátrica da FMBA estava bastante diferente daquela apresentada anteriormente. Segundo Bahia,

dispondo de abundante material, de material demasiado até, que lhe é fornecido por quatro consultórios em plena e intensa actividade, uma enfermaria remodelada sob moldes modernos, um consultório de hygiene infantil, além de um corpo de assistentes extraordinários, que lhe presta auxílio delicado, pode ella imprimir ao seu ensino feição prática e proveitosa, sob a orientação proficiente e brilhante do mestre acatado Prof. Martagão Gesteira (BAHIA, 1928, p. 192).

Essa citação nos permite observar a expansão dos espaços destinados à prática da pediatria na Bahia, que até então eram restritos à Clínica de Crianças do Hospital Santa Isabel e ao IPAI-BA. Essa expansão foi possível devido ao empenho da LBCMI na construção desses espaços, visto que os constates apelos feitos por Gesteira para elevar a clínica pediátrica ao status de clínica geral – com objetivo de conseguir mais recursos e pessoal – nunca obtiveram resultados.

O ensino prático constituiu papel relevante na formação do pediatra naquele início de século e a promoção desse modelo de ensino foi uma das principais causas defendidas por Gesteira, entretanto, ele não deixou de dedicar-se também a outras questões científicas, como por exemplo, a produção e a divulgação dos métodos da ciência moderna aplicados à medicina

infantil. Entre 1911, ano em que encontramos o primeiro artigo do pediatra em um periódico científico, e 1935, ano final do nosso recorte, foram publicados mais de uma centena de trabalhos produzidos pelo pediatra.

A vida associativa de Gesteira foi bastante movimentada, tanto no Brasil quanto no exterior. Uma das primeiras sociedades que participou foi a Sociedade Médica dos Hospitais da Bahia²⁵, da qual foi sócio-fundador e membro bastante ativo. Ele também foi membro honorário da mais importante associação médica brasileira: a Academia Nacional de Medicina, nomeado na sessão do dia 12 de junho de 1919. E ainda, fundador da Sociedade de Pediatria da Bahia (SPB), em 22 de maio de 1930.

A SPB foi uma associação científica criada com objetivo de promover a organização profissional dos pediatras na Bahia e realizar estudos sobre os problemas e patologias infantis. Até o ano de 1930, apenas os estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Rio Grande do Norte haviam fundado uma sociedade de pediatria (PEREIRA, 2006, p. 62). Até a criação da SPB a Sociedade Médica dos Hospitais da Bahia foi o principal espaço utilizado por Martagão Gesteira para o debate de assuntos relacionados à pediatria e à puericultura.

Grande parte dos trabalhos produzidos por Martagão Gesteira, entre 1911 e 1937, foi veiculada por periódicos científicos. Entre os anos de 1915 e 1934 o médico foi redator da *Gazeta Médica da Bahia*; em 1928, recebeu convite para ser correspondente das revistas *Pediatria Prática* e *Archivos de Pediatria*; e, em 1930, criou o *Boletim da Sociedade de Pediatria da Bahia*. Essas três publicações assinalam um momento de ampla especialização da pediatria, que passou a divulgar sua produção em veículos específicos.

O Boletim tinha como objetivo divulgar os debates da Sociedade de Pediatria da Bahia. Um ano depois, em 1931, passou a divulgar também relatórios de alguns dos casos clínicos atendidos pela LBCMI e teve seu nome modificado para *Pediatria e Puericultura*.

A autoridade científica exercida por Gesteira, devido ao exercício da cátedra pediátrica de maior projeção naquele início de século, foi utilizada para a organização e institucionalização da pediatria na Bahia. Por meio dessa autoridade foi possível a Martagão Gesteira congregar ensino, aprendizagem, divulgação e debates científicos. Sua atuação frente à Liga, cujos espaços foram

²⁵ A Sociedade Médica dos Hospitais da Bahia foi fundada em agosto de 1914 sob iniciativa do Dr. Clementino Fraga. O objetivo da sociedade era “discutir assuntos de medicina clínica, a vista dos respectivos casos, observações, peças anatômicas, etc.” *Gazeta Médica da Bahia*, volume XLVI, n.º 3, setembro de 1914, p. 128.

dedicados a prática pediátrica, contribuiu para impressão de sua orientação científica à assistência à infância e ao ensino pediátrico na Bahia.

**Capítulo 2 – Um novo modelo de assistência à saúde da infância: a
Liga Baiana contra a Mortalidade Infantil**

A história da Liga Baiana contra a Mortalidade Infantil (LBCMI) pode ser dividida em duas fases. A primeira fase compreende os anos que vão de 1923, data de sua criação, a 1930, ano emblemático para a entidade devido à extinção do Serviço de Higiene Infantil (SHI), agência federal com a qual mantinha vínculos estreitos, e, sobretudo, de sua parceria com a Santa Casa de Misericórdia da Bahia (SCMBA), quando a Liga assumiu, gradualmente, a gestão da assistência às crianças do Asilo dos Expostos. A segunda fase corresponde aos anos de 1930 a 1935, sendo este último o ano no qual foi inaugurada a Pupileira Juracy Magalhães, que substituiu definitivamente o Asilo dos Expostos na criação de lactentes.

Do ponto de vista da efetiva prestação de assistência à saúde da criança, a primeira fase de atuação da LBCMI foi marcada pela precariedade dos serviços, decorrente do funcionamento em instalações adaptadas e em constante mudança de endereço. Não obstante, foi nessa primeira fase que a entidade acumulou prestígio entre a elite social e política baianas. A busca pela legitimação social será a principal questão discutida neste capítulo.

Como vimos no capítulo anterior, a instalação do IPAI-BA também foi determinada pela mobilização de médicos e elites locais com o propósito de combater os alarmantes índices de mortalidade infantil. Interessa-nos saber os fatores que motivaram Joaquim Martagão Gesteira a organizar uma nova entidade de assistência à saúde da infância na Bahia e em que medida o modelo de assistência praticado por essa nova entidade se distinguia do modelo proposto pelo IPAI-BA. Para isso, torna-se necessário entender como determinada concepção médico-científica preconizada por Joaquim Martagão Gesteira embasava o modelo de assistência à saúde da criança posto em prática na LBCMI.

2.1 A mortalidade infantil como problema médico-social

A mortalidade infantil é um dado estatístico. É a média de óbitos entre crianças com até um ano de idade por mil nascidos vivos observada em uma determinada população residente em determinado espaço geográfico ao longo do período de um ano. Esse cálculo não sofre influência de nenhuma variável, seja ela social, econômica, histórica etc. Contudo, as taxas ou coeficientes de mortalidade infantil, diferentemente do seu cálculo, adquirem significados diversos de acordo com a sociedade e época. Portanto, os coeficientes ou taxas de mortalidade infantil necessitam de

intérpretes que lhes darão significado social positivo ou negativo, conforme o contexto ao qual estão referidos.

Como exemplo desse trabalho de interpretação que atribui significado social às taxas de mortalidade infantil, citamos o estudo realizado por João de Barros Barreto²⁶, intitulado *Mortalidade infantil*. Embora publicado em 1938, o livro abarca análises e resultados do inquérito sobre a mortalidade infantil realizado em diversas capitais brasileiras, em fins da década de 1920, a pedido do Departamento de Higiene da Sociedade das Nações.

Conforme aponta Barros Barreto, os coeficientes de mortalidade infantil deveriam ser considerados em uma escala de quatro posições: serão “fracos”, se o seu percentual estiver abaixo de 50; “moderado”, caso oscilem entre 50 e 70; “forte”, se estiverem entre 70 e 100, e “muito forte”, se atingirem média acima de 100 mortes por mil nascidos vivos (1938, p. 13).

Da mesma forma que os coeficientes, as causas da mortalidade infantil também se modificariam conforme as circunstâncias históricas e geográficas. Barros Barreto aponta que, no início de século XX, as principais causas da mortalidade infantil eram de três tipos: as “causas médicas”, os “fatores econômico-sociais” e os “fatores psicológicos” (1938, p. 41).

As “causas médicas” referiam-se às enfermidades responsáveis pelos óbitos infantis. Essas doenças subdividiam-se em três grupos, conforme sua etiologia: o “perigo congênito”, o “perigo infectuoso” e o “perigo alimentar” (1938, p. 20).

O “perigo congênito” compreendia as causas de mortes relacionadas aos problemas ocorridos durante a vida intra-uterina, no parto e no pós-parto. Geralmente esses problemas provocavam a morte de crianças ainda na primeira semana de vida. Era denominada mortalidade infantil precoce ou neonatal e apresentava uma classificação particular, que se dividia em fraca, moderada, forte e muito forte, consoante o coeficiente oscilasse abaixo de 15, entre 15 e 22, 22 e

²⁶ João de Barros Barreto (1890-1956): Formou-se pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1912. Fez curso de aperfeiçoamento no Instituto Oswaldo Cruz, em 1918, na Johns Hopkins School of Hygiene and Health de Baltimore e na Harvard School of Public Health de Boston, entre 1924 e 1925. Foi inspetor sanitário da Diretoria de Higiene do Estado do Rio de Janeiro, em 1915, e do Departamento Nacional de Saúde; diretor de Saneamento Rural no estado do Paraná, do Departamento de Saúde do Estado de São Paulo e do Departamento Nacional de Saúde (1937/1939/1942/1945); e delegado de Saúde. Foi professor de Medicina Legal da Faculdade de Medicina do Paraná, entre 1921 e 1922; secretário geral dos 4º e 5º Congressos Brasileiros de Higiene; membro fundador e presidente honorário da Repartição Sanitária Panamericana (1942-1946); professor de Higiene da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Faculdade Fluminense de Medicina e Faculdade de Ciências Médicas do Rio de Janeiro; representante do Brasil nas conferências e congressos de Higiene, tendo sido presidente da 11ª Conferência Sanitária Panamericana, realizada no Rio de Janeiro, em 1942, e membro da Academia Nacional de Medicina, Academia de Medicina de Lima e do México e da Sociedade Argentina de Medicina Social. Recebeu numerosos prêmios, entre eles, a medalha de ouro Oswaldo Cruz, pelo Instituto Oswaldo Cruz, em 1916, e a comenda da Ordem Nacional do Mérito, em 1950. Publicou numerosos trabalhos sobre higiene.

30 e acima de trinta, respectivamente. Segundo Barros Barreto, esse coeficiente apresentava-se em nível moderado no Brasil, visto que a cada mil crianças nascidas vivas, dezoito faleciam na primeira semana de vida (1938, p. 22-24).

O “perigo alimentar” reunia distúrbios digestivos e outros, relacionados à nutrição, decorrentes de erros na alimentação infantil. Segundo Barros Barreto, tais distúrbios eram ocasionados pelo abandono da amamentação natural e pelos defeitos do aleitamento artificial. Na maioria dos casos, atingia crianças com até seis meses de idade; entretanto, podia estender-se até o segundo ano de vida (1938, p. 24-32).

Por último, Barros Barreto destaca o “perigo infectuoso”, que abrangia doenças infecciosas que atingiam em maior escala crianças do segundo semestre de vida em diante. Dentre as doenças que mais vitimavam as crianças brasileiras, se destacam: o sarampo, a difteria, a coqueluche, a pneumonia, a tuberculose e, sobretudo, a sífilis. Importante ressaltar que muitos distúrbios digestivos tinham origem infecciosa e que alguns distúrbios da nutrição ocasionavam infecções fatais. Sendo assim, era bastante tênue o limite que levava à classificação de um óbito como “perigo alimentar” ou “perigo infectuoso” (1938, pp. 32-39).

O grau de incidência de doenças de origem congênita, alimentar e infecciosa, ou seja, relacionadas às “causas médicas”, numa determinada sociedade determinava o coeficiente de mortalidade. Dessa forma, em sociedades onde o “perigo congênito”, o “perigo alimentar” e o “perigo infectuoso” agiam concomitantemente, os coeficientes de mortalidade infantil oscilavam entre “forte” e “muito forte”. Nas sociedades cujo coeficiente de mortalidade infantil era “moderado”, supunha-se que as principais causas de mortes estivessem relacionadas ao “perigo congênito” e/ou ao “perigo infectuoso”. Nas sociedades cujo coeficiente de mortalidade infantil era “fraco” o “perigo congênito” deveria prevalecer como a principal causa de mortes infantis. Conforme explica Barros Barreto,

dos três perigos, em summa, o congênito é, na base de inquéritos realizados, o que menos variações apresenta; forte, quando a mortalidade infantil é forte e muito forte, apenas moderado, quando ella é fraca. O infectuoso, muito forte, quando apenas forte a mortalidade infantil, acompanha-a dahi em diante no seu decréscimo. De todos, é o perigo alimentar, o que mais muda e rapidamente: já é fraco, quando a mortalidade infantil é ainda moderada (1938, pp. 20-21).

A oscilação do número de mortes ocasionadas por problemas decorrentes da alimentação infantil representava o principal fator de variação de coeficientes de mortalidade infantil entre o “fraco” e o “moderado” para o “forte” ou o “muito forte”. No Brasil, de acordo com os dados apresentados por Barros Barreto, o “perigo infectuoso” era responsável por 50% dos óbitos infantis, com a ressalva de que muitos desses casos tinham origem em problemas alimentares, seguido pelo “perigo alimentar”, com 32%, e, por fim, pelo “perigo congênito”, com apenas 10% (1938, p. 22).

Já os “fatores econômico-sociais” e os “fatores psicológicos” – também assinalados por Barros Barreto como causas de mortalidade infantil – deveriam ser considerados, na medida em que interagiam diretamente ou indiretamente com as “causas médicas”, podendo ocasionar algumas doenças ou agravar enfermidades pré-existentes. Desse modo, temos duas categorias de doenças: aquelas ocasionadas unicamente por causas de ordem médica, como, por exemplo, doenças congênitas; e doenças ocasionadas e/ou agravadas por fatores de ordem socioeconômica e/ou por falta de cuidados com as crianças, como, por exemplo, a subnutrição.

Barros Barreto definia os “fatores econômico-sociais” como aqueles relacionados com o “modo de vida (*standard of life*) da população”: seus recursos financeiros, suas condições de habitação, os malefícios ocasionados pelo trabalho das mulheres fora do ambiente doméstico e longe dos seus filhos etc. (1938, pp. 43-44). Ainda nas palavras de Barros Barreto, “é, em summa, o factor econômico-social a pesar na mortalidade infantil” (1938, p. 44). Esse tipo de problema atingia primordialmente as famílias pobres, especialmente o público feminino, principal preocupação do sanitarista, e era bastante comum.

Os “fatores psicológicos” diziam respeito aos cuidados que deviam ser dedicados pelas mães às crianças. Tais cuidados se constituíram em ponto nevrálgico nos debates em torno da prevenção da mortalidade infantil. Conforme argumenta Barros Barreto,

não depende só, essa falta de cuidado, da pobreza, mas muito também da ignorância e do descuido maternos [...]. A ignorância é elemento de tão grande peso que, na pratica, grande o desvelo, de quem procura combater a mortalidade infantil, no sentido de conseguir a educação higienica da mulher, para cuidar de si e da criança. Um dos factores mais graves da mortalidade infantil, na America do Sul, revelou-o o inquérito procedido em alguns paízes, inclusive no Brasil, é indisputavelmente a ignorância. Assim se explicam graves erros alimentares, até em crianças amamentadas ao seio, a falta de assistência medica aos doentes, o parto attendido por “curiosas”, a persistência de preconceitos e de praticas supersticiosas, a fé no charlatanismo (1938, p. 45).

A citação acima não deixa dúvida de que para os pediatras e higienistas da época a mortalidade infantil era, antes de tudo, um fenômeno de ordem cultural. A mortalidade infantil estaria relacionada à ausência de conhecimento por parte das mães (na maioria das vezes pobres) dos mais elementares preceitos de higiene, sobretudo em relação aos cuidados com o aleitamento e a alimentação de seus filhos. De acordo com o consenso dominante entre os pediatras e os puericultores do início do século XX, a maioria das mortes infantis seriam provocadas por distúrbios alimentares que tinham sua gênese nos equívocos cometidos pelas mães com relação ao preparo da alimentação de seus filhos ou na falta de asseio ao amamentá-los.

Para Barros Barreto, a luta contra a mortalidade infantil passaria pelo combate à falta de informação materna sobre os princípios científicos de higiene e alimentação infantil. Foi baseado em ideias semelhantes que Joaquim Martagão Gesteira idealizou a LBCMI e selecionou os serviços assistenciais que contribuíram para a difusão da puericultura.

A mortalidade infantil, considerada como a média de óbitos de crianças com até um ano de idade por mil nascidos vivos, não se constituiu como a única forma de verificação dos óbitos ocorridos entre a população infantil. Em pesquisa pioneira sobre a mortalidade infantil na Bahia, no período de 1897 a 1899, o médico Joaquim Augusto Tanajura – um dos fundadores do IPAI-BA – calculava o índice de mortalidade considerando todas as mortes ocorridas entre crianças de 0 a 5 anos de idade em cada 100 ou 1000 óbitos por região (TANAJURA, 1900, p. 18).

Segundo o método utilizado por Tanajura, para alcançar o percentual de mortes infantis ocorridas num determinado ano, ou período, dividia-se o número de óbitos de crianças entre 0 e 5 anos de idade pelo número de óbitos gerais de uma determinada região e multiplicava-se o resultado por cem ou por mil. Os resultados obtidos por Tanajura foram os seguintes:

Tabela 1 – Mortandade geral e mortandade de crianças entre 0 e 5 anos de idade na Bahia, entre os anos de 1897 e 1899.

Anos	Mortandade Geral	Mortandade entre crianças de 0 a 5 anos de idade	Percentual
1897	6.778	1.880	27,73 %
1898	4.389	1.324	30,16 %
1899	5.325	1.475	27,69 %
TOTAL	16.492	4.679	28,37 %

FONTE: TANAJURA, 1900, pp.20-21.

De acordo com o médico, a faixa etária entre 0 e 5 anos era a “idade da vida” em que se concentravam o maior número de óbitos, e os meses transcorridos até se completar o primeiro ano de vida eram os mais perigosos. Da cifra total de 4.679 óbitos, 73, 71% eram de bebês com até 12 meses de vida.

Conforme aponta Tanajura, a mortalidade infantil na Bahia apresentava “causas indiretas”, dentre as quais se destacavam a alimentação, a criação mercenária, a habitação e as condições climáticas. Segundo as informações do Serviço Demógrafo-Sanitário da Bahia, as principais doenças que levavam crianças a óbito entre os anos de 1897 a 1899 eram as doenças do aparelho digestivo e respiratório, o tétano infantil, a malária e os problemas na dentição – sendo as doenças do aparelho digestivo as que mais vitimavam crianças com até um ano de vida. Como vimos no capítulo anterior, a solução sugerida por Tanajura para atenuar esse problema na Bahia foi a organização de um IPAI, conforme o modelo sugerido por Moncorvo Filho no Rio de Janeiro.

A determinação de qual fase da infância os médicos deveriam privilegiar para conter o número de mortes determinou os modelos de assistência praticados por instituições como o IPAI e a LBCMI, visto que cada faixa etária requisitava ações específicas de assistência. No caso da LBCMI a assistência era prestada para crianças com até 2 anos de idade; já no caso do IPAI o atendimento estendia-se até os 15 anos de idade. Voltaremos a essa questão ao longo deste capítulo.

A ampla faixa etária definida como público-alvo a ser atingido pelo IPAI justifica o amplo leque de serviços oferecidos pela instituição benemerente. Segundo James Wadsworth, a proposta de Moncorvo Filho era construir uma grande e complexa organização que pudesse atingir todos os aspectos relacionados à infância. O IPAI oferecia tanto serviços profiláticos, como, por exemplo, o de educação maternal, quanto serviços médicos ambulatoriais nos dispensários da entidade.

2.1.1 - Decifrando a mortalidade infantil na Bahia: os primeiros estudos de Joaquim Martagão Gesteira

Ao assumir, em 1915, a cátedra de Clínica Médica Pediátrica e Higiene Infantil da FMBA, Martagão Gesteira lançou-se numa pesquisa para coleta de dados referentes aos óbitos

entre crianças com até um ano de idade naquele estado (GESTEIRA, 1915, p. 71). Os dados utilizados por Martagão Gesteira em sua pesquisa foram apurados junto a duas instituições específicas: o Serviço de Estatística do Estado e o serviço clínico do IPAI-BA. A finalidade desse trabalho era fazer um levantamento acerca dos efeitos dos “distúrbios gastro-entero-trophicos”,²⁷ sobre o índice de mortalidade infantil baiano, cuja pesquisa Martagão Gesteira afirmava ser ainda inédita naquele estado (GESTEIRA, 1916, p. 162).

Em 1916, quando participou do 1º Congresso Americano da Criança, realizado na Argentina, Gesteira anunciou pela primeira vez o resultado dessas pesquisas, chamando a atenção do meio médico e acadêmico para os efeitos da má alimentação entre os lactentes na Bahia. Na ocasião, o médico apresentou a comunicação *Causas domésticas da morbidade e mortalidade infantis*, na qual constatou que as principais causas de mortes entre crianças com até um ano de vida eram ocasionadas por erros dietéticos e problemas higiênicos nas habitações.

Consideramos que essa comunicação e o artigo *As afecções digestivas no Instituto de Proteção e Assistência à Infância da Bahia*, publicado na edição comemorativa dos cinquenta anos da *Gazeta Médica da Bahia*, em julho de 1916, se constituem em documentos importantes para compreendermos a especificidade da abordagem de Martagão Gesteira a respeito das causas da mortalidade infantil. A apresentação do ponto de vista médico-científico de Martagão Gesteira é importante para a compreensão da diferença entre os modelos de assistência propostos pelo IPAI-BA e, futuramente, pela LBCMI.

A tabela 2 reproduz a análise estatística elaborada por Martagão Gesteira a partir dos dados coletados pelo Serviço de Estatística do Estado a respeito da situação da mortalidade infantil na Bahia, entre os anos de 1904 e 1918:

²⁷De acordo com Gesteira, a nomenclatura “distúrbio gastro-entero-trophico” designava todas as desordens do aparelho digestivo ocasionada pela alimentação. Além dessa nomenclatura, o pediatra utilizava uma classificação que ele mesmo havia elaborado para identificar esses distúrbios, que se baseava nas propostas das escolas francesa e alemã de pediatria, principalmente nos princípios defendidos pelo pediatra francês Antoine Marfan e os pediatras alemães Adalbert Czerny e Finkelstein, e privilegiava um duplo critério de classificação, etiológico e clínico. Sendo assim, os “distúrbios gastro-entero-trophicos” estariam divididos em três grupos: as “dyspepsias”, as “toxi-infecções” e as “dystrophias”. As “dyspepsias” seriam desarranjos funcionais resultantes da desproporção entre o alimento e o poder de digestão do aparelho digestivo do bebê, não englobando casos de intoxicação ou alterações graves no estado geral da criança. O que até então era denominado “gastro-enterite” foi renomeado de “toxi-infecções” por Gesteira. As “dystrophias” eram estados de morbidez ocasionados pela alteração da nutrição geral, podendo tanto ser ocasionada por um déficit de alimentação total (inanição), quanto parcial. (ALCÂNTARA, 1929; BARROS BARRETO, J., 1938).

**Tabela 2 – Taxas de Mortalidade Infantil na Bahia
1904/1918**

ANO	NASCIDOS VIVOS	FALECIDOS COM MENOS DE UM ANO DE IDADE	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL (‰)
1904	2.337	975	417 ⁰ / ₁₀₀
1905	2.475	857	346 ⁰ / ₁₀₀
1906	2.519	1.005	398 ⁰ / ₁₀₀
1907	3.783	1.086	287 ⁰ / ₁₀₀
1908	2.976	1.093	367 ⁰ / ₁₀₀
1909	3.246	1.127	347 ⁰ / ₁₀₀
1910	3.298	1.195	362 ⁰ / ₁₀₀
1911	4.006	1.170	392 ⁰ / ₁₀₀
1912	3.873	1.137	393 ⁰ / ₁₀₀
1913	3.899	1.260	323 ⁰ / ₁₀₀
1914	3.828	1.240	323 ⁰ / ₁₀₀
1915	4.653	1.060	227 ⁰ / ₁₀₀
1916	4.489	1.005	223 ⁰ / ₁₀₀
1917	4.368	1.078	246 ⁰ / ₁₀₀
1918	3.817	1.140	298 ⁰ / ₁₀₀
TOTAL	53. 567	16.428	

FONTE: GESTEIRA, 1924, p. 10.

Fazendo uso da classificação proposta por Barros Barreto (ver página: 38) para elucidar os índices obtidos por Martagão Gesteira, podemos afirmar que as taxas de mortalidade infantil na Bahia, no período de 1904 a 1918, sempre se mantiveram em nível “muito forte”. Segundo Martagão Gesteira, dentre as capitais brasileiras, apenas Recife e João Pessoa superavam a capital baiana em termos de mortalidade infantil (A TARDE, 5 de junho de 1923). Ainda de acordo com o pediatra, poucos tinham conhecimento das proporções atingidas pelo problema na Bahia, tornando necessária a divulgação desses dados.

As informações fornecidas pelo Serviço de Estatística do Estado eram bastante inexatas no que diz respeito às causas de mortalidade infantil na Bahia. Desse modo, Gesteira conseguiu averiguar apenas que dos 16.428 óbitos ocorridos em crianças entre 0 e 12 meses de vida, 6.213 foram ocasionados por doenças do aparelho digestivo, ou seja, quase 38% das mortes.

O engajamento de Martagão Gesteira no serviço clínico do IPAI-BA possibilitou a ele colecionar os dados necessários para realizar estudos mais aprofundados a respeito da etiologia e quadros clínicos apresentados pelas crianças atendidas pela entidade. Entre 1904 e 1915 foram atendidas aproximadamente 7.961 crianças, das quais 2.050 tinham a idade de 0 a 24 meses de idade. Dessas, 634 sofriam de perturbações gastrointestinais, ou seja, 30,92% (GESTEIRA, 1916, p. 163).

Segundo Gesteira, o fato de 25% das crianças atendidas no dispensário do IPAI-BA serem acometidas por distúrbios gastrointestinais tornava o caso baiano bastante destoante do que foi observado a esse respeito em outras partes do mundo. O médico ressaltava, ainda, que a análise desses dados, compreendendo crianças entre 0 e 24 meses de idade, amenizava a verdadeira face do problema, visto que esses distúrbios atingiam em maior proporção crianças com menos de um ano, sobretudo aquelas com até 6 meses de vida, como vemos na tabela 3:

Tabela 3 – Casos de problemas gastrointestinais atendidos pelo serviço clínico do IPAI-BA conforme a idade dos pacientes. (1904 – 1915)

IDADE DOS PACIENTES	NÚMERO DE CASOS
0 a 3 meses	195
3 a 6 meses	126
6 a 9 meses	71
9 a 12 meses	92
12 a 24 meses	150
Total	634

Fonte: GESTEIRA, 1916, p.164.

Como podemos observar, do número total de diagnósticos de distúrbios gastrointestinais, mais da metade dos casos concentravam-se no grupo etário de crianças entre 0 e 6 meses de idade, ou seja, esta situação representava 50% dos casos, um índice bastante elevado.

Segundo Martagão Gesteira, a principal causa das “afecções gastrointestinais”²⁸ eram os erros dietéticos provocados pela substituição do aleitamento materno pelo aleitamento artificial e/ou por alimentos diversos, muitas vezes inadequados ao sistema digestivo dos bebês. Citando Gaston Variot, diretor das Gouttes de Lait de Belleville, em Paris, o pediatra afirmava que os

²⁸ “Afecções gastrointestinais”, tal como a nomenclatura “distúrbio gastro-entero-trophico”, foi outra denominação utilizada por Martagão Gesteira ao referir-se aos problemas ocasionados ao aparelho digestivo da criança pela má alimentação.

índices de mortalidade infantil podiam atingir até a cifra de 600 ‰, entre crianças criadas com mamadeira, ao passo que entre as crianças amamentadas ao seio esse índice atingia apenas a 37 ‰ (1917, p. 163).

O elevado número de crianças atingidas por problemas gastrointestinais era bastante significativo quando comparado com o número daqueles afligidos por outras enfermidades. Dessa forma, excluindo 61 crianças cujo problema clínico não havia sido identificado com os demais casos, os diagnósticos se distribuíam da seguinte maneira:

Tabela 4 – Diagnósticos apresentados pelas crianças entre 0 e 24 meses de vida atendidas pelo serviço clínico do IPAI-BA (1904-1915)

DIAGNÓSTICO	QUANTITATIVO
Afecções gastrointestinais	634
Verminose	62
Afecções respiratórias, não tuberculose	531
Tuberculose	25
Coqueluche	22
Gripe	38
Impaludismo	84
Heredo syphilis	24
Outras moléstias infectuosas	15
Afecções cirúrgicas e cutâneas	188
Várias outras afecções	366

Fonte: GESTEIRA, 1916, p. 165.

Os diagnósticos incluídos dentro da categoria “afecções gastrointestinais” sobrepujavam em muito os demais, com exceção das “afecções respiratórias”, cujos índices também eram muito elevados, representado 25,90% dos casos. No entanto, o problema das “afecções respiratórias” não teve a mesma primazia dada às doenças gastrointestinais, não se constituindo, assim, em um problema que devesse ser priorizado pela assistência à saúde infantil praticada pelo IPAI-BA.

2.1.2 - O problema do aleitamento e a mortalidade infantil

Sobre o aleitamento artificial, Martagão Gesteira afirmava que, quando ministrado da forma correta, não se constituía numa forma de alimentação lesiva à criança. Porém, “a ignorância das mães a cerca das regras mais comensais de bromatologia infantil, é origem fértil

de desvios outros das boas normas dietéticas, capazes de perturbarem a integridade physiologica da criança, desvios uns de ordem quantitativa, de natureza qualitativa outros” (GESTEIRA, 1917, p. 163).

Os desvios quantitativos eram aqueles relacionados à superalimentação e à subalimentação. A superalimentação se constituía num erro dietético ocasionado pelos efeitos de dietas muito abundantes, seja pelas frequências das mamadas ou pelo emprego de leite com uma riqueza nutritiva muito acima das necessidades da criança. Por sua vez, a subalimentação dividia-se em três tipos: a “subalimentação líquida”, ocasionada pela pouca ingestão de líquidos; a “subalimentação quantitativa”, ocasionada pela pouca oferta de alimentos à criança e a “subalimentação qualitativa”, ocasionada pela ausência dos nutrientes necessários à criança (GESTEIRA, 1917, p. 164).

Para o período estudado, Gesteira verificou um aumento do número de crianças com problemas relacionados à subalimentação na Bahia. Em geral, eram as condições precárias de vida que levavam muitas crianças a esse estado de subalimentação. Contudo, a observação sobre o acréscimo do número de crianças afetadas por esse problema foi baseada apenas em casos atendidos pelo pediatra em sua clínica particular. Levando em consideração que as crianças recebidas nessa clínica pertenciam a grupos sociais mais abastados, Gesteira pode concluir que os problemas da subalimentação nem sempre estavam relacionados a uma condição de miséria do povo. O pediatra constatou que, nesses casos, os problemas alimentares estavam relacionados à má orientação recebida pelas mães por parte de médicos pouco instruídos em matéria de higiene infantil.

Já entre os fatores qualitativos figuravam a oferta prematura de alimentos inapropriados às capacidades digestivas das crianças, como papas de farinha de mandioca e carne seca.

O grande número de “afecções gastrointestinais”, ou “distúrbios gastro-entero-trophicos”, identificadas entre os pacientes atendidos pelo IPAI-BA foi classificado clinicamente por Martagão Gesteira em dois tipos de “dyspepsias”: as “dyspepsias alimentares” e as “dyspepsias orgânicas”. As “dyspepsias alimentares” eram ocasionadas exclusivamente por erros na oferta de alimento e as “dyspepsias orgânicas” independiam da alimentação recebida pela criança, estando determinadas por problemas de natureza fisiológica, como, por exemplo, o caso citado por Gesteira de insuficiência dos sucos gástricos do bebê, de origem hereditária ou adquirida

(GESTEIRA, 1916, pp. 174-175). As primeiras, dentre as duas supracitadas, eram as mais frequentes no serviço clínico do IPAI-BA.

Sendo assim, Gesteira pode confirmar que os problemas decorrentes da má alimentação fornecida às crianças configuravam-se como a principal causa da morbidade e mortalidade infantil na Bahia. Segundo ele, esses problemas seriam ocasionados principalmente pelo

abandono de aleitamento materno já nas classes elevadas da sociedade, sob os pretextos fúteis e absurdos, de que a amamentação enfraquece a mulher, fa-la emagrecer ou envelhecer precocemente, já nas classes operarias, obrigadas que são as mães a passar grande parte do dia nas fabricas, no atelier, longe dos seus lactentes, é incontestavelmente o principal desses erros dietéticos e o fator primordial dessa espantosa lethalidade da primeira infância (GESTEIRA, 1917, pp. 162-163).

Em consonância com o pensamento pediátrico da época, Gesteira atribuía aos erros alimentares praticados pelas mães a causa dos altos índices de mortalidade infantil.

Se aplicássemos ao conjunto de causas observado por Martagão Gesteira a classificação proposta por Barros Barreto, chegaríamos à conclusão que o “perigo alimentar” que acometia as crianças era ocasionado pelo “fator econômico-social”, visto que muitas mães não amamentavam seus filhos por terem que trabalhar fora do ambiente doméstico, e pelo “fator psicológico”, na medida em que faltavam a todas as mães, inclusive àquelas pertencentes aos grupos econômicos mais favorecidos da sociedade baiana, instruções que lhes permitissem dispensar a seus filhos uma alimentação ajustada aos pressupostos higiênicos.

Nossa hipótese é a de que o modelo de assistência à saúde da infância seguido pela LBCMI estava em conformidade com o ponto de vista médico-científico de Martagão Gesteira, formado a partir dos inquéritos pediátricos desenvolvidos por ele entre os anos de 1915 e 1923. Como ele próprio afirma,

o conhecimento íntimo da questão, o estudo aprofundado do mal nas suas causas, na sua evolução e nos remédios que lhe devem ser oppostos me estavam a dar a certeza de que uma nova acção, orientada por outros rumos, occupando-se menos da assistência, para concentrar principalmente seus esforços na campanha prophylatica, desdobrando-os, na vulgarização máxima da puericultura, na propaganda intensiva das noções básicas da hygiene infantil, haveria de conseguir baixar forçosamente as cifras da terrível hecatombe, como tem acontecido em todas as partes onde a campanha tem sido a esses novos moldes ageitada. (GESTEIRA, 1923, p. 5).

A “vulgarização da puericultura” foi confirmada por Martagão Gesteira como a principal forma de combater a mortalidade infantil. Essa citação reforça a evidencia de que para os pediatras da época o combate à mortalidade infantil dar-se-ia prioritariamente por meio da instrução maternal em assuntos referentes à higiene infantil.

Segundo Gesteira, a solução estaria numa menor devoção às ações de assistência social e numa maior preocupação com a construção de serviços dedicados à profilaxia dos problemas alimentares e com a educação maternal. Nesse caso, o pediatra referia-se aos serviços sociais prestados pelo IPAI-BA por meio das ações da Assistência Maternal no Domicílio, do Protetorado do Berço e das Damas da Assistência. Gesteira julgava imprescindível a existência de ações complementares a essas ações já praticadas pela entidade. Apesar dessa afirmativa, não podemos afirmar categoricamente que Martagão Gesteira reprovasse o trabalho assistencial comandado por Alfredo Ferreira de Magalhães, à frente do IPAI-BA. Conforme apontado pelo próprio Martagão Gesteira, a iniciativa de manter obras dedicadas à assistência da saúde infantil, nos moldes do IPAI-BA contribuía positivamente para amenizar a hecatombe infantil; entretanto, “estas ‘obras’ por fecundas que sejam os seus resultados, não bastam para oppor sérios diques a essa calamidade (...)” (GESTEIRA, 1915, p. 73).

A posição conciliatória de Gesteira fica expressa nessa exortação à soma de esforços entre a LBCMI e o IPAI-BA: “a ação prophylatica, indispensável e urgente, viria integrar a obra humanitária de assistência, sem que entre uma e outra antagonismo algum existisse, antes mutuamente completando-se e entreajustando-se, que taes foram sempre e de princípios os meus propósitos” (GESTEIRA, 1923, p. 5).

A ação da LBCMI deveria privilegiar a profilaxia dos distúrbios alimentares por meio da propaganda intensiva de higiene infantil. Dessa maneira, apesar de finalidades similares, a LBCMI e o IPAI-BA distinguam-se essencialmente pela orientação médico-social de seus idealizadores, o que determinava práticas de assistência à infância relativamente distintas, tal como veremos adiante.

Para que o modelo médico-social defendido por Martagão Gesteira alcançasse resultados positivos era fundamental que a educação maternal fosse ampla, se possível dentro de cada lar, e realizada por médicos. Entretanto, não seria qualquer clínico o responsável por essa obra, mas, sim, o pediatra cuja especialidade fosse a puericultura (GESTEIRA, 1915, p. 73).

Desse modo, era necessário formar novos profissionais e capacitar médicos na área de pediatria e puericultura. Portanto, não podemos descartar a hipótese de que a LBCMI foi idealizada com o objetivo de cumprir um duplo papel: o de combater a mortalidade infantil e o de servir de espaço de formação profissional para os médicos especialistas em pediatria e higiene infantil da FMBA. A proposta da entidade idealizada por Martagão Gesteira mantinha proximidade com as demais entidades médico-filantrópicas existentes, visto que suas ações conservavam o binômio ensino-assistência, ou seja, funções de assistência à saúde da infância e o duplo papel educativo de ensino pediátrico e educação maternal.

2.2 - Origem e institucionalização da Liga Baiana contra a Mortalidade Infantil

Segundo Christiane Maria Cruz de Souza, a tentativa de minorar os prejuízos causados pelos consecutivos surtos epidêmicos que se abateram sobre a Bahia, ao longo do século XIX, motivou diversos debates em torno da necessidade de prover aquele estado de uma organização sanitária. Por esse motivo, praticamente todos os governadores desse período criaram leis na área de saúde pública. Entre os anos de 1838 e 1920, ocorreram pelo menos sete reformas na área da saúde pública baiana; contudo, poucas dessas leis e projetos editados pelo executivo foram realmente postas em prática (SOUZA, 2009).

Conforme aponta Luiz Antônio Castro Santos, a reforma sanitária baiana ganhou novos rumos com a intervenção federal na administração pública e na legislação social dos estados, possibilitada pela criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que engendrou as condições básicas para que o governo federal agisse nos estados (SANTOS, 2004, p. 279). Com a criação do DNSP, o governo federal passou a centralizar os trabalhos de saúde pública. Ainda de acordo com Santos, a relação estabelecida entre o governo da Bahia e o governo federal foi um fator fundamental para a reforma sanitária baiana, levada a efeito durante o governo de Góis Calmon (1924-1928).

A campanha pela construção da LBCMI está inserida no debate em prol da reforma sanitária do estado e foi, em certa medida, impulsionada pela participação do governo federal no processo.

O primeiro movimento para criação da LBCMI foi uma reunião realizada na casa de Martagão Gesteira nos primeiros dias de junho de 1923, para a qual foram convidados os

pediatras Álvaro Bahia (1891-1964), Álvaro Rocha (1888-1963), Hélio Ribeiro (1890-?), Carlos Levindo Pereira (1884-1932) e o comerciante e filantropo português Augusto de Abreu. Na reunião foram apresentados os objetivos da entidade e ficou decidido que Martagão Gesteira, Álvaro Bahia e Hélio Ribeiro formariam uma comissão responsável por elaborar a proposta de estatuto da entidade.

Segundo Martagão Gesteira, a sugestão para criar a entidade benemerente foi trazida pelo seu assistente de clínica e amigo, o Dr. Álvaro Bahia, que, preocupado com as cifras do obituário infantil, sugeriu a instalação de uma obra similar à composta por Pierre Constant Budin²⁹, na França (GESTEIRA, 1923, p. 3). A escolha do nome Liga Baiana contra a Mortalidade Infantil seria uma alusão ao nome daquela entidade: *Ligue Contre la Mortalité Infantile*.

Apesar da influência francesa, não podemos deixar de pensar no papel que entidades denominadas Ligas tiveram no Brasil, durante as primeiras décadas da República. A Primeira República foi um período marcado por uma série de mobilizações cívico-nacionalistas que se dedicaram a pensar a construção da identidade nacional a partir da formação de cidadãos e de uma consciência nacional. A educação e a saúde estiveram na base dos principais programas de lutas pela transformação da sociedade. Segundo Vanessa Carvalho Nofuentes, “os caminhos rumo à civilização dependiam dos projetos-intelectuais elaborados, podendo vincular-se a ele diversos temas” (2009, p. 59), como o combate à mortalidade infantil, por exemplo.

Ainda segundo a autora:

No contexto específico dos anos 1910, as noções de intelectuais e de sociabilidades tomam proporções bastante peculiares, uma vez que observamos uma efetiva proliferação de associações diversificadas que se utilizavam de uma mesma nomenclatura: LIGA. Todo grupo de intelectuais organiza-se a partir de afinidades e de uma “sensibilidade ideológica ou cultural” comum – isto forma o que se chama de estrutura organizacional de sociabilidade –; esta, por sua vez, alimenta “microclimas” em meio aos quais as atividades e comportamentos intelectuais são desenvolvidas (NOFUENTES, 2009, p. 59).

Como podemos observar, o compartilhamento de ideias e ações por determinados grupos de intelectuais teve como objetivo principal buscar soluções para os problemas do país, dando-lhe

²⁹ Pierre Constant Budin (1846-1907) – Professor de obstetrícia e diretor da Maternidade de Paris. Em 1892 estabeleceu um sistema pioneiro de consultas de crianças que serviu de modelo para diversos países. Em 1902, fundou a *Ligue Contre la Mortalité Infantile* em Paris. Nessa instituição desenvolveu e disseminou leis dietéticas de combate à mortalidade infantil. Quando faleceu, em 1907, já existiam 497 clínicas da Liga espalhadas por toda a França.

novo rumo e conduzindo à formação da nacionalidade. Nesse sentido, as Ligas constituíram-se como espaço para formulação de propostas e como condutoras de campanhas que visavam mobilizar a sociedade, expurgando fatores indesejáveis para a constituição da nação. Com relação à saúde, podemos destacar a Liga Pró-Saneamento do Brasil, a Liga Brasileira contra a Tuberculose e a Liga Brasileira de Higiene Mental³⁰.

Portanto, além do modelo francês, a escolha da nomenclatura Liga Baiana contra a Mortalidade Infantil refletiu o contexto político da época, marcado por intensa mobilização cívica por parte de intelectuais e grupos profissionais, como os médicos, por exemplo.

Com o objetivo de mobilizar a elite baiana para contribuir com o projeto de construção da nova obra de benemerência, Martagão Gesteira recorreu à imprensa para desencadear e divulgar a campanha. A filantropia era uma prática relevante entre os membros da elite baiana e a imprensa se constituía em um dos principais meios de divulgação dessa prática. Entretanto, não existia na Bahia um movimento filantrópico institucionalizado, com ações continuadas, que se preocupasse com a organização e manutenção de entidades comprometidas com obras de reforma social. As doações filantrópicas eram feitas de forma assistemática, com preocupações imediatistas, assemelhando-se a ações de cunho caritativo. Apesar do auxílio da filantropia ter sido relevante para iniciar a obra da nova entidade benemérita, as doações filantrópicas não se constituíram como o único meio utilizado por Martagão Gesteira para manter a entidade em funcionamento. Ao longo deste capítulo retornaremos a essa questão.

Buscando conseguir aliados para seu trabalho e divulgar a recém-criada entidade, Gesteira conclamou a imprensa e a sociedade baianas para contribuírem com a sua construção. Nas palavras do pediatra, “conto, pois, com o valioso auxílio de A Tarde e todos os outros órgãos da imprensa baiana, para todos os quais vou apelar como faço agora ao seu” (A Tarde, 5 de junho de 1923).

Na entrevista concedida ao jornal *A Tarde*, publicada na edição de 5 de junho de 1923, Martagão Gesteira relatou os resultados da viagem feita ao Rio de Janeiro, onde reuniu-se com

³⁰ Sobre a Liga Pró-Saneamento do Brasil, ver: LIMA, Nísia Trindade.; HOCHMAN, Gilberto. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da Primeira República. In: MAIO, Marco Chor.; SANTOS, Ricardo Ventura. (Orgs.). *Raça, ciência e sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/CCBB, 1996, pp. 23-40. Sobre a Liga Brasileira contra a Tuberculose, ver: NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. *Fundação Ataulpho de Paiva – Liga Brasileira contra a Tuberculose – Um século de luta*. Rio de Janeiro: Quadratin, 2002. Sobre a Liga Brasileira de Higiene Mental, ver: REIS, José Roberto Franco. *Higiene mental e eugenia: o projeto de “regeneração nacional” da Liga Brasileira de Higiene Mental (1920-1930)*. Dissertação de mestrado, São Paulo, IFCH/Unicamp, 1994.

pediatra o Fernandes Figueira, responsável pela direção da recém-criada Inspetoria de Higiene Infantil (IHI) do DNSP. Na ocasião, o pediatra baiano recebeu o convite para coordenar os serviços federais de higiene infantil em seu estado. Na entrevista, Martagão Gesteira expôs à sociedade os dados sobre mortalidade infantil na Bahia e apresentou a sua proposta de combate ao problema por meio da criação da LBCMI e da instalação do Serviço de Higiene Infantil da Bahia, órgão diretamente vinculado à IHI.

Questionado sobre quais seriam os planos do governo federal na Bahia, afirmou que haveria “um largo programa de puericultura, [...] cumprido na medida das possibilidades orçamentárias. Por ora cogitamos apenas da instalação de duas classes de obras: consultório de lactentes e creches”. Com relação ao papel da LBCMI nessa ação assistencial, afirmou que a entidade “se [propunha] a animar e ajudar a campanha de puericultura que o governo federal vai empreender na Bahia, auxiliando a instalação dos primeiros postos e fundando uma creche central” (A TARDE, 5 de junho de 1923).

Do ponto de vista administrativo e assistencial o SHI e a LBCMI possuíam atribuições distintas. O SHI constituía-se em um órgão normativo e fiscalizador dos serviços de assistência à infância e a LBCMI constituía-se em um instituto de assistência modelar que atuava conforme os padrões estabelecidos pelo SHI. Entretanto, na prática, a ação de ambos os serviços misturavam-se, devido ao fato de Martagão Gesteira ocupar os cargos de inspetor de higiene infantil e de diretor da LBCMI.

Antes mesmo do pedido de ajuda de Gesteira veiculado pela imprensa de Salvador, o jornal *A Tarde* já havia iniciado a campanha de apoio à LBCMI. Na edição do dia 4 de junho de 1923, o jornal publicou um alerta para a população no qual afirmou que “as cifras aterradoras do obituário infantil na Bahia de há muito deviam ter provocado da parte dos poderes públicos e da iniciativa particular, associados, uma campanha enérgica, decisiva e tenaz, contra o flagelo que dizima os futuros cidadãos”. Por meio desse alerta o jornal conclamou todos à leitura da entrevista de Gesteira que seria veiculada no dia seguinte (A TARDE, 4 de junho de 1923).

Os altos índices de mortalidade infantil não deviam ser novidade para a sociedade baiana, pois semanalmente o jornal *A Tarde* publicava o obituário de crianças na capa do periódico sob o título “Obituário infantil”. Em regra, esses boletins traziam o número de óbitos gerais de crianças, a classificação segundo a causa das mortes e o número de falecidos com menos de dois anos de idade.

Em 17 de junho de 1923, doze dias após o anúncio oficial da criação da entidade foi realizada a assembleia de instalação da LBCMI no salão nobre do Liceu de Artes e Ofícios da Bahia. Nessa reunião estiveram presentes umas 30 pessoas, grande parte delas médicos convidados por Martagão Gesteira. Compareceram também representantes da elite e da política baiana, como o Dr. Sebastião Barroso, chefe dos Serviços Sanitários Federais da Bahia, órgão ao qual se subordinava a SHI; e Carlos Ribeiro, representante do governador do estado o Sr. José Joaquim Seabra (LBCMI, 17 de junho de 1923).

Na reunião foi aprovada a proposta de estatuto da LBCMI elaborada por Martagão Gesteira, Álvaro Bahia e Hélio Ribeiro e eleita a primeira Assembleia Geral e a Diretoria da entidade (A TARDE, 18 de junho de 1923). O primeiro capítulo do estatuto da LBCMI definia questões relacionadas aos patronos e suas finalidades assistenciais. De acordo com o artigo 1º, a entidade seria patrocinada pelos poderes públicos federal, estadual e municipal, bem como pela filantropia particular. Os recursos públicos se destinavam ao financiamento das atividades da LBCMI como órgão de fiscalização da assistência à saúde infantil na Bahia; e as doações filantrópicas se prestavam ao financiamento dos serviços assistenciais realizados pela LBCMI.

Com relação aos propósitos da entidade, ficou estabelecido que ela se propunha a:

- 1º Lutar, por todos os meios ao seu alcance, contra a morbidez e mortalidade da primeira infância na Bahia.
- 2º Divulgar por meio de publicações em avulsos ou em jornaes, cartazes, conferencias publicas, projecções cinematographicas etc., preceitos de puericultura intra e extra-uterina, pugnando pela sua observância.
- 3º Solicitar dos poderes públicos do Estado e Municípios a execução de medidas gerais de proteção à gestante e à criança.
- 4º Promover quanto antes a fundação de consultórios de lactentes, creches e outras “obras” de puericultura, devendo para isto impetrar, dos poderes públicos do Estado e dos Municípios, auxílios pecuniários para sua fundação e manutenção.
- 5º Promover subscrições publicas em todo o Estado, espetáculos, e meios outros idênticos para com o seu resultado formar o patrimônio da *Liga*.
- 6º Ser um órgão consultivo nos assumptos da sua especialidade, podendo dar pareceres pedidos pela administração publica, elaborar planos de serviços, regulamentos etc (LBCMI, 1923, p. 1).

O corpo associativo da LBCMI era composto de várias categorias de sócios: fundadores, efetivos, benfeitores e beneméritos. Foram considerados sócios fundadores aqueles que estiveram presentes na sua sessão inaugural ou que aderiram à entidade por meio de representante presente na reunião inaugural.

Os sócios efetivos eram aqueles que aderiram em momento posterior. Na categoria de sócios benfeitores estavam aqueles cujas contribuições oscilariam entre 500\$000 a 1:000\$000. Os sócios beneméritos, por sua vez, contribuiriam com quantias superiores a 1:000\$000. Existia a categoria de “auxiliadores da liga”, que compreendia aquelas pessoas que não eram associadas, mas que desejavam contribuir com qualquer quantia para a instituição. Não havia distinção de gênero na admissão dos associados.

Um detalhe importante do estatuto fica por conta do capítulo 3, que define como seria composta a direção da LBCMI. A entidade seria conduzida por uma assembleia geral, uma diretoria e uma comissão fiscal, eleitas anualmente. A primeira contaria com um presidente, um vice-presidente e dois secretários e a segunda composta por um presidente, um vice-presidente, dois secretários e um tesoureiro.

Os cargos eletivos da Assembleia Geral e da Comissão Fiscal eram facultados a qualquer tipo de sócio. Já os cargos de presidente, vice-presidente e primeiro secretário da diretoria eram exclusivos aos sócios que tivessem o diploma de médico. A essa diretoria composta essencialmente por médicos caberia a decisão em assuntos que exigissem conhecimentos técnico-científicos.

Aos membros da Assembleia Geral caberia deliberar sobre os assuntos referentes à administração geral da entidade, como escolha de funcionários, organização das eleições para escolha dos membros das comissões existentes, admissão de sócios etc.

Para os idealizadores da LBCMI, o dispositivo estatutário que determinava que a Diretoria devesse ser composta exclusivamente por médicos, visava garantir que as práticas assistenciais da entidade estariam fundamentadas nos preceitos da pediatria e da higiene infantil. Ao contrário do que ocorria em outras entidades filantrópicas da época, a LBCMI neutralizou a influência de doutrinas leigas ou estranhas à ciência médica. Situação idêntica ocorreu no caso da Liga Brasileira contra a Tuberculose, cuja administração foi composta por uma diretoria, apoiada por um conselho consultivo, composta por médicos e engenheiros, responsável pelas questões técnicas da entidade. Dessa forma, “predominava o sentimento humanitário e patriótico como móvel e a ciência como meio para a prática da instituição” (NASCIMENTO, 2002, p. 32).

A primeira Diretoria eleita da LBCMI teve a seguinte composição: Drs. Martagão Gesteira (presidente), Agripino Barbosa (vice-presidente), Álvaro Bahia (primeiro secretário), Carlos Ribeiro (segundo secretário) e Carlos Levindo (tesoureiro). Para a Assembleia Geral

foram eleitos: Ernesto Simões Filho (presidente), professor Almir de Oliveira (vice-presidente), o Sr. Manoel Rodrigues Pereira e o Sr. Vilobaldo Campos (primeiro e segundo secretários). Já a comissão fiscal foi composta pelos Srs. Manoel Pedrosa, Cintra Monteiro e Augusto F. de Abreu.

A eleição de Simões Filho para a presidência da Assembleia Geral tinha um significado político especial, já que o empresário era o diretor do jornal *A Tarde*, diário que se transformou em uma espécie de porta-voz oficial da LBCMI.

Nos dias subsequentes à criação da LBCMI foram noticiados amplamente os coeficientes de mortalidade infantil na Bahia, as ações empreendidas para debelar esse mal e o número de sócios que aderiam à causa da entidade e para onde deveriam ser enviadas as doações. Acreditamos que a preocupação das elites baianas com os efeitos da mortalidade infantil e a autoridade científica exercida por Gesteira certamente contribuíram para que a LBCMI recebesse a adesão de muitos sócios e contabilizasse muitas doações logo nos primeiros dias após sua criação. Como foi anunciado pelo jornal *A Tarde*: “Está em franca actividade de propaganda a associação há pouco fundada nesta cidade – a ‘Liga Bahiana Contra a Mortalidade Infantil’. Orçam por cerca de duzentas adesões recebidas no curso da quinzena que se seguiu à sua instalação” (A TARDE, 3 de julho de 1923).

De acordo com o *Diário da Bahia* – outro importante diário que contribuiu com o trabalho de divulgação dos serviços da LBCMI –, a entidade já reunia em julho de 1923 cerca de trezentos associados (DIÁRIO DA BAHIA, 21 de julho de 1923). Na ocasião da inauguração do primeiro serviço da LBCMI, o consultório de lactentes Regina Helena, o número de associados já havia dobrado, chegando a 600 (GESTEIRA, 1923, p. 3). Duas semanas após a inauguração do consultório de lactentes já eram 830 os sócios da entidade. O anúncio do número de adesões vinha acompanhado de uma lista com o nome e o valor das doações dos novos associados (A TARDE, 1 de novembro de 1923). A visibilidade social conferida pela publicidade aos atos filantrópicos animava a ação de outros doadores.

Além da divulgação dos nomes dos doadores e do valor das doações recebidas, a publicidade exaltando as ações da entidade era outro tipo de estratégia de legitimação bastante comum na imprensa. *A Tarde* afirmava que “a idéia está já vitoriosa, tendo sido recebida com entusiasmo por todas as pessoas com quem tenho falado, de sorte que eu espero poder brevemente convocá-los para instalação da liga” (A TARDE, 5 de junho de 1923). Por sua vez, o *Diário da Bahia* declarava: “É com justo prazer que noticiamos o pleno êxito que tem tido a

propaganda em prol da infância desafortunada desta capital, de iniciativa da Liga Baiana contra a Mortalidade Infantil” (DIÁRIO DA BAHIA, 21 de julho de 1923). Acreditamos que essa prática também pode ter funcionado como um relevante mecanismo de incitação às doações.

A instalação do SHI na Bahia teve a mesma repercussão na imprensa que o movimento em torno da criação da LBCMI. Na edição de 30 de julho de 1923, o jornal *A Tarde* anunciava que “A Bahia vai ter o Serviço de Higiene Infantil”, e informava à população sobre o trâmite que deveria ser percorrido até que o serviço de fato pudesse ser instalado no estado.

A confirmação da instalação do SHI ocorreu em agosto de 1923 e foi anunciado pelo jornal *A Tarde* sob o título “Já é alguma cousa – Vamos ter o serviço de Hygiene Infantil”. Acreditamos que o título da notícia refletiu o sentimento de frustração com o qual foi recebido o aviso de que apesar de assinado o termo aditivo que criava o SHI, nenhuma verba federal foi destinada para instalação da instituição, contrariando a promessa feita por Sebastião Barroso na ocasião da reunião inaugural da LBCMI.

As atribuições do SHI eram similares às da IHI, órgão vinculado ao DNSP, sediado no Distrito Federal e dirigido pelo pediatra Fernandes Figueira, responsável pela fiscalização e pela prestação dos serviços oficiais de Higiene Infantil da capital do país, centralizados no Abrigo-Hospital Arthur Bernardes, em funcionamento desde 1924.

Apesar da LBCMI e do SHI poderem ser considerados como entidades irmãs, formalmente havia uma distinção entres elas. Enquanto o SHI dedicava-se a ações de fiscalização, a LBCMI voltava-se para a prestação de serviços de assistência materno-infantil e para a campanha de divulgação dos princípios da puericultura.

2.2.1 A repercussão social da Liga Baiana Contra a Mortalidade Infantil

Como vimos, as primeiras notícias relacionadas à formação de um novo serviço de assistência à infância na Bahia foram veiculadas pelo jornal *A Tarde*. Na edição de 5 de junho de 1923, o periódico publicou uma entrevista concedida por Joaquim Martagão Gesteira em que o pediatra confirmava sua intenção de criar uma entidade dedicada ao combate dos altos índices de mortalidade infantil prevalente no estado.

A criação de uma instituição benemerente de proteção à saúde da infância, cuja base de ação fosse a promoção da educação maternal, era uma antiga aspiração de Martagão Gesteira;

entretanto, o receio do fracasso ocasionado por dificuldades financeiras o fizeram adiar tal projeto até 1923 (GESTEIRA, 1923, p. 4).

Não era sem razão a preocupação de Martagão Gesteira. Num estudo realizado sobre a situação da criança soteropolitana no início do século XX, Andrea da Rocha Rodrigues ressaltava que as entidades assistenciais dedicadas à infância viviam em situação de penúria. Um dos exemplos citados pela autora é o caso do orfanato para meninas, localizado no distrito da Penha, fundado por iniciativa cristã, em 1884. O “Pia União”, como era denominado, não possuía nenhuma ajuda do governo estadual e sobrevivia apenas de doações feitas por particulares, que diminuía anualmente. Devido às sérias dificuldades financeiras a direção da entidade obrigou as próprias órfãs a esmolarem nas ruas para manter o sustento da entidade (RODRIGUES, 1998, p. 72).

Como vimos anteriormente, a beneficência não se constituía em uma prática assumida pelas elites na Bahia durante o período estudado. Devido a essa circunstância, Martagão Gesteira afirmava que somente através de uma associação entre o poder público e a filantropia seria possível lançar-se na empreitada de organizar uma entidade dedicada à assistência materno-infantil “sem o risco de oferecer serviços incompletos e falhos e sucumbir, ao ver arrefecer o entusiasmo inicial que motivavam as doações beneficentes” (GESTEIRA, 1923, p. 5-6).

Esse modelo institucional baseado na parceria entre o poder público e a filantropia privada foi amplamente debatido entre os pediatras contemporâneos de Gesteira. Segundo Martins, esses profissionais defendiam “que o Estado devia organizar e manter uma estrutura de serviços para o atendimento das mães e de seus filhos” (2005, p. 50); entretanto, defendiam que as ações filantrópicas deveriam somar-se às ações públicas, “pois 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” (2005, p. 58). Nas palavras de Fernandes Figueira, diretor da IHI do DNSP, “cabia ao estado brasileiro intervir, oficialmente, na proteção da criança, isto é, coordenar os esforços de tantas instituições particulares, em prol do nobilitante problema” (1921 *apud* CARNEIRO, 2000, p. 147). Ao poder público competiria, portanto, o papel de regulamentação e de fiscalização das obras de amparo social e proteção à saúde realizadas pelas ações particulares; era necessário que ambas caminhassem juntas.

Em 1923, com o início da campanha nacional contra a mortalidade infantil liderada pela IHI, Martagão Gesteira obteve o apoio público que almejava para iniciar ações similares na Bahia. Essa campanha fazia parte da reforma da saúde pública conduzida por Carlos Chagas, que no campo da saúde infantil foi coordenada por Fernandes Figueira e materializou-se na organização da IHI, uma estrutura subordinada ao DNSP, que se constituiu como o primeiro órgão público responsável pela formulação de políticas de saúde materno-infantil no Brasil. Segundo Fernandes Figueira, sua proposta era

organizar um conselho de assistência, de modo que os poderes públicos actuem em convergência com o trabalho dos institutos já existentes. Além desse desígnio, que por si só produzirá os resultados não desprezáveis da unidade e coesão, parece-me, à Saúde Pública incumbirá acima de tudo proteger a primeira idade: é a mais fraca e o elemento máximo da mortalidade. Sem abandonar a fiscalização de estabelecimentos destinados a menores, caberá à secção de hygiene infantil do Departamento Nacional de saúde Pública o dever insophismavel de sanear o domicilio da creança pobre, e encaminhá-la quanto à nutrição. Levantaremos a estatística, ao menos em certos bairros, das condições da população infantil, e as nossas visitadoras se empenharão em que sejam executadas as medidas propostas pelos inspectores. Essas medidas consistirão não só em serviços de prophylaxia e de isolamento, como em normas precisas para efficaz alimentação dos lactentes. Nas horas de expediente a secção terá sempre um médico para explicar aos interessados o que devem fazer em beneficio de seus filhos, e espero possamos crear consultórios do mesmo gênero em vários pontos da cidade (1921 *apud* CARNEIRO, 2000, p. 147).

A definição da primeira infância como o período de vida compreendido entre 0 e 12 meses de idade³¹ e a escolha das crianças dessa faixa etária como o público-alvo do IHI apontam que Fernandes Figueira e Martagão Gesteira compartilhavam das mesmas ideias a respeito das estratégias médico-sociais de combate à mortalidade infantil. Outra preocupação em comum entre eles era com a organização e fiscalização dos serviços de hygiene infantil, o que acabou por se tornar uma das principais atribuições da IHI, no Distrito Federal, e do SHI, na Bahia. O trabalho articulado entre poder público e outros serviços de assistência infantil ficou bastante evidenciado na atuação do órgão em locais fora da capital. Nos estados, a IHI era responsável

³¹ No Brasil, atualmente, considera-se primeira infância o período entre 0 e 6 anos de vida, visto que esta é uma fase fundamental para o desenvolvimento das estruturas física e psíquica da criança, bem como de suas habilidades sociais. No recorte cronológico da nossa abordagem, entretanto, primeira infância compreende o momento da vida entre 0 e 1 ano de idade. A determinação desta faixa etária justifica-se pela suscetibilidade que estas crianças possuem em relação a problemas alimentares, causa eleita pelos pediatras como maior responsável pelo índice de mortalidade verificado naquele contexto. Assim, a noção de primeira infância é uma variável determinada conforme características de uma determinada sociedade.

pela prestação de orientação técnica, ficando a cargo dos serviços de higiene em âmbito estadual a prestação de assistência propriamente dita.

A proposta de assistência à infância elaborada por Figueira foi ratificada pelo Decreto 16.300, de 31 de dezembro de 1923, que aprovou o regulamento do DNSP. Desta forma, a IHI teve como atribuições:

- a) assistência prestada à primeira infância pelo Governo do Distrito Federal;
- b) fiscalização de todos os trabalhos de assistência à infância, executados no Distrito Federal por instituições ou por particulares;
- c) medidas especiais de prophylaxia de doenças transmissíveis próprias da primeira idade;
- d) regulamentação dos serviços das operárias, durante o período de gestação e do trabalho das mesmas nas fábricas;
- e) exame dos lactentes nas habitações colectivas e nos domicílios pobres que o permitirem;
- f) inspecção e fiscalização de todos os logares, onde se exerça a criação a salário;
- g) orientação e propaganda da alimentação apropriada à primeira e à segunda infâncias, no estado hygido e no pathologico;
- h) propaganda e ensino dos preceitos de hygiene que interessam à primeira idade;
- i) inspecção domiciliar e assistência nos dispensários infantis para os efeitos de propaganda hygienica e tratamento das creanças doentes;
- j) inspecção de escolas particulares, collegios, recolhimentos e asylos infantis, creches e quaesquer estabelecimentos destinados à infância;
- k) direcção e fiscalização das crèches fundadas pelo Governo e fiscalização das creches particulares;
- l) superintender, em séde, laboratorio, de pesquisas relativas às doenças gastro-intestinaes da primeira infancia;
- m) superintender, quando seja creado, um modelo para lactentes;
- n) fiscalizar os estabelecimentos de soccorro à infância, subvencionados pelo orçamento da União, fornecendo annualmente no Governo informações sobre o numero, qualidade e eficiencia dos serviços prestados, para o que essas instituições deverão enviar à Inspectoria, mensalmente, um quadro dos soccorros prestados (Brasil, 1923, p. 60).

Esse decreto confirmou a intenção de Figueira de conferir ao governo federal o papel de coordenador dos serviços de proteção à infância oferecidos por entidades benemerentes. Podemos perceber também que foi convertida em política pública a orientação médico-social defendida pelo pediatra no combate à mortalidade infantil.

Segundo o médico Eugênio da Silva Carmo, Fernandes Figueira realizou uma gestão exemplar à frente da Inspetoria de Higiene Infantil. Suas principais ações abrangeram

“a implantação de organização modelar de assistência à infância, com a fundação de Postos de Higiene Infantil, de creches distritais e conseguindo dos industriais a criação de creches nas fábricas”. No Abrigo-Hospital Arthur Bernardes, transformou-o em estabelecimentos-padrão, onde a criança passou a ser assistida na doença e preservada na saúde pelos cuidados pré-natais dispensados pelo tratamento médico das gestantes, e o

ensino da Puericultura às moças, “no intuito de, pela educação, obter êxito na propaganda dos preceitos sanitários”. Além do seu plano para minorar o problema da assistência à infância carioca, Figueira estendeu sua preocupação a todo o Brasil em defesa da vida da criança (1971, pp. 41-47 *apud* CARNEIRO, 2000, p. 149).

Paralelamente à implantação da IHI no Distrito Federal, Fernandes Figueira procurou colocar em prática a campanha de combate à mortalidade infantil em outros estados do país, por isso convidou Martagão Gesteira para ocupar o cargo de inspetor do SHI na Bahia.

Parece que a Bahia foi o único estado a receber um SHI. Acreditamos que as relações acadêmicas e de amizade mantidas entre Martagão Gesteira e Fernandes Figueira, bem como a existência prévia na Bahia de um projeto de instalação de uma entidade filantrópica em moldes similares ao proposto pela IHI, facilitaram a implantação do serviço no estado.

Formalmente, a função do SHI era prestar orientação técnico-científica para os estados, não cabendo a esse serviço a execução das ações de assistência. Por esse motivo, sua instalação num determinado estado requisitava a instalação prévia de uma estrutura dedicada ao cuidado da saúde infantil, fosse ela pública ou privada. No caso da Bahia essa estrutura foi a LBCMI, que tinha a função de ser uma entidade modelar e atuar segundo as propostas do SHI.

Ao regressar da viagem feita ao Rio de Janeiro, durante a qual recebeu a notícia da instalação do SHI e o convite para dirigir a instituição, Martagão Gesteira não tardou a dar início a uma campanha para arrecadação de recursos filantrópicos com o intuito de colocar em execução o projeto de criação da LBCMI.

Segundo Gesteira, com a criação do SHI “desaparecia o motivo do meu hesitar, que ahi, nesses serviços officiaes, a me serem confiados, iria a instituição que fundássemos encontrar o arrimo assegurador de vida ampla e fecunda” (GESTEIRA, 1923, p. 6).

2.3 As primeiras ações assistenciais: um “serviço puerícola em moldes verdadeiramente científicos na Bahia”

Entre outubro de 1923 e outubro de 1924, a LBCMI inaugurou os serviços de puericultura mais relevantes para a história da entidade durante sua primeira fase de funcionamento. Como Martagão Gesteira havia anunciado na entrevista concedida ao jornal *A Tarde* em 5 de junho de 1923, e confirmado por meio do estatuto da instituição benemerente, as obras consistiram em um

consultório de lactentes e uma creche. A importância de cada uma delas estava diretamente relacionada à proposta de combate à mortalidade infantil defendida pela entidade.

A criação dos consultórios de lactentes foi definida pela necessidade de promover a educação maternal em questões relacionadas à puericultura. Os consultórios de lactentes eram recomendados pelos pediatras puericultores como locais mais apropriados para oferecer às mães, de todas as esferas sociais, os ensinamentos técnicos necessários para a criação de seus filhos. Citando o pediatra francês Antoine Marfan (1858-1942), Martagão Gesteira afirmava que o consultório de lactentes era o mais indispensável dos instrumentos de divulgação da puericultura. Essa ideia afastava-se da proposta feita pelo IPAI, que defendia o modelo do Dispensário Infantil como a principal obra de combate à mortalidade infantil, visto que os dispensários se constituíam num instituto clínico para o tratamento de todas as moléstias infantis por meio de consultas médicas.

Com relação às creches, seu arranjo tinha a finalidade social de acolher as crianças cujas mães eram operárias e não podiam dedicar-se integralmente à criação de seus filhos. De acordo com os estudos realizados por Gesteira, as crianças que ficavam sob os cuidados de pessoas que não fossem suas próprias mães corriam maiores chances de óbito do que aquelas criadas por suas progenitoras. As creches preenchiam a ausência da mãe, evitando que as crianças fossem criadas em péssimas condições de higiene por pessoas sem preparo técnico ou que fossem abandonadas por suas mães.

2.3.1 O Consultório de Lactentes Regina Helena

A primeira obra implantada pela LBCMI foi o consultório de lactentes Regina Helena, inaugurado no dia 12 de outubro de 1923. O nome do consultório foi uma homenagem feita a Regina Helena Simões, filha de Ernesto Simões Filho, que com a doação de 10:000\$000 feita à entidade durante sua reunião inaugural tornou possível a organização desse serviço.

O jornal *A Tarde* fez a cobertura completa do evento de inauguração do consultório, iniciando com uma publicação feita no dia 11 de outubro, sob o título “Salvemos as criancinhas de peito!”, em que expõe as impressões obtidas durante uma visita realizada às instalações do consultório de lactentes.

Na matéria o periódico informa sobre os esforços empreendidos pela entidade para colocar o consultório em funcionamento e ressalta os trabalhos realizados, mesmo antes da recepção da verba federal. No espaço de três meses após sua criação, com as doações recebidas pelos sócios e por outros simpatizantes da cruzada, a LBCMI instalou seu primeiro serviço, iniciou a propaganda de higiene infantil e recrutou seu corpo clínico e de enfermeiras, “todos tecnicos como o mestre Gesteira”, como afirma o jornal (A TARDE, 11 de outubro de 1923). O consultório de lactentes foi instalado num espaço alugado pela LBCMI no Liceu de Artes e Ofícios da Bahia, que ficava localizado na Rua do Lyceu, nº 14 A. O consultório tinha entrada independente e ficou abrigado na parte mais nova do prédio.

Na ocasião da solenidade de inauguração do consultório de lactentes Regina Helena também foi instalado na Bahia o Serviço Federal de Higiene Infantil. Sendo assim, a cerimônia ocorrida no dia 12 de outubro assinalou a inauguração oficial dos serviços da LBCMI e do SHI.

Marcada para ter início às 10 horas, a solenidade foi dividida em duas partes. A primeira foi uma sessão presidida por Sebastião Barroso, que discorreu rapidamente sobre os serviços federais de higiene na Bahia e passou a palavra para Martagão Gesteira, que fez um longo discurso sobre os motivos que o levaram a criar a entidade, sua finalidade e a necessidade de criarem serviços complementares a ele, e terminou fazendo um apelo às mulheres baianas:

às mães felizes da Bahia; àquellas a quem a fortuna permittiu de cercar os bercinhos adorados de todo o conforto e de todas as garantias; àquellas a que tenho tantas vezes accudido, ao mais leve sobressalto, pela saúde dos filhinhos estremecidos; àquellas cuja grandeza de coração eu tenho podido avaliar por esses extremos sublimes de amor materno, de que tenho sido tantas vezes testemunha.

Que ellas amparem a nova obra que hoje se inicia na Bahia.

Que ellas se lembrem daquellas outras mães, menos felizes, mas não menos extremosas, que, nos lares humildes da cidade, têm a cada instante o coração despedaçado.

Que ellas se compadeçam desses desgraçadinhos, dos quaes a Miséria e a Ignorancia se aprezem em fazer o repasto predilecto da Morte.

Que ellas se condoam da dolorosa tragédia da criança pobre na Bahia.

E que do berço afortunado dos seus filhinhos, por principio de piedade christã e por espirito de solidariedade humana, caia um obulo que nos ajude a arredar a Morte de sobre a enxerga miseravel dos humildes pequeninos (GESTEIRA, 1923, pp. 17-18).

Nessa fala o pediatra ressalta a responsabilidade moral que os membros das camadas sociais mais abastadas deveriam ter com os mais pobres. A proteção à infância constituiu-se num dos principais trabalhos exercidos pela filantropia feminina, devido ao fato dessa prática ser considerada uma extensão natural da função maternal intrínseca às mulheres.

Maria Lúcia Mott aponta que muitas das entidades filantrópicas criadas e dirigidas por mulheres caracterizavam-se pelo trabalho das sócias junto aos beneficiados. O caso do IPIA é um exemplo desse pensamento, pois a participação das mulheres de classe média e alta na prestação de assistência era ampla. Cabe ressaltar que, apesar do trabalho das filantropas ser bastante comum nas entidades de assistência à infância, o único auxílio solicitado por Gesteira nesse discurso é de cunho financeiro. Tal fato deve-se ao perfil científico da entidade que não permitia o trabalho de pessoas sem formação técnica junto a seus pacientes.

Após o discurso de Martagão Gesteira, Simões Filho, diretor do jornal *A Tarde* e presidente da Assembleia Geral da LBCMI, declarou instalado o consultório de lactentes Regina Helena, agradeceu aos presentes, ressaltando a presença das mais ilustres famílias da sociedade baiana ao evento, e finalizou convidando a todos para conhecerem as instalações do serviço. Durante a inauguração a Liga recebeu novas doações, como a que foi realizada pela família Catharino no valor de 10:000\$000 destinadas a continuação das obras benemerentes da entidade.

O Consultório de lactentes foi um serviço idealizado por Pierre Budin, em 1892. Sua proposta inicial era dedicar-se unicamente à vigilância e à assistência preventiva dos lactentes sãos. Contudo, os efeitos positivos que o tratamento médico ocasionava para as crianças já acometidas por algum problema alimentar fez com que o pediatra também estendesse seu serviço a esse público.

Em um artigo sobre o funcionamento dos consultórios de lactentes em alguns países da Europa, Estados Unidos e no Brasil, publicado em 1932, na revista *Pediatria e Puericultura*, o pediatra Clemente Ferreira afirma que esse serviço

tem suas funções bem definidas, seu papel bem especializado; não é uma polyclinica de crianças, nem tão pouco um ambulatório infantil commum, porém um instituto de puericultura e de preservação da saúde dos pequeninos, e recebendo crianças sadias e enfermas, particularmente de danos de alimentação e transtornos digestivos, faz obra de prevenção e de assistência, mas visa sempre fins prophylacticos, pois com boas praticas puericolas e os preceitos solícitos de uma boa hygiene alimentar, de uma salutar dietotherapia, dissipa muitas desordens digestivas, remove múltiplos transtornos nutritivos e previne numerosas moléstias graves, que na idade da lactancia são causa da anormal mortalidade (FERREIRA, 1932, p. 172).

O perfil do consultório de lactentes satisfazia amplamente aos objetivos da LBCMI, pois se dedicava ao tratamento de problemas de origem alimentar, não deixando de atuar na sua prevenção por meio da instrução das mães em questões de puericultura.

Segundo Martagão Gesteira, seria mais correto denominar o serviço de “posto de higiene infantil”, uma vez que facilitaria o entendimento do seu papel por parte dos leigos ou médicos pouco familiarizados com as questões da higiene infantil. Entretanto, a consagração da denominação “consultório de lactentes” o impedia de fazê-lo. Gesteira buscava evitar que a população confundisse a finalidade do serviço, acreditando que ele seria uma instalação hospitalar dedicada ao tratamento de crianças doentes (GESTEIRA, 1923, pp. 8-9).

Para que esse centro de instrução e propaganda da puericultura alcançasse de fato o objetivo da LBCMI – o de se constituir num instrumento de combate à mortalidade infantil –, Gesteira apontava que era imprescindível que sua instalação e funcionamento obedecessem a alguns requisitos e condições higiênicas que atenuassem os riscos de contágios entre as crianças. Exemplo disso foi a utilização de biombos de cambraia para o isolamento na sala de espera do consultório, dividindo a sala em setores individuais. A escolha desse material foi feita pela facilidade de sua desinfecção e por promover um isolamento eficiente. Sobre a organização física do consultório de lactentes Regina Helena, o jornal *A Tarde* destacou que

tudo ali parece sorrir na sua simplicidade, tudo apropriado aos fins em mira. É a impressão agradável, que domina à primeira vista. Sente-se que é um lugar a ser frequentado por criancinhas, ainda sãs ou já doentes, no braço de suas mães, onde vão elas encontrar salvação. [...]

Deixando à esquerda da entrada a porta do gabinete da direção, abre-se em frente a porta da primeira sala por onde vão passar os consulentes, havendo à direita outra, já de saída do gabinete médico por onde vão passar. A primeira sala – a da matrícula dos consulentes, onde cada menino receberá um cartão com o número de ordem, ficando registrada numa ficha correspondente, onde todos os dados, desde as primeiras informações colhidas irão sendo daí por diante lançados –, segue-se a sala de espera, com friso decorativo de motivos infantis adequados e uma série de quadros emoldurados de branco, com grandes figuras expressivas, correspondentes aos dizeres em letras gordas nas legendas, outros conselhos práticos de higiene às mães. Estas, com os seus bebes, não ficam em promiscuidade, havendo para cada uma divisão selada por biombos portáteis e desinfectáveis, como tudo o mais no consultório. Aonde dessas divisões. Daí é que vão os pirralhos, pela ordem, ao gabinete do médico de plantão, para o exame e a consulta. E outra dependência instalada com tudo o que é estritamente necessário, ligado a outra contígua: um pequeno laboratório para exames microscópicos e espessáveis de sangue e fezes, análises de urina etc. (A TARDE, 11 de outubro de 1923).

Mesmo instalado em uma sala adaptada no Liceu de Artes e Ofícios da Bahia, Gesteira almejava que o consultório tivesse instalação modelar. A disposição espacial dos cartazes relacionados na citação, colocados na sala de espera do consultório de lactentes, nos aponta que esse espaço era utilizado como centro de propaganda intensiva pela higiene infantil e pelo aleitamento natural. Essa propaganda se estendia para as consultas, durante as quais os pediatras

orientavam as mães no modo como elas deveriam praticar os princípios da higiene infantil no dia a dia com seus filhos.

A educação sanitária não era encerrada no consultório de lactentes, ela era prolongada até o interior dos lares com as visitas feitas pelos médicos do serviço e pelas enfermeiras visitadoras. As enfermeiras visitadoras representavam uma peça essencial na estrutura organizacional do consultório de lactentes, pois prolongavam o ensino higiênico, a vigilância sanitária, a instrução em puericultura, ou seja, eixos da campanha de combate à mortalidade infantil, até o domicílio das crianças e suas famílias (FERREIRA, 1932, p. 173).

As visitadoras sanitárias da LBCMI eram especialistas em higiene infantil, formadas em cursos regulares oferecidos pela própria entidade. A ausência de um corpo de enfermeiras na Bahia e a desvantagem financeira de contratar enfermeiras formadas no Rio de Janeiro fez com que a LBCMI organizasse um curso de formação para visitadoras sanitárias para atuar em seus serviços.

O curso tinha duração de quatro meses e, em 1923, teve início em julho e foi finalizado em novembro, as aulas foram realizadas em uma das salas do Liceu de Artes e Ofícios e contou com a matrícula de vinte mulheres. O programa do curso foi dividido em quatro módulos, conforme apresentamos a seguir: 1º – Noções gerais de medicina, que contemplava ideias sobre as doenças mais comuns na infância e profilaxia das doenças mais frequentes e foi oferecido pelo Dr. Hélio Ribeiro; 2º – Noções gerais de higiene, que versava sobre questões relacionadas à assepsia e antisepsia e foi oferecido pelo Dr. Álvaro Rocha; 3º – Cuidados a prestar aos doentes, ministrado pelo Dr. Álvaro Bahia; e 4º – Puericultura, ministrado pelo Dr. Martagão Gesteira (GESTEIRA, 1924, p. 4).

Todas as inscritas concluíram o curso e cinco foram nomeadas visitadoras, uma escriturária e uma porteira. As demais prestaram serviços gratuitos no consultório Regina Helena, fazendo plantões e substituindo as demais quando impedidas de exercer suas funções. Acreditamos que a mão de obra técnica dessas mulheres foi aproveitada na medida em que a LBCMI inaugurava novos serviços.

O corpo médico da entidade era formado por quatro pediatras. Desses, dois foram nomeados médicos do SHI: os Drs. Álvaro da Franca Rocha e Hélio Ribeiro. O Dr. Álvaro Bahia, funcionário do Instituto Nina Rodrigues, foi requisitado por Martagão Gesteira junto ao governador que permitiu que o pediatra ficasse à disposição do SHI. Por fim, o Dr. Enéas Costa,

assistente de Clínica Médica Pediátrica e Higiene Infantil, na FMBA. Segundo Gesteira, “todos esses colegas se tem mostrado funcionarios exemplares, já na assiduidade e zelo, já na excelente compreensão que tem do objetivo do serviço, já como especialistas hábeis, treinados na pratica pediátrica, assistentes que são todos eles, há muitos anos, do meu serviço clinico da faculdade” (GESTEIRA, 1924, pp. 3-4).

De acordo com a proposta de combate à mortalidade infantil proclamada por Gesteira, os bons resultados esperados do trabalho de propaganda das noções de higiene infantil só seriam possíveis caso esse serviço fosse orientado por pediatras especialistas no assunto. Por essa razão, o serviço clínico no consultório de lactentes da LBCMI era conduzido apenas por profissionais da área pediátrica, auxiliado pelas visitadoras sanitárias. Essas características distinguiam as propostas de trabalho da LBCMI e do IPAI, visto que os serviços clínicos dessa última contavam com médicos das mais variadas especialidades e a participação direta de filantropas leigas nos trabalhos de assistência social; e o trabalho realizado pela LBCMI englobava apenas pessoal especializado, cabendo às filantropas leigas somente a função de arrecadação de doações.

O consultório de lactentes da LBCMI funcionava entre 12h00 e 16h00 e os médicos dividiam-se em plantões de duas horas cada um. Durante esse período, duas enfermeiras permaneciam no consultório: uma encarregada das matrículas, dos registros das informações dos pacientes nas fichas e do histórico do movimento diário do serviço e a outra encarregada das funções exercidas por uma auxiliar de serviços clínicos laboratoriais. Quanto às enfermeiras visitadoras, realizavam serviço externo de visitação às residências e compareciam diariamente à sede da LBCMI para informar os trabalhos feitos por meio de boletins e assistir aos trabalhos médicos do consultório.

Os médicos também realizavam serviços externos domiciliares, visitando e prestando assistência e conselhos de higiene às mães que não podiam ir ao consultório e que fossem previamente indicadas pelas enfermeiras visitadoras (A TARDE, 11 de outubro de 1923).

Um dos principais problemas enfrentados pela LBCMI em seus meses iniciais de funcionamento foi a falta de entendimento da população sobre a categoria dos serviços oferecidos pelo consultório de lactentes. Apesar dos anúncios veiculados no jornal *A Tarde* explicando a finalidade do serviço, muitas foram as mães que buscaram os serviços de uma clínica médica infantil. Verificada a impossibilidade de manter um posto apenas de prestação de serviço profilático, diante da falta de hospitais e da impossibilidade do dispensário do IPAI-BA atender a

todas as crianças enfermas da Bahia, Gesteira consentiu aos médicos do serviço que prestassem esse tipo de atendimento e, paralelamente, orientassem as mães nas matérias higiênicas. Essa estratégia permitiu a manutenção da boa imagem da LBCMI perante as mães que recorriam à entidade.

A solução encontrada por Gesteira para não desviar o objetivo dos serviços federais de higiene infantil foi fazer o atendimento médico das crianças já acometidas por algum problema utilizando-se exclusivamente do capital da Liga ou da enfermaria de crianças do Hospital Santa Izabel, onde funcionava o serviço clínico da Clínica Médica Pediátrica e Higiene Infantil, da FMBA. (GESTEIRA, 1925, p. 9).

A divisão do consultório de lactentes em um espaço de propaganda de higiene e de assistência não era uma situação exclusiva da Bahia. Clemente Ferreira relata uma situação similar para o estado de São Paulo:

Reduzidos os locais de tratamento clínico ao serviço da polyclínica, ao hospital infantil da Cruz Vermelha, e às enfermarias do Pavilhão de Pediatria da Santa Casa, com lotação apenas para 100 crianças, não é possível deixar de atender às crianças que nos procuram e que, affectadas de estados mórbidos diversos, que aliás tantas vezes intercorrem na evolução da frequência do Consultório (FERREIRA, 1932, p. 175).

O pediatra relata a repetição desse quadro em outros países, como a Argentina e o Uruguai, e sobre as *Health Care*, instaladas nos Estados Unidos, criadas pelo professor Maynard Ladd, da Universidade de Boston, que pregava a falta de necessidade da separação entre as duas categorias de serviço.

Só nos primeiros dois meses de funcionamento, o Regina Helena matriculou, entre crianças sãs e doentes, 335 lactentes. A grande quantidade de crianças matriculadas no consultório de lactentes acelerou a fundação de dois novos serviços do gênero em outros bairros da cidade.

Em maio de 1924, patrocinado pela diretoria da fábrica Luis Tarquínio e cedido à LBCMI, foi instalado o segundo consultório de lactentes, denominado Adriano Gordilho, num prédio de propriedade da fábrica, localizada no bairro da Boa Viagem. Era um consultório misto, ou seja, atendia lactentes e pré-escolares. Suas instalações eram compostas por uma sala de matrícula, duas salas de espera dividida em oito setores cada uma e uma sala de exames. Em julho de 1924, foi instalado nas dependências do Hospital Santa Isabel o terceiro consultório de

lactentes da LBCMI. Tal como o anterior, esse consultório atendia conjuntamente lactentes e pré-escolares. De acordo com o discurso proferido por Martagão Gesteira, a inauguração desse serviço teve relevantes significados:

Representa, para a Inspeção de Higiene Infantil a satisfação do cumprimento de uma obrigação, que lhe impõe taxativamente o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública, qual seja a de exigir de todos os hospitais sob sua fiscalização, a instalação de um consultório nos moldes e com os fins deste que hoje se inaugura no Hospital Santa Isabel.

Em seguida, significa para quem vos está a falar parte da realização de uma velha aspiração; desde que assumi a regência da cadeira de clínica pediátrica na nossa faculdade e, por conseguinte, as responsabilidades da clínica de crianças deste hospital, que venho pugnando por duas aquisições: uma enfermaria de crianças digna deste nome e um ambulatório em condições convenientes. Nem uma nem outra havia até agora conseguido (A TARDE, 9 de julho de 1924).

O pediatra atribuía à falta de verba e, sobretudo, à falta de um local adequado, as condições precárias de instalação e localização do serviço de enfermaria e ambulatório do hospital Santa Izabel. Como vimos no capítulo anterior, Martagão Gesteira anunciava que um dos seus propósitos ao se lançar na campanha contra a mortalidade infantil era realizar aquilo que não havia conseguido na FMBA, ou seja, “montar um serviço puerícola, em moldes verdadeiramente científicos na Bahia” (GESTEIRA, 1923, pp. 16-17). Com a inauguração do consultório de lactentes no hospital Santa Izabel uma parte desse propósito foi alcançado.

Em 1926, o atendimento infantil no hospital Santa Izabel foi totalmente remodelado. Nesse ano, a provedoria da Casa Pia financiou uma ampla reforma na enfermaria de crianças, que passou a contar com *box* de isolamento, um ambulatório independente e sala para esterilização do leite.

Ao encerrar o ano de 1924, a LBCMI já possuía três consultórios de lactentes em pontos diferentes da cidade, sendo o Regina Helena considerado posto central da entidade. Em 1932, outros três já haviam sido criados com o auxílio do governo estadual: um no 2º distrito sanitário, outro no 3º distrito sanitário e um no Abrigo Filhos do Povo, no bairro da Liberdade.

2.3.2 Creche Fernandes Figueira

Um ano após a inauguração do consultório de lactentes Regina Helena, a LBCMI implantou a primeira creche organizada e custeada unicamente pela entidade. A solenidade de

inauguração foi bastante concorrida e nela estiveram presentes famílias da alta sociedade baiana, médicos e autoridades políticas, inclusive o governador do estado, o Sr. Francisco Marques de Goés Calmon, cujo mandato havia iniciado em março daquele ano (A TARDE, 13 de outubro de 1924). Acreditamos que a presença do governador nessa cerimônia, ao contrário do ocorrido um ano antes quando o governador Seabra enviou um representante à solenidade de inauguração da LBCMI, denota o relevo alcançado pela entidade junto à sociedade baiana e aos poderes públicos daquele estado.

A inauguração da creche teve início com um discurso pronunciado por Martagão Gesteira em que esclareceu o sentido do novo serviço e declarou o motivo que o levou a denominá-lo Creche Fernandes Figueira: “uma justa homenagem ao mais elevado expoente da pediatria nacional, naquele momento de sua preciosa existência dedicado de alma e coração à obra de salvação das crianças brasileiras” (ROCHA, 1931b, p. 145). Em seguida, foram lidos telegramas enviados por Fernandes Figueira, que não esteve presente na inauguração da creche, em agradecimento à homenagem feita pela LBCMI e por Martagão Gesteira ao darem seu nome ao novo serviço da entidade.

Liga Bahiana contra a Mortalidade Infantil - Bahia

Meus entranhados votos prosperidade benemérita associação, à qual reserva o futuro a salvação do povo bahiano, glorioso na campanha da Independência, glorioso na fundação da Medicina Brasileira com Silva Lima, Patterson e Wucherer, glorioso na defesa da criança. Meu pobre nome ligado empresa tão elevada nada mais exprime que vossa benevolência. Confio de vossa abnegação a grandeza do principio sagrado que defendeis – Fernandes Figueira (A TARDE, 13 de outubro de 1924).

Gesteira – Invade-me o animo e dominadoramente o assoberba o agradecimento ao ilustre amigo. Mostras infatigáveis de bondade culminam hoje na consagração de nome ignorado a nobilitar em obra bemfazeja em centro de alta cultura brasileira.

A minha e a gratidão convicta dos meus, estende-se a quantos generosamente cooperam para a criação agora inaugurada.

Augura a Ella os dias melhores, o mais irradiante futuro, entregue que está á incontestada competência do seu fundador e á alma carinhosa do povo bahiano. Antes que pessoalmente possa testemunhar o que sinto, a todos envio commovida palavra do meu reconhecimento. – Fernandes Figueira (A TARDE, 13 de outubro de 1924).

Aproveitando a ocasião e a anunciada presença do governador do estado no evento, Fernandes Figueira também remeteu a ele um telegrama, que apresentamos a seguir:

Sr. Dr. Governador do Estado.

Rio, 12 – Grato à generosa terra, que inscreve hoje meu nome desvalioso na obra bemfazeja da protecção à criança, peço licença para apresentar a V. Exa. as minhas

saudações. De par com ellas, a solicitação mais respeitosa para que o Governo glorioso de V. Exa., prosiga na campanha sagrada e inadiável da protecção e hygiene da primeira idade. Do conflicto das raças que nos envolvem, é preciso que saia vitoriosa, em favor da independência nacional, a criança brasileira. – Fernandes Figueira (ROCHA, 1931a, p. 146).

Como podemos observar, Fernandes Figueira fez um apelo ao governo estadual para que este auxiliasse as obras de assistência à saúde da infância na Bahia. De acordo com o jornal *A Tarde*, esse apelo devia-se ao receio de encerramento do SHI na Bahia, entretanto, não encontramos nenhuma referência ao fato no relatório do serviço referente ao ano de 1924, feito por Martagão Gesteira e enviado ao chefe dos serviços federais de higiene na Bahia, o Sr. Sebastião Barroso. Dessa forma, acreditamos que o apelo foi motivado pelo anúncio feito por Góes Calmon sobre a intenção de criar durante seu governo o Serviço Sanitário da Bahia, que congregaria todos os serviços de higiene da capital baiana, criando inclusive uma diretoria destinada à higiene infantil.

Durante a cerimônia Martagão Gesteira reiterou o apelo feito por Fernandes Figueira ao governador e o convidou para declarar inaugurado o serviço. Góes Calmon felicitou Gesteira publicamente pelo trabalho empreendido até ali e afirmou que a organização da entidade havia superado suas expectativas a seu respeito e prometeu auxiliar à causa (*A TARDE*, 13 de outubro de 1924).

De acordo com artigo publicado em 1931, na revista *Pediatria e Puericultura*, Álvaro da Franca Rocha, médico responsável pela Creche Fernandes Figueira, afirmou que a instituição denominada creche havia sido criada pelo filantropo francês Firmino Marbeau, no ano de 1844. Para o filantropo, o abandono da vida rural por pessoas iludidas pelo sonho de melhores salários nas cidades esteve na gênese do problema que levou muitas mulheres ao trabalho nas usinas e fábricas. Após a Primeira Grande Guerra, o quantitativo de mulheres trabalhando fora de seus lares, para complementar a renda familiar ou para sustentar suas famílias, aumentou sensivelmente. Nessa nova configuração social o problema da proteção à primeira infância tornou-se mais grave, uma vez que o índice de mortes entre crianças alimentadas artificialmente era muito superior ao índice de mortes entre aquelas amamentadas ao seio. Contudo, era justamente nessa fase que as mães eram obrigadas a separar-se de seus filhos e retornar ao trabalho (ROCHA, 1931a, p. 24). A organização do serviço de creche por Marbeau

veio [...] preencher a lacuna existente entre a sociedade de caridade maternal que auxiliava a mulher durante o parto e as instituições que recolhiam crianças de mais de 2 anos. Durante os dois primeiros anos da existência do filho não achava a operaria onde guarda-lo durante as horas de seu trabalho fora do lar. Quando não havia recurso para entrega-lo a uma nutriz mercenária ou não era encontrado, no próprio lar ou na vizinhança, alguém que cuidasse do pequeno, muita vez a solução era o abandono ou o infanticídio, se queria a mulher ganhar sua vida pelo trabalho, ou renunciar este e viver de esmolas, se não achava em si mesma força para a separação. (ROCHA, 1931a, pp. 25-26).

A criação do serviço de creche surgiu para corrigir a lacuna aberta pelas obras de proteção às crianças então existentes. Segundo Franca Rocha, esse serviço funcionaria como um paliativo ao problema socioeconômico enfrentado pelas mães operárias até que elas conquistassem uma legislação de amparo que lhes permitisse cuidar de seus filhos nos primeiros meses de vida. Ainda de acordo com o pediatra, a inserção das mulheres no mercado de trabalho sem nenhuma garantia ao exercício pleno da maternidade recrudescer o índice de mortalidade infantil ao redor do mundo. Devido a estas razões,

não bastam para as finalidades da puericultura fazer a vigilância sanitária e assegurar a assistência médica à mãe e à criança: é indispensável ainda dispensar-lhes proteção do ponto de vista econômico e moral, sem o que de pouco valeriam os cuidados de ordem profilática ou médica que lhes possam dar (GESTEIRA, 1943, p. 441).

Além de instruir as mães, era necessário substituí-las quando não fosse possível para elas cumprir seu dever. As creches atuavam precisamente no momento de sua maior necessidade, ou seja, durante o horário do trabalho, recebendo seus filhos e cuidando deles até que elas pudessem retornar para apanhá-los e levá-los para casa.

Somado à prestação desse auxílio às mães, o serviço de creche possuía a atribuição de combater o trabalho das “criadeiras” que exerciam a atividade de cuidar de crianças como ocupação remunerada e sem nenhum preparo técnico. Em sua maioria, essas mulheres não possuíam qualquer tipo de instrução, especialmente em higiene infantil, requisito básico exigido pelos pediatras puericultores. Esse tipo de atividade foi considerado pelos médicos um dos maiores problemas enfrentado pela higiene infantil nas grandes cidades, pois, segundo eles, a falta de instrução levava essas mulheres a fornecerem às crianças alimentação artificial incompatível com a dieta necessária a cada uma delas, contribuindo amplamente para o aumento dos índices de mortalidade infantil.

Enquanto o serviço das “criadeiras” compusesse a única alternativa às mães de pouco adiantaria instruí-las, já que muitas delas, basicamente aquelas das camadas sociais menos favorecidas, não podiam cuidar de seus filhos em horário integral. A fundação de creches seria um eficaz aparelho de auxílio às mães durante seu expediente no trabalho, pois garantiria a conservação das crianças em condições higiênicas favoráveis, quanto ao ambiente e à alimentação acertada, contribuindo para a diminuição da mortalidade infantil (GESTEIRA, 1943, p. 454).

A construção de uma creche devia observar condições de instalação, organização e funcionamento, da forma como está disposto a seguir:

As creches fundadas e mantidas segundo os melhores preceitos de hygiene, devem ser fartamente illuminadas e ventiladas, com sala para berços isolados e por box, salas de amamentação onde as mães fazem o asseios das mãos e dos seios e vestem blusas para o acto da amamentação; sala de banho, onde a creança é cuidadosamente lavada e vestida sua roupa individual, da própria creche, em substituição a com que veio de seu domicilio. Ademais destas installações, é de capital relevância a cosinha de leite. Além de que deve contar com pessoal dedicado e competente e fiscalisação medica diária.

O papel do médico é capital na direcção da creche.(...)

Ao médico cumpre visitar a creche diariamente ou no minimo de 2 em 2 dias, examinar os candidatos à admissão, *depistar* os doentes, determinar a sua evicção, vaccinar contra a varíola, fiscalizar e registar as pezadas, fiscalizar o preparo dos alimentos e prescrever as rações alimentares, modificando-as de accordo com o desenvolvimento do bebê e suas necessidades orgânicas. [...]

Nos moldes descriptos funciona a Creche Fernandes Figueira (grifo do autor) (ROCHA, 1931a, pp. 28-29).

A Creche Fernandes Figueira foi instalada no pavimento térreo do edifício do Liceu de Artes e Ofícios e recebia, exclusivamente, crianças no primeiro ano de vida. Suas acomodações contavam com dois dormitórios divididos em dezoito leitos isolados, compartimento para banho e vestiário, uma sala para amamentação dividida em quatro setores por biombos de cambraia e uma sala para matrícula. (A TARDE, 13 de outubro de 1924). Na Fotografia 1 observamos um dos aspectos dos dormitórios:



Fotografia 1 – Dormitório da creche Fernandes Figueira – Acervo da Liga Álvaro Bahia contra a Mortalidade Infantil

Por meio da Fotografia 1 podemos observar que a creche seguia rigorosamente os princípios da higiene propagados. Esse dormitório continha amplas janelas, que permitiam a entrada de iluminação natural e ventilação de ar pelo cômodo, o isolamento entre as crianças era obedecido, sendo feito pelos biombos de cambraia, e cada uma tinha um leito próprio.

A creche mantida pela LBCMI funcionava anexa ao consultório de lactentes, medida que facilitava a visita diária do médico às crianças recebidas. Apesar de não ser função de uma creche cuidar de crianças enfermas, o escasso número de leitos destinados às crianças em Salvador fazia com que a creche não recusasse seu recebimento, e elas eram isoladas e recebiam assistência médica (ROCHA, 1931a, p. 31).

Ao ser recebido na creche o bebê passava por uma triagem feita pelas enfermeiras, que verificavam a saúde das crianças e davam-lhe banho e trocavam suas roupas. Durante o período de permanência na creche as crianças usavam roupas esterilizadas por uma autoclave e eram pesadas regularmente. Ao retornar ao lar vestiam suas roupas, que também eram esterilizadas pela creche.

Quando não era permitido à mãe ausentar-se do trabalho para amamentar seu filho as crianças recebiam uma dieta à base de leite de vaca fervido, que podia ser puro, diluído com água ou acrescido de farinhas, conforme necessidades orgânicas – esse alimento era preparado na

cozinha de leite, que funcionava anexa à creche. A seção de dietética da creche abastecia também um pequeno serviço de distribuição de leite às crianças atendidas pelo consultório Regina Helena que sofriam de algum tipo de deficiência na alimentação (ROCHA, 1931a, pp. 31-32).

As creches foram os serviços onde pediatras e enfermeiras colocaram integralmente em prática os princípios exigidos pela puericultura para a eficiente criação dos lactentes. Por meio da observação e da reprodução dessas práticas as mães aprendiam as noções de higiene necessárias no cuidado com seus filhos. A educação maternal compreendia: a orientação sobre a lavagem do seio e das mãos, a higienização e esterilização de vestimentas, a higienização pessoal, a arrumação do leito do bebê e principalmente, o preparo do alimento infantil. O funcionamento conjugado do consultório de lactentes, da creche e da seção de dietética permitiu que todos contribuíssem para a orientação maternal.

A imagem a seguir retrata a sala de amamentação da Creche Fernandes Figueira e os instrumentos necessários para que as mães pudessem fazer sua higiene pessoal antes da amamentação. A vestimenta disposta nos ganchos da parede era esterilizada e deveria ser utilizada pelas mães no ato da amamentação, visto que vinham do trabalho e não estavam com as roupas devidamente limpas. Nas paredes eram anexados cartazes com alguns ensinamentos às mães. Nesta foto, especificamente, notamos quadros que advertiam sobre os perigos do aleitamento artificial através de frases afirmando que o leite de vaca era cheio de micróbios e que causava atrofia nas crianças e que, em contrapartida, o “leite de mulher: não tem micróbios”.



Fotografia 2 – Sala de amamentação da Creche Fernandes Figueira – Acervo da Liga Álvaro Bahia contra a Mortalidade Infantil

Os serviços da creche Fernandes Figueira foram interrompidos apenas por um breve período, entre outubro de 1930 e janeiro de 1931, quando o SHI foi suspenso. Em 1924, o serviço tinha capacidade para receber 18 crianças e, em 1931, já recebia 199 crianças.

Entre os anos de 1923 e 1930, o consultório de lactentes e a creche compuseram as principais obras oferecidas pela LBCMI. Nesse mesmo período outros serviços funcionaram de forma paralela, foram eles: o consultório de higiene pré-natal, o laboratório e a seção de dietética. Segundo Gesteira, esses serviços faziam parte do aparelho puerícola de combate à mortalidade infantil.

Os consultórios de higiene pré-natal funcionaram simultaneamente em três pontos da cidade, sempre em condições de bastante precariedade. Suas principais funções eram o diagnóstico de patologias da mãe e do bebê, tratamento de estados mórbidos preexistentes nas gestantes e educação pré-natal e infantil. O primeiro consultório foi instalado no prédio do Liceu de Artes e Ofícios, onde a LBCMI mantinha seu posto principal, e ficou sob responsabilidade médica do Dr. Carlos Levindo. O segundo foi instalado na Maternidade Climério de Oliveira e foi entregue ao Dr. Laudelino Falcão. Durante duas vezes por semana o Dr. Carlos Levindo também atendia gestantes no Consultório Adriano Gordilho.

Inaugurado em maio de 1924, o laboratório de análises clínicas funcionava anexo ao Consultório de Lactentes Regina Helena. Esteve sob os cuidados do Dr. José Augusto de Oliveira, médico recém-formado e antigo auxiliar de Martagão Gesteira na FMBA, e a fiscalização do Dr. Hélio Ribeiro. Ao longo dos sete primeiros meses de funcionamento realizou 156 exames a pedido dos consultórios Regina Helena e Adriano Gordilho.

A seção de dietética ou cozinha de leite, como também era chamada, funcionava no posto central da LBCMI e sua construção foi realizada com a doação de 10:000\$000 feita pela família Catharino. Seus serviços eram supervisionados pelo consultório de lactentes e tinham como objetivo ensinar às mães a preparação correta dos diversos alimentos que compunham a dieta do bebê. Importante ressaltar que essa orientação era feita somente às mães que apresentavam impossibilidade absoluta de amamentar seus filhos ou para aquelas cuja idade do filho permitia uma alimentação complementar ao aleitamento natural.

Além das propagandas de higiene infantil realizadas pelos consultórios de lactentes, pela creche e pela seção de dietética, outras categorias de propagandas e atividades educativas foram postas em prática pela LBCMI. Exemplos dessas campanhas foram as conferências públicas realizadas pelo chefe e médicos do consultório e a distribuição de brochuras, folhetos e cartazes sobre higiene infantil e puericultura impressos pela Imprensa Oficial do Estado da Bahia.

Segundo Gesteira, os poucos recursos disponíveis pela Liga para gastos com impressão e a morosidade na entrega do material prometido pelo governado do estado fizeram com que esse serviço não fosse realizado com a intensidade desejada.

A exibição do filme *A futura mamãe*, película sobre puericultura adquirida na França, também foi outro importante meio de propaganda de higiene infantil.

2.4 - Sucessos e percalços da LBCMI

Nos anos iniciais de funcionamento, o prestígio social e político da Liga converteram-se em vultosas doações filantrópicas para o aparelhamento e o provimento dos serviços prestados pela entidade. Esse prestígio contribuiu também para o progressivo aumento no número de atendimentos por ela prestados. Até o ano de 1927, todos os serviços oferecidos pela LBCMI funcionaram regularmente nos diversos postos instalados pela cidade de Salvador.

Em março de 1927, a LBCMI sofreu o primeiro grande percalço de sua história. Em virtude de uma reforma a ser realizada no prédio do Liceu de Artes e Ofícios, onde funcionava o Posto Central da Liga, a entidade teve que transferir os serviços que lá funcionavam para outros pontos da cidade.

No posto central funcionavam o Consultório de Lactentes Regina Helena, a Creche Fernandes Figueira, o consultório de higiene pré-natal, o laboratório e a seção de dietética. O Consultório de Lactentes Regina Helena foi transferido para um espaço cedido pelo Hospital Santa Isabel. Não temos informação a respeito do laboratório, mas acreditamos que ele também foi reinstalado no hospital da Santa Casa de Misericórdia, visto que ele funcionava contíguo ao consultório. A Creche Fernandes Figueira e a seção de dietética foram transferidas para um prédio oferecido pela Companhia Linha Circular, localizado na Barroquinha. Entre os documentos pesquisados também não encontramos informações sobre o destino do consultório de higiene pré-natal, acreditamos que ele pode ter sido desativado e apenas o consultório que funcionava na Maternidade Climério de Oliveira mantido em funcionamento. (A TARDE, 10 de março de 1927).

A separação desses serviços foi um grande prejuízo para a campanha contra a mortalidade infantil promovida pela Liga, pois rompeu a lógica do aparelho puerícola que Martagão Gesteira estava implantando na Bahia. O funcionamento conjunto desses serviços permitia atender e orientar as mães com noções de higiene infantil e assistir a criança desde o útero materno até o final da primeira infância, evitando a mortalidade neonatal e a mortalidade infantil ocasionada por perigos “alimentares” e “infectuosos”.

Apesar das doações recebidas pela LBCMI, nos anos iniciais de funcionamento, a grande demanda pelos seus serviços requisitava o emprego exclusivo dessas verbas na manutenção dos consultórios e creche. Desse modo, não foi possível um investimento para compra de prédio próprio.

A relação estabelecida por Martagão Gesteira com o governo estadual, durante o mandato de Goés Calmon, e o fato da Diretoria de Higiene Infantil e Escolar (DHIE)³² funcionar no prédio

³² A DHIE foi criada pelo decreto nº 4.144, de 20 de novembro de 1925, que promoveu a reforma dos serviços sanitários da Bahia. De acordo com esse decreto, todos os serviços de saúde existentes na Bahia estariam subordinados à Secretaria de Saúde e Assistência Pública da Bahia. A DHIE trabalhou em duas frentes: a higiene infantil, que compreendia o período da gestação até a idade escolar, e a higiene escolar, que compreendia o período da segunda infância até a puberdade. O programa da DHIE foi elaborado por Martagão Gesteira, que ocupou o cargo de diretor desse serviço a convite de Antônio Luís de Barros Barreto (secretário de Saúde e Assistência Pública). Os

do Liceu de Artes e Ofícios da Bahia, contribuíram para que o pediatra conseguisse autorização para transferir os serviços que compunham o posto central da instituição benemerita para o pavimento térreo do Palácio Rio Branco, reunindo novamente o consultório, a creche e os serviços afins. Apesar disso, essa permanência foi breve, pois com a posse do governo Vital Soares (1928-1930) a Secretaria do Interior requisitou esse espaço para instalação de sua sede (A TARDE, 14 de janeiro de 1929).

Passados alguns anos de sua fundação, a retração no número de sócios afetou diretamente o patrimônio da LBCMI. Gesteira, num dos raros momentos em que relatou alguns dos problemas enfrentados pela entidade, afirmou que muitos sócios deixaram de contribuir com as obras beneméritas por acreditarem que as verbas federais destinadas ao SHI eram suficientes para custear a entidade, esquecendo que ambas as instituições tinham atribuições distintas. Em outro pensamento expresso pelo pediatra, ele atribuiu a situação crítica em que a LBCMI se encontrava também ao entusiasmo passageiro da sociedade baiana para com as obras filantrópicas (A TARDE, 15 de abril de 1929).

A sucessão do governo estadual e os problemas com a renovação do acordo entre esse governo e o governo federal impediram a manutenção do acordo entre a IHI e o SHI e o repasse de verbas da primeira para a segunda. Essa situação agravou a crise financeira enfrentada pela Liga, que devido à escassez de doações estava fazendo uso das verbas do SHI para manutenção de seus serviços. De acordo com artigo publicado no jornal *A Tarde*, o ano de 1928 foi bastante crítico para a LBCMI (A TARDE, 14 de janeiro de 1929).

Dotada de poucos sócios, impossibilitada temporariamente de receber subsídios do governo federal e sem prédio próprio, a LBCMI chegou ao final do ano de 1928 correndo sérios riscos de fechar suas portas. Como uma tentativa de auxiliar a entidade, o governador Vital Soares (1924-1928), que segundo Gesteira era um antigo defensor da causa da criança, transformou a LBCMI em obra de utilidade pública estadual por meio do Decreto-Lei nº 2.109, de 12 de outubro de 1928.

Outra ação em socorro da entidade foi realizada pela família Catharino, que doou para a Liga um prédio localizado no Campo Grande, esquina com a Rua Banco dos Ingleses. Essa

serviços de higiene infantil oferecidos pelo órgão funcionavam no posto central da LBCMI (CALMON, 1926, p. 87; BARROS BARRETO A.L., 1928, p. 27).

doação foi uma homenagem feita por Álvaro Martins Catharino ao seu sogro, o Sr. Batista Machado, e garantiu a manutenção dos serviços prestados pela LBCMI. As obras de reforma e adaptação do edifício para acomodação dos serviços tiveram início imediato e foram financiadas pela LBCMI e pela família Catharino (A TARDE, 14 de janeiro de 1929).

A matéria intitulada “Uma instituição que a Bahia deve amparar – Vitórias e percalços da Liga contra a Mortalidade Infantil” marcou o retorno da publicidade em torno da entidade com um artigo que narrou os sacrifícios enfrentados pela entidade e retomou os apelos em torno das doações necessárias para a manutenção da entidade.

Como era de costume em épocas de inauguração de novos serviços o jornal *A Tarde* publicou, na edição do dia 13 de abril de 1929, uma matéria sobre a inauguração do novo prédio da LBCMI. De acordo com o periódico, todos os serviços oferecidos pela entidade foram transferidos para o novo espaço. No primeiro andar foram instaladas: a sala de expedientes; o Consultório Regina Helena, totalmente remodelado; o dispensário escolar, com os gabinetes de clínica médica, otorrinolaringológica, oftalmológica e odontológica; o consultório pré-natal; uma sala de operações; o laboratório; e a seção de dietética. No andar superior ficaram: a diretoria; a creche, que havia sido dotada de um aparelho de ordenha de mulheres cuja função era auxiliar aquelas mulheres com problemas durante a amamentação – este era o segundo aparelho do gênero existente no país, além da LBCMI apenas o Abrigo Arthur Bernardes possuía um similar –; o abrigo maternal, um novo serviço reservado para recepção de mães desamparadas recém-saídas da maternidade, e a escola maternal ou escola de mãezinhas, outro novo serviço, cuja finalidade era o ensino de puericultura para meninas de escolas primárias. Os novos serviços receberam o nome da senhora Úrsula Catharino (A TARDE, 13 de abril de 1929).

A inauguração da primeira sede própria da LBCMI foi bastante concorrida. Nela marcaram presença várias autoridades políticas, inclusive o governador do estado, o Sr. Vital Soares, e o intendente de Salvador, o Sr. Francisco de Souza, que durante a cerimônia prometeu auxiliar as obras benemerentes com o financiamento dos gastos do Abrigo Maternal Úrsula Catharino. Gesteira deu início à cerimônia agradecendo a cada um dos donativos recebidos, que contribuiriam para a inauguração da nova sede e fez um agradecimento especial à família Catharino. O pediatra terminou seu discurso, tal como na ocasião da inauguração do Consultório Regina Helena, com um apelo às mães da Bahia para que socorressem os mais necessitados. Por

fim, Gesteira passou a palavra ao governador, que declarou inaugurado o Instituto Batista Machado.

Em 1930, a LBCMI sofreu um novo golpe: o fechamento definitivo da IHI no Rio de Janeiro e, conseqüentemente, do SHI na Bahia, devido à crise política de outubro de 1930 e a queda do governo Washington Luís. Apesar de nesse momento a Liga não utilizar os recursos do governo federal para financiar algumas de suas ações, o SHI era responsável por manter as contratações dos médicos, enfermeiras e demais funcionários da LBCMI. Com seu fechamento a entidade viu-se obrigada a conseguir novos subsídios para financiar seu pessoal.

A LBCMI constituiu-se numa entidade filantrópica que buscava combater a mortalidade infantil na Bahia por meio de um aparato de serviços puerícolas por ela construídos, que compreendiam a assistência à criança desde o útero materno até o fim da primeira infância. O SHI era um órgão do governo federal instalado na Bahia que tinha como finalidade orientar e fiscalizar as entidades prestadoras de assistência à infância naquele estado. O trabalho conjunto entre esses dois serviços, justificado pelo objetivo comum de combater a mortalidade infantil e por serem dirigidas por Joaquim Martagão Gesteira, caracterizou toda a primeira fase da história da LBCMI.

Durante a primeira fase de funcionamento da LBCMI observamos que todos os serviços oferecidos foram adaptados e/ou improvisados em espaços cedidos ou emprestados para a entidade. Até mesmo a contratação do corpo de profissionais que serviam à entidade foi feita de forma adaptada, uma vez que foram feitas por meio do SHI e não com verbas próprias.

Durante esse período, a manutenção do programa assistencial da entidade esteve à mercê de doações particulares ou cessões dos poderes públicos. Apesar disso, houve uma forte tentativa de preservar a orientação científica da Liga e de manter os profissionais qualificados na área em que atuavam.

Capítulo 3 – A Liga entra na Roda: transformando o modelo de assistência à saúde da infância na Bahia (1930 – 1935)

“Tudo o que afasta o menino da mãe coloca aquele em estado de sofrimento e perigo de morte.”

Theophilo Roussel

Ao longo de todo o período colonial, imperial e parte do período republicano, a Santa Casa de Misericórdia exerceu papel relevante na prestação de assistência à infância. De acordo com Maria Luiza Marcílio, a roda dos expostos, sistema de acolhimento de crianças abandonadas que garantia sigilo aos indivíduos que recorriam à entidade, foi uma das instituições brasileiras de mais longa existência. Nas palavras da autora, “quase por século e meio a roda dos expostos foi praticamente a única instituição de assistência à criança abandonada em todo o Brasil”³³ (MARCÍLIO, 2001, p.53).

O sistema de rodas de expostos foi inventado na Europa medieval e chegou ao Brasil quando a Santa Casa de Misericórdia da Bahia (SCMBA) obteve autorização da coroa portuguesa para a instalação de uma roda na portaria do Hospital São Cristóvão, em 1726. Sua finalidade era evitar o abandono de crianças em locais perigosos, como lixeiras e ruas, e garantir o sigilo sobre a identidade de quem necessitasse se desvencilhar de uma criança.

A preocupação central desse procedimento de acolhimento anônimo de crianças era a preservação da honra da mulher. A base desse modelo assistencial estava na preservação do sigilo quanto à origem da criança entregue à roda e, sobretudo, no rompimento de vínculos entre a mãe e seu filho. De acordo com o pensamento social daquele período, a manutenção desse sistema ajudava a preservar a dignidade das famílias e os valores morais de uma sociedade de base patriarcal.

No que se refere aos enjeitados³⁴, a preocupação principal foi com a oferta do sacramento do batismo, pois esse modelo de assistência à infância tinha um forte embasamento religioso. Essa situação permaneceu inalterada até o limiar do século XIX, quando o problema da

³³ Durante o período colonial e imperial brasileiro um número significativo de crianças abandonadas foram acolhidas por alguma família. Segundo Marcílio, esse sistema informal de assistência à infância foi bastante difundido e aceito no país. Desse modo, apenas uma pequena parcela de crianças abandonadas foram assistidas em uma instituição. Contudo, formalmente, foram as Câmaras Municipais e as Santas Casas de Misericórdia as instituições responsáveis pela criação das crianças abandonadas no Império Português e, mais tarde, no Império Brasileiro (MARCÍLIO, 2006).

³⁴ Segundo Andrea Rocha Rodrigues, os termos “exposto” e “enjeitado” foram utilizados no Brasil como sinônimo para criança abandonada. Entretanto, fazendo referência a Renato Pinto Venâncio, a autora informa que essas denominações representavam realidades sociais distintas. O primeiro termo – exposto – denominava casos de abandono de crianças em locais desprotegidos, onde a exposição à morte era facilitada. Já o segundo termo – enjeitado – referia-se a casos de abandono em locais onde a criança tivesse alguma chance de sobrevivência, como hospitais, casas de família e a própria roda (RODRIGUES, 2010, p. 126).

mortalidade infantil passou a ser mais relevante que o problema do paganismo entre as crianças (MARCÍLIO, 2006, p. 237)

Conforme aponta Venâncio, “a história do abandono é uma história da morte (...). Durante os séculos XVIII e XIX, as crianças abandonadas conviveram com os mais elevados índices de mortalidade infantil registrados na sociedade brasileira, superiores mesmo aos dos filhos de escravas” (1999, p. 99). Ainda segundo o autor, foi ao longo da segunda metade do século XIX, que a Roda e o Asilo dos Expostos, considerados até então obras de caridade da maior importância na sociedade, passaram a ser identificadas como uma “fábrica de anjinhos”³⁵. Para modificar esse quadro as Santas Casas de Misericórdia promoveram uma série de melhorias na assistência às crianças abandonadas.

Até 1833, a SCMBBA não dispunha de um local para acolher, mesmo provisoriamente, as crianças recebidas pela roda dos expostos. Os enjeitados recebidos eram imediatamente batizados e enviados à casa de uma família, que recebia em troca uma ajuda financeira. Contudo, nem sempre a colocação familiar foi uma tarefa fácil, e quando havia demora nesse processo, as crianças permaneciam um tempo maior no hospital, em uma espécie de internato adaptado em uma sala. Segundo Renato Pinto Venâncio, a permanência dessas crianças com os doentes internados foi uma situação bastante criticada pelos médicos da época (1999, p. 119).

Esse problema foi parcialmente resolvido com a transferência das crianças para as dependências do Recolhimento do Santo Nome de Jesus³⁶. Com essa medida o Recolhimento passou a abrigar tanto as crianças recém-chegadas, em caráter provisório, quanto as que retornavam da criação externa³⁷ (COSTA, P., 2001, p. 34).

³⁵ Segundo Venâncio, a sociedade brasileira dos séculos XVII, XVIII e XIX utilizava a palavra anjinho como um sinônimo para recém-nascido falecido. Ainda segundo o autor, “numa sociedade em que a morte de bebês é corriqueira, a crença na transformação de recém-nascidos em anjos contribuía para que as famílias suportassem a dor da perda dos filhos queridos” (VENÂNCIO, 1999, p. 102).

³⁶ O Recolhimento do Santo Nome de Jesus foi um abrigo criado pela Santa Casa de Misericórdia com a doação do Sr. João de Mattos Aguiar. Foi inaugurado em 29 de junho de 1716, e tinha como objetivo receber moças cuja honra estivesse ameaçada, mulheres casadas cujos maridos se ausentassem da cidade e, ainda, mulheres honradas que desejassem viver no recolhimento, e que, para isso, pagariam uma espécie de aluguel. Após 1833, também passou a receber as meninas egressas da Roda dos Expostos (COSTA, P., 2001, pp. 21-23). Nas palavras de Marcílio, o asilo era “uma continuação da instituição da Roda dos Expostos” (MARCÍLIO, 2006, p. 164).

³⁷ Não existia uma regra clara para o retorno da criança à Santa Casa de Misericórdia. Elas podiam retornar aos 3 anos, idade em que terminava a fase de criação, ou aos 7 anos (MARCÍLIO, 2006; VENÂNCIO, 1999). Foi apenas com a criação da Casa dos Expostos em educação, em 1847, que ficou mais claramente estabelecida a divisão etária da assistência às crianças da roda da Bahia: “dos 3 aos 7 anos, elas ficavam em casas de amas-de-leite mercenárias; dos 3 aos 7 anos, eram assistidas na Casa de Educação; desta idade em diante, as meninas que não tivessem encontrado colocação em casas de famílias eram encaminhadas ao Recolhimento das Órfãs da Misericórdia” (MARCÍLIO, 2006, p. 166). O que não significa dizer que essa determinação era obedecida.

Durante o período em que aguardavam um acolhimento familiar os expostos eram alimentados por funcionários do hospital ou do Recolhimento. A dieta recebida por essas crianças consistia em leite condensado diluído ou leite de vaca. Para que essas crianças pudessem ingerir esse alimento embebiam-se panos de linho, bonecas de algodão, esponjas etc., que lhes era dado para sugar de hora em hora (VENÂNCIO, 1999, p. 52).

O aleitamento artificial e os instrumentos utilizados para alimentar as crianças também foram alvo de críticas pelo meio médico (VENÂNCIO, 1999, p. 54). Essas reclamações podem justificar a contratação, em 1844, de amas internas para alimentar os “enjeitados” que permaneciam por mais tempo no Recolhimento.

Novas mudanças ocorreram em 1862, nesse ano a SCMBA transferiu a roda dos expostos para um prédio especialmente construído para abrigá-la, localizado no terreno do Campo da Pólvora³⁸. As constantes melhorias realizadas nessa obra caritativa foram resultado do relevo que ela adquiriu na sociedade baiana (VENÂNCIO, 1999, p. 52). Outro indicativo da importância que ela adquiriu naquela sociedade foi a concentração de doações a ela destinadas. Antes de sua existência era comum que os doadores distribuíssem seus recursos entre todas as obras da Santa Casa (RODRIGUES, 2010, p. 125).

As mudanças ocorridas na Roda e Asilo dos Expostos de Salvador não foram apenas de ordem médica, um exemplo disso foi a chegada das Irmãs de Caridade São Vicente de Paula, em 1857. Elas passaram a administrar essas obras com a finalidade de “dar melhor educação, disciplina e destino às recolhidas da Misericórdia da Bahia” (MARCÍLIO, 2006, p. 170).

Perante a sociedade baiana, tanto entre as elites quanto entre as classes mais pobres - principais usuárias desse sistema, a Roda e o Asilo dos Expostos cumpriram um papel relevante. No livro *História social da criança abandonada* a historiadora Maria Luiza Marcílio destacou a opinião favorável de alguns médicos do período ao sistema de acolhimento anônimo de crianças:

Em última análise, a casa da Roda tem, pelo menos, uma grande utilidade, uma enorme vantagem: a de dar às mulheres que a desgraça tornou mães um meio de se desembaraçarem de um filho, cujo aparecimento as fazia corar, sem recorrerem aos meios violentos e extremos do aborto provocado e do infanticídio [...] A Roda não só salva a vida temporal e espiritual dos condenados à morte pela miséria, pelo erro

³⁸ O terreno do Campo da Pólvora foi adquirido pela Santa Casa de Misericórdia durante a provedoria de Manoel José de Figueiredo Leite, em fevereiro de 1862. Além da Roda dos Expostos, nesse espaço também foi instalado o Recolhimento do Santo Nome de Jesus para meninas, que passou a ser chamado de Internato Nossa Senhora da Misericórdia ou Asilo Nossa Senhora da Misericórdia. Utilizaremos aqui a nomenclatura Asilo dos Expostos, pois foi com esse nome que a instituição ficou popularmente conhecida.

inocente ou pelo crime, mas evita o escândalo dos amores pecaminosos; com ela aberta, o vício esconde-se, é certo, mas assim se mantém a dignidade dos costumes... (MELLO, 1859, p. 24 *apud* MARCÍLIO, 2006, p. 197).

Destruir a Roda e o segredo que a envolvia, seria lançar o ferrete da ignomínia sobre as famílias; seria patentear e entregar ao juízo inexorável do público um ato muitas vezes filho de um momento de alucinação, um ato filho de um momento de fraqueza, a que uma inocente e cândida donzela é muitas vezes arrastada” (PEDERNEIRAS, 1855, p. 21 *apud* MARCÍLIO, 2006, p. 198).

Segundo comprova o estudo sobre as causas do abandono de crianças na SCMBA, no período de 1900 a 1940, realizado pela historiadora Andrea da Rocha Rodrigues, para o público que recorria à roda, em maior escala composto por pessoas pobres, o abandono era visto como um meio de garantia de um futuro melhor aos seus filhos. Esse estudo analisa as causas do abandono em um universo de 3.773 abandonados, dos quais 3.043, ou seja, 80,7% não apresentam nenhuma causa definida. Dentre as causas identificadas pela autora estavam: a pobreza da mãe, com 273 casos (7,2%); a doença da mãe, com 113 casos (3,0%); a morte da mãe, com 129 casos (3,4%); morte do pai, com 120 casos (3,2%); morte de ambos, com 53 casos (1,4%); razões morais, com 8 casos (0,2%); padrinhos ausentes, com 1 caso (0,0%); mãe trabalha fora, com 24 casos (0,6%) e separação dos pais, com 9 casos (0,2%) (2010, p. 135).

Apesar desse estudo corresponder já ao início do século XX, Rodrigues afirma que os padrões de abandono na Bahia sofreram poucas modificações, mesmo após o fechamento da Roda dos Expostos, na década de 1930. A principal causa de abandono identificada pela autora foi o estado de pobreza das mães, que entregavam seus filhos como último recurso de garantia de sua sobrevivência.

Não existia, portanto, oposição por parte da sociedade baiana à Roda e ao Asilo dos Expostos. Pelo contrário, como vimos no discurso dos médicos e pela frequência com que as mães recorriam à roda para entregar/abandonar seus filhos aos cuidados da Santa Casa³⁹, podemos dizer que essa obra era bem aceita por aquela sociedade.

Foi somente no final do século XIX, na medida em que a pediatria se constituía como uma especialidade médica no Brasil, que a morte precoce deixou de ser naturalizada e os médicos mudaram de atitude perante a mortalidade infantil, passando a combatê-la. Nesse contexto, o

³⁹ Renato Pinto Venâncio informa que na década de 1841-1850 o número de crianças expostas foi de 765. Esse número nos leva a acreditar na boa aceitação que a sociedade baiana tinha pela obra caritativa realizada pela Roda e pelo Asilo dos Expostos (VENÂNCIO, 1999, p. 168).

modelo de assistência prestado pela Santa Casa de Misericórdia passou a ser questionado e surgiram várias críticas aos elevados índices de mortalidade infantil nesses espaços.

O estado de conservação dos prédios onde funcionavam a Roda e o Asilo dos Expostos e a utilização do sistema de amas mercenárias para criação dos enjeitados foram os primeiros alvos identificados como causadores de óbitos entre as crianças, e, portanto, os primeiros a serem combatidos pelos pediatras e puericultores.

A Bahia foi a primeira província a abolir o sistema de criação externa dos expostos. Para isso criou, em 1882, a Casa da Amamentação, que abrigava crianças até 3 anos de idade, sob a observação da Irmã Superiora e os cuidados das meninas mais velhas.

De todas as críticas feitas à roda, a que mais ganhou força entre os pediatras e puericultores foi a do rompimento que esse sistema causava dos vínculos entre mães e filhos. Para esses profissionais, a mãe exercia um papel fundamental no desenvolvimento da criança e sua manutenção junto a seus filhos era essencial. Ainda segundo esses profissionais, isso poderia ser conseguido por meio de serviços que amparavam e educavam as mulheres na tarefa de serem mães e tudo isso se perdia com a entrega de uma criança à roda.

Um dos principais objetivos da LBCMI, durante o período em que Martagão Gesteira foi diretor da entidade (1923-1937), foi a reformulação do Asilo dos Expostos da Santa Casa de Misericórdia da Bahia (SCMBA). Denunciado como o “berço da morte” para 70%, 80% e, às vezes, até mesmo 90% das crianças ali acolhidas, a reformulação da antiga instituição significava, sobretudo, a eliminação do antigo procedimento de acolhimento – a roda dos expostos – de crianças, baseado no sigilo e no total anonimato, que implicava no rompimento definitivo entre mãe e filho. Do ponto de vista dos pediatras da LBCMI, a morte sistemática de crianças só poderia ser evitada a partir do momento em que o “despedaçamento do binômio sagrado mãe e filho, que a natureza quis inquebrantável” (GESTEIRA, 1934, p. 738) fossem suspensos.

A reformulação do modelo assistencial adotado no Asilo dos Expostos teve início com a designação do Dr. Álvaro Bahia para vistoriar as instalações da instituição, em cumprimento ao artigo 339, do Regulamento do DNSP, que previa a fiscalização dos recolhimentos de expostos pelo órgão responsável pela higiene infantil nos estados. Após a vistoria, Martagão Gesteira emitiu um ofício ao provedor da SCMBA, o Sr. Isaías Santos, para informar-lhe seu parecer a respeito do estado do serviço oferecido pela entidade.

O ofício, datado de 31 de outubro de 1924, parabenizou o provedor pela “ordem, asseio e excellencia das installações encontradas na secção daquelle estabelecimento destinada às crianças de segunda e terceira infância e pelos cuidados criteriosos de assistência physica, moral e pedagógica a ellas dispensados” (GESTEIRA, 1932, p. 61). Contudo, no que dizia respeito ao espaço dedicado às “crianças menores”, ou seja, aquelas crianças recebidas através da roda, Gesteira apontou a necessidade de uma série de melhoramentos, baseados nas instruções técnicas do SHI.

O primeiro apontamento de Martagão Gesteira foi com relação ao funcionamento da Roda de Expostos. Para o pediatra, esse sistema “condenável” de recepção anônima de crianças deveria ser substituído pelo sistema do “escritório aberto”.

O “escritório aberto” seria um novo modelo de recepção de crianças no Asilo dos Expostos. Sua diferença em relação à roda era a possibilidade de manutenção dos vínculos entre mãe e filho, já que uma ficha deveria ser preenchida na ocasião em que a criança desse entrada na instituição. Somado a isso, o médico responsável pelo serviço, ao receber a criança, poderia conhecer os motivos do abandono, podendo tentar dissuadir a mãe de sua decisão. Muitas mães abandonavam seus filhos por problemas financeiros ou por não conseguirem conciliar a maternidade com o trabalho. Nesses casos o escritório prestaria assistência social às mães fornecendo amparo material. Por fim, esse sistema também permitiria uma deposição temporária da criança, viabilizando visitas e a retirada da criança quando isso fosse possível.

Outro ponto importante desse ofício dizia respeito à alimentação oferecida aos lactentes que viviam no asilo. Segundo Gesteira, era imprescindível que o aleitamento artificial ministrado aos lactentes fosse substituído pelo aleitamento natural. Para tanto, colocou-se o SHI à disposição da Santa Casa de Misericórdia, para que aquele órgão realizasse a seleção e os exames das mulheres que seriam contratadas como nutrizas. Além disso, o pediatra apontou a necessidade de construção de uma cozinha de lactentes, para atender às crianças que necessitassem de alimentação complementar ao aleitamento materno. Nesse espaço seriam preparados os alimentos e feita a esterilização correta do leite. Por fim, Gesteira indicou que cada criança deveria ter uma dieta específica, e que o cálculo das necessidades alimentares de cada criança deveria ser feito com base nos princípios da higiene infantil.

Além de questões relacionadas à alimentação, Gesteira também recomendou que o asilo organizasse espaços de isolamento para as crianças na sala de observação e na enfermaria. Na

sala de observação o isolamento serviria às crianças egressas da roda durante o período de observação médica. Na enfermaria, serviria às crianças acometidas de alguma doença contagiosa.

Outra preocupação manifesta pela inspeção do SHI da Bahia foi com relação à quantidade de moscas nos dormitórios. Gesteira indicou que os dormitórios tivessem portas e janelas teladas para impedir a entrada de insetos. Foi sugerida ainda a aquisição de uma estufa, para esterilizar as roupas dos expostos.

Por fim, Martagão Gesteira propôs a criação de uma pequena creche, para auxiliar as mães que trabalhassem fora de seus lares, ampliando e completando a ação assistencial da entidade.

Ao todo, a inspeção do SHI fez nove recomendações, que tinham como finalidade diminuir os altos índices de mortalidade infantil, fato verificado no livro de registros do Asilo dos Expostos pelo Dr. Álvaro Bahia. A tabela 5 apresenta o movimento de entrada de crianças na roda de expostos e os óbitos ocorridos no período de janeiro de 1923 a julho de 1924.

**Tabela 5 – Movimento de entradas e óbitos no Asilo dos Expostos, no Campo dos Mártires
1º de janeiro de 1923 a 23 de julho de 1924**

Meses	Entradas (1923)	Óbitos (1923)
Janeiro	11	14
Fevereiro	12	1
Março	6	6
Abril	7	5
Maiο	7	9
Junho	9	10
Julho	9	13
Agosto	12	5
Setembro	6	4
Outubro	14	12
Novembro	9	10
Dezembro	13	7
TOTAL	115	96

Meses	Entradas (1924)	Óbitos (1924)
Janeiro	12	22
Fevereiro	9	10
Março	7	2
Abril	8	8
Maiο	13	5
Junho	29	18
Julho	17	10
TOTAL	95	75

FONTE: GESTEIRA, 1925, pp. 22-23.

Conforme os dados apresentados no ano de 1923 o índice de mortalidade infantil atingiu o percentual de 83, 47%. No ano seguinte, entre os meses de janeiro a julho, esse índice atingiu o percentual de 78, 94%. Esses índices não eram muito diferentes daqueles que o Asilo dos Expostos vinha apresentando ao longo dos seus dois séculos de existência. De acordo com Maria Luiza Marcílio, “na Roda da Santa Casa da Bahia, desde meados do século XVIII até fins do século XIX, a mortalidade infantil nunca fora inferior a 45%, mantendo-se quase sempre no nível dos 60%” (MARCÍLIO, 2006, p. 238).

No final do mês de novembro, o provedor da Santa Casa de Misericórdia respondeu ao ofício enviado por Martagão Gesteira. Nesse documento, o provedor comunica o envio de um relatório com as ações empreendidas pela provedoria do biênio 1915-1916, no qual constavam obras de melhoramentos nas instalações do asilo. Uma dessas obras fazia referência às melhorias

na cozinha do asilo, após a retirada de um estábulo da proximidade de suas dependências, e a outra se referia ao escoamento do esgoto do asilo, que foi transferido para o final do terreno. O provedor afirmou ainda que todos os melhoramentos sugeridos por Gesteira estavam sendo paulatinamente providenciados pela SCMBA ao longo dos anos.

Com relação à alimentação dos lactentes, o Sr. Isaías Santos afirmou que o leite oferecido às crianças era esterilizado conforme os métodos utilizados pelo IPAI-BA e que a utilização do aleitamento natural esbarrava na dificuldade de se encontrar nutrizes. Ele confirmou que a dieta de cada criança era baseada em critérios científicos e de acordo com o peso e a idade de cada uma delas; contudo, a não permanência do médico no asilo contribuía para que essa dieta não fosse realizada de acordo com o especificado. O provedor informou, ainda, que a entidade contava com uma cozinha de lactentes e que havia sido reformada em 1916.

Sobre o isolamento sugerido por Gesteira, o provedor afirmou ser possível providenciá-lo, bem como a estufa para esterilização das roupas utilizadas pelas crianças. A respeito da infestação por moscas, afirmou ser um problema constantemente combatido. Do mesmo modo, prometeu providenciar a reforma da creche, que considerava existente no asilo.

A supressão do mecanismo da roda, com a sua substituição pelo escritório de admissão, foi a única dentre as indicações feitas pela inspeção do SHI que não obteve aprovação por parte do provedor. Segundo Isaías Santos, a supressão da roda estava fora de cogitação por parte da SCMBA, visto que ela continuava cumprindo seu papel de receber a criança abandonada cujos pais não pudessem ou não quisessem ter suas identidades reveladas. Somado a isto, o fechamento da roda exigiria uma revisão do Compromisso da Misericórdia. Por fim, o provedor questionou sobre os problemas financeiros que a Irmandade enfrentaria caso o número de crianças recebidas pelo escritório de admissão fosse muito elevado.

É importante ressaltar que os comentários feitos por Martagão Gesteira a respeito do funcionamento do Asilo dos Expostos estavam relacionados a uma de suas atribuições como inspetor de higiene infantil, que era orientar e fiscalizar qualquer espaço de assistência à infância existente na Bahia. A interpretação tinha como objetivo normatizar o funcionamento do asilo, com base nos artigos 336 e 337, do capítulo V, do Regulamento do DNSP. O artigo 336 previa que a criação e manutenção dos menores em recolhimentos de expostos obedeceriam às instruções técnicas dos órgãos competentes, no caso, o SHI. O artigo 337 determinava que a criação de lactentes, em asilos ou qualquer outro estabelecimento, só poderia ser realizado em

prédio especial e conforme os princípios prescritos nos capítulos III e IX do Regulamento do DNSP. Esses capítulos regulamentavam o funcionamento das creches e do serviço de amas de leite, respectivamente.

Com base nesse regulamento, Martagão Gesteira escreveu um novo ofício ao provedor para reiterar e esclarecer as proposições feitas no primeiro ofício. O pediatra manteve sua reprovação ao sistema de esterilização do leite utilizado pelo asilo, à forma como era realizada a distribuição da ração alimentar de cada criança, aos isolamentos dos berços com cestos de arame e à ausência de salas de isolamento.

Gesteira atribuiu a recusa do provedor em extinguir o mecanismo da roda ao pouco entendimento que o mesmo tinha sobre os malefícios que esse sistema ocasionava às crianças e por não conhecer o funcionamento do escritório de admissão. Desse modo, Gesteira dedicou boa parte desse ofício a tais esclarecimentos. O pediatra também aproveitou para esclarecer questões relacionadas à finalidade das creches. Para Gesteira, a creche e o escritório aberto possuíam um papel decisivo na profilaxia do abandono infantil.

A esse ofício, datado de 28 de novembro de 1924, seguiu-se apenas uma resposta do provedor Isaías Santos, informando sobre a instalação de uma comissão para estudar o assunto, em conjunto com o SHI. Essa comissão foi formada pelo mordomo do asilo, o Desembargador Arthur Newton de Lemos, e pelos Drs. Antônio Garcia de Medeiros Netto e Pedro Velloso Gordilho.

Não temos documentos em que se registre o resultado dos estudos dessa comissão. Entretanto, sabemos que algumas das medidas sugeridas pelo SHI foram colocadas em prática pela Santa Casa de Misericórdia, tal qual podemos observar no relatório do ano de 1929, feito pelo provedor Newton de Lemos:

Fez-se a reforma completa do commodo destinado às creanças de primeira idade. Duas salas novas foram feitas para refeitório, com mezas apropriadas, em cimento armado e revestidas de cimento branco, tendo estas salas o piso ladrilhado e as paredes escarioladas. Instalaram-se pequenos banheiros de ferro esmaltado, com serviço de água quente e fria, sendo aquella fornecida por meio de serpentina, no fogão próprio do preparo de leite para os lactentes em um novo commodo (LEMOS, 1929, p. 35 *apud* RODRIGUES, 1998, pp. 96-97).

Ainda de acordo com o provedor Newton de Lemos, as reformas efetuadas no Asilo dos Expostos foram “resultantes directa e immediata da acção da Inspectoria de Hygiene Infantil” (ASCMB, 1929, p. 35 *apud* RODRIGUES, 1998, p. 97). Com relação ao estado físico do Asilo

de Expostos, Martagão Gesteira conseguiu que algumas de suas propostas fossem aceitas, porém, o procedimento de acolhimento de crianças no asilo, baseado na entrega anônima (a Roda) permaneceu em funcionamento até 1935.

Não temos documentação que aponte o resultado das demais inspeções realizadas pelo SHI no Asilo dos Expostos. No entanto, um relatório emitido por Martagão Gesteira à SCMBA, em dezembro de 1929, nos faz pensar que os resultados não foram animadores. Repetindo os mesmos problemas identificados desde 1924, o relatório de 1929 reafirma a perpetuação dos altos índices de mortalidade infantil entre os expostos e informa que os motivos pelos quais essas cifras se mantinham elevadas eram: as condições materiais do asilo, a falta de aleitamento natural, a disseminação de epidemias entre as crianças, a ausência de enfermarias, em suma, todos os problemas identificados na entidade desde 1924.

Por essas causas o Asilo dos Expostos continuava a reclamar “desesperado e gritante” por uma solução para o problema da mortalidade infantil, que frustrava os intuitos da SCMBA. Em 1928, conforme foi reportado à polícia de Salvador, 42% dos óbitos infantis (crianças de 0 a 5 anos) registrados nos distritos de Santana, Sé e São Pedro foram de crianças sob a responsabilidade do Asilo dos Expostos (GESTEIRA, 1932, p. 81).

Ao contrário dos ofícios anteriores, nos quais Gesteira se apresentava aos gestores da SCMBA como diretor do SHI, no relatório apresentado em dezembro de 1929, ele se reporta à entidade na qualidade de diretor da LBCMI. Parece que a mudança na forma de apresentação institucional de Martagão Gesteira está relacionada ao fato de nesse relatório, além da rotineira avaliação do estado de funcionamento do asilo dos expostos, havia também uma proposta formal, formulada em nome da LBCMI à SCMBA, de estabelecimento de um convênio pelo qual a Liga se propunha a assumir a direção dos serviços médicos do Asilo. Essa proposta foi aprovada pela Junta da SCMBA em 29 de março de 1930.

Formalizado o acordo entre a LBCMI e a SCMBA, deu-se início à construção de novas instalações, onde funcionariam os serviços assistenciais propostos pela Liga. Além de financiar a construção desses novos prédios, a SCMBA também incumbiu-se das reformas dos antigos pavilhões do Asilo dos Expostos. À LBCMI coube a provisão de mobiliário e aparelhos para o equipamento dos serviços. Somado a isso, coube à entidade comandada por Martagão Gesteira a direção do serviço médico do asilo responsável pelas crianças entre 0 e 2 anos de idade.

De acordo com o convênio firmado entre a LBCMI e a SCMBA, inicialmente, seriam tomadas as seguintes medidas, que visavam ao aperfeiçoamento dos serviços assistenciais prestados no âmbito do Asilo dos Expostos. Citamos, a seguir, detalhadamente, todas as remodelações que foram adotadas:

1º Um Pavilhão de Observação para os expostos recentemente recolhidos. Esse Pavilhão para garantia do isolamento deverá ficar separado do corpo do Asylo e ter os leitos convenientemente boxados. Para isso será preferível aproveitar o pavilhão em que está situada a “Roda”, ampliando-o para instalações necessárias.

2º Um isolamento convenientemente boxado. Para isso deverá ser construída de preferência no fundo do prédio ou ao lado, uma pequena dependência comportando até 20 leitos.

3º Um abrigo de mães, onde possam ser recolhidas, com seus filhos, 5 ou 6 mulheres saídas da Maternidade e cujo leite seja, mediante ordenha, aproveitado no auxílio à nutrição dos asylados que delle tiverem absoluta necessidade, o pequeno sacrifício que custará a alimentação dessas mulheres (em casa onde se alimentam 300 pêssoas, 5 a 6 a mais não pesam grandemente no orçamento) sendo largamente compensado pelo número de vidas de criancinhas que esta medida permitirá de salvar. Para esse abrigo poderão ser aproveitados dois quartos situados no fundo do prédio ao lado da rouparia, mediante as necessárias reformas.

4º Uma enfermaria para meninos de 0 a 2 anos. Para isso se presta admiravelmente, feitas ligeiras reformas, entre as quais a abertura de uma galeria ou varanda lateral, a sala que serve atualmente de lazareto. Essa enfermaria deverá ter 4 a 6 leitos boxados para observação.

5º Uma enfermaria para meninos de 2 a 8 anos que pode ser installada perfeitamente na grande sala do primeiro corpo do edifício, que a isso se presta bem. Como a precedente terá, também, 4 a 6 leitos boxados.

6º Uma enfermaria para meninos do sexo masculino de 8 anos em diante. Para essa enfermaria poderá ser aproveitada uma das salas da ala esquerda do prédio no pavimento superior. Para os asylados do sexo feminino, maiores de 8 anos, já existe, na alla direita, uma enfermaria convenientemente installada.

7º Transferência, a fim de lhe dar maior espaço, para o actual local onde está o refeitório de meninos da primeira infância, do qual não há grande necessidade, da “cozinha de leite”, completando-a com o aparelhamento indispensável para preencher bem seus fins.

8º Uma estufa para esterilização de roupa.

9º Um laboratório para os exames e pesquisas indispensáveis à elucidação dos casos clínicos.

10º Uma pequena pharmacia para atender às necessidades clínicas do estabelecimento,

11º Modificação do systema de recolhimento de expostos, installando-se ao lado da Roda, um escriptorio aberto de admissão, funcionando parallelamente. A “Roda de Expostos”, hoje abolida em todos os paizes cultos, como agora mesmo acaba de verificar em recente excursão um dos signatários das presentes linhas, será conservada em respeito aos escrúpulos da Santa Casa (GESTEIRA, 1932, pp. 84-86).

Essa proposta não era muito diferente daquelas que Martagão Gesteira vinha apresentando à SCMBA desde 1924, com exceção do abrigo maternal e das enfermarias diferenciadas por sexo

e faixa etária. Até esse momento, quando uma criança asilada adoecia, ela permanecia junto com as outras crianças sãs no mesmo dormitório.

Como podemos observar, foram profundas as mudanças introduzidas pelo acordo entre a LBCMI e a SCMBA no funcionamento do Asilo dos Expostos. No entanto, o ponto capital do funcionamento da instituição não foi modificado: o sistema de acolhimento de crianças baseado no abandono anônimo das mesmas, pelo mecanismo popularmente conhecido como Roda dos Expostos.

Um ponto importante desse acordo foi a criação de um corpo de enfermeiras do Asilo dos Expostos formado preferencialmente por moças asiladas que recebiam treinamento em higiene infantil ministrado pela LBCMI. Pioneiramente, a LBCMI instituiu em uma entidade de assistência à infância um corpo de enfermeiras dotadas de noções de puericultura, estabelecendo um padrão diferenciado com relação a outras entidades de assistência que se apoiavam no serviço voluntário de mulheres leigas que não possuíam nenhum tipo de treinamento específico.

Em ofício encaminhado ao presidente da República, Getúlio Dornelles Vargas, em novembro de 1933, destaca-se essa medida como um dos pontos altos do acordo entre as duas instituições assistenciais:

Criou um corpo de enfermeiras que jamais existiram antes disso no Estabelecimento, onde a alimentação e o cuidado de bebês era confiado às serventes encarregadas do asseio do chão. Reformou todo o serviço de enfermagem e de assistência médica, dando-lhe feição rigorosamente científica, logrando fazer baixar o obituário que era de 56% (560 por 1000%) a 17% (LBCMI, 28 de novembro de 1933).

Outro ponto relevante no acordo que promoveu reformas no Asilo dos Expostos foi a configuração de um corpo médico. Anteriormente a essa organização, a assistência clínica e a supervisão das condições de higiene eram feitas esporadicamente por um médico externo vinculado à SCMBA. Com a criação do corpo médico, a “vigilância dos expostos até 2 anos de idade e a assistência médica aos doentes de 2 a 8 anos” (GESTEIRA, 1932, p. 90) ficou sob a responsabilidade dos pediatras da LBCMI.

A efetivação desse acordo permitiu à LBCMI atuar, mesmo que a princípio limitadamente, num espaço que até então tinha permanecido inacessível às práticas da pediatria. Apesar de não ter conseguido abolir o sistema da Roda dos Expostos, a assinatura desse acordo

simbolizou o início da desarticulação definitiva da assistência em moldes caritativos ofertada pela SCMBA.

A inauguração da Policlínica “Arnaldo Baptista Marques”

A policlínica “Arnaldo Baptista Marques”, inaugurada em 23 de novembro de 1930, foi o primeiro dos novos serviços inaugurados a partir da parceria firmada entre a LBCMI e a SCMBA. O pavilhão que abrigava esse serviço recebeu o nome de Arnaldo Baptista Marques (já falecido) em homenagem à família Baptista Marques⁴⁰, que doou a quantia de 50:000\$000 à LBCMI.

O pavilhão que foi destinado à instalação da policlínica ficava localizado no terreno do Asilo dos Expostos, no Campo da Pólvora. Para a reforma desse pavilhão foi utilizada metade (25.000\$000) da doação feita pela família Baptista Marques em 1929. Essas reformas permitiram que o prédio fosse adaptado para receber as instalações necessárias aos serviços clínicos que iria abrigar. Os demais 25:000\$000 foram empregados na compra de mobiliário, aparelhos e instrumentos do novo serviço. As instalações da policlínica eram constituídas por: uma sala de espera e de matrícula, um gabinete de clínica médica cirúrgica e outro gabinete de clínica oftalmológica e otorrinolaringológica, laboratório, gabinete de odontologia, sala de raios-x e gabinete de fisioterapia.

Na policlínica Arnaldo Baptista Marques foi abrigada a enfermaria infantil da SCMBA, transferida do Hospital Santa Isabel, tal como previsto no acordo firmado entre as duas entidades beneméritas. Com o encerramento da enfermaria de crianças do hospital Santa Isabel, a LBCMI conseguiu finalmente a separação entre as enfermarias de adultos e crianças, um procedimento considerado basilar pelos pediatras da época.

Segundo Gesteira, a transferência da enfermaria infantil do hospital Santa Isabel para a Policlínica Arnaldo Baptista Marques permitiria uma melhor utilização dos recursos materiais de que se dispunha e que vinham sendo pouco utilizados em decorrência do reduzido número de crianças que eram atendidas no hospital Santa Isabel. Acreditamos que a transferência desse

⁴⁰ Arnaldo Baptista Marques faleceu durante uma epidemia de tifo, em 1929. Sua família era proprietária do engenho de açúcar Passagem, localizado em Santo Amaro da Purificação. Era filho do senador José Baptista Marques.

serviço também concorreu para o aumento do número de crianças atendidas. É importante esclarecer que a policlínica atendia somente a uma clientela externa, composta de crianças de famílias pobres que recorriam a esse serviço. A assistência médica às crianças asiladas era feita somente nas enfermarias instaladas no Asilo dos Expostos, enfermarias essas que também eram dirigidas pelos pediatras da LBCMI.

Encontramos no Álbum Histórico da LBCMI a informação de que no ano de 1935 atendeu-se em média 60 crianças por dia nesse serviço. Esse número de consultas é bastante expressivo se comparado à média de cinco consultas realizadas por dia pelo dispensário do IPAI-BA⁴¹.

A policlínica Arnaldo Baptista Marques também funcionou como enfermaria da cadeira de clínica médica pediátrica e higiene infantil da FMBA. Nesse espaço passaram a ser realizadas as aulas teóricas e práticas dessa cátedra, que anteriormente aconteciam na enfermaria infantil do Hospital Santa Isabel. Com essa mudança, o ensino prático da pediatria deixou de ser ministrado no Hospital Santa Isabel, que funcionava como hospital-escola da FMBA, para ser transferido para o espaço do Asilo dos Expostos. Ressalta-se, porém, que essa mudança não concretizou uma pretensão antiga dos pediatras de ter acesso às crianças asiladas para a formação médica.

A permissão da instalação da clínica médica pediátrica e higiene infantil nas dependências do Asilo dos Expostos ficou subordinada à total proibição do acesso dos alunos às crianças asiladas. A autorização era concedida apenas ao médico chefe do serviço da LBCMI, que era o Martagão Gesteira, seus assistentes, internos e aspirantes. O número de assistentes, internos e aspirantes, não poderia passar de dez pessoas e, no caso destes últimos, necessitavam autorização prévia da Irmã Superiora para entrada no asilo. Como podemos observar, apesar da abertura do asilo para a LBCMI, o acesso aos expostos era bastante restrito. Mesmo com o acordo que concedeu aos pediatras da LBCMI a permissão para instalação de um serviço clínico pediátrico no âmbito do Asilo dos Expostos – a Policlínica Arnaldo Baptista Marques – foi mantida a restrição de que o ensino prático de pediatria pudesse ser desenvolvido com as crianças asiladas. Os estudantes de medicina tinham acesso somente aos casos clínicos provenientes da clientela externa que frequentava a Policlínica Arnaldo Baptista Marques.

⁴¹Entre 1904 e 1911 o Dispensário do IPAI-BA realizou 12.418 consultas. Para alcançarmos a média de 5 consultas/dia dividimos o valor total de consultas realizadas nesses sete anos (12.418) pelo número de dias (2.555).

Para receber a cátedra de pediatria a policlínica foi equipada com salas de aula, gabinetes para internos e para o professor de pediatria, e uma pequena biblioteca, constantemente atualizada com os principais títulos de periódicos especializados em pediatria.

Durante o período que denominamos de primeira fase, a LBCMI esteve mais voltada para a institucionalização da assistência materno-infantil, através da prestação de serviços como os consultórios de lactentes, creches e o consultório de higiene pré-natal, conforme já analisamos no Capítulo 2. Uma das mudanças que marcou a segunda fase de atuação da LBCMI durante a gestão Martagão Gesteira foi a intensificação de suas atividades científicas e profissionais concentradas no ensino da pediatria e na fundação da Sociedade de Pediatria da Bahia (SPB).

A SPB foi fundada em 28 de maio de 1930, em reunião da qual fizeram parte os pediatras Martagão Gesteira, Alfredo Ferreira de Magalhães, Álvaro Bahia, Claudelino Sepúlveda, Colombo Spinola, Hildebrando Jatobá, Manoel Cordeiro de Almeida, Francisco Campelo, Renato Braga, Bráulio Xavier, Hélio Ribeiro e Eneas Torreão da Costa. Com exceção de Alfredo Ferreira de Magalhães, que foi convidado na qualidade de professor catedrático da clínica cirúrgica infantil e ortopédica, todos os demais pediatras faziam parte dos serviços da LBCMI.

Na sessão inaugural da SPB ficou estabelecido que sua sede funcionaria na Policlínica Arnaldo Baptista Marques. De acordo com seu estatuto, a sociedade tinha como objetivos principais:

1. Investigar e estudar os problemas relativos à patologia e à higiene da criança, e as demais questões relacionadas com o amparo à maternidade e à infância;
2. Estudar e discutir em suas sessões assuntos que lhe estejam afetos, bem como casos clínicos ou assuntos de outra natureza apresentados pelos sócios;
3. Colaborar com as associações científicas ou particulares, e com os poderes públicos, na divulgação dos conhecimentos de pediatria e higiene infantil, especialmente as medidas de combate à mortalidade infantil (SPB, 1941, p. 3).

Como podemos observar, a SPB e a LBCMI eram entidades coirmãs. A SPB funcionou como um órgão de caráter científico e profissional, destinado ao estudo e ao debate de questões de pediatria e puericultura. Em outubro do mesmo ano, a SPB criou o *Boletim da Sociedade de Pediatria da Bahia*, destinado à publicação de trabalhos científicos e à divulgação das sessões regulares da entidade.

Esse periódico teve somente três edições. Em setembro de 1931, ele foi remodelado e recebeu o nome de *Pediatria e Puericultura*. Com essa mudança, o periódico passou a ser órgão

oficial da LBCMI e da SPB, confirmando os vínculos estreitos entre a entidade assistencial e a sociedade científica. Essa característica se apresenta como um traço típico dessa fase da institucionalização da pediatria no Brasil, fase em que os órgãos de ensino, de assistência e de produção e divulgação do conhecimento científico formavam um só conjunto (OCAÑA e PERDIGUERO, 2006).

A revista *Pediatria e Puericultura* foi o primeiro periódico científico especializado em questões de pediatria prática na Bahia. Manteve intercâmbio com outros dois importantes periódicos do gênero no período, a revista *Archivos de Pediatria e Pediatria Prática*.

A revista *Pediatria Prática* foi pioneira no Brasil em termos de publicação de casos clínicos de pediatria. Sua primeira edição foi publicada no mês de abril de 1928, em São Paulo. Idealizada por um grupo de pediatras paulistas, o periódico reunia tanto pediatras paulistas quanto pediatras cariocas. Dentre os profissionais que mantinham publicações constantes na revista figuraram Mario Margarido Filho (Instituto Clínico de Dietética Infantil), Olindo Chiaffarelli (Instituto Clínico de Dietética Infantil), Luiz Barbosa (catedrático de Pediatria da FMRJ), entre outros.

A primeira edição da revista *Archivos de Pediatria* foi publicada em outubro de 1928, no Rio de Janeiro. Seu primeiro diretor científico foi Olympio Olinto de Oliveira (1866-1956), substituto de Antônio Fernandes Figueira na presidência da Sociedade Brasileira de Pediatria e na IHI, e congregava em seu corpo editorial os mais importantes pediatras cariocas do período, como Leonel Gonzaga (livre docente da FMRJ), Mario Olinto (pediatra do Abrigo-Hospital Arthur Bernardes), Martinho da Rocha (livre docente da FMRJ) etc.

A revista baiana também manteve intercâmbio com publicações de outros países. Essas três revistas exemplificam a dinâmica da institucionalização da pediatria no país na década de 1930 pelo intenso intercâmbio institucional e científico entre as comunidades de pediatras do Rio de Janeiro, São Paulo e Bahia, expresso pela publicação de artigos e pela referência constante aos principais nomes (Antônio Fernandes Figueira, Simões Correa, Joaquim Martagão Gesteira, Vicente Baptista, Olympio Olinto de Oliveira, Mario Olinto de Oliveira, entre outros) da pediatria brasileira nessas revistas.

3.1. A participação do estado no combate à mortalidade infantil

Após o movimento político que pôs fim à Primeira República, em outubro de 1930, teve início no país o governo provisório liderado por Getúlio Vargas, que, dentre as várias medidas tomadas, instituiu que cada estado do país deveria ser governado por um interventor de sua confiança. Entre outubro de 1930 e setembro de 1931, a Bahia passou por um período político bastante conturbado, chegando a ser governada por quatro interventores diferentes⁴². A estratégia utilizada por Getúlio Vargas para normalizar a situação política naquele estado foi a indicação do tenente cearense Juracy Montenegro Magalhães (1905-2001), que não possuía vínculos com nenhum grupo político baiano. Juracy Magalhães manteve-se no cargo de interventor federal na Bahia de 1931 a 1935, tornando-se governador eleito pelo voto no ano de 1935, permanecendo no cargo até 1937, quando teve início o Estado Novo.

O período da administração de Juracy Magalhães foi bastante significativo para o campo da assistência à saúde. Em sua autobiografia, enumera as ações postas em prática durante suas duas gestões:

No setor assistencial e de saúde pública, criou o Conselho de Assistência Social e o Departamento Estadual da Criança, o primeiro do Brasil; inaugurou postos de saúde pelo interior; iniciou a construção do Hospital Dantas Bião, de Alagoinhas; dotou a Maternidade Climério de Oliveira de um novo pavilhão, onde nasceu o filho Juracy; fez a Pupileira, o Lactário Martagão Gesteira, os postos de puericultura do Rio Vermelho e da Estrada da Liberdade; melhorou a situação do Hospício dos Alienados com a construção de um novo pavilhão; aparelhou Salvador com serviços de águas; iniciou a construção do Hospital do Pronto Socorro, que pretendia entregar à Faculdade de Medicina; subvencionou, dentro das possibilidades do Estado, a inúmeras obras assistenciais da Bahia, de iniciativa privada [...] (MAGALHÃES, J., 1957, pp. 36).

Todas essas ações não passaram despercebidas no restante do país, inclusive na capital, onde circulava o periódico *O Jornal*, que fez uma referência ao governo de Juracy Magalhães na Bahia, destacada por ele em sua biografia. Conforme indica o periódico, “onde a surpresa atinge o seu máximo, é no problema da assistência social, que tem merecido do governador especial carinho [...]. A Assistência Infantil, sob a direção de Martagão Gesteira, representa um milagre de organização que não pode ser excedido [...] (MAGALHÃES, J., 1957, pp. 56-57).

⁴² Esses interventores foram o Coronel Ataliba Osório, que governou de 25 a 30 de outubro de 1930; o engenheiro Leopoldo Amaral, que ficou no poder de 1º de novembro de 1930 a 18 de fevereiro de 1931; o médico Arthur Neiva, que governou a Bahia por 5 meses, até 15 de julho de 1931, e o general Raimundo Barbosa, que governou até setembro daquele ano.

Desde sua criação, em 1923, a Liga manteve estreitas relações com o poder público. A criação da entidade esteve diretamente relacionada à instalação do SHI, órgão subordinado aos serviços federais de higiene infantil mantidos pelo DNSP, na Bahia. Dois anos mais tarde, em 1925, a LBCMI pode, por meio da Diretoria de Higiene Infantil e Escolar (DHIE), manter uma relação mais aproximada com o governo estadual. Nessas relações mantidas entre a Liga, o SHI e a DHIE coube à entidade benemerente o papel de prestação de assistência, e aos órgãos públicos, o papel fiscalizador dessas ações, como vimos no capítulo anterior.

Em 1929, Martagão Gesteira realizou uma missão de estudos na Europa, a pedido do governo baiano, com o objetivo de conhecer as diferentes modalidades de obras de amparo à maternidade e à infância existentes naquele continente. Durante sua estadia na Europa, Gesteira pode observar que as ações filantrópicas existentes no Brasil, de assistência às gestantes, parturientes e recém-nascidos, eram análogas àquelas observadas nos países que ele havia visitado⁴³, com exceção da participação do poder público na coordenação e amparo dessas obras, que no Brasil era ínfimo. Ainda de acordo com o pediatra, “a ausência de diretrizes uniformes era o motivo pelo qual, apesar das inúmeras iniciativas filantrópicas existentes, o Brasil produzia resultados pouco satisfatórios com relação à proteção materno-infantil” (GESTEIRA, 1943, p. 442).

Desse modo, ao retornar ao Brasil, Gesteira estava certo de que era preciso buscar uma maior participação do poder público, não apenas utilizando as entidades filantrópicas para secundar a prestação de assistência, mas também exigindo uma maior participação do Estado em termos de montagem de uma administração centralizada dos serviços de assistência materno-infantis, que pudesse integrar os serviços existentes.

Com a crise política instaurada no Brasil em 1930, que se prolongou na Bahia até 1931, as relações estabelecidas entre o governo estadual e a LBCMI foram suspensas. Entretanto, com a solução do problema político, não tardou para que a entidade retomasse a relação mantida com o poder público estadual. Alguns meses após assumir a interventoria do estado da Bahia, Juracy Magalhães aprovou o decreto n.º 7.878-A, de 21 de dezembro de 1931, pelo qual criou o Departamento de Saúde Pública.

⁴³ Nessa viagem, Martagão Gesteira visitou os seguintes países: França, Bélgica, Holanda, Itália, Alemanha, Áustria e Alemanha.

O novo departamento teve a seguinte organização: a Diretoria-Geral, o Serviço da Capital e o Serviço do Interior. A Diretoria-Geral também apresentou subdivisões⁴⁴, dentre elas, as Inspetorias Técnicas de Higiene Infantil (ITHI) e a Inspetoria Técnica de Higiene Escolar (ITHE). Os serviços das inspetorias técnicas criadas pelo novo decreto ficaram distribuídos pelos Centros de Saúde⁴⁵ da capital e obedecia às instruções técnicas de seus respectivos inspetores. (MAGALHÃES, J., 1932, p. 75-76).

Para execução dos trabalhos da ITHI o governo do estado firmou acordo com a LBCMI, a partir do qual a entidade ficaria responsável pelos serviços profiláticos de higiene infantil a serem prestados nos Centros de Saúde estaduais. Em contrapartida, o estado comprometeu-se a financiar a construção do abrigo maternal da entidade (MAGALHÃES, J., 1932, p. 78-81).

A participação do governo estadual na subvenção de obras de assistência à infância foi intensificada pela Mensagem de Natal emitida por Getúlio Vargas, em 1932. Nesse documento, o presidente ressaltava o caráter patriótico que a proteção à infância significava por estar relacionada com o aperfeiçoamento da raça e com o progresso do país.

Em 1933, a ITHI expandiu sua atuação, passando a operar no dispensário para tratamento de crianças atingidas pela tuberculose, em parceria com a Liga Baiana contra a Tuberculose; no consultório de higiene infantil do Instituto Arnaldo Baptista Marques, sede da LBCMI e nos três postos de higiene localizados na capital (MAGALHÃES, J., 1934). A criação desses postos de higiene atendia à recomendação dos pediatras de separar o atendimento médico de adultos, prestado nos Centros de Saúde, do atendimento médico infantil. Em suas instalações foram construídas cantinas maternais, para alimentar mães e gestantes que frequentavam as consultas e um lactário, para distribuição de leite às crianças matriculadas nesses postos (MAGALHÃES, J., 1934, p. 16).

A mais relevante contribuição do governo do estado às obras de assistência social na Bahia foi a organização da Federação de Obras de Proteção e Assistência Social (FOPAS). Esse

⁴⁴ A Diretoria-Geral era subdividida em dois serviços (um da capital e um do interior), uma Secretaria, um Almoxarifado Geral, um Serviço de Locomoção e Oficinas e nove Inspetorias (Engenharia Sanitária, Higiene Infantil, Higiene Escolar, Lepra e Doenças Venéreas, Tuberculose, Higiene do Trabalho e Policiamento dos Alimentos, Laboratório, Doenças Infectuosas e Epidemiologia e Demográfica), além dos serviços de propaganda sanitária e fiscalização do exercício da Medicina, Farmácia e profissões congêneres, diretamente subordinadas ao Assistente do Diretor-Geral (MAGALHÃES, J., 1932, p. 75).

⁴⁵ Os centros de saúde eram órgãos de coordenação de todas as atividades sanitárias que ocorriam dentro da capital do estado, que foi dividida em três áreas, cada uma contando com um centro de saúde.

órgão foi criado pelo decreto n.º 8. 889, de 10 de abril de 1933, e tinha como fim colocar em prática um plano sistemático de assistência.

Conforme nos indica Magalhães, a concepção desse órgão teve origem na deficiência de leitos hospitalares para a população baiana, que dispunha apenas de 640 leitos para, aproximadamente, 4 milhões de habitantes. Os leitos existentes pertenciam, em sua maior parte, às iniciativas caritativas e filantrópicas, mas dependiam amplamente da subvenção pública (MAGALHÃES, J., 1934, p. 97).

Devido aos grandes problemas orçamentários enfrentados pelo estado, a solução encontrada para que essas entidades continuassem seus trabalhos assistenciais foi a criação de uma tributação específica sobre a venda da carne, para subvencionar a manutenção e ampliação das obras de assistência social e à saúde. Esse tributo era administrado pela FOPAS, que possuía direção autônoma e um conselho central, formado por médicos, que decidiam que entidades seriam federalizadas, ou seja, que receberiam auxílio financeiro do órgão.

No primeiro ano de funcionamento, a Federação arrecadou 200:000\$000 e dividiu esse recurso entre os seguintes federalizados: as Santas Casas de Valença e Itabuna, a Sociedade São Vicente de Paulo de Itabuna, a Associação Devotos de Santo Antonio, a LBCMI, a Casa Pia e Colégio dos Órfãos de São Joaquim, o Leprosário Rodrigo de Menezes, o Hospital São João de Deus, o Serviço de Socorros de Urgência e o Asilo de Mendicidade. No ano seguinte, foram federalizadas as seguintes entidades: as Santas Casas de Salvador, Ilhéus, Nazaré, Conquista, Joazeiro, Cachoeira, Feira de Santana, Esplanada, Alagoinhas, Amargosa; os Asilos dos Humildes, de Nossa Senhora de Lourdes, das Filhas de Ana, do Desterro e da Lapa; a Sociedade de Defesa Contra a Lepra e a Sociedade de São Vicente de Paula.

Todas essas entidades prestavam contas sobre a utilização dos recursos recebidos pela Federação de Obras de Proteção e Assistência Social. A LBCMI recebia a quantia anual de 6:000\$000, em apólices do estado. Foi por meio desse órgão que a LBCMI pode solicitar apoio financeiro do governo para a construção do complexo de assistência materno-infantil que a entidade almejava instalar no terreno do Asilo dos Expostos, da SCMBA.

Em 1935, ocorreu uma nova reforma na administração pública estadual. Por meio do Decreto N.º 9. 471, de 22 de abril, foi criada a Secretaria de Educação, Saúde e Assistência Pública, dirigida pelo Dr. Antônio Luiz de Barros Barreto. Essa secretaria foi dividida em quatro departamentos técnicos: Departamento de Educação, Departamento de Saúde, Departamento de

Assistência Social e Departamento da Criança (MAGALHÃES, J., 1936, p. 31). Esses departamentos eram independentes entre si.

O Departamento Estadual da Criança (DEC) foi entregue a Martagão Gesteira e destinava-se a promover e executar medidas de amparo à maternidade e à infância. (MAGALHÃES, J., 1936, p. 32). Dividia-se em duas inspetorias técnicas: a de assistência maternal e infantil e a de assistência médico-escolar.

Os serviços até então dirigidos pela ITHI e pela ITHE foram automaticamente transferidos para o DEC. Com isso, no ano de sua inauguração, o Departamento possuía seis postos de puericultura (três deles eram os antigos postos de higiene onde funcionavam a ITHI e a ITHE; um era a Policlínica Arnaldo Baptista Marques e dois foram construídos especificamente para esse fim, localizados no Rio Vermelho e na Liberdade). Esses postos eram dotados de consultórios de gestantes, consultórios de lactentes, consultórios de pré-escolares e escolares, um pequeno lactário e uma cantina maternal (LBCMI, s.d).

Além desses postos, o DEC subvencionou o Lactário Júlia de Carvalho, distribuindo mil doses diárias de alimentos (leite materno, leite de vaca, leite de coco, mingaus etc.) e construiu outros dois lactários, em menores proporções que o Lactário Júlia de Carvalho, um localizado em Massaranduba e outro em São Caetano.

O DEC foi o primeiro órgão autônomo de defesa e assistência materno-infantil instalado pelo poder público no Brasil. Com sua criação, Gesteira conseguiu concretizar seus planos de montar um órgão que centralizasse a administração de todos os serviços de assistência à infância existentes na Bahia, permitindo que eles atuassem de forma articulada, integrando a ação assistencial promovida por cada órgão.

3.2 - A lógica da assistência científica: o Abrigo Maternal, o Abrigo de Meninos, a Pupileira, o Lactário e o Museu de Higiene

Em 1933, a LBCMI e a SCMBA realizaram uma revisão no convênio assinado em 1930. Por essa remodelação foram acrescentados ao acordo original os seguintes itens:

11ª – À Liga fica reconhecido o direito de promover às suas expensas ou de terceiros, a construção de pavilhões em terrenos do Asilo dos Expostos, destinados a abrigo maternal, salas de observação, lactário e outros fins de utilidade da obra de assistência infantil, em que se acha empenhada de colaboração com a Santa Casa, uma vez que por

esta sejam previamente aprovados os respectivos projetos, e daí não lhe advenham, a ela Santa Casa, quaisquer ônus, ou mesmo, aumento de despesas;

12ª – O lactário será destinado ao preparo científico do leite e dos alimentos, medicamentos destinados aos expostos, ficando, entretanto, reconhecido à Liga o direito de preparar ali, a suas custas, os alimentos, medicamentos que precisar distribuir nos seus ambulatórios, não podendo em tempo algum a Santa Casa opor-se a isso uma vez que ali não resulte qualquer dano, encargo ou despesa para a Santa Casa [...] (LBCMI, 18 de maio de 1933).

Com a anexação desses artigos ao contrato original firmado entre as entidades, a Liga pode ampliar o Abrigo Maternal já existente no Instituto Baptista Marques e expandir a capacidade de produção da cozinha de lactentes, também instalada no instituto, transformando-a em um lactário.

A LBCMI optou ainda por instalar um Museu de Higiene Infantil no terreno da Santa Casa, criando um lugar específico para a educação maternal. Até então a orientação das mães em matéria de higiene infantil ocorriam nos corredores e nas salas dos próprios consultórios da Liga. Esse serviço atendeu também aos alunos da FMBA, às alunas do curso de enfermeiras mantido pela LBCMI e à população em geral.

Dos serviços instalados pela Liga na SCMBA, o Abrigo de Meninos e a Pupileira foram os únicos que serviam exclusivamente às crianças abandonadas, sendo os únicos serviços que até então nunca haviam sido oferecidos pela entidade.

A escolha dos serviços para compor o complexo de assistência à saúde da infância da LBCMI não foi aleatória. O programa puericultor da Liga, que preconizava a educação maternal e a profilaxia dos distúrbios alimentares por meio da propaganda intensiva de higiene infantil e da distribuição de alimentos preparados dentro dos padrões higiênicos, certamente contribuiu para a escolha dos serviços do Lactário e do Museu de Higiene Infantil. Já a escolha do Abrigo Maternal pode ser explicada pela necessidade de ampliação do serviço de assistência socioeconômica prestado àquelas mulheres que não possuíam meios para cuidar de seus filhos recém-nascidos.

A luta contra o abandono de crianças acrescentou ao programa puericultor da LBCMI a necessidade de amparar as mães mais desfavorecidas para que pudessem criar seus filhos. Segundo o obstetra francês Alexandre Couvelaire:

1º – É preciso que toda mulher tenha a possibilidade de cumprir integralmente a função maternal – gestação, parturição, amamentação – nas melhores condições morais e materiais possíveis.

2º – É preciso que a mãe e o filho sejam protegidos durante toda a extensão daquela simbiose que começa com a fecundação e se termina com a desmama.

3º - É preciso que a maternidade não seja, para mulher alguma, nem uma deshonra, nem um encargo difícil de suportar (GESTEIRA, 1943, p. 442).

A lógica da assistência científica consistia na manutenção do funcionamento interligado dos serviços que contribuía para o combate à mortalidade infantil, atacando as causas identificadas pelos pediatras como causadoras dessas mortes, ou seja, a falta de instrução maternal e os distúrbios alimentares dos lactentes. A essas causas somou-se o problema socioeconômico identificado como um dos causadores do abandono infantil, o desamparo materno. Por fim, a esses serviços somavam-se aqueles de assistência social e à saúde das crianças abandonadas, fechando o amplo ciclo de serviços assistenciais oferecidos pela LBCMI.

A instalação do Abrigo de Meninos e da Pupileira tinha como objetivo assistir aquelas crianças cujo abandono, mesmo com todo o aparato científico oferecido pela LBCMI ao exercício da maternidade, não conseguiu ser evitado. Esses serviços tinham como fim, respectivamente, receber as crianças abandonadas e criar os lactentes entre 0 e 2 anos de idade.

O Abrigo Maternal era, podemos assim dizer, a porta de entrada para os serviços de assistência materno-infantis oferecidos pela Liga. Era responsável por receber mulheres desamparadas por suas famílias e pelo pai de seu filho. Lá elas eram instruídas em noções de higiene infantil que lhes permitiam cuidar de seus bebês dentro dos padrões preconizados pela puericultura. O Abrigo Maternal mantinha relação direta com o Museu de Higiene Infantil, pois neste último espaço as mães eram orientadas a cuidar de seus filhos da maneira cientificamente correta. Da mesma forma que ocorria com o Museu de Higiene Infantil, o Abrigo Maternal também mantinha relação com o serviço realizado no Lactário. As mães acolhidas no Abrigo serviam como nutrizas ao serviço de coleta de leite materno do Lactário.

A distribuição de alimentos feita pelo Lactário era outra forma de acesso da população à assistência oferecida pela LBCMI. Por meio dele centenas de litros de leite eram entregues em diversos pontos da cidade de Salvador para as crianças inscritas nos consultórios, postos, centros de saúde etc. Esse serviço atuava na prevenção dos distúrbios alimentares, causa mais comum de morbidade e mortalidade infantil entre crianças de 0 a 2 anos de idade naquele período.

Mesmo uma pessoa que não era assistida pela Liga podia ter contato com uma das faces do seu programa de educação em questões de higiene infantil, pois o Museu era aberto ao público em geral.

Para as crianças abandonadas, o mecanismo de entrada nos serviços assistenciais da LBCMI era por meio da Roda, mais tarde substituída pelo Escritório de Admissão. Depois de serem recebidas, eram encaminhadas ao Abrigo de Meninos, onde permaneciam em quarentena até possuírem condições de serem transferidas para a Pupileira. Como podemos perceber, todos os serviços que compunham o complexo de assistência à saúde da infância implantado pela LBCMI funcionava de forma articulada.

O complexo assistencial instalado pela LBCMI estabelecia a articulação entre cada um dos serviços que atendiam às necessidades específicas das crianças, desde seu nascimento, tendo como foco a manutenção dos vínculos entre mãe e filho e a educação da mulher para o exercício higiênico da maternidade.

A construção do complexo de assistência materno-infantil da LBCMI, iniciado com a inauguração do pavilhão Arnaldo Baptista Marques, teve continuidade nos anos de 1934 e 1935, quando foram inaugurados quatro edifícios, especialmente construídos para abrigar os novos serviços assistenciais da entidade. Esses novos serviços eram: o Abrigo Maternal, a Pupileira, o Lactário e o Museu de Higiene. A organização desses serviços tornou-se possível após a revisão do acordo assinado entre a LBCMI e a SCMBA, em 1933, e contou com subsídios do governo estadual e da filantropia particular.

O conjunto arquitetônico foi construído segundo as técnicas higiênicas recomendadas pelos médicos para as construções hospitalares, desde a segunda metade do século XIX. Nessas edificações podemos observar diversos elementos constitutivos que buscavam solucionar questões impostas pelo higienismo, como, por exemplo, o uso de pavilhões de isolamento para doenças infectocontagiosas ou separação por sexo, como ocorreu nas enfermarias do Asilo dos Expostos ou o uso de grandes janelas, varandas e pé direito alto para facilitar a circulação de ar nos quartos (COSTA, R., 2008, pp. 124-125).



Fotografia 3 – Um dos quartos do Abrigo de Meninos – Deção D. Sophia Costa Pinto – Acervo da Liga Álvaro Bahia contra a Mortalidade Infantil.

Como mostra a Fotografia 3, os prédios construídos para a instalação do complexo assistencial da LBCMI possuíam pé direito alto, janelas amplas e piso cerâmico; atendendo, portanto, todas as exigências da boa higiene ambiental.

O Pavilhão Martagão Gesteira foi inteiramente construído com recursos do governo estadual da Bahia, com a renda obtida através de impostos sobre jogos lícitos (ESTADO DA BAHIA, 14 de abril de 1933). Nesse Pavilhão funcionaram dois serviços: o Abrigo Maternal e o Abrigo de Meninos. Os mobiliários e aparelhos utilizados por esses serviços foram adquiridos com donativos de filantropos da elite baiana. O primeiro serviço foi equipado com o donativo feito pelo comendador Fernando Martins Catharino e recebeu o nome de Seção D. Úrsula Catharino. O segundo foi equipado por meio da doação do consócio e diretor da FMBA, Carlos de Aguiar Costa Pinto, que doou a quantia de 10:000\$000, e recebeu o nome de seção D. Sophia Costa Pinto (LBCMI, 1933).

Para a construção do Lactário, contribuíram os irmãos Manoel Joaquim, Armando Joaquim e Carlos Joaquim de Carvalho, herdeiros da casa comercial Manoel Joaquim de

Carvalho & Companhia, antigos beneméritos da entidade. Em homenagem aos filantropos, o Lactário recebeu o nome de Júlia de Carvalho, mãe dos generosos comerciantes (LBCMI, 1933).

Por fim, o Museu de Higiene foi instalado com o donativo do Sr. Epiphanyo José de Souza e recebeu o nome de Museu Áurea de Souza Simas, em homenagem à memória da filha de seu patrocinador (LBCMI, 1933).

Diferentemente do que ocorreu na primeira fase, as doações recebidas pela LBCMI após 1930 passaram a ser mais abundantes e reservadas a um fim específico: financiar a construção dos edifícios e a aquisição de equipamentos e mobiliários necessários para o funcionamento do complexo puericultor da LBCMI, que estava sendo erguido no terreno do Asilo dos Expostos.

A inauguração solene do Abrigo Maternal, do Lactário e do Museu de Higiene ocorreu no dia 15 de abril de 1934. A cerimônia foi conduzida pelo interventor federal do estado, Juracy Montenegro Magalhães, por Martagão Gesteira e pelo provedor da SCMBA, Arthur Newton de Lemos. Para a solenidade foram convidadas diversas autoridades baianas e de outros estados, como representantes do Departamento de Saúde Pública de Pernambuco. Estiveram também presentes membros da elite médica que, a pedido de Juracy Magalhães, formaram uma comissão para acompanhar a inauguração de diversos serviços de saúde que ocorreram naquela mesma ocasião. Essa comissão foi formada pelos médicos Dr. Antônio Cardoso Fontes (1879-1943), do Instituto Oswaldo Cruz, Dr. Heitor Annes Dias (1884-1943), catedrático de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, Dr. Arthur de Sá (1884-1941) e José Martinho da Rocha (1899-1977), docente de Clínica Médica Pediátrica da FMRJ e chefe da seção de clínica infantil do Hospital São Sebastião.

3.2.1 – Pavilhão Martagão Gesteira: o Abrigo Maternal e o Abrigo de Meninos

Logo após a inauguração, em abril de 1934, o Pavilhão Martagão Gesteira iniciou suas atividades. Como dissemos acima, esse Pavilhão recebeu dois serviços distintos, o Abrigo Maternal, seção D. Úrsula Catharino, e o Abrigo de Meninos, denominado D. Sophia Costa Pinto. Na ala central ficava instalado o Abrigo Maternal e nas duas alas laterais, o Abrigo de Meninos (LBCMI, s.d.).

As dependências do Abrigo de Meninos contavam com acomodações para enfermeiras, salas de banhos, salas de curativos e exames, solário e duas enfermarias, com 15 leitos cada uma,

denominadas: sala filtro e sala aberta (LBCMI, s.d.). O Abrigo tinha capacidade para receber 30 crianças: 15 crianças por mês na sala de filtro, na qual o tempo de permanência era de 21 dias, e 15 crianças na sala aberta, por tempo indeterminado, pois dependia-se da disponibilidade de vagas no Asilo dos Expostos e, posteriormente, na Pupileira Juracy Magalhães.

Esse serviço era dirigido pelo Dr. Bráulio Xavier, pediatra responsável pelo atendimento aos recém-chegados (A TARDE, 14 de abril de 1934). O Abrigo de Meninos correspondia ao segundo estágio de assistência dentro da lógica científica do modelo médico-social implantado pela LBCMI no Asilo dos Expostos (o primeiro passo era o da recepção do “enjeitado”, que veremos adiante). Era considerado um “órgão de proteção”, por resguardar a manifestação de doenças contagiosas entre as crianças asiladas.

O funcionamento do Abrigo de Meninos obedecia ao seguinte procedimento: a criança era acolhida pela Roda (ou Escritório de Admissão) e levada para a sala filtro. Lá recebia atendimento médico e era acomodada em um dos leitos de isolamento. Permaneciam na sala por 21 dias, aguardando a manifestação de alguma possível doença. Terminado esse período, as crianças sadias eram encaminhadas para a sala aberta, onde permaneciam até serem transferidas para o Asilo dos Expostos (ou Pupileira). No caso de apresentar alguma doença, a criança era transferida para a enfermaria Santa Teresinha, localizada no Asilo dos Expostos, onde eram atendidos os “enjeitados” que adoeciam (PEDIATRIA & PUERICULTURA, 1934, p. 327).

As instalações do Abrigo Maternal contavam com quartos, com capacidade para receber até três mães cada um deles, sala de estar, sala de banho, refeitório, varanda e um hall de entrada. No total, o Abrigo tinha capacidade para receber 12 mães simultaneamente (LBCMI, s.d.).

O Abrigo Maternal não era um serviço inédito na Bahia. Desde 1929 LBCMI mantinha em Salvador um serviço semelhante em funcionamento. O que ocorreu em abril de 1934 foi, na prática, a transferência do Abrigo Maternal do Instituto Batista Machado para o Pavilhão Martagão Gesteira.

A finalidade deste órgão era receber mulheres desamparadas por suas famílias ou pelo pai de seu filho e que não possuísse recursos que lhe permitissem seu sustento e o de seu filho. Para os pediatras da LBCMI, essas mulheres, em situação de desespero, certamente recorreriam ao abandono de seu bebê como solução para seu problema. O Abrigo Maternal agia em socorro a essa mulher, acolhendo-a e, conseqüentemente, protegendo seu filho, evitando que fosse abandonado.

Em geral as mulheres recebidas no Abrigo Maternal chegavam lá após o parto, encaminhadas pela maternidade ou pelos postos de puericultura, onde tomavam conhecimento da existência do serviço de assistência maternal oferecido pela Liga. (GESTEIRA, 1943, p. 447). Uma vez admitidas, as mães, acompanhadas de seus filhos, eram acomodadas em dormitórios e recebiam vestimentas esterilizadas.

Durante o tempo de permanência no serviço, que durava em média entre 4 e 5 meses, as mães recebiam instrução em higiene infantil e em técnicas de asseio e cocção, em aulas ministradas no Museu de Higiene Áurea de Souza Simas (GESTEIRA, 1943, p. 452). As técnicas aprendidas começavam a ser utilizadas já no período de permanência no Abrigo, para que as mães assimilassem os ensinamentos adquiridos e fossem capazes de reproduzi-los quando deixassem a instituição.

Na fotografia 4 temos um exemplo de como as instruções recebidas eram praticadas pelas mães.



Fotografia 4 – Quarto das nutrizes – Pavilhão Martagão Gesteira – Acervo da Liga Álvaro Bahia contra a Mortalidade Infantil

Como podemos observar na fotografia 4, toda a roupa de cama e as vestimentas utilizadas pelas mães (e também pelos bebês) eram brancas, para que pudesse ser facilmente identificada

alguma sujeira. O quarto também era limpo, organizado e as janelas permaneciam abertas para entrada de luz e circulação de ar. Os berços eram colocados próximos à cama, para que as mães vigiassem seus filhos permanentemente.

O Abrigo Maternal era dirigido pelos Drs. Álvaro Bahia e Bráulio Xavier (A TARDE, 14 de abril de 1934). Não temos informações sobre a possível equipe que trabalhava nesse serviço, entretanto, sabemos que as próprias mães acolhidas eram responsáveis pelas tarefas de limpeza e arrumação das dependências do Abrigo, “para que não adquirirem hábitos de ociosidade” (GESTEIRA, 1943, p. 452).

As mães abrigadas também recebiam uma remuneração mensal, cujo valor era de 30\$000, pagos pela SCMBA. Essa remuneração tinha como objetivo garantir condições mínimas para que as mães se dedicassem a cuidar de seu filho em tempo integral, sem a necessidade de trabalhar. Conforme explica Gesteira, a Liga seguia à risca a fórmula de Lagneau: toda mãe deveria ser a “ama de leite paga de seu filho” (GESTEIRA, 1943, p. 451).

Ao benefício monetário poderia ser acrescentada uma poupança em dinheiro, desde que a mãe acolhida no Abrigo estivesse em boas condições de saúde e doasse as sobras de seu leite para a alimentação das crianças recebidas no Abrigo de Meninos, instalado no Pavilhão Martagão Gesteira, e para as crianças asiladas na Pupileira Juracy Magalhães. Esse dinheiro era retirado no dia em que a mulher deixava o Abrigo Maternal e destinava-se a custear as primeiras despesas até que ela arrumasse algum emprego (GESTEIRA, 1943, p. 451).

O Abrigo Maternal foi um dos serviços da Liga instalados no terreno do Asilo dos Expostos. Seu propósito era combater a mortalidade infantil por meio da “profilaxia do enjeitamento”. O desamparo das mulheres após o parto era identificado pelos médicos e pelos filantropos como uma das causas do abandono infantil. Para evitar o abandono, o Abrigo Maternal acolhia e educava as mães para que se tornassem capazes de cuidar de seus filhos segundo os preceitos da higiene infantil. Para se combater a mortalidade era imprescindível evitar, antes de tudo, o abandono.

Segundo o presidente da LBCMI, os abrigos maternais “[eram] obras [...] admiráveis de puericultura, pela sua eficiência e pelas múltiplas finalidades a que servem: amparo às mães solteiras; luta contra a mortalidade infantil; profilaxia do enjeitamento” (GESTEIRA, 1943, p. 447).

Além de um órgão destinado ao combate da mortalidade infantil, por meio da profilaxia do abandono, o Abrigo Maternal tinha como função fornecer leite natural àquelas crianças que necessitassem desse alimento. Por esse motivo funcionava de forma articulada ao Lactário Júlia de Carvalho, local onde era retirado o leite materno, e ao Asilo dos Expostos (e depois à Pupileira Juracy Magalhães) principal, local para onde esse leite era destinado.

3.2.2 – Lactário Júlia de Carvalho

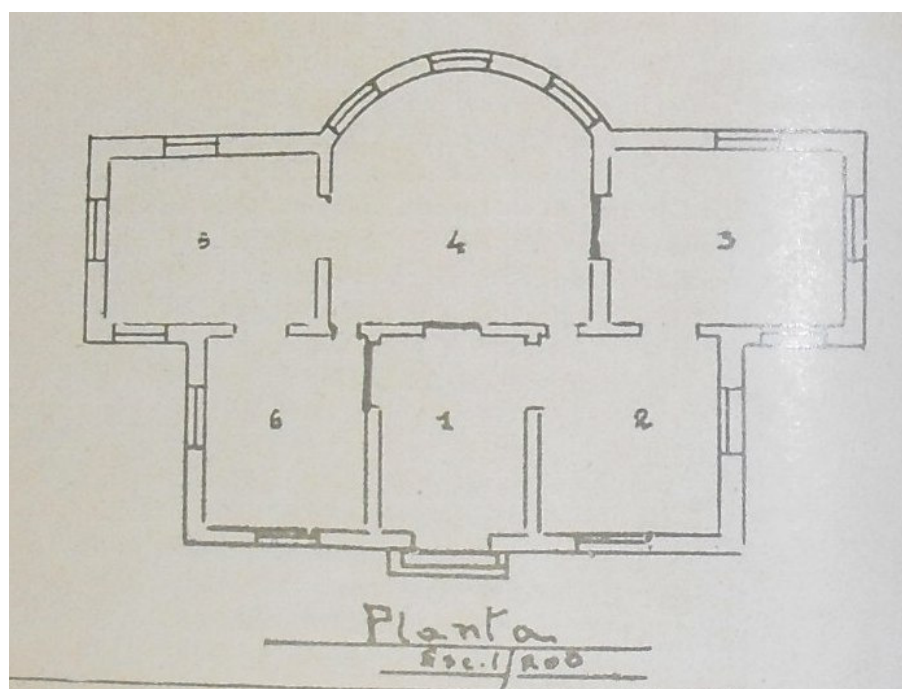
Inaugurado no mesmo dia que o Abrigo Maternal (15 de abril de 1934), o Lactário Júlia de Carvalho funcionou como serviço central de fornecimento de alimentos da LBCMI e da ITHI (do Departamento de Saúde Pública do Estado da Bahia) e, mais tarde, do Departamento Estadual da Criança da Bahia. O alimento preparado no Lactário era esterilizado e destinado às crianças com até 2 anos de idade, atendidas pelos consultórios de lactentes e pela policlínica da LBCMI, pelos Centros de Saúde do governo estadual e pelo Asilo dos Expostos da SCMBA.

Tal como o Abrigo Maternal, o Lactário não era uma obra nova na Bahia. Desde os primeiros meses após sua instalação em 1923, a LBCMI mantinha uma cozinha de lactentes para servir de espaço de demonstrações práticas de preparo de alimento infantil às mães impossibilitadas de amamentar ou aquelas que necessitassem complementar a alimentação de seus filhos. A cozinha de lactentes preparava também alimentos para distribuir entre as crianças atendidas pelo Consultório de Lactentes Regina Helena e pela Creche Fernandes Figueira. Após a parceria estabelecida entre a LBCMI e o governo do Estado, através da ITHI, a entidade se responsabilizou pela orientação técnica para a organização de um pequeno lactário em cada Centro de Saúde existente na Bahia.

De acordo com Gesteira, cada consultório de lactentes deveria possuir um lactário, ou uma cozinha de lactentes, anexo ao serviço. Caso isso não fosse possível, deveriam contar com pelo menos um lactário central que pudesse atender suas requisições. Ainda segundo o pediatra, era recomendado que esse serviço seguisse um forte rigor higiênico em suas instalações dado seu papel educativo (GESTEIRA, 1943, p. 434). O Lactário Júlia de Carvalho funcionou como o serviço central de fornecimento de alimentos infantis da Liga; devido a sua produção em larga escala e ao uso de aparelhos industriais, suas dependências não serviram de espaço de instrução maternal.

A diferença entre o Lactário Júlia de Carvalho e os demais lactários que funcionavam nos Centros de Saúde eram o aparelhamento do primeiro e sua capacidade de produção de alimentos. O Lactário Júlia de Carvalho contava com aparelhos elétricos e autoclave para desinfecção de vasilhames, bomba para ordenha de leite materno, balança automática para pesagem de alimentos, espremedor de frutas elétrico, cortador de legumes e espremedor de batatas (também elétricos), fogão elétrico, uma geladeira e um refrigerador (PEDIATRIA & PUERICULTURA, 1934, p. 325).

Do mesmo modo que o Pavilhão Martagão Gesteira, o prédio do Lactário Júlia de Carvalho foi construído seguindo o plano traçado pelo presidente da Liga. Na planta 1, observamos como era a organização física do prédio.



Planta 1: Planta do Lactário Júlia de Carvalho. Fonte: Pediatría e Puericultura, 1934, p. 327.

Dotado de uma arquitetura modelar, o Lactário era composto por 6 salas, como observamos na Imagem 1: sala do expediente (1), sala da ordenha de leite humano (2), sala de esterilização de vasilhame (3), sala de manipulação de alimentos (4), sala de preparo de alimentos (5), sala de dosagem e conservação (6). Todos esses ambientes eram “amplamente iluminados,

rigorosamente azulejados, e pintados no teto e parte alta das paredes de azul, para o combate às moscas” (PEDIATRIA & PUERICULTURA, 1934, p. 325).

A sala do expediente e a sala de ordenha de leite humano eram as únicas salas às quais pessoas estranhas ao serviço tinham acesso. Na sala do expediente ficava a enfermeira-chefe do Lactário, que dali mesmo podia vigiar as salas de manipulação de alimentos e a sala de dosagem e conservação, devido a um vidro que isolava as salas, mas que permitia a visualização de seus interiores. A sala de esterilização de vasilhame (3) não tinha comunicação com a sala de preparo de alimentos (4), para que não houvesse riscos de contaminação dos alimentos. As vasilhas esterilizadas eram passadas para a sala 4 por meio de um balcão de mármore que fazia a ligação entre elas. As salas de manipulação, preparo, dosagem e conservação de alimentos funcionavam em ambientes separados, porém com livre acesso entre eles (PEDIATRIA & PUERICULTURA, 1934, p. 325).

Na sala de ordenha de leite humano ficava instalada a bomba elétrica para ordenha asséptica de leite materno (PEDIATRIA & PUERICULTURA, 1934, p. 325). Apenas a LBCMI e o Hospital-Abrigo Arthur Bernardes possuíam essa máquina no Brasil, e, segundo Martagão Gesteira, o Lactário Júlia de Carvalho foi o único do país a fazer distribuição de leite natural (GESTEIRA, 1943, pp. 438-439). Na Fotografia 5 observamos uma cena de como a ordenha era realizada.



Fotografia 5 – Sala da ordenha de leite humano – Lactário Júlia de Carvalho – Acervo da Liga Álvaro Bahia contra a Mortalidade Infantil.

Esse leite era destinado às crianças que viviam no Asilo dos Expostos e no Abrigo Maternal. Entretanto, também destinava-se a outras crianças que necessitassem desse tipo de alimento, como os nascidos prematuros. Como vimos no item anterior, o leite era obtido por meio da ordenha das mães acolhidas no Abrigo Maternal. Após a criação do DEC, em 1935, o Lactário passou a coletar também leite materno de mulheres de fora do Abrigo Maternal.

Com a implantação do sistema de ordenha a Liga deu novo significado ao sistema de amamentação mercenária. O antigo costume de entregar um bebê para criação ou de empregar amas de leite para realizar o serviço de amamentação no Asilo dos Expostos foi substituído pelo uso do leite materno coletado por meio de aparelhos das agora denominadas “nutrizes”. Da mesma forma que as amas de leite, as nutrizes também recebiam uma remuneração pelo leite coletado; contudo, a doadora passava por exames de saúde e podia dispor somente do leite excedente, ou seja, aquele que não faria falta ao seu filho.

Em função do papel estratégico do lactário no combate à principal causa de mortalidade infantil – os problemas alimentares – sua direção estava sob responsabilidade direta de Martagão Gesteira (A TARDE, 14 de abril de 1934). Além disso, a chefia do serviço coube à enfermeira D.

Elverina Gomes, formada pela Escola de Enfermagem Ana Nery e vinculada ao Departamento Nacional de Saúde – órgão do Ministério da Educação e Saúde – requisitada pelo governo estadual, a pedido da LBCMI. A profissional era responsável pela orientação técnica do preparo dos alimentos e dos métodos utilizados para o preparo das fórmulas solicitadas pelos médicos (PEDIATRIA & PUERICULTURA, 1934, p. 326).

Não identificamos nas fontes como foram constituídas as equipes que trabalharam nesse serviço, apenas menções à exigência de contratação da enfermeira chefe (que deveria ser formada pela Escola Ana Nery). Com relação ao restante da equipe, integralmente formada por mulheres (como podemos observar nas fotos do serviço), acreditamos que fossem formadas em cursos organizados pela própria LBCMI, realizado no Museu de Higiene Infantil Áurea de Souza Simas, como ocorreu com os demais serviços instalados pela entidade.

O Lactário Júlia de Carvalho era um serviço essencial para a manutenção dos serviços prestados pela LBCMI no complexo assistencial montado na SCMBA, pois fornecia alimentos para todas as crianças assistidas pela Liga e pelo Asilo dos Expostos e coletava o leite doado pelas mães do Abrigo.

Esse serviço atuava duplamente no combate à mortalidade infantil. Primeiro por distribuir alimentos cientificamente preparados para atender às necessidades nutritivas de lactentes e crianças atendidas pelo Asilo dos Expostos, pelos postos da LBCMI e pelos Centros de Saúde do governo estadual. Como vimos no Capítulo 2, as maiores causas de morbidade e mortalidade infantis derivavam de problemas alimentares, que se desdobravam em outras desordens. O Lactário também atuava no combate à mortalidade infantil por ser um órgão de prevenção do abandono. Além do desamparo materno, a situação de miséria em que muitas famílias viviam era identificada como mais uma das causas do abandono de crianças. A distribuição de leite àquelas famílias que não tinham condições de alimentar seus filhos era uma forma de evitar o abandono.

Entre meados do mês de abril de 1934, quando o serviço foi inaugurado, até dezembro do mesmo ano foram distribuídos 57.620 frascos de alimentos vários (leite, cálcio, mingau de manteiga, leite de coco etc.) – a multiplicidade de fórmulas produzidas pelo Lactário visava a atender a grande demanda por regimes alimentares específicos entre as crianças beneficiadas (MAGALHÃES, 1935, p. 17). Em 1935 o número de frascos de alimentos distribuídos subiu para 118.806 (MAGALHÃES, 1936, p. 57).

3.2.3 – Museu de Higiene Infantil Áurea de Souza Simas

Tal como o Abrigo Maternal e de Meninos e o Lactário, o Museu de Higiene Infantil Áurea de Souza Simas iniciou suas atividades em abril de 1934. Foi o primeiro do gênero instalado no estado da Bahia.

A primeira exposição de higiene infantil instalada no Brasil ocorreu em 1922, no Museu da Infância, por Moncorvo Filho. A exposição era parte de uma das comemorações do centenário de independência do país que estavam sendo realizadas naquele ano. Foi inaugurada durante o Primeiro Congresso Brasileiro de Higiene Infantil e o III Congresso Pan-Americano da Criança, ocorridos simultaneamente no Rio de Janeiro (WADSWORTH, 1999).

Segundo Wadsworth, o Museu da Infância organizado por Moncorvo Filho apresentava uma evolução histórica da assistência à infância no Brasil entre 1500 e 1922 e também se preocupava em realizar um trabalho pedagógico junto às mães, apresentando “métodos de preparo de novos alimentos infantis, doenças, roupas higiênicas, feitiços e superstições, concursos de robustez, cuidados odontológicos e raios-X do sistema digestivo infantil” (1999). Através do Museu da Infância Moncorvo Filho apresentaram-se para a sociedade e para os poderes públicos estatísticas sobre o estado da assistência à infância brasileira e o modelo organizacional de assistência que ele almejava que fosse implantando pelo Estado. Conforme nos aponta Wadsworth,

as várias exposições do Museu, além de exibirem de forma didática os avanços alcançados pela medicina e higiene, legitimavam o discurso científico e os métodos propostos por um saber positivo a respeito de como cuidar da infância. Ao mesmo tempo, havia a intenção de imprimir na mente dos visitantes a necessidade de seguir as práticas higiênicas, ofertadas pela comunidade médica a uma população arredia. Para Moncorvo Filho, assim como para outros médicos do período, era urgente realizar um trabalho pedagógico que convencesse e educasse o público a respeito das vantagens e utilidades da medicina moderna [...] (WADSWORTH, 1999).

Tal como o Museu da Infância, o Museu Áurea de Souza Simas também se dedicava à divulgação da puericultura e foi instalado nas dependências da Policlínica Arnaldo Baptista Marques e, mais tarde, transferido para o hall da Pupileira Juracy Magalhães. A exposição de puericultura do museu contava com sete alas, organizadas da seguinte maneira: I – Mortalidade Infantil; II – Pathologia Infantil; III – Higiene pré-natal; IV – Primeiros Cuidados; V – Asseio e

Vestuário; VI – Dietética; e VII – Desenvolvimento da Criança. Essa organização era traçada de acordo com a ordem em que tais noções deveriam ser focalizadas. No livro *Puericultura – higiene alimentar e social da criança*, Gesteira descreve em detalhes como era composta cada uma dessas alas:

A primeira sala documenta, com gráficos expressivos, a importância dos problemas de mortalidade e mortalidade infantil nas várias partes do mundo e especialmente no Brasil. A ele se segue uma outra onde, em moldagens, desenhos, gráficos, etc., estão esplanadas as noções capitais de higiene pré-natal e focalizados aspectos da assistência obstétrica. Vem depois outro compartimento reservado aos primeiros cuidados que se devem prestar ao recém-nascido, ligadura e secção do cordão umbilical, penso no umbigo, banho, vestuário etc. Dessa divisão partem duas alas que levam a uma sala onde estão demonstradas as várias fases do desenvolvimento normal da criança, do nascimento até os dois anos, e dessas duas alas, uma representando “o caminho reto e seguro”, contém a documentação relativa à amamentação natural, enquanto a outra, representando “o caminho acidentado e perigoso”, documenta, em farto mostruário, a técnica e os perigos da alimentação à mamadeira. Por final, uma última sala é reservada a um pequeno museu de patologia infantil (GESTEIRA, 1943, pp. 474-475).

A exposição exibia peças em cera, quadros de estatística, gravuras, murais de higiene e puericultura adquiridos pela FMBA na Alemanha.

O Museu de Higiene Infantil era um espaço dedicado à educação maternal, à divulgação da puericultura para o público em geral e também ao ensino da pediatria para os alunos da Clínica Médica Pediátrica e Higiene Infantil da FMBA e para as alunas dos cursos de enfermagem (visitadoras sanitárias) mantidos pela LBCMI (LBCMI, s.d).

As mães recebidas no Museu de Higiene Infantil, em geral, eram encaminhadas pelo Abrigo Maternal, pela Policlínica Arnaldo Baptista Marques e pelos consultórios da Liga, mas qualquer pessoa podia visitar a exposição. A seção mais relevante à educação maternal era a dedicada ao aleitamento natural e artificial, comparados, respectivamente, a um “caminho seguro” e a um “caminho tortuoso” (LBCMI, s.d.).

3.3 – Do abandono à assistência médico-filantropica: a Pupileira Juracy Magalhães

A assistência prestada à infância pela SCMBA desde tempos coloniais baseava-se no sistema de acolhimento anônimo de crianças através da Roda dos Expostos. Ao longo dos anos esse sistema foi adquirindo melhorias com a finalidade de reduzir o número de óbitos entre os enjeitados, sem alcançar êxito, contudo.

A inspeção realizada no Asilo dos Expostos, em 1924, deu início a um embate entre o órgão federal de higiene infantil, o SHI, e a SCMBA. O embate extrapolou os limites institucionais e ganhou notoriedade na imprensa baiana. O jornal *A Tarde* foi o primeiro a manifestar sua opinião desfavorável à Roda dos Expostos, devido aos índices de mortalidade infantil verificados na entidade. Em 20 de outubro de 1924 foi matéria de capa do periódico o relatório feito pelo Dr. Álvaro Bahia a respeito do estado de conservação do Asilo dos Expostos sob o título: “Cifras apavorantes, das crianças que passam na Roda 90% não vingam”. A essa matéria seguiram-se outras. Em 26 de novembro foi publicada a resposta dada pelo provedor da SCMBA ao SHI, cujo título foi: “A Roda sinistra... Porque morrem as crianças do Asilo dos Expostos”. Por fim, em 2 de dezembro, foi veiculada a sugestão feita por Martagão Gesteira à Santa Casa para a extinção da Roda dos Expostos.

Inicialmente, essas matérias nos soam como a primeira manifestação pública de repúdio à Roda dos Expostos. Entretanto, vale ressaltar que o jornal *A Tarde* atuava quase como um órgão da Liga, pois seu diretor era associado à entidade. Assim, acreditamos que a publicação dos relatórios e correspondências trocadas entre o SHI e a SCMBA podem ter sido uma tentativa por parte de Gesteira de pressionar a SCMBA para a solução imediata dos problemas encontrados no Asilo e pelo fechamento da Roda dos Expostos.

Nos anos que se seguiram a essas matérias pouco foi dito a respeito da Roda dos Expostos no jornal, com exceção de alguns casos de denúncias de abandono de crianças em ruas desertas que resultaram em óbito e crianças deixadas na Roda durante o dia. Possivelmente essas denúncias colocavam em evidência a ineficiência da Roda dos Expostos em evitar o infanticídio e questionavam a pertinência da manutenção do sigilo sobre a origem da criança, visto que as próprias mães não se incomodavam em serem vistas durante o ato do abandono.

Em um dos artigos da proposta do acordo institucional entre a LBCMI e a SCMBA, sugeria-se a instalação de um escritório de admissão funcionando concomitantemente à Roda dos Expostos. Essa proposta não foi aprovada devido à posição irredutível da Santa Casa. Em função disso, Martagão Gesteira deu início a uma campanha pelo fechamento da Roda dos Expostos.

A campanha teve início com o discurso proferido pelo presidente da Liga na solenidade de inauguração da Policlínica Arnaldo Baptista Marques. Aproveitando-se da presença de membros do corpo administrativo da SCMBA no evento, Martagão Gesteira declarou sua opinião contrária à permanência do sistema de acolhimento anônimo de crianças. O primeiro passo da

campanha anunciada foi apresentar aos membros da SCMBA um dossiê contendo pareceres dos mais relevantes pediatras do Brasil e do mundo sobre a roda, para que aqueles pudessem “ouvir as razões da ciência e o parecer dos verdadeiros doutos no assunto” (GESTEIRA, 1932, p. 32). Desse dossiê participaram o Dr. Clemente Ferreira, único médico brasileiro de quem se recebeu a resposta ao questionário elaborado por Gesteira, em virtude da desorganização dos serviços postais nacionais durante o período da Revolução de outubro de 1930; o argentino Dr. Velasco Blanca, que trabalhava no Asilo de Expostos de Bueno Aires; o Dr. Luis Morquio, o mais importante pediatra do Uruguai, reconhecido internacionalmente, o Dr. Nobecourt e o Dr. Marfan, ambos da Faculdade de Medicina de Paris.

Esses médicos responderam a um questionário elaborado por Gesteira que reunia perguntas sobre a existência ou não da Roda nas cidades onde viviam, sua opinião sobre a forma como era feita a recepção nesses estabelecimentos e se era ou não favorável ao seu fechamento. Sobre a maneira como eram realizados os acolhimentos, Clemente Ferreira afirmou que

a “Roda” como instrumento de admissão dos expostos, como um aparelho preservador do infanticídio e do abortamento criminoso, não atende por completo às exigências da profilaxia do abandono, senão favorece a exposição e a separação do recém-nascido da genitora, contribuindo para a extinção, para o embotamento dos sentimentos da maternidade, constituindo um fator da mortalidade tão elevada da infância ilegítima (GESTEIRA, 1932, p. 35).

A opinião dos demais pediatras sobre a relação entre abandono e mortalidade infantil e o mecanismo de recepção das crianças abandonadas é bastante similar à opinião expressa por Clemente Ferreira. Assim, podemos dizer que com relação à inconveniência desse sistema havia consenso entre os pediatras.

A crítica à Roda veio acompanhada da sugestão pela adoção do Escritório de Admissão, pois

o escritório ou oficina de admissão com o segredo e a discrição indispensáveis vincula a mãe ao filho do mistério; facilitando o conhecimento das causas do abandono, muitas vezes favorece a sua remoção. Socorrendo as mães – em geral mães solteiras – coadjuvando-as moral e materialmente, concorre em tais casos para organizar lares e salvar vidas úteis (GESTEIRA, 1932, p. 35).

Do mesmo modo que as demais tentativas de fechamento da Roda, esta também falhou. Buscando fortalecer seus argumentos a favor da extinção do mecanismo da Roda, Gesteira

publicou em livro toda a correspondência trocada com a Santa Casa e as estatísticas de mortalidade antes e depois da entrada da Liga no Asilo dos Expostos.

A formação de uma comissão, cujos membros em sua maioria eram médicos⁴⁶, para debater a revisão do acordo entre a SCMBA e a LBCMI, reanimou Gesteira a fazer novo apelo àquela entidade para a aceitação da proposta de fechamento da Roda dos Expostos. Mesmo assim a ideia foi mais uma vez recusada.

Apesar das sucessivas negativas que vinha recebendo da SCMBA, a campanha promovida por Martagão Gesteira ganhava adesões na sociedade baiana. Nesse momento a campanha já havia conquistado apoio de importantes grupos, como o Rotary Club, e do próprio governo do Estado.

A campanha gerou, obviamente, discórdia entre a LBCMI e a SCMBA, chegando quase a culminar na interrupção do acordo firmado entre as entidades. A Santa Casa acusava a Liga pela “desmoralização” sofrida nos discursos proferidos por Martagão Gesteira contra a Roda dos Expostos (LBCMI, 18 de agosto de 1934). A ativação da autoridade sanitária da Bahia, a Diretoria-Geral de Saúde Pública, para aplicar os termos do artigo 15 do Código Sanitário do Estado, acirrou ainda mais os ânimos e fez com que a Santa Casa ameaçasse fechar o Asilo dos Expostos (GESTEIRA, 1934, p. 739).

A campanha pelo fechamento da Roda dos Expostos transformou-se numa cruzada pessoal de Gesteira, que debatia o assunto nas suas aulas na FMBA; em artigos publicados em periódicos científicos, como o *Brazil-Médico* e *Pediatria e Puericultura*; em discursos pronunciados em congressos e reuniões de sociedades leigas e médicas etc.

Em 13 de outubro de 1933, a LBCMI alcançou uma relevante vitória na campanha pelo encerramento do sistema de acolhimento anônimo de crianças por meio da roda: a aprovação da instalação de um escritório de admissão na SCMBA. Não sabemos quais motivos fizeram a Santa Casa retroceder de sua posição, especulamos, porém, que essa decisão foi negociada com o governo estadual em troca do recebimento de auxílios por parte da FOPAS. Esse órgão, como vimos, foi criado em abril de 1933 e tinha como fim destinar verbas às obras assistenciais desenvolvidas na Bahia.

⁴⁶ Esta comissão foi formada pelos mordomos: Cel. Antônio Jorge Franco, do Asilo dos Expostos; Dr. Adriano Rodrigues Viana, do Hospital Santa Isabel; Dr. João de Sousa Pondé, do Sanatório Manuel Vitorino; Dr. José Alves Cardoso Costa e o Des. Antônio Araújo de Aragão Bulcão. (COSTA, P., 2001:56 e 57).

A autorização da instalação do Escritório de Admissão segundo o modelo proposto pela LBCMI não garantiu seu funcionamento imediato. Mesmo depois de instalado, foi necessário que o Rotary Club apelasse à Santa Casa para o Escritório funcionasse concretamente (GESTEIRA, 1934, p. 739). A inauguração das atividades em 9 de agosto de 1934, quase um ano após a concessão da permissão, indica a deferência ao pedido rotariano. Esse fato deveu-se, certamente, ao prestígio da associação entre a elite baiana.

A primeira mudança ocorrida com a abertura do escritório foi a instalação de uma placa acima da entrada da Roda anunciando à população sobre o funcionamento do novo mecanismo de recepção de crianças. Nesta placa constava o seguinte aviso:

A Roda continuará aberta. Mas no interesse do menino que vae abandonar, em vez de depositá-lo na Roda prefira entregá-lo no escritório que funciona ao lado e está aberto dia e noite e se a criança tem menos de 6 meses será recebida sem dificuldades, nem declarações e em absoluto segredo (LBCMI, janeiro de 1934).

Nota-se a preocupação em afirmar a manutenção do sigilo durante o ato do abandono. A reiteração dessa informação deveu-se a uma das principais críticas sofridas pelos defensores do novo sistema de recepção da criança promovido pelo escritório aberto: o fim do segredo sobre a filiação das crianças abandonadas.

Além do aviso colocado na roda e outros avisos colocados na sala do escritório⁴⁷, a SCMBA indicou uma religiosa para fazer a recepção das crianças, com a incumbência de transmitir confiança sobre a preservação do sigilo que envolveria aquele ato. Entretanto, não parecia haver uma preocupação na manutenção de sigilo por parte daquele que praticava o ato de abandono. Rodrigues aponta que era comum haver entre as crianças deixadas na Roda alguma indicação sobre sua origem, facilitando uma possível retirada da criança do Asilo dos Expostos *a posteriori* (RODRIGUES, 2010, pp. 129-130).

O segredo sobre a filiação da criança era um costume que contrariava o modelo médico-social proposto pela Liga, que tinha como alicerce a preservação dos vínculos entre mãe e filho e

⁴⁷ Na sala de recepção do Escritório existiam outros avisos nas paredes: “Pense bem antes de abandonar seu filho. Entregando-o ao Asilo ou depositando-o na Roda perderá definitivamente todos os direitos sobre ele”; e ainda, “A pessoa que entrega a criança será interrogada sobre o nome do menino, a data e o lugar de nascimento. Mas não é obrigatório responder a tais perguntas, responderá se quiser” (LBCMI, janeiro de 1934). Rodrigues aponta que essa regra não foi cumprida, apesar de todo o esforço pela defesa do sigilo sobre a origem da criança abandonada (2010, p. 129).

a prestação de assistência materno-infantil, com ênfase na educação maternal e na profilaxia de doenças relacionadas à alimentação.

De acordo com Clemente Ferreira,

o Escritório de Admissão congrega condições propiciadoras da redução do abandono – praga nefasta do nosso precário estado social, pois preenche muitas vezes a humanitária missão de desviar no último momento as mães em desespero e em situação moral desolada do sacrifício do fruto de suas entranhas (GESTEIRA, 1932, p. 35).

O Escritório de Admissão funcionou, na prática, como posto de averiguação das causas sócio-culturais do abandono de crianças. Assim, caso o motivo da entrega pudesse ser remediado por alguns dos serviços oferecidos pela Liga, seria feita a oferta à mãe para ingresso dela e de seu filho no complexo assistencial da entidade. Se, por exemplo, a causa do abandono fosse a situação de penúria dos pais, motivo identificado por Rodrigues como o que mais levava à renúncia do filho (ver página: 86), a criança seria cadastrada para receber leite do Lactário Júlia de Carvalho, conforme suas necessidades.

Se a mãe não fosse dissuadida de sua atitude após todas as tentativas de evitar o abandono ou a criança fosse órfã, eram feitos os procedimentos de recepção. Esses procedimentos consistiam, basicamente, na verificação antropométrica da criança para saber se ela se enquadrava nos padrões físicos de uma criança de 6 meses⁴⁸, idade limite estipulada para ingresso pelo Escritório de Admissão. Essa medida tinha a finalidade de evitar a superlotação do Asilo dos Expostos (LBCMI, janeiro de 1934). Somado a isso, a aceitação de crianças, mesmo que atendendo a especificações físicas determinadas, ficava sujeito à existência de vaga no Asilo e à situação financeira da entidade (RODRIGUES, 2010, p. 129).

De acordo com Andrea da Rocha Rodrigues, a mudança do sistema de admissão do Asilo dos Expostos limitou o alcance social da assistência prestada pela entidade, que passou a selecionar seus assistidos (RODRIGUES, 2010, p. 129). Essa seleção correspondia também ao público-alvo das ações assistenciais da LBCMI.

Os dados coletados pela LBCMI entre os meses de agosto e dezembro de 1934 indicam que 64 crianças foram recebidas pelo Escritório de Admissão, ao passo que apenas duas foram deixadas na roda, sendo que esses abandonos ocorreram antes da abertura do Escritório de

⁴⁸ Para que uma criança fosse recebida pelo Escritório de Admissão ela deveria ter até: 7.100 gramas de peso, 63 centímetros de comprimento, 43 centímetros de circunferência cefálica, 41 centímetros de circunferência torácica e 2 dentes incisivos centrais inferiores (LBCMI, janeiro de 1934).

Admissão. Nos anos seguintes, a procura pelo Escritório aumentou, foram admitidas 204 crianças por esse sistema, ao passo que não houve casos de crianças deixadas na Roda entre janeiro de 1935 e julho de 1937 (LBCMI, julho de 1937). A demanda por esse serviço aponta sua rápida aceitação pela população; acreditamos que tal aceitação está relacionada à possibilidade de acesso aos serviços assistenciais que a Liga mantinha em parceria com a Santa Casa.

Por esses dados também podemos perceber que a Roda permanecia em funcionamento. Contudo, o número de crianças recebidas pelo Escritório e a ausência de recepções por meio da Roda apontam que esse mecanismo deixou de ser reconhecido pela população como uma forma de assistência à infância.

Não sabemos ao certo quando a Roda dos Expostos foi desativada definitivamente⁴⁹, pois o único indício que aponta uma data aproximada para o fato é uma fotografia que consta no Álbum Histórico da LBCMI, cuja publicação data provavelmente de meados de 1937, que já apresenta a Roda dos Expostos lacrada. Sobre o fechamento da Roda dos Expostos, a própria incerteza sobre a data na qual o serviço foi desativado aponta sua inoperância, portanto, seu esquecimento.

A instalação do Escritório de Admissão na Casa da Roda não encerrou os esforços da LBCMI pela total remodelação da assistência à infância prestada pela SCMBA. A manutenção do Asilo dos Expostos, um espaço condenado pelos padrões recomendados pela puericultura, significava a conservação das restrições de acesso de enfermeiras e médicos às crianças enjeitadas e da falta de vigilância higiênica sobre os lactentes, devido ao reduzido número de pessoas responsáveis pelos seus cuidados, pontos de crítica constante por parte de Martagão Gesteira.

Uma situação que gerou grande mal-estar entre a LBCMI e SCM ocorreu por ocasião de uma visita do interventor Juracy Magalhães, acompanhado do ministro da Viação e Obras Públicas, José Américo, ao Asilo dos Expostos. Durante a visita o interventor encontrou “a maior parte das crianças nua, a tiritarem de frio sobre os encerados, nus por falta absoluta de roupa” (LBCMI, 18 de agosto de 1934). Ante esse estado de coisa, o interventor comprometeu-se com a

⁴⁹ Segundo entrevista publicada do Dr. José Peroba, médico da LBCMI que trabalhou no Asilo dos Expostos e na Pupileira Juracy Magalhães, a roda foi retirada da Casa da Roda em 1935 e levada para ser guardada no Convento de Santa Clara do Desterro (COSTA, 2001:71). Contudo, a realização da contagem de crianças entradas pela Roda feita pela LBCMI até o ano de 1937 aponta a existência da Roda até meados daquele ano. Já em entrevista concedida pela Dr.^a Maria de Lourdes Barreto, que foi pediatra da Liga naquele período, à Andrea da Rocha Rodrigues, a primeira afirmou que a roda ficou inoperante em 1934 e, em 1938, nenhuma criança era mais admitida na SCMBA através ela (RODRIGUES, 2010:129).

construção de uma lavanderia para atender à demanda do Asilo. Entretanto, o provedor Arthur Newton de Lemos recusou a oferta. Essa recusa foi seguida de outra, o indeferimento de permissão para a construção de um pavilhão destinado a abrigar as crianças entre 0 e 2 anos de idade. Para solucionar a crise, Gesteira propôs que fosse organizada uma comissão para apurar a atuação de cada uma das entidades na prestação dos serviços, conforme o contrato firmado em 1930, e das cláusulas acrescentadas com a inauguração dos novos prédios, em 1933 (LBCMI, 18 de agosto de 1934). Ao que tudo indica, o parecer dessa comissão foi favorável à Liga, que logo depois pode dar início as negociações com a FOPAS, órgão estadual que subsidiava obras filantrópicas de assistência médica e social, para construção da Pupileira.

A Pupileira destinava-se a abrigar crianças entre 0 e 2 anos de idade que haviam sido consentidas pelo Escritório de Admissão, definitiva ou provisoriamente. Seu objetivo era alojar higienicamente e de acordo com as técnicas modernas da puericultura essas crianças, que antes da criação do serviço eram enviadas ao Asilo dos Expostos, em um espaço exclusivamente dedicado a elas.

Após um ano de obras, que tiveram o custo total superior a 500:000\$000, a inauguração ocorreu em dezembro de 1935, com uma grande festa, promovida pelo governo estadual, para comemorar o Natal junto com as crianças acolhidas pelo Asilo dos Expostos (LBCMI, s.d.).

O prédio abrigava um inovador asilo de crianças e dividia-se

em uma ala – vestiário, parlatório, sala de administração, sala de refeições para as crianças e para as enfermeiras, copa, recreio ou jardim de inverno; na outra – enfermaria, com capacidade para 12 leitos, sala dos médicos, sala de curativos, salas de esterilização e de operações, dormitório da enfermeira (separado da enfermaria apenas por uma divisão de vidro, de modo a permitir a fiscalização nocturna e possuindo quarto de banho anexo) e quartos de banho para as crianças.

O outro pavilhão possui 10 boxes, cada qual com 6 leitos e ladeados por varandas amplas – uma interna, abrigada, e outra externa, aberta – havendo em ambas balanços e brinquedos. Estes boxes são independentes, mas se comunicam com as duas varandas. Possuem balança e instalação de banho próprias. E como são divididos por paredes de vidro, prestam-se facilmente à fiscalização, inclusive à noite, pois as enfermeiras de plantão estão instaladas em cada extremidade deste pavilhão, o que permite a cada qual das vigilantes ter sob as vistas um grupo de boxes (LBCMI, s.d).

A vigilância das crianças foi um aspecto privilegiado no projeto arquitetônico do pavilhão da Pupileira. Por esse motivo, grande parte de suas dependências eram separadas entre si por vidraças. Seu funcionamento seguia rigorosamente os princípios higienistas preconizados pela

LBCMI. As rigorosas recomendações pediátricas impunham isolamento dos recém-chegados e, nos anos iniciais, aceitavam-se apenas lactentes⁵⁰.

A alimentação oferecida às crianças passava por um rígido controle sanitário e era oferecida pelo Lactário Júlia de Carvalho. Uma característica relevante da Pupileira Juracy Magalhães era a oferta de leite humano às crianças. Como vimos, esse leite era coletado na sala de ordenha do Lactário Júlia de Carvalho daquelas mulheres recebidas no Abrigo Maternal D. Úrsula Catharino. Visto que nem sempre o quantitativo de leite natural era suficiente para alimentar a todos, a Pupileira também oferecia alimentação artificial às crianças, preparada segundo orientações da enfermeira chefe do Lactário Júlia de Carvalho.

Como o Lactário, a Pupileira era dirigida por uma enfermeira formada pela Escola de Enfermagem Ana Nery e seu quadro de funcionários era composto por enfermeiras treinadas pela LBCMI, que trabalhavam em dois turnos, devido à necessidade de se manter sempre um funcionário qualificado nas dependências da Pupileira.

A Pupileira Juracy Magalhães correspondia ao estágio final de assistência às crianças abandonadas, dentro da lógica científica do modelo médico-social implantado pela LBCMI, paralelamente ao Asilo dos Expostos (o primeiro passo era a recepção por meio do Escritório de Admissão e o segundo, o isolamento no Abrigo de Meninos). Esse serviço era considerado um “órgão de agasalho”, por receber e cuidar das crianças cujo abandono não conseguiu ser de maneira alguma evitado.

A transferência das crianças entre 0 e 2 anos de idade do Asilo dos Expostos para a Pupileira Juracy Magalhães fez com que a LBCMI tivesse acesso irrestrito às crianças que ficaram sob sua guarda. A prática da pediatria no espaço do Asilo dos Expostos, tendo como público-alvo os lactentes acolhidos, era uma antiga aspiração dos pediatras, que tinham isso em mente desde o início do processo de implantação da assistência à saúde da infância no país. Com a inauguração da Pupileira, todo o serviço de assistência à primeira infância foi transferido para a LBCMI, ficando a SCMBA responsável apenas pelo serviço de acolhimento das crianças acima dos 3 anos de idade, encerrando a assistência em moldes caritativos aos lactentes recebidos pela entidade.

⁵⁰ Após a transferência de Martagão Gesteira para o Rio de Janeiro, a Pupileira passou a receber crianças até os 5 anos de idade, devido à superlotação do Asilo dos Expostos (LBCMI, 2 de outubro de 1937).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação de variados serviços de assistência à saúde da infância na Bahia (Salvador) pela LBCMI foi determinante para a transição de um modelo de assistência infantil fundado no apelo moral e religioso para um modelo no qual o apelo científico era proeminente. Este último, denominado modelo médico-filantrópico, baseava-se na assistência à saúde da infância através de ações de natureza profilática que obedeciam a critérios conceituais e práticos determinados pelos médicos pediatras e puericultores. Essas ações buscavam combater os altos índices de mortalidade infantil atacando suas causas. A LBCMI foi uma entidade exemplar desse modelo.

A instalação da LBCMI, ocorrida em 1923, foi motivada pela mobilização de médicos e das elites baianas, com o propósito de combater os alarmantes índices de mortalidade infantil. Nesse sentido, a entidade aproximava-se do IPAI-BA, entidade médico-filantrópica, instalada na Bahia desde 1903, também destinada a combater a mortalidade infantil. Uma diferença relevante entre as duas entidades era a relação estreita mantida entre a LBCMI e os primeiros órgãos públicos de assistência à saúde da infância em âmbito federal e estadual, criados na década de 1920. Isso permitiu à entidade maior alcance social e poder político, revertidos em eficiência para os serviços prestados.

Entretanto, a distinção mais saliente entre o IPAI-BA e a LBCMI foi o modelo de assistência à saúde da infância seguida por esta última. Ele foi elaborado a partir da concepção médico-científica de Joaquim Martagão Gesteira que, por meio da análise dos casos clínicos atendidos no IPAI-BA e na enfermaria de crianças do Hospital Santa Isabel, afirmava que os problemas decorrentes da má alimentação fornecida às crianças eram a principal causa da morbidade e da mortalidade infantil na Bahia. Concordando com o pensamento pediátrico da época, Gesteira atribuía aos erros alimentares praticados pelas mães a causa dos altos índices de mortalidade entre as crianças.

Por esse motivo os serviços implantados pela LBCMI privilegiavam a profilaxia dos distúrbios alimentares por meio da propaganda intensiva de higiene infantil, dirigidas especialmente às mães pobres de Salvador. Apesar das finalidades similares, a LBCMI e o IPAI-BA distinguiam-se fundamentalmente pela orientação médico-social de seus idealizadores. Enquanto as ações prestadas pela Liga baseavam-se em ações profiláticas, o IPAI-BA preconizava a oferta de uma assistência de caráter curativo.

Apesar de ambas as entidades compartilharem o apoio filantrópico para suas ações, o papel exercido pela filantropia era distinto em cada uma delas. No IPAI-BA a participação das mulheres filantropas de classe média e alta na prestação de assistência era um padrão, ao passo que na Liga a participação de mulheres leigas, sem formação em enfermagem, restringia-se à captação de doações. Essa reserva justificava-se pelo perfil científico adotado pela entidade, que proibia o trabalho de pessoas sem formação técnica em seus serviços.

A construção do complexo de serviços de assistência à saúde da infância, iniciado em 1930, com a construção da Policlínica Arnaldo Baptista Marques, e ampliado em 1934, com a construção do Abrigo de Meninos, do Abrigo Maternal, do Lactário e do Museu de Higiene, contribuiu decisivamente para a afirmação do modelo médico-social proposto pela LBCMI. O princípio básico desse modelo era a preservação dos vínculos entre mãe e filho, evitando ao máximo o abandono, e a prestação de assistência materno-infantil, com destaque para a educação maternal e a profilaxia de doenças relacionadas à alimentação.

Todos os serviços oferecidos pelo complexo assistencial instalado pela LBCMI funcionavam de forma articulada e tinham como objetivo atender às diferentes necessidades apresentadas pelas mães, da gravidez ao parto, e pelas crianças, dos primeiros momentos de vida até o término da fase da lactação. A lógica da assistência científica fundamentava-se no funcionamento interligado dos serviços que contribuíam para o combate à mortalidade infantil atacando as causas identificadas pelos pediatras como causadoras das mortes, ou seja, a falta de instrução maternal e os distúrbios alimentares dos lactentes. A essas causas somou-se o problema socioeconômico identificado como um dos causadores do abandono infantil, o desamparo materno.

Apesar de todos os aparatos técnicos instalados na Bahia relacionados à saúde da infância, dotando Salvador de alguns serviços e recursos tecnológicos até então inéditos no país, a cultura do abandono anônimo de criança através da Roda dos Expostos foi perseverante. Esse hábito era visto como um entrave ao modelo médico-social, pois promovia a total separação entre mães e filhos. Uma vez recebidas pela Roda e acolhidas no Asilo dos Expostos as crianças ficavam sob tutela da SCMBA, restritas ao Asilo, e só eram assistidas por um pediatra perante um quadro de doença.

A permissão concedida pela Santa Casa, em 1930, para que a LBCMI prestasse assistência médica às crianças entre 0 e 2 anos recolhidas no Asilo permitiu algumas

transformações desse quadro. Contudo, a impossibilidade de manter uma equipe de especialistas da entidade médico-filantrópica constantemente vigilante dentro do Asilo dos Expostos e a precária aplicação das regras de higiene infantil na assistência dedicada aos pequenos expostos fizeram com que o auxílio prestado pela LBCMI fosse insuficiente e os índices de morbidade e mortalidade infantis permanecessem inalterados.

A intensa campanha promovida pela LBCMI buscava eliminar justamente o mecanismo que permitia a manutenção da assistência caritativa praticada pela Santa Casa, ou seja, a Roda dos Expostos. No lugar desse sistema preconizava a instalação do Escritório de Admissão, sistema pelo qual o motivo do abandono podia ser remediado através da inserção da mãe e de seu filho em algum dos serviços da LBCMI.

Embora a Roda dos Expostos e o Escritório de Admissão constituíssem formas alternativas de ingresso no sistema assistencial, a roda era a única opção de socorro aos pais que por algum motivo não pudessem cuidar de seus filhos, enquanto que o escritório era uma porta de entrada para qualquer serviço de assistência à saúde da infância oferecido pela LBCMI.

A criação da Pupileira Juracy Magalhães concedeu à Liga a tutela das crianças acolhidas no escritório de admissão. A partir desse momento a assistência caritativa foi encerrada, fazendo do modelo médico-social preconizado pela LBCMI o principal modelo de assistência à saúde da infância praticado na Bahia. Somado a isso, a multiplicidade desses serviços fez desse estado o primeiro do Brasil dotado de um aparelho puericultor.

REFERÊNCIAS

FONTES PRIMÁRIAS

Documentos da Liga Baiana contra a Mortalidade Infantil

Álbum histórico da Liga Baiana contra a Mortalidade Infantil, s.d.

Carta enviada ao Presidente da República, 28/11/1933.

Carta enviada ao provedor da Santa Casa de Misericórdia, o Sr. Arthur Newton de Lemos, 18/8/1934.

Discurso pronunciado na inauguração das novas melhorias do Asilo dos Expostos da Bahia, 15/4/1934.

Revisão do acordo assinado entre a Liga Baiana contra a Mortalidade Infantil e a Santa Casa de Misericórdia da Bahia em 1930, 18/5/1933.

Termos a serem seguidos para instalação do Escritório de Admissão, janeiro de 1934.

Estatutos

Estatuto da Liga Bahia contra a Mortalidade Infantil, 1923.

Estatuto da Sociedade de Pediatria da Bahia, 1941.

Periódicos

A BAHIA vai ter o Serviço de Higiene Infantil. *A Tarde*, 30/7/1923, capa.

A GRANDE OBRA de Assistência as crianças infelizes / "Não esqueçam a dolorosa tragédia das mães desafortunadas e das creancinhas pobres da Bahia" / A cerimônia de inauguração do novo edifício. *A Tarde*, 15/4/1929, capa; p. 3.

A GRANDE OBRA de Assistência a Infância. *A Tarde*, 14/4/1934.

A LIGA Baiana contra a Mortalidade Infantil / Já foram aprovados os estatutos - A 1ª Diretoria eleita. *A Tarde*, 18/6/1923, capa.

A LIGA Baiana contra a Mortalidade Infantil. *A Tarde*, 3/7/1923, p. 2.

A LIGA Baiana contra a mortalidade infantil – Novos donativos. *Diário da Bahia*, 21/7/1923, capa.

A RODA sinistra... Porque morrem as crianças do Asilo dos Expostos. *A Tarde*, 26/10/1924, capa.

AS CAMPANHAS abençoadas... Vae-se cuidar seriamente de poupar a vida das creancinhas / Uma entrevista com o mestre da pediatria bahiana. *A Tarde*, 5/6/1923, capa.

CIFRAS apavorantes, das crianças que passam na Roda 90% não vingam. *A Tarde*, 20/10/1924, capa.

EVITANDO a doença e as mortes dos bebês – a cruzada bendita funda mais uma tenda de socorro e salvação. *A Tarde*, 9/7/1924, capa.

FUNDAÇÕES beneméritas que a Bahia ampara e protege. *Estado da Bahia*, 14/4/1934, p. 2.
JÁ É ALGUMA COUSA / Vamos ter o serviço de Hygiene Infantil. *A Tarde*, 28/8/1923, capa.

UMA RAÇA nobre e forte – Em primeiro lugar a saúde das crianças – Modelando o Brasil de amanhã. *A Tarde*, 10/3/1927, capa.

MAIS UMA ETAPA vitoriosa / Inaugura-se amanhã a nova sede da Liga contra a Mortalidade Infantil. *A Tarde*, 13/4/1929, capa.

MONTANDO guarda à saúde dos bebes / Inaugurou-se, ontem, a creche Fernandes Figueira / Os discursos proferidos – A significação desta cerimônia. *A Tarde*, 13/10/1924, capa; p. 2.

O PROGRESSO vence a rotina – Os dias da Roda estão contados / Uma comissão da Santa Casa vai resolver o problema com o professor Gesteira. *A Tarde*, 2/12/1924, capa.

SALVEMOS as criancinhas – O primeiro consultório da liga em 15 dias. *A Tarde*, 1/11/1923 capa.

SALVEMOS as criancinhas de peito! A cruzada da liga baiana contra a mortalidade infantil. *A Tarde*, 11/10/1923, capa; p. 2.

UMA CAMPANHA contra a mortalidade da Infância. *A Tarde*, 4/06/1923, capa.

VIVENDO DE ESMOLAS / Uma instituição que a Bahia deve amparar / Victorias e percalços da Liga contra a Mortalidade. *A Tarde*, 14/1/1929, capa.

Legislação

BRASIL, Decreto 16.300, de 31 de dezembro de 1923. Aprova o regulamento do Departamento Nacional de saúde Pública. Disponível em: http://www.ciespi.org.br/base_legis/legislacao/DEC4a.html>. Acesso em: 10 jan. 2010.

Artigos publicados em periódicos científicos

ALCÂNTARA, Pedro de. As escolas alemã e francesa de pediatria, em face dos distúrbios alimentares da primeira infância. *Pediatria Prática*, vol. 1; 2, fascículo XII, fev.; mar. 1929.

BAHIA, Álvaro. Correspondência. *Pediatria Prática*, vol. 1, fascículo VI, jun. 1928.

_____. Homenagem ao professor Martagão Gesteira. *Pediatria e Puericultura*, ano 7, n. 1; 2, set.-dez. 1937, pp. 49-61.

BARBOSA, Luiz. O especialista de criança. *Pediatria Prática*, vol. 2, fascículo X, mar. 1930.

FERREIRA, Clemente. Consultórios de lactentes, ano 1, n. 3, mar. 1932, pp. 171-177.

GESTEIRA, Joaquim Martagão. As afecções digestivas no IPAI da Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*, vol. XLVIII, n. 1, jul. 1916, pp. 161-177.

_____. Assistência aos menores. As rodas de enjeitados – necessidade de trabalhar pela sua extinção no Brasil. *Brazil-Médico*, ano XLVIII, n. 36, 8 set. 1934, pp. 736-740.

_____. Causas domésticas da morbidade e mortalidade infantis. *Boletim do Congresso Americano da Criança*. 4º boletim, vol. 2, pp. 161-170, 1917.

_____. Lição de abertura do curso de clínica médica pediátrica em 1915. *Gazeta Médica da Bahia*, vol. XLVII, n. 2; 3, ago.; set. 1915, pp. 57-77.

_____. Lição de abertura do curso de clínica médica pediátrica em 1927. *Brazil-Médico*, ano XLI, n. 45, 5 nov. 1927, pp. 1173-1178.

_____. Tuberculose ganglionar mediastínica na infância. *Brazil-Médico*, ano XXVII, n. 2, 8 jan. 1913, pp. 11, 13;

Proteção à infância na Bahia. *Pediatria e Puericultura*, ano 3, n. 3 e 4, mar.-jun. 1934 pp. 325-328.

ROCHA, Ávaro. Função social das creches. *Pediatria e Puericultura*, ano 1, n. 1, set. 1931a, pp. 23-36.

_____. Liga Baiana contra a Mortalidade Infantil. *Pediatria e Puericultura*, ano 1, n. 2, dez. 1931b, pp. 144-151.

Obras publicadas

BARROS BARRETO, João. *Mortalidade infantil – causas e remédios de ordem sanitária*. Porto Alegre: Edição da Livraria Globo, 1938.

GESTEIRA, Joaquim Martagão. *Discurso proferido na sessão solene de inauguração da Liga Baiana contra a Mortalidade Infantil*. Bahia, 1923.

_____. *Pelos Expostos – documentos duma campanha*. Bahia: Tipografia do Comércio, 1932.

_____. *Puericultura – higiene alimentar e social da criança*. Rio de Janeiro: Pan-Americana, 1943.

MAGALHÃES, Alfredo Ferreira de. *Álbum histórico do Instituto de Proteção e Assistência à Infância*. Bahia: 1920.

MONCORVO FILHO, Carlos Arthur. *Histórico da proteção à infância no Brasil – 1500-1922*. Rio de Janeiro: Paulo, Pongetti & Cia., 1927.

Relatórios de serviços públicos de saúde

BARROS BARRETO, Antônio Luís. *Relatório da Secretaria de Saúde e Assistência Pública*. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1928.

GESTEIRA, Joaquim Martagão. *Relatório da sessão de higiene infantil, apresentado pelo Inspetor Dr. Martagão Gesteira*. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1924.

_____. *Relatório da sessão de higiene infantil, apresentado pelo Inspetor Dr. Martagão Gesteira*. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1925.

Mensagens governamentais

CALMON, Goés. *Mensagem apresentada pelo Exmo. Snr. Dr. Francisco Marques de Goés Calmon – Governador do Estado da Bahia à Assembléia Geral Legislativa – por ocasião da abertura da 2ª reunião ordinária da 18ª sessão legislativa, em 7 de abril de 1926*. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1926.

MAGALHÃES, Juracy Montenegro. *Exposição feita ao Exmo Snr. Dr. Getúlio Vargas, digníssimo chefe do governo provisório dos Estados Unidos do Brasil pelo Capitão Juracy Montenegro Magalhães, Interventor Federal no Estado da Bahia*. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1932.

_____. *Exposição feita ao Exmo Snr. Dr. Getúlio Vargas, digníssimo chefe do governo provisório dos Estados Unidos do Brasil pelo Capitão Juracy Montenegro Magalhães, Interventor Federal no Estado da Bahia*. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1934.

_____. *Mensagem do governador Juracy Magalhães relatando a Assembléia Legislativa, em 2 de julho de 1936, a situação geral do Estado de 1936, a situação geral do Estado da Bahia*. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1935.

_____. **Mensagem do governador Juracy Magalhães relatando a Assembléia Legislativa, em 2 de julho de 1936, a situação geral do Estado de 1936, a situação geral do Estado da Bahia.** Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1936.

Teses

TANAJURA, Joaquim Augusto. *Lethalidade infantil e suas causas*. Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina da Bahia em 1900. Salvador: Empresa Editora, 1900.

FONTES SECUNDÁRIAS

Obras de referência

BRASIL. Ministério da Saúde. *Catálogo de obras raras da Academia Nacional de Medicina*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CASA DE OSWALDO CRUZ. Escola de cirurgia da Bahia. In: _____. *Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)*. Disponível em <<http://www.dichistoriasaude.coc.Fiocruz.br/iah/P/verbetes/escirba.htm>>. Acesso em 5 nov. 2010.

Bibliografia

BARRETO, Maria Renilda Nery; SOUZA, Christiane Maria Cruz de. *História da Saúde na Bahia: Instituições e Patrimônio Arquitetônico (1808-1958)*. Salvador: Manole; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

BARROS, Nelson de Carvalho Assis. Histórico do ensino da pediatria na Bahia, no século XIX. *Gazeta Médica da Bahia*, vol. 77, n. 2, jul.-dez. 2004, pp. 101-116.

BIRN, Anne-Emmanuelle. Child health in Latin America: historiographic perspective and challenges. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, jul.-set. 2007, pp. 677-708.

_____. O nexa 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, jul.-set. 2006, pp. 675-705.

COSTA, Paulo Segundo. *Ações sociais da Santa Casa de Misericórdia da Bahia*. Salvador: Contexto & Arte Editorial, 2001.

COSTA. Renato da Gama-Rosa. Arquitetura e Saúde no Rio de Janeiro. In: PORTO, Angela; FONSECA, Maria Rachel Fróes da; SANGULARD, Giselo P.; COTSA, Renato Gama-Rosa (Orgs.). *História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. pp. 117-136.

COUTO, Gracília Magalhães de Almeida. *Centenário do professor Dr. Alfredo Ferreira de Magalhães*. Rio de Janeiro: Gráfica Editora Livro S.A., 1973.

FERREIRA, Luiz Otávio e SANGLARD, Gisele. Médicos e filantropos: a institucionalização do ensino da pediatria e da assistência à infância no Rio de Janeiro da Primeira República. *Varia História*, v. 26, n. 44, jul.-dez. 2010, pp. 437-459.

FREIRE, Maria Marta de Luna. *Mulheres, mães e médicos. Discurso maternalista no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.

CARNEIRO, Glauco. *Um compromisso com a esperança – História da Sociedade Brasileira de Pediatria (1910-2000)*. Rio de Janeiro: Expressão e Cultura, 2000.

GUY, Donna J. The Politics of Pan-American cooperation: Maternalist Feminism and the child Rights Movement, 1913-1960. *Gender & History*, vol. 10, n. 3, nov. 1998, pp. 449-469.

LEITE, Márcia Maria da Silva Barreiros. *Educação, cultura e lazer das mulheres de elite em Salvador, 1890 – 1930*. 187p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1997.

LIMA, N. V. T. ; HOCHMAN, G. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitário da Primeira República. In: MAIO, M. C.; SANTOS, R. V. (Orgs.). *Raça, Ciência e Sociedade*. 1 ed. Rio De Janeiro: Editora Fiocruz/CCBB, 1996, pp. 23-40.

MAGALHÃES, Juracy Montenegro. *Minha vida pública na Bahia*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1957.

MARCÍLIO, Maria Luiza. A roda dos expostos e a criança abandonada na história do Brasil (1726-1950). In: FREITAS, Marcos César de (Org.). *História social da infância no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. *História social da criança abandonada*. São Paulo: Hucitec, 2006.

MARKO, Tamera Lynn. *When the became the Nation's children: The foundation of Pediatrics and its raced, classed and gender, (Re) Inventions of childhood in Rio de Janeiro, 1870-1930*. San Diego: University of Califórnia, 2006.

MARTINS, Ana Paula Vosne. 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, pp. 43-60.

_____. Vamos criar seu filho. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, jan.-mar. 2008, p. 135-154.

MOTT, Maria Lúcia B. Maternalismo, políticas públicas e benemerência no Brasil (1930-1945). *Cadernos Pagu* (UNICAMP), Campinas, v. 16, 2001, pp. 199-234.

_____. Gênero, medicina e filantropia: Maria Rennotte e as mulheres na construção da nação. *Cadernos Pagu* (UNICAMP), Campinas, v. 24, 2005, pp. 41-67.

NASCIMENTO, Dilene. Raimundo do. *Fundação Atauilpho de Paiva – Liga Brasileira contra a tuberculose – um século de luta*. Rio de Janeiro: Quadratin, 2002.

NOFUENTES, Vanessa de Carvalho. Estratégias para a formação da pátria: as Ligas como lugar de mobilização social durante a Primeira República. *Cadernos de História*, vol. VIII, ano 4, n. 2, dez. 2009. Disponível em: <<http://www.ichs.ufop.br/cadernosdehistoria/download/CadernosDeHistoria-08-05.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2010.

OCAÑA, Esteban Rodriguez. Child Health, a paradigmatic issue in modern history. *Dynamis. Acta Hisp. Med. Sci. Illust.*, v. 23, 203, pp. 17-26.

_____; PERDIGUERO, Enrique. Ciencia y persuasión social en la medicalización de la infância en España, siglos XIX-XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, abr.- jun. 2006, pp. 303-324.

PEREIRA, Júnia Sales. *História da pediatria no Brasil – de final do século XIX a meados do século XX*. Tese. 206p. (Doutorado em História) – Belo Horizonte: UFMG, 2006.

PIMENTA, Tânia Salgado. O exercício das artes de curar no Rio de Janeiro (1828 – 1855). 267p. Tese (Doutorado). Campinas: Unicamp, 2003.

REIS, José Roberto Franco. *Higiene mental e eugenia: o projeto de “regeneração nacional” da Liga Brasileira de Higiene Mental (1920-1930)*. 373p. Dissertação (Mestrado). Campinas: Unicamp, 1994.

RODRIGUES, Andréa da Rocha. *A infância esquecida – Salvador (1900-1940)*. 232p. Dissertação (Mestrado) – Salvador: Universidade Federal da Bahia, 1998.

_____. As Santas Casas da Misericórdia e a Roda dos Expostos. In.: VENÂNCIO, Renato Pinto. *Uma história social do abandono de crianças – de Portugal ao Brasil (séculos XVIII-XX)*. São Paulo: Alameda; Belo Horizonte: PUC Minas, 2010.

RIZZINI, Irene. *O século perdido – raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2008.

SANGLARD, Gisele. *Entre os salões e o laboratório*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008b.

SANTOS, L. A. C. Poder, ideologia e saúde no Brasil da Primeira República: ensaio de sociologia histórica. In.: HOCHMAN, G. *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

SOUZA, Christiane Maria Cruz de. *A gripe espanhola na Bahia – saúde, política e medicina em tempos de epidemia*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

VENÂNCIO, Renato Pinto. *Famílias abandonadas – assistência à criança de camadas populares no Rio de Janeiro e em Salvador – séculos XVIII e XIX*. São Paulo: Papirus, 1999.

VITAL, André Vasques. Comissão Rondon, doenças e política: “Região do Madeira: Santo Antônio”, de Joaquim Augusto Tanajura – uma outra visão do Alto Madeira em 1911. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, abr.-jun., 2011, pp. 545-557.

WADSWORTH, James. Moncorvo Filho e o problema da infância: modelos institucionais e ideológicos de assistência à infância no Brasil. *Revista Brasileira de História*. São Paulo, v. 19, n. 37, 1999.

WOOD, A J R. *Fidalgos e Filantropos: a Santa Casa de Misericórdia da Bahia, 1550 – 1755*. Brasília: Editora UNB, 1981.