



<https://doi.org/10.51880/ho.v29i1.1556>



Memórias femininas no processo de institucionalização do parto no interior do Paraná (1950-1960)

Michele Tupich Barbosa*

ORCID iD: 0000-0001-5219-9152

Universidade Estadual do Centro Oeste, Guarapuava, Brasil

Resumo: O presente trabalho teve como finalidade contemplar as memórias maternas, através das experiências feministas durante o processo de institucionalização do parto no interior do Paraná. A metodologia utilizada foi a história oral, justamente pelo teor particular da experiência vivida, implícita na pesquisa. Para tanto, foram entrevistadas seis mulheres, que foram mães no período de 1950 a 1960, em Guarapuava, momento em que ocorreu a institucionalização do parto no Paraná. Desta forma, buscou-se articular memória e experiência a fim de contribuir para as discussões referentes às relações de gênero e as próprias experiências femininas.

Palavras-chave: memória materna; feminismo; institucionalização do parto; história oral; relações de gênero.

Female memories in the process of institutionalization of childbirth in the interior of Paraná (1950-1960)

Abstract: The present study aimed to explore maternal memories through feminist experiences during the process of childbirth institutionalization in the interior of Paraná. The methodology used was Oral History, precisely because of the particular nature of the lived experience implicit in the research. For this purpose, six women who became mothers between 1950 and 1960 in Guarapuava were interviewed, a period in which childbirth institutionalization took place in Paraná. Thus, the study sought to articulate memory and experience in order to contribute to discussions on gender relations and women's own experiences.

Keywords: maternal memory; feminism; childbirth; institutionalization; Oral History; gender relations.

* Doutora em História pela Universidade Federal do Paraná, (UFPR), sob orientação da Professora Ana Paula Vosne Martins. E-mail: mtpich@yahoo.com.br.

Introdução

Pela memória, o passado não só vem à tona das águas presentes, misturando-se com as percepções imediatas, como também empurra, desloca essas últimas, ocupando o espaço todo da consciência. A memória aparece como força subjetiva, ao mesmo tempo profunda e ativa, latente e penetrante, oculta e invasora (Bosi, 2007, p.47).

O vivido, as experiências, as ocorrências do passado, são atributos que carregamos desde o momento que nascemos. Ao longo de nossas vidas vamos reunindo experiências diárias e cotidianas, as quais integram um lugar e uma temporalidade. Como parte integrante de um todo é possível encontramos nas experiências individuais fragmentos de um momento histórico. São as percepções e experiências que nos instigam e ao mesmo tempo exigem persistência e cautela dos pesquisadores que a elas recorrem. Uma das possibilidades de compreensão da experiência humana num dado momento pode ser desenvolvido através da metodologia de história oral. Compreende-se que “a principal característica dos documentos de história oral não consiste no imediatismo de alguma informação [...] [mas] decorre de toda uma postura em relação à história e às configurações socio-culturais, que privilegia a recuperação do vivido conforme concebido por quem viveu” (Alberti, 2004, p. 16).

O objetivo deste trabalho é articular as memórias e experiências de mulheres que vivenciaram o processo de institucionalização do parto em Guarapuava, no interior do Paraná, nas décadas de 1950 e 1960, quando foram implementadas as políticas públicas de proteção à maternidade e a infância criadas pelo governo federal brasileiro. A institucionalização do parto no Brasil foi fortalecida por medidas governamentais, preconizadas através do conjunto de propostas e metas implantadas pelo Departamento Nacional da Criança (DNCr), criado em 1940 através do Decreto Lei nº 2.024. O órgão era ligado ao Ministério da Educação e Saúde (MES). A política elaborada pelo Departamento Nacional da Criança pretendia, em linhas gerais, combater a mortalidade infantil através do pré-natal e da educação materna. Segundo o artigo primeiro do Decreto:

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

Desde sua criação, os responsáveis pelo Departamento Nacional da Criança

incentivaram os estados brasileiros a implantarem instituições semelhantes ao DNCr em suas capitais. Essas instituições ficaram conhecidas como Departamentos Estaduais da Criança (DECr). Na década de 1940, durante o mandato do governador Moysés Lupion (1947-1951), o Paraná inseriu-se na campanha nacional de combate à mortalidade infantil e implantou programas federais de proteção à maternidade e à infância. Tais programas incluíam a criação do DECr e dos Postos de Puericultura em todos os municípios do estado. O programa organizado pelo governo federal através do Departamento Nacional da Criança recebeu forte apoio do governo estadual, o qual se empenhou em implantar efetivamente as propostas federais.

A escolha de Guarapuava – cidade situada no Centro-Oeste do estado do Paraná – para elaboração deste artigo, justifica-se por ela ter sido incluída nos processos de implantação de políticas públicas de proteção à maternidade e infância organizadas pelos governos federal e estadual. No ano de 1947 foi inaugurado em Guarapuava o primeiro Posto de Puericultura, o qual era uma política do governo federal e visava atender um grande número de mães e crianças com o objetivo de prestar assistência obstétrica às gestantes, pediátrica às crianças, assim como o fornecimento de alimentos aos lactantes e instruções às mães no cuidado de seus filhos.

É pertinente destacar a relevância em contemplar as memórias daquelas que foram beneficiadas pelas políticas para a maternidade. Trata-se das memórias das mães e mulheres que atuaram na filantropia, num contexto de implantação e recepção das políticas de proteção à maternidade e à infância formuladas pelas instâncias políticas. Através desta perspectiva do trabalho, a memória é o conceito que possibilitou a construção de fontes e informações inexistentes na documentação escrita.

A memória não pode ser compreendida como um processo parcial e limitado de lembrar fatos passados, de valor acessório para as pesquisas acadêmicas. Entende-se que a memória é a habilidade de reter um elemento da experiência ou um conhecimento adquirido no passado e de trazê-lo ao presente. É considerada efetiva para a constituição das experiências e do conhecimento científico. A memória pode ser entendida como a capacidade de relacionar um evento atual com um evento passado do mesmo tipo, de evocar o passado através do presente. Pelo estímulo da memória pode-se chegar à experiência, pois:

A memória é vida, sempre carregada por grupos vivos e, nesse sentido, ela está em permanente evolução, aberta à dialética da lembrança e do esquecimento, inconsciente de suas deformações sucessivas, vulneráveis a todos os usos e manipulações, suscetível de longas e repentinas revitalizações (Thompson, 1992, p. 123).

A relação entre a história e a memória é complexa. Lembrar o passado e escrever sobre ele não são atividades inocentes; tanto a história quanto a memórias não são objetivas. Neste caso, os historiadores desempenham papel fundamental em

considerar os fenômenos como seleção consciente ou inconsciente, interpretação e distorção. “Nos dois casos, passam a ver o processo de seleção, interpretação e distorção como condicionado, ou pelo menos influenciado, por grupos sociais. Não é obra de indivíduos isolados” (Burke, 2000, p. 69-70).

Ao estudar a memória, Burke considera dois pontos fundamentais: a memória como fonte histórica e a memória como fenômeno histórico. Sob o primeiro aspecto, além de estudar a memória com fonte para a história, Burke ressalta que os historiadores devem elaborar uma crítica da reminiscência nos moldes da operação de análise dos documentos históricos.

Mesmo os que trabalham com períodos anteriores têm alguma coisa a aprender com o movimento da história oral, pois precisam estar conscientes dos testemunhos e tradições embutidos em muitos registros históricos (Burke, 2000, p. 72).

Quanto ao segundo aspecto, para Burke os historiadores devem estar interessados na história social do lembrar. Partindo-se da premissa de que a memória social, como a individual, é seletiva, faz-se necessário identificar os princípios de seleção e observar como os mesmos variam de lugar para lugar, ou de um grupo para o outro e como se transformam na passagem do tempo. “As memórias são maleáveis e é necessário compreender como são concretizadas, e por quem, assim como os limites dessa maleabilidade” (Burke, 2000, p.73).

Processo de institucionalização do parto

A institucionalização do parto foi parte integrante do amplo projeto das políticas públicas de proteção à maternidade e à infância no Brasil. Desde a década de 1940, o Departamento Nacional da Criança tinha como objetivo criar maternidades hospitalares nas mais diversas regiões do Brasil. Em 12 de março de 1966 foi inaugurada a primeira Maternidade de Guarapuava, no Hospital de Caridade São Vicente de Paulo. A Maternidade inicialmente contava com uma sala de parto e alguns leitos na ala exclusiva para parturientes e recém-nascidos. Embora a inauguração oficial conste como ocorrida na década de 1960, alguns partos já vinham sendo realizados anteriormente no Hospital, porém, as poucas parturientes que procuravam o atendimento hospitalar permaneciam internadas no mesmo espaço físico junto com os demais pacientes. Podemos perceber, assim, que o processo efetivo de institucionalização do parto ocorreu de forma gradativa e lenta, fator que corrobora para a tese de que o processo foi heterogêneo e singular, respeitando as especificidades de cada parte do território brasileiro.

Desde a segunda metade do século XIX que no Brasil o atendimento obstétrico e ginecológico era realizado e dispensado de acordo com a origem social das mulheres.

Aquelas que podiam pagar e estavam cercadas de atenções familiares geralmente eram atendidas em casa pelo médico da família ou por uma parteira de confiança e, até mesmo, apesar de ser mais raro, em clínicas especializadas que já estavam em funcionamento desde as últimas décadas do século XIX.

As mulheres que possuíam algum recurso tinham seus partos em casa. Apenas as completamente desvalidas procuravam a maternidade pública. Estas mulheres passavam por cima de valores que estavam enraizados na sociedade, pois parir num hospital público era visto como coisa vergonhosa e sinal de miséria. Segundo Françoise Thébaud, na França ocorreu situação semelhante.

No século XIX, em uma França ainda fortemente rural, a grande maioria das francesas davam à luz em casa, com assistência médica (para as mais abastadas) ou sem. Somente as mulheres pobres da cidade ou as mães solteiras, que queriam esconder sua gravidez ou não sabiam aonde ir, vinham ao hospital e pagavam um pesado tributo às epidemias de febre puerperal (Thébaud, 2002, p. 415).

Um divisor de águas no processo de institucionalização do parto no Brasil foi o movimento eugenista. Criado no século XIX por Francis Galton, a eugenia é um conjunto de ideias e práticas relativas ao melhoramento da raça humana ou um aprimoramento pela seleção dos genitores tendo como base o estudo da hereditariedade. Essa doutrina teve grande sucesso, e mesmo após o seu questionamento como ciência ainda se manteve por longo tempo como justificativa para práticas discriminatórias (Maciel, 1999).

Para que o ideal eugênico fosse efetivado fazia-se necessário que se estimulasse a procriação entre os considerados “tipos eugênicos superiores” e coibida a procriação dos outros, de modo a impedir a proliferação dos chamados inferiores. Dessa forma, o ideário eugênico implicaria práticas sociais que viriam a constituírem-se em políticas públicas cujo objetivo expresso seria melhorar a raça e impedir a degeneração (Maciel, 1999).

A eugenia no Brasil ganhou visibilidade e legitimidade nas primeiras décadas do século XX, pois seus pressupostos forneciam uma explicação para a situação de “atraso do país” e ao mesmo tempo indicavam o caminho para a sua superação. Divulgada especialmente pelo médico Renato Kehl a partir de 1918 e pela Sociedade Eugênica de São Paulo, a eugenia no Brasil “conferia modernidade ao meio científico e intelectual das primeiras décadas do século XX”, sendo que “médicos, higienistas, juristas e educadores podem ser considerados os principais interessados nessa discussão” (Kobayashi; Faria, Costa, 2009, p. 320).

A eugenia foi conceituada pelo médico sanitário J. P. Fontenelle como sendo “a parte da higiene que utiliza todos os conhecimentos científicos que concorrem para melhoramento físico e mental das gerações futuras”. O termo tem sua origem do grego *eugenés*, que significa bem-nascido, e fazendo da eugenia como técnica de poder, como

instrumento científico por excelência:

[...] os eugenistas incorporavam ‘ao conceber a vida’ controles reguladores que se constituíram como verdadeiros agenciadores do sexo, a definir a constituição das famílias; os modos de viver e trabalhar; as formas de educar os filhos; a sexualidade normal e as condutas desviantes; os imigrantes que o país suportaria; enfim, os meios de existir, para atingir o progresso biológico e então desfrutar do progresso social (Marques, 1994, p. 20).

O movimento eugenista ao procurar melhorar a raça buscou sanar a sociedade de pessoas que apresentavam determinadas enfermidades ou características consideradas indesejáveis, tais como doenças mentais, promovendo, assim, práticas para impedir que esses indivíduos transmitissem sua debilidade para as gerações futuras. Os primeiros especialistas do movimento avaliaram as condições de saúde pública e ensino brasileiros e manifestaram nítida preocupação com o saneamento dos corpos e do meio. Na consolidação dos princípios eugênicos em 1919, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), a fim de promover uma campanha de higienização nacional.

Mais tarde, durante os primeiros anos de seu mandato, Getúlio Vargas promoveu e defendeu o ideal de progresso econômico baseado na saúde e na educação, pois para crescer e desenvolver-se o Estado precisava de cidadãos selecionados por meio de processos eugênicos, saudáveis física e mentalmente, e para tanto impunha-se a tarefa de proteger e assistir a maternidade, a infância e a juventude. Sendo assim, os eugenistas avistaram no governo Vargas uma ocasião favorável para efetivarem algumas de suas aspirações em nível nacional (Gomes, 2000, p. 247).

A puericultura também foi alvo da ciência eugênica brasileira. A medicalização do parto vinha ao encontro do pensamento dos eugenistas. Em 1929, aconteceu o Primeiro Congresso Brasileiro de Eugenia realizado no Rio de Janeiro e o tema proteção à maternidade foi amplamente discutido pelos participantes. Dessa forma, “puericultura e eugenia se ligavam intimamente, ao defender os cuidados com a saúde da mãe e da criança, como formas de preservação dos bem nascidos” (Kobayashi; Faria; Costa, 2009, p. 320).

Através dessa perspectiva, o ventre materno era a fonte que possibilitava o aperfeiçoamento do futuro cidadão brasileiro. Portanto, o corpo feminino, sobretudo quando grávido, fez-se objeto do discurso e dos estudos médicos. Os ginecologistas e obstetras eugenistas procuraram definir através da ciência como a mulher deveria se cuidar durante a gestação, o ambiente propício para o parto e, sobretudo, a saúde e a alimentação do recém-nascido.

Com base na supremacia da razão sobre a emoção – e nesse plano ganhando sua legitimidade –, a puericultura oferecia amplo e diversificado estoque de ensinamentos técnicos para guiar a conduta das mulheres na criação de seus filhos, em substituição aos ‘antigos’ dogmas religiosos ou palpites de curiosas, vizinhas

ou avós, considerados perniciosos e ‘arcaicos’. Munidas de tal arsenal científico, as mulheres estariam supostamente aptas a desenvolver sua ‘nobre missão’ sem os riscos oferecidos pelas paixões ou impulsos e sem precisar recorrer a expedientes do domínio das crenças. Usar e fazer ciência: este seria o novo papel social da mãe moderna. O argumento da modernidade era sistematicamente invocado pelos articulistas para justificar as novas práticas – científicas e racionais –, opondo-as àquelas tradicionais, baseadas em costumes, crendices e superstições (Freire, 2009, p. 127).

O aprimoramento científico do parto foi um dos fatores que contribuíram para a sua institucionalização e, dessa forma, deu-se a substituição da figura da parteira pela do médico. Visava-se também ao combate a diversos costumes tradicionais que desfrutavam de enorme prestígio e popularidade. A percepção de que certas crendices rivalizavam com a autoridade do médico fez com que se passasse a acreditar que esta estaria assegurada com o combate aos preconceitos e com a gradual substituição da orientação tradicional dispensada por curandeiros e parteiras. A possibilidade de minimizar os riscos através das intervenções médicas, das inovações na assistência à saúde e da presença de um especialista com conhecimento obstétrico influenciaram gradativamente as mulheres para que começassem a procurar as maternidades hospitalares.

Aos poucos as tecnologias e saberes científicos foram ganhando visibilidade entre as mulheres. Para Ana Paula Vosne Martins, as mudanças na percepção do parto conduziram as mulheres à escolha pelo hospital-maternidade. O próprio parto sofreu uma redefinição: todo parto passou a ser visto como um risco potencial, dado que qualquer mãe ou bebê poderia sofrer ameaças à sua saúde e bem estar. Naquele contexto emergiu também o combate às parteiras e aos partos domésticos. As revistas médicas e os periódicos teciam duras críticas às parteiras, interpretando suas ações como imorais e promotoras do atraso brasileiro (Martins, 2000).

Diante da necessidade de aumentar o número de mulheres atendidas nas Maternidades, mesmo com a ajuda de uma parteira, realizava-se a política de implementação do projeto hegemônico dos obstetras. Apesar das transformações técnicas, terapêuticas e cirúrgicas de fins do século XIX e início do século XX, a Maternidade continuou a ser vista como um estabelecimento destinado aos pobres e excluídos. Para Maria Lucia Mott, somente a partir de 1930 é que as mulheres de camadas mais favorecidas e intermediárias começaram timidamente a frequentar Maternidades (Mott, 2002).

Segundo Martins, os hospitais-maternidade atendiam inicialmente as mulheres pobres, “eles só conseguiram ampliar a hospitalização e incutir o hábito das consultas antes do parto, quando convenceram as mulheres de classe média e as mulheres mais ricas que o hospital maternidade era seguro e fornecia acomodações particulares e confortáveis para elas”. Para Martins a imagem do médico

[...] como conselheiro familiar com autoridade para expressar suas idéias e prescrever condutas só se deu através da aliança estabelecida com a mulher, personagem central tanto para a entrada das idéias médicas e científicas no meio familiar quanto para a construção da reputação e da fama dos médicos. Dessa forma, a imagem do médico protetor da mulher também expressa o crescente interesse médico-científico pela natureza feminina e as doenças de mulheres, interesse este que resultou na constituição de especialidades médicas voltadas para a especificidade do sexo feminino: a obstetrícia e a ginecologia (Martins, 2000, p. 233).

Apesar da política de implementação da institucionalização do parto, verifica-se que as características de tal ação nos centros urbanos, como São Paulo, Rio de Janeiro, Salvador e Curitiba, antecedeu ao menos meia década as demais regiões do interior do Brasil. Isso ocorreu, sobretudo, pela dificuldade dos médicos estabelecerem-se em determinadas regiões. Os poucos médicos atuantes enfrentavam a impossibilidade de chegar às mais longínquas comunidades, restando para as parteiras a continuidade nas suas funções. Se nos grandes centros os médicos se graduavam e imediatamente iniciavam seus atendimentos, nos municípios do interior do Brasil a realidade era outra; os poucos médicos que chegavam ao interior encontravam um árduo trabalho.

No Paraná, apesar do curso de medicina ter sido inaugurado em 1914, na recém-criada Universidade do Paraná, as dificuldades da população rural em obter atendimento médico perduraram até metade do século XX, e em alguns casos perduram até os dias atuais.

Em Guarapuava, o Hospital de Caridade São Vicente de Paulo foi a primeira instituição que deu atendimento médico à população. Criado em 1º de agosto de 1919, o Hospital inicialmente se destinava ao atendimento emergencial, contando com poucos leitos e médicos. Organizado e fundado por um grupo de cidadãos guarapuavanos, o Hospital de Caridade São Vicente de Paulo foi benemerente desde sua fundação e, portanto, contava com o apoio e as doações dos cidadãos engajados nas obras de caridade. Não houve iniciativas da prefeitura em favor do Hospital até o início da década de 1940.

As mudanças em relação à estrutura hospitalar e investimentos só ocorreram no final do governo do interventor Manoel Ribas (1940 e 1941), quando foram destinadas verbas estaduais para o Hospital de Caridade São Vicente de Paulo. Entretanto, foi no primeiro mandato do governo Moysés Lupion que o Hospital ganhou visibilidade. Segundo se consegue averiguar nas deliberações do governador, através das correspondências arquivadas no Centro de Documentação e Memória da Universidade Estadual do Centro Oeste (Unicentro), em 1947 o governo do estado do Paraná intensificou uma campanha em favor de hospitais de atendimento exclusivo para crianças e mães.

Foram criados no Paraná os Hospitais da Criança, como parte do programa de proteção elaborado pelo Departamento Estadual da Criança. Neles, eram mantidas

algumas divisões médicas especializadas, através das quais eram realizados estudos e pesquisas de problemas relativos à biologia, à higiene e à medicina das crianças.

O Hospital da Criança que atendia o distrito sanitário de Guarapuava localizava-se em Ponta Grossa. Apesar da abrangência distrital de Guarapuava e da população considerável que o município atendia, não foram destinadas verbas para a criação de um órgão público de saúde que atendesse mães e crianças na cidade.

Resaltamos que até 1966 as parturientes, assim como as crianças, eram atendidas e internadas em alas conjuntas com os demais pacientes do Hospital. Naquele contexto, essa prática estava sendo fortemente combatida pelos médicos puericultores que alertavam para a insalubridade desses ambientes para a saúde das mães debilitadas pelo esforço do parto, fracas pela perda de sangue e expostas a todo tipo de enfermidades. Mas a preocupação maior desses médicos concentrava-se nas crianças que ao nascerem já estavam sujeitas a toda espécie de contaminação hospitalar.

Para tal, iniciou-se por volta de 1947 no Brasil uma campanha nacional que objetivava institucionalizar o parto, sobretudo, nas regiões onde os partos domésticos ainda eram muito praticados. Nos grandes centros urbanos, como vimos anteriormente, os médicos puericultores, baseados nos princípios da eugenia, já haviam combatido as práticas domésticas relacionadas à gravidez e ao nascimento. As Santas Casas de Misericórdia já vinham sendo dirigidas por obstetras e as enfermeiras eram formadas nos cursos de partos ofertados pelas instituições apropriadas para os padrões da época (Mott, 2002).

No entanto, nas regiões mais longínquas do Brasil, o atendimento à saúde funcionava de maneira bastante precária. Em Guarapuava, a primeira iniciativa de implantar uma instituição de saúde destinada ao atendimento de mães e crianças partiu da iniciativa privada.

Segundo averiguou-se no Relatório Anual da Provedoria do Hospital de Caridade São Vicente de Paulo (1955), foi de comum acordo entre seus membros que se instalasse uma ala especialmente para o atendimento da Maternidade. Neste documento é possível observar que apenas 1% da arrecadação municipal era destinada para esse fim, corroborando com a afirmação feita anteriormente. Não encontramos menções a verbas destinadas pelo governo federal ou estadual que fossem utilizadas para a implantação da Maternidade.

Apesar das propostas do governo federal e depois estadual, a iniciativa aqui estudada foi tomada pela provedoria do Hospital, a qual representava os interesses da população e dos médicos. Durante as instalações da ala da Maternidade, os médicos contaram com o apoio e orientações de parteiras. Já naquele momento o Hospital de Caridade estava sob a direção das Irmãs Scalabrianas da Ordem de São Carlos de Borromeu. Observa-se através do Relatório Anual da Provedoria do Hospital do ano de 1955 que as freiras ficaram responsáveis por todas as áreas operacionais do Hospital, tais como cozinha, almoxarifado, lavanderia e pela ala de enfermaria.

As freiras também atuaram como parteiras diplomadas da Maternidade. Algumas delas foram enviadas para Escola de Obstetrícia e Enfermagem Especializada de São Paulo e receberam o título de parteiras diplomadas. Dessa forma, passaram a integrar a equipe da Maternidade do Hospital de Caridade São Vicente de Paulo. Através da análise realizada nos Cadernos da Sala de Partos observa-se que dos 222 partos realizados no primeiro ano de funcionamento da maternidade, apenas 21 foram cesarianas. Os demais partos foram normais, sendo realizados pelas parteiras diplomadas integrantes da equipe da Maternidade. Devido à institucionalização do parto, as parteiras práticas foram desaparecendo do cenário, conseqüentemente quando o parto passou a ser hospitalizado, as parteiras estavam sujeitas à aprovação médica a fim de atuar nas maternidades hospitalares (Mott, 1999).

As mulheres e suas histórias

Para o desenvolvimento desta pesquisa foram realizadas entrevistas com seis mulheres, que tiveram seus filhos entre 1950 e 1960. As entrevistas foram realizadas no ano de 2010, gravadas e transcritas e todas possuem concessão de uso assinada. Suas identidades foram preservadas, sendo que nomes fictícios foram utilizados.

As primeiras memórias compartilhadas para o desenvolvimento desta pesquisa foram transmitidas por Ione. Ela nasceu em Guarapuava no ano 1941. A cozinheira foi mãe de seis filhos, o primeiro nasceu em 1961. Seus três primeiros partos foram realizados pela parteira Gerci (frequentemente comentada pelas entrevistadas). Ione relatou que na terceira gestação foi instruída a procurar o atendimento hospitalar, pois a criança estava em posição pélvica. Contudo, a parturiente resistiu à ideia. Gerci realizou o parto, pois havia feito os cursos com Dr. João e conhecia os procedimentos de manobra caso a criança estivesse em posição pélvica. Porém, mãe e criança sofreram muito durante o parto.

Chama-nos atenção a resistência de Ione em procurar a Maternidade. Segundo ela, a ideia não lhe era confortável, pois se sentia envergonhada pela presença do médico. Com relação à resistência em ir para a Maternidade, a situação envolvia questões familiares e o pudor, bem como a resistência dos maridos em consentir que suas esposas e filhas expusessem seus corpos para um outro homem, neste caso, o médico. Devido à tradição do atendimento domiciliar ao parto prestado por parteiras, à primeira vista as Maternidades eram concebidas como espaços destinados às mulheres que não tinham famílias, prostitutas ou mães solteiras, pois as mesmas não teriam apoio e precisavam esconder seus filhos.

Esta associação da Maternidade com o favorecimento de mães solteiras e prostitutas foi comum no Brasil durante algum tempo. A prática obstétrica

exclusivamente hospitalar também suscitava resistência entre as mulheres, em especial pela associação do hospital a um lugar de morte ou de abrigos para pobres, bêbados, doentes, prostitutas e loucos. Inclusive, pode-se evidenciar que a má reputação das “casas de maternidade” no Brasil vinha de longa data:

Nesse tempo [século XIX], as consultas ginecológicas e os partos eram realizados quase que exclusivamente no domicílio da parturiente ou de pessoa de sua relação [...]. Nas primeiras décadas do século XIX, algumas parteiras, entre elas muitas estrangeiras recebiam parturientes em seus consultórios, onde possuíam quartos. Com o passar dos anos essa forma de atendimento se ampliou e os estabelecimentos passaram a ser conhecidos pelo nome de casas de maternidade. Aí eram atendidas em geral escravas, negras livres, e mulheres que por alguma razão estavam impedidas de dar à luz em suas próprias casas, como por exemplo, as provenientes do interior, as mães solteiras e as viúvas. Apesar da importância do serviço e socorro prestados às mulheres, esses estabelecimentos eram desqualificados, tidos como suspeitos, locais onde a clientela era composta por mulheres de má fama e praticavam-se abortos (Mott, 1998, p. 183).

Nos centros urbanos, tal resistência também existiu. Em Curitiba, por exemplo, a Maternidade do Paraná, criada em 1914, contou com o prestígio social e a articulação política dos médicos Victor do Amaral, Reinaldo Machado, João Evangelista Espíndola, Assis Gonçalves, Nilo Cairo, para poder se firmar socialmente. Para que a institucionalização do parto tivesse lugar, a Maternidade contou com a articulação política e projeção social desfrutada pelos médicos, os quais atuavam em cargos públicos e no meio cultural da cidade.

Em 1914 foi inaugurada a ‘Maternidade do Paraná’, a primeira do Estado, dirigida pela Universidade do Paraná. Sua proposta incluía, além da parteira, a presença do médico no atendimento às parturientes e previa acomodações não somente às indigentes, mas também quartos diferenciados que atraíssem aquelas consideradas damas na sociedade. Essa ‘reestilização’ da Maternidade, agora provida de aparato científico, tendo a figura do médico à frente da Clínica Obstétrica e uma carteira de clientes de alto nível social, objetivava uma mudança positiva no conceito que a população mantinha a respeito de instituições similares (Farias, 2010, p. 101).

Entretanto, segundo Farias, um ambiente hospitalar para este fim era uma novidade que gerava estranheza no povo e provocava resistências, tanto que os principais periódicos de circulação na cidade buscavam informar a população sobre o que seria a Maternidade do Paraná e quais as vantagens de sua instalação na cidade:

Agora o que vai ser a Maternidade do Paraná? Maternidade é um hospital, ou melhor, um recolhimento, destinado a prestar assistência de parto gratuita às

mulheres provavelmente pobres; ella recolhe as mulheres pobres em adiantado estado de gravidez (pelo menos 15 dias antes de dar á luz); conserva-as e as mantém á sua custa, em dormitório especial, durante esse ultimo periodo da gestação; ampara-as durante o parto, com parteira e médico; fornece o primeiro enxoval ao recém-nascido (Maternidade do Paraná *apud* Farias, 2010, p. 100).

Outro fator que contribuía para a boa fama dos partos domésticos era a presença dos familiares da parturiente. Maria Lucia Mott afirma que dar à luz fora de casa era uma situação anormal, considerada apavorante e procurada apenas em casos extremos, sobretudo por pessoas desclassificadas socialmente (Mott, 2002).

No caso de Ione, a resistência estava impregnada pelo medo em expor seu corpo a outro homem que não fosse seu marido. Entretanto, em sua quarta gestação, assombrada pelas lembranças do último parto, decidiu ter o filho na Maternidade. Entretanto, sentiu-se aliviada ao saber que Rosa atuava na Maternidade.

Quando meu marido e eu ficamos sabendo que a parteira, a Dona Rosa, que ela tava lá no Hospital, ficamos mais confiante. Eu sofri demais quando o piá tava invertido, quase morri. Fiquei até, é engraçado, mas eu fiquei com medo, não queria mais filho. Mais sabe como é. Quando percebi que tava grávida quase morri. Mas a Dona Gerci, que disse que a Dona Rosa tava lá. *Daí fiquei melhor, só que mesmo assim, eu tava com medo...* Depois quando senti as dor, fui no Hospital, foi as Irmã e a Dona Rosa que me atenderam. Só no meu último filho, que nasceu em 1972, que fiz uma cesária, daí foi o Doutor João que me operô. Mas daí já tava sem vergonha mesmo (Ione, 2010).

Tendo em vista a dificuldade para atrair mulheres de boa família às Maternidades, os médicos apelaram para a caridade com os pobres. Nos grandes centros urbanos, os primeiros hospitais e maternidades foram destinados a eles. No caso de Curitiba, apesar do prestígio que tinha, o obstetra Victor do Amaral, principal responsável pela fundação da primeira Maternidade paranaense, se deparou com as resistências, algumas vezes vindas de seus próprios colegas de profissão ou mesmo de outras pessoas da sociedade que consideravam a Maternidade um incentivo à imoralidade das moças, devido ao parto secreto realizado na instituição. Uma das saídas para romper com esta resistência foi recorrer às senhoras da elite da cidade. Desta forma, foi fundada a Associação das Damas de Assistência à Maternidade e à Infância que contribuiu amplamente para a manutenção da Maternidade por décadas (Farias, 2010, p. 124).

Interessante é que sem a própria atuação feminina o sonho da Maternidade não teria se concretizado, pois foram as senhoras pertencentes à elite que contribuíram para erguer e manter a instituição durante várias décadas. A Associação das Damas de Assistência à Maternidade e à Infância foi

[...] composta em 1915 por 140 mulheres, as quais mensalmente faziam doações

em dinheiro. Muitas delas eram principalmente esposas de maçons, como Etelvina Rebello Camargo, casada com o Grão Mestre Affonso Alves de Camargo, Presidente do Estado do Paraná em duas gestões: 1916-1920 e 1928-1930. Outra associada, Francisca Martins Erichsen era casada com o médico e Grão Mestre Abdon Petit Guimarães Carneiro. Anna Messias do Amaral, esposa do obstetra e maçom Victor do Amaral, também era associada, apenas para citar algumas (Farias, 2010, p. 102).

As organizações filantrópicas de assistência à maternidade já existiam no Brasil desde os fins do século XIX. Com atividades desenvolvidas para angariar fundos que contribuíssem para a manutenção das mães e crianças pobres nas instituições, temos como exemplo, o Instituto de Proteção e Assistência à Infância, no Rio de Janeiro. Fundada em 1899, pelo médico Carlos Arthur Moncorvo Filho, a instituição objetivava auxiliar e proteger as mães pobres.

A partir do final da década de 1910 houve acelerado crescimento de organizações filantrópicas femininas no Brasil, nas quais as mulheres das classes média e alta podiam se sentir úteis à sociedade, organizando e administrando programas de assistência médica e social, e de educação prática e moral, destinados, sobretudo, a mulheres, crianças e às classes populares. [...] A organização de festas e chás beneficentes tornou-se verdadeira moda no Rio de Janeiro, conformando um espaço privilegiado de contatos sociais para as mulheres, expressão de seu caráter cívico e patriótico, e merecendo notas – com os nomes de suas mentoras – nos principais periódicos. O destaque e o teor de tais matérias revelam o envolvimento e a preocupação de movimentos feministas – em particular os de orientação católica – com a educação e a higiene, o que comprova a afinidade de interesses que levou à conformação, sobretudo a partir da terceira década do período republicano, da relação de aliança entre feminismo, filantropia e higienismo (Freire, 2009, p. 74).

De acordo com Mott, as entidades filantrópicas das primeiras décadas do século XX dedicadas ao amparo à maternidade e à infância foram fundadas e dirigidas por mulheres. Suas sócias trabalhavam junto às mães e crianças pobres e se preocupavam em suprir de imediato suas necessidades mais básicas (Mott, 2001, p. 212).

Conforme observado, em Guarapuava a organização filantrópica Sociedade de Senhoras Pró-Hospital de Caridade São Vicente de Paulo também auxiliou na implantação da Maternidade hospitalar. As sócias do Pró-Hospital organizaram o evento filantrópico “Lanche da Amizade”, que teve sua primeira edição em 1955. Organizado por senhoras pertencentes à elite guarapuavana, dentre elas a esposa do prefeito e a diretora do Posto de Puericultura, o evento visava a angariar recursos para o equipamento da Maternidade, assim como para o amparo das mães e filhos.

Uma das entrevistadas, Raquel, foi esposa do provedor do Hospital de Caridade São Vicente de Paulo no momento em que a Maternidade foi inaugurada. Ela era participante ativa do “Lanche da Amizade” e com suas amigas assistiu às mulheres

pobres do município, doando enxovais para recém-nascidos, alimentos e remédios. No mesmo ano da inauguração da Maternidade, Raquel estava grávida e teve sua filha na Maternidade do Hospital de Caridade São Vicente de Paulo:

Eu tinha passado muito mal no parto anterior. Meu marido se esmerou em implantar a Maternidade, como provedor do Hospital ele dizia que fez a Maternidade pra mim. Coitado, uns anos depois morreu. Mas eu tive a minha filha número 5 no Hospital. Ele ficou tão feliz. Tiramos foto, e tudo, isso era coisa importante na época, veja que eu virei até notícia (Raquel, 2010).

Ao dizer que se tornou notícia, Raquel acabou se transformando num modelo a ser seguido por outras mulheres. Esposa, dona de casa, envolvida em obras de caridade, católica, teve sua filha na Maternidade. Ao tomar a atitude de dar à luz na Maternidade, contribuiu para a credibilidade do hospital e ainda enalteceu o reconhecimento do trabalho filantrópico realizado pelas sócias do Pró-Hospital.

Nós fazíamos o Chá, era muito divertido, todas nós éramos amigas. Depois umas que não eram da nossa convivência quiseram entrar no Chá. A gente deixava porque o trabalho não era pra nós, era pra aquelas pobres mulheres, às vezes iam pro Hospital sem uma roupa pra por no corpo da criança que nascia. As Irmãs que trabalhavam no Hospital gostavam das visitas que nós fazíamos pras mulheres de dieta. A gente até ajudava a cuidá. Muitas vezes ficamos de madrinha das crianças. De volta e meia tinha uma criança na rua pedindo 'benção madrinha' (Raquel, 2010).

De certa forma, os comportamentos das mulheres guarapuavanas em relação ao parto se alteraram. Conforme se pode observar nos Cadernos da Sala de Partos, gradualmente os atendimentos na Maternidade do Hospital de Caridade São Vicente de Paulo aumentaram. É o que também observamos através do depoimento de Lúcia.

Mãe de nove filhos, ela teve onze gestações, sendo que duas foram interrompidas por consequência de acidentes domésticos. Nascida em 1934, residiu desde o casamento em uma fazenda na zona rural de Guarapuava, e teve sua primeira filha aos 19 anos. O parto foi realizado por uma parteira e depois teve outros seis filhos em casa.

Em 1967, quando estabeleceu moradia em Guarapuava por conta do estudo dos filhos, Lúcia estava grávida e logo se preocupou em encontrar uma parteira que pudesse lhe auxiliar. Entretanto, o cenário que encontrou foi diferente da realidade que conhecia:

A minha irmã, a Elza, já morava em Guarapuava. Eu disse: Elza preciso de uma parteira. Ela disse: Lúcia, a minha vizinha, a Rosa, é parteira, mas agora ela tá no Hospital. Eu disse: ela tá doente? Não mulher, ela trabalha lá, minha irmã falou. Eu achei meio estranho, nunca tinha ouvido falá de parteira trabalhando no Hospital.

Daí eu fui entendê. A Elza disse que na cidade as mulher agora iam pro Hospital, e tinha só filho lá, com médico, parteira, as Irmã. Lá tinha tudo, depois só voltava pra casa e cuidava da criança (Lúcia, 2010).

Lúcia desconhecia o parto hospitalar, porque ainda não tinha necessitado se submeter a nenhum. Também desconhecia que uma parteira pudesse atender no hospital. Apesar disto, ela relatou que se sentiu segura em realizar o parto na Maternidade:

Meu marido, ele achô um pouco estranho, meio chato. Mas quando eu disse que tinha a parteira e que tinha as Irmã, ele não ligô. Até que foi bom, porque eu tive uns problema e a menina ficou entalada. Senão tivesse o médico, eu tinha morrido, igualzinho aquelas amiga do mato. A criança vinha, ficava entalada, a parteira, coitada, não tinha como tirá, morria mulher, criança e tudo. Eu me salvei. Depois, as Irmã me cuidaram, pois eu tinha uma tropa de criança em casa. Eles ficaram tudo na fazenda cá minha cunhada. Depois, meu marido me pego no Hospital e fomo pra fazenda, foi uma festa quando chegamo (Lúcia, 2010).

Lúcia conheceu a Maternidade através da sua irmã. Segundo ela, a irmã ainda não havia tido filhos na Maternidade, mas tinha ouvido nas programações transmitidas no rádio. Segundo ela as informações a respeito da Maternidade eram constantes e bem afamadas, “ela ouvia na rádio. Depois eu também ouvia, tava ficando moderna” (Lúcia, 2010).

Lúcia não foi a única a relatar sobre os anúncios da Maternidade nos canais de comunicação, a entrevistada Rocio também mencionou alguns anúncios. Rocio teve três filhos, todos nascidos na Maternidade. A guarapuavana concluiu o colegial, era dona de casa e decidiu se dedicar à criação dos três filhos. Desde muito jovem Rocio ouvia programas de rádio e periodicamente realizava leituras na Revista *O Cruzeiro*.

Quando se casou, Rocio já conhecia o parto hospitalar. Apesar de se relacionar com diversas parteiras, ela decidiu ter seus filhos no Hospital:

Não tinha porque arriscar. Eu ouvia na rádio que as mulheres que tinham na Maternidade, era mais seguro. Também soube de muitas mulheres que morreram por causa dos partos com as parteiras. Não era elas o problema, *né, a gente sabe que elas era boazinha. Mas no Hospital tinha mais recurso. E não é como hoje, que tem tudo. Era mais difícil, só que eu perdi minha mãe quando era criança, fui criada pela madrinha. Deus que me livre dos meus filho ficarem sem a mãe. Coitadinhos. E também Deus que livre deles morrerem. Eu e meu marido sabia que o Hospital era seguro e que o médico era de confiança* (Rocio, 2010).

Para Rocio, a opção de poder dar à luz na Maternidade foi decisiva para ter os três filhos. Baseada na credibilidade médica apresentada nas páginas da revista, ela não teve

dúvidas ao escolher a Maternidade. Assombrada a vida toda pela ausência da mãe, que faleceu no parto, Rocio não desejava o mesmo para os futuros filhos.

Segundo Ana Paula Vosne Martins:

[...] não há como negar que os conhecimentos e as técnicas da obstetrícia e da ginecologia tenham contribuído para a melhoria das condições físicas das mulheres, ou seja, não defendemos uma atitude *a priori* anticientífica em nossa crítica à ciência sexual e especialmente à medicina da mulher. Certamente que o uso de anestésicos nos partos, o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas mais seguras, entre outras inovações, foram benéficas e bem-vindas. Contudo, a questão não pode ser vista somente a partir do desenvolvimento ou do progresso da ciência e da medicina, mas a partir da natureza das relações que se estabelecem entre aqueles que produzem o saber e aquelas que são alvo ou objeto de tal conhecimento (Martins, 2004, p. 266).

Através da concepção médica, no processo de institucionalização dos partos não eram apenas as parteiras que necessitavam de instrução, mas também as mães que confiavam às parteiras o comando de seus partos e os primeiros cuidados com os recém-nascidos. As publicações nas revistas e a divulgação em programas de rádio foram os meios que os idealizadores das políticas de proteção materno-infantil e os médicos puericultores encontraram para disseminar suas ideias. Como percebemos no caso de Rocio, essas publicações influenciaram nas suas escolhas. As matérias lidas na revista *O Cruzeiro* fortaleceram suas decisões em relação à maternidade e, posteriormente, à alimentação dos filhos, seguindo à risca os hábitos que deveriam ter para evitar determinadas doenças.

Partindo da importância que a figura do médico passou a ter no século XX, não foram raros os casos em que estes especialistas apareceram nas propagandas, não só destinadas à infância, mas principalmente na publicidade de remédios. As propagandas utilizavam a autoridade e o respeito que os médicos possuíam perante a sociedade para respaldar os produtos anunciados. Desta forma, a presença do médico na publicidade não é acidental. Claro que muitos anúncios eram feitos pelos próprios médicos para divulgarem seus serviços e fórmulas (Freire, 2008).

Autores de diversas obras de aconselhamento para as mães, os médicos assumiram o papel de defensores da saúde materno-infantil, enfatizando a figura da criança como o “futuro da nação”. Partindo de uma visão instrumental das mães, os médicos pretendiam, através da educação e orientação nos preceitos de higiene infantil, minorar os problemas ligados à saúde das crianças, principalmente no que se refere aos altos índices de mortalidade. A alimentação infantil era um dos objetos preferenciais dos artigos de puericultura, que insistiam na necessidade de orientação médica especializada: “na acertada alimentação da infância está à chave do futuro da nação” (Freire, 2008, p 168).

O Cruzeiro foi durante décadas uma revista de circulação nacional que teve grande repercussão nesse sentido. Na revista havia um amplo espaço de divulgação e publicidade de produtos, a maioria deles destinada ao bem-estar infantil. Portanto, o foco estava na criança, mas, como elas não tinham e não têm poder de decisão, o público alvo eram as mulheres-mães, identificadas como responsáveis por seus filhos.

Juliana Ferreira desenvolveu um estudo acerca das publicações da revista *O Cruzeiro* que eram destinadas às mães. Através de seu estudo, pudemos constatar que as publicações em sua maioria enalteciam a maternidade e buscavam amparar as decisões das mães em relação à criação dos filhos. Segundo Ferreira:

Essa figura da mãe que as reportagens nos mostram estava amplamente difundida no Brasil a partir dos anos 30 e é constantemente representada nos meios de comunicação, principalmente em revistas ilustradas como *O Cruzeiro*. Porém, mesmo com a romantização do papel da mãe, podemos perceber que a reportagem também deixa claro que a criança é o mais importante, principalmente através das fotos que são na maioria de bebês. A mensagem se fundamenta na premissa que a mãe só existe em função da existência dos filhos (Ferreira, 2006, p. 15).

A puericultura obteve bastante aceitação da sociedade em geral, principalmente das mães, através da ampla divulgação que alcançou, nos mais diferentes meios de comunicação. Além dos manuais escritos por médicos, grande parte da imprensa escrita divulgou a puericultura como a forma correta de se criar as crianças, apoiando a ideia de que a criação dos filhos não podia ser deixada apenas nas mãos das mães, abertas aos aconselhamentos incorretos. Foram inúmeras as seções de aconselhamento e troca de cartas entre os médicos e as mães publicadas em várias revistas e jornais na primeira metade do século XX, divulgando a puericultura e investindo na padronização dos procedimentos maternos com os infantes.

Exemplo desses aconselhamentos foi a experiência das mães curitibanas que desde a década de 1930

[...] se depararam com a figura de um médico que se utilizava da ciência e da imprensa para solucionar os problemas da saúde e pretendia transformá-las em suas aliadas. Mas, ao mesmo tempo o médico procurava deslegitimar seus conhecimentos adquiridos entre as mulheres (Ganz, 1997, p. 77).

Em Curitiba, semanalmente, no jornal *Gazeta do Povo*, eram publicadas cartas enviadas pelas mães curitibanas, contendo dúvidas a respeito da alimentação infantil, enfermidades e higiene. Tratava-se da coluna intitulada “Consultório de Ensinamentos as Mães: Higiene, Alimentação e Doenças de Crianças”, escrita pelo médico Aluísio França, que circulou

[...] entre 1930 e 1935, na qual veiculava as teorias da Faculdade de Medicina do Paraná, das teses e revistas médicas. Nessa coluna, quase diária, o médico apresentava a carta da mãe e tecia seus comentários, normalmente irônicos, buscando modificar as práticas maternas (Farias, 2010 p. 78).

Em Guarapuava não verificamos esse tipo de comunicação entre mães e médicos pela imprensa, porém, observamos que, alicerçada nas informações da revista *O Cruzeiro*, e através dos programas locais de rádio que discutiam o assunto, Rocio educou e criou os filhos, e de igual modo, outras tantas mulheres podem ter tomado as mesmas decisões. Para ela, o fato de adquirir um conhecimento que ia além do saber popular das parteiras era sinônimo de *expertise* e segurança, portanto, a recepção das práticas institucionais da Maternidade significava segurança e condições melhores de vida, bem como saúde maternal.

Já para a entrevistada Raquel, a opção pelo parto hospitalar representava prestígio e reconhecimento. Isto era decorrente de sua posição social, sempre enaltecida por ela; observado que seu esposo foi político e atuou durante anos na região. A entrevistada repetidamente exclamou seu orgulho em fazer parte de um projeto que visava o bem-estar da mulher. Para ela, beneficiar-se de um privilégio exclusivamente feminino como a Maternidade, era uma honra incomensurável. Durante anos ela atuou juntamente com as senhoras do Pró-Hospital na divulgação dos benefícios do parto hospitalar.

Com outra perspectiva, a entrevistada Lúcia condicionou-se à modernidade atrelada ao discurso a respeito da Maternidade a fim de garantir sua inserção nas novidades apresentadas pelas técnicas médicas acerca do parto. Lúcia concebeu a institucionalização do parto como um indício do progresso das cidades.

Entretanto, atenta-se para a peculiaridade descrita nos relatos de Ione e Francisca, as quais apresentaram resistência à institucionalização do parto. No caso de Ione, a resistência era creditada à figura do médico, pois os homens não adentravam no universo do parto, mas permaneciam coadjuvantes, naquele que era o momento da mulher mostrar sua capacidade de ser mãe. Portanto, a ideia de outro homem tocar seu corpo e estar presente naquele momento em que geralmente ela era ladeada por mulheres, inquietava Ione. Apesar da resistência, a entrevistada cedeu às inovações propostas pela institucionalização do parto devido a complicações na gestação.

No caso de Francisca, a experiência do parto hospitalar foi traumatizante. Francisca teve oito filhos, sete nasceram em casa e um no Hospital. Das sete crianças nascidas por parto doméstico, apenas três sobreviveram. Quando estava grávida do oitavo filho, Francisca era atendida pelos programas de proteção à maternidade e à infância do Posto de Puericultura de Guarapuava. Foi mediante as informações das mulheres que atuavam no Posto de Puericultura que Francisca resolveu ter seu filho na maternidade.

Francisca relatou que sua mãe a levou até o Hospital quando iniciaram as

contrações, ou seja, habitualmente a família procurava a parteira. Quando chegou à Maternidade, Francisca foi encaminhada à sala de parto e foi examinada por uma freira, a qual constatou que o procedimento do parto deveria ser realizado mediante cesariana. Apesar de desconhecer o procedimento, Francisca aguardou a intervenção.

Entretanto, a criança não sobreviveu ao parto. A entrevistada não consegue precisar as causas que levaram à morte da filha:

Meus filho nascia tudo na casa, era a parteira, a minha comadre que fazia. Mais daí as dona do leite [referindo-se às senhoras que atuavam no Posto de Puericultura] disse que o médico era melhor que as parteira. Eu fui no Hospital, era limpinho, tinha as Irmã, tudo. Mais eu senti dor, me cortaram, mas a criança morreu. Num tive sorte, das três menina, nenhuma viveu. Depois que morreu, a Irmã mandô minha mãe pegá a criancinha morta e saí por trás do Hospital. Levâmo pra casa, velamo e enterramo. A vida num foi fácil, menina (Francisca, 2010).

Para Francisca, a resistência tem tom de lamento e desaprovação. Sua única experiência de parto hospitalar não foi bem sucedida, pois a criança faleceu. Mesmo sem saber as causas da morte, a entrevistada atribui aos médicos e enfermeiras a culpa pela desgraça ocorrida, sobretudo, quando narrou a maneira como o corpo da criança foi entregue a ela e à sua mãe, a fim de que pudessem realizar o ofício fúnebre. Segundo ela, uma enfermeira entrou pela porta dos fundos do Hospital com o corpo da criança enrolada em lençóis. Mesmo sem maiores informações, Francisca atribuiu à sua pobreza o descaso diante da situação que viveu.

Considerações finais

Portanto, mediante as diversas experiências, pode-se observar que o processo de recepção das políticas públicas de proteção à maternidade e à infância em Guarapuava não aconteceu de forma estanque, nem homogênea. As várias formas de receber tais políticas foram pautadas pelas relações e condições sociais das entrevistadas, suas crenças e seus valores familiares.

Constatamos ainda, através das fontes escritas, que apesar do interesse do Estado em institucionalizar o parto e modificar as noções de higiene e saúde das mães e crianças, a iniciativa de particulares no processo foi de extrema relevância. O projeto de Maternidade e o parto institucional somente saíram do papel quando os agentes envolvidos no processo encabeçaram a causa. Esta análise permite que compreendamos alguns fatores importantes na crescente busca pelo parto realizado na Maternidade, entendida como local de aprimoramento científico do ato de dar à luz e também a substituição lenta, mas efetiva, da parteira pelo médico.

Há que se ressaltar ainda o descompasso ocorrido entre as propostas iniciais do Departamento Nacional da Criança (DNCr) e a implantação efetiva das políticas de proteção à maternidade e à infância em Guarapuava. Baseados nos ideais da eugenia e da puericultura, um dos principais objetivos dos formuladores de políticas de bem-estar social para mães e filhos consistia em medicalizar ou institucionalizar o parto. Portanto, as propostas do DNCr eram de viabilização de Maternidades e Postos de Puericultura para atendimentos às mães e crianças em todo território nacional.

As primeiras iniciativas do Departamento Nacional da Criança ocorreram em 1941, mas estas propostas tiveram repercussão somente nos centros urbanos, com pequena abrangência territorial. A amplitude do processo só ocorreu mediante a criação dos Departamentos Estaduais da Criança; processo que aconteceu no Paraná em 1947. No mesmo ano, o Posto de Puericultura foi implantado em Guarapuava, entretanto, apenas em 1966 é que foi criada a Maternidade. Vinte e cinco anos separam as propostas do Departamento Nacional da Criança e a criação da Maternidade. Vale explicitar que apesar das limitações apresentadas nas propostas do DNCr, o projeto de políticas públicas de proteção à maternidade e à infância no Brasil permaneceu sem alterações até a década de 1980. Este é um exemplo daquilo que até os dias atuais observamos nas políticas públicas de assistência no Brasil: o descompasso entre o que está sendo proposto e o que efetivamente tem acontecido.

Referências

- ALBERTI, Verena. *Ouvir contar: textos em história oral*. Rio de Janeiro: FGV, 2004.
- BOSI, Ecléa. *Memória e sociedade: lembranças de velhos*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.
- BRASIL. Decreto-Lei nº 2024, de 17 de fevereiro de 1940. Fixa as bases da organização da proteção à maternidade, à infância e à adolescência em todo o País. *Diário Oficial da União*: Seção 1, Brasília, DF, p. 3125, 23 fev. 1940.
- BURKE, Peter. História como memória social. In: BURKE, Peter. *Variiedades de história cultural*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2000. p. 67-90.
- FARIAS, Fabiana Costa de Senna Ávila. *A institucionalização do parto e do ensino de parteiras: os cursos de enfermagem obstétrica da Faculdade de Medicina do Paraná / Maternidade Victor do Amaral (1922-1951)*. Dissertação (Mestrado em Educação) – UFPR, Curitiba, PR, 2010.
- FERREIRA, Juliana Tais. “*Espelho das Mães*”: a representação feminina na publicidade destinada à infância nas páginas da revista O Cruzeiro: 1929-1964. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em História) – UFPR, Curitiba, PR, 2006.
- FREIRE, Maria Martha de Luna. Ser mãe é uma ciência: mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de

Janeiro, v. 15, supl., p. 153-171, jun. 2008.

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

GANZ, Ângela Lúcia. Mães dialogam com médicos. In: TRINDADE, Etelvina Maria de Castro; MARTINS, Ana Paula Vosne (Org.). *Mulheres na História: Paraná - séculos 19 e 20*. Curitiba: UFPR, 1997. p. 71-86.

GOMES, Angéla de Castro (Org.). *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: Editora FGV; Bragança Paulista: Universidade São Francisco, 2000.

HOSPITAL DE CARIDADE SÃO VICENTE DE PAULO. *Relatório Anual da Provedoria do Hospital de Caridade São Vicente de Paulo*. Guarapuava, 1955.

HOSPITAL DE CARIDADE SÃO VICENTE DE PAULO. *Cadernos da Sala de Partos*. Guarapuava, 1955.

KOBAYASHI, Elisabete; FARIA, Lina; COSTA, Maria Conceição da. Eugenia e Fundação Rockefeller no Brasil: a saúde como proposta de regeneração nacional. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 11, n. 22, p. 314-351, jul./dez. 2009.

MACIEL, Eunice de S. Maciel. A Eugenia no Brasil. *Anos 90*. Porto Alegre, . 7, n.11, p. 121-143, jul. 1999.

MARQUES, Vera Regina Beltrão. *A medicalização da raça: médicos, educadores e discurso eugênico*. Campinas: Editora da Unicamp, 1994.

MARTINS, Ana Paula Vosne. *A medicina da mulher: visões do corpo feminino na constituição da obstetria e da ginecologia no século XIX*. Tese (Doutorado em História) – Unicamp, Campinas, SP, 2000.

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

MOTT, Maria Lúcia de Barros. *Parto, parteiras e parturientes: Mme Duracher e sua época*. Tese (Doutorado em História Social) – USP, São Paulo, SP, 1998.

MOTT, Maria Lúcia. O curso de partos: deve ou não haver parteiras? *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, n. 108, p. 133-160, nov. 1999.

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

MOTT, Maria Lúcia. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). *Projeto História*, São Paulo, v. 2, jul./de. 2002.

THÉBAUD, Françoise. A medicalização do parto e suas consequências: o exemplo da França no período entre as duas guerras. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 415-427, jul. 2002.

THOMPSON, Paul. *A voz do passado: História Oral*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

Fontes orais

FRANCISCA [fev. 2010]. Entrevistadora: Michele Tupich Barbosa. Guarapuava, PR, 5 fev. 2010.

IONE [jul. 2010]. Entrevistadora: Michele Tupich Barbosa. Guarapuava, PR, 26 jul. 2010..

LÚCIA [fev. 2010]. Entrevistadora: Michele Tupich Barbosa. Guarapuava, PR, 25 fev. 2010..

RAQUEL [fev. 2010]. Entrevistadora: Michele Tupich Barbosa. Guarapuava, PR, 10 fev. 2010.

ROCIO [jul. 2010]. Entrevistadora: Michele Tupich Barbosa. Guarapuava, PR, 2 jul. 2010.

Recebido em 13/02/2025

Versão final reapresentada em 21/03/2025

Aprovado em 09/03/2026

Fonte de financiamento: nada a declarar.

Conflito de interesses: nada a declarar.