

DOI: <http://dx.doi.org/10.18817/ot.v15i26.631>

*AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROTEÇÃO DA SAÚDE MATERNO-INFANTIL NO
PIAUI (1930-1945)*¹

*THE PUBLIC POLICIES FOR THE PROTECTION OF MATERNAL AND CHILD
HEALTH IN PIAUI (1930-1945)*

*LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROTECCIÓN DE LA SALUD MATERNO-INFANTIL
EN EL PIAUI (1930-1945)*

JOSEANNE ZINGLEARA SOARES MARINHO

Doutora em História pela Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Professora Adjunta da Universidade Estadual do Piauí (UESPI)

Teresina/Piauí/Brasil

joseannezsm@gmail.com

Resumo: A proposta do artigo é analisar a organização administrativa dos poderes públicos piauienses a partir da criação de legislação e de órgãos de assistência à saúde de mães e crianças entre 1930 e 1945. Dessa forma, objetiva-se abordar como a questão da saúde materno-infantil passou a ser tratada como responsabilidade do Estado. Tratava-se de uma iniciativa que estava de acordo com o ideário de preparação do futuro cidadão, vinculando-se à formação do trabalhador nacional. Para a realização da análise foram utilizadas autoras como Besse, Freire e Martins. O *corpus* documental foi composto de mensagens do governo do Piauí, legislação estadual e artigos de jornais impressos. Verificou-se que a formulação de leis e órgãos ficou condicionada à estruturação da administração estadual, sendo estabelecidas as condições para a proteção de crianças e mulheres, estas, no entanto, receberam atenção apenas no que se referia à condição materna.

Palavras-chave: Políticas públicas. Saúde. Materno-infantil.

Abstract: The purpose of this article is to analyze the administrative organization of public authorities in Piauí from the creation of legislation and health care agencies for mothers and children between 1930 and 1945. Thus, the objective is to address the issue of maternal health was treated as the responsibility of the State. It was an initiative that was in accordance with the ideals of the preparation of the future citizen, being linked to the formation of the national worker. To perform the analysis, authors such as Besse, Freire and Martins were used. The documentary corpus was composed of messages from the Piauí's government, state legislation and printed newspaper articles. It was verified that the formulation of laws and organs was conditioned to the structuring of the state administration, establishing the conditions for the protection of children and women; these, however, received attention only regarding the maternal condition.

Keywords: Public policies. Health. Maternal-child.

Resumen: La propuesta del artículo es analizar la organización administrativa de los poderes públicos piauienses a partir de la creación de legislación y de órganos de asistencia a la salud de madres y niños entre 1930 y 1945. De esa forma, se pretende abordar como la cuestión de la salud materno-infantil pasó a ser tratada como responsabilidad del Estado. Se trataba de una iniciativa que estaba de acuerdo con el ideario de preparación del futuro ciudadano, vinculándose a la formación del trabajador nacional. Para la realización del análisis fueron utilizadas autoras como Besse, Freire y Martins. El corpus documental fue compuesto de mensajes del gobierno de Piauí, legislación estadual y artículos de periódicos impresos. Se verificó que la formulación de leyes y órganos quedó condicionada a la

¹ Artigo submetido à avaliação em junho de 2018 e aprovado para publicação em novembro de 2018

estructuración de la administración estadual, siendo establecidas las condiciones para la protección de niños y mujeres, estas, sin embargo, recibieron atención sólo en lo que se refería a la condición materna.

Palabras-clave: Políticas públicas. Salud. Materno-infantil.

A modificação do significado da criança na Europa ocorreu muito mais cedo do que no Brasil, tratando-se de um acontecimento que proporcionou à organização familiar dos Seiscentos a principal característica que a distinguiu das famílias medievais, pois as crianças se tornaram elemento indispensável da vida cotidiana.² Com o desenvolvimento do processo, os adultos passaram a se preocupar com a segurança e o bem-estar infantil, o que provocou melhorias significativas na saúde e na educação.³ Essa ressignificação estava intimamente ligada à valorização de um novo conceito de família, o que possibilitou uma separação nítida entre as condições infantil e adulta, exigindo a construção de novos papéis materno e paterno.

A criança, considerada como um indivíduo ainda não formado completamente, passou a exigir que a família se tornasse um local exclusivo de proteção e cuidados, afinal essa seria não somente uma responsabilidade, mas também a motivação que o pai e a mãe teriam para continuar juntos e até mesmo para viver. Foi de forma lenta e descontínua que o novo significado da infância foi assimilado e difundido em regiões menos urbanizadas e rurais, bem como em outros segmentos sociais, e não apenas na Europa, mas também em grande parte do Ocidente, inclusive, no Brasil.⁴

Antes do surgimento do novo significado da infância, o núcleo familiar no Brasil colonial concebia a criança restrita ao papel social de filho, submetido ao poder paterno. Ao pai-proprietário interessava o filho adulto, com capacidade para herdar seus bens, levar adiante o seu trabalho e enriquecer a família.⁵ Além de não ser ainda um foco de atenção especial, a criança era duplamente muda. Não era percebida e nem ouvida. Nem falava e nem dela se falava. Sob essa perspectiva, não tinha utilidade até a puberdade, quando se dava a entrada precoce na vida adulta. Cedo, meninas e meninos eram obrigados a assumir posturas e responsabilidades, adquirindo novo lugar na família e, conseqüente, ressignificação dos seus

² ARIÈS, Philippe. *História social da criança e da família*. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2006.

³ HEYWOOD, Colin. *Uma história da infância: da Idade Média à época contemporânea no Ocidente*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

⁴ A ideia de infância surgiu com a sociedade capitalista urbano-industrial, quando ocorreu a mudança no papel social desempenhado pela criança apenas como ser biológico. Na sociedade burguesa, ela passou a ser alguém que precisava de cuidados cotidianos, investimento na saúde e escolarização, visando à formação de um adulto saudável e produtivo. BERTUCCI, Liane Maria. Para a saúde da criança: educação do trabalhador nas teses médicas e nos jornais operários em São Paulo, início do século XX. *Revista Mundos do Trabalho*, Santa Catarina, v. 7, n. 13, p. 27-42, jan./jun. 2015.

⁵ COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

papéis sociais. A representação da infância como uma fase que merecia o desvelo absoluto dos pais, devendo ser o principal elemento familiar e o recurso mais precioso de investimento da mãe e do pai, era, portanto, recente, passando a adquirir configuração nos Oitocentos.

Na Europa, o núcleo familiar começou a perder sua autonomia para o Estado, tendência que foi acentuada, sensivelmente, com as revoluções liberais, já que, em nome da preservação da ordem social, da educação obrigatória, bem como da necessidade de integrar crianças e jovens pobres ao trabalho, o Estado também passou a zelar pela defesa da família monogâmica.⁶ Os filhos passaram a ser criados para servir à humanidade inteira, e não mais apenas à família, de forma que o Estado passou a defender, gradativamente, os seus direitos. Essas mudanças tiveram ressonância no Brasil, onde a criança passou a ser concebida como um patrimônio, sendo educada para servir ao desenvolvimento do país em um futuro próximo, opondo-se, portanto, à condição de vadiagem. Nesse sentido, proteger a criança significava cuidar do país, e investir na sua formação moral representava um projeto de transformação do Brasil. Essa ideia de infância como chave para o futuro adquiriu repercussão entre o final do século XIX e o início do século XX, estando associada a uma nova conceituação que exerceu forte impacto nas formulações e práticas sobre a questão.⁷

O movimento que tinha a pretensão de salvar a criança teve origem a partir das teorias de que o meio familiar deletério, como também a herança biológica poderiam transformá-la em delinquente, pois poderia nascer com certas inclinações inatas que acarretariam consequências funestas para a sociedade.⁸ As ideias baseadas na eugenia, particularmente visíveis a partir da década de 1910, propunham uma intervenção sobre a infância, adquirindo relevância nos debates em torno do futuro do Brasil e também para a definição da identidade nacional, pois a mestiçagem era considerada um entrave ao progresso, conforme acreditavam muitos pensadores.⁹ Era crença que a hibridização estava na origem de problemas, como a loucura, a criminalidade e várias doenças, sendo, portanto, um fator antievolutivo, resultando na permanência do gene mais fraco e menos apto, assim como na potencialização dos defeitos e das imperfeições físicas e morais por várias gerações.

⁶ PASSETTI, Edson. Crianças carentes e políticas públicas. In: DEL PRIORE, Mary (Org.). *História das crianças no Brasil*. 6. ed. São Paulo: Contexto, 2009. p. 347-376.

⁷ BESSE, Susan K. *Modernizando a desigualdade: reestruturação da ideologia de gênero no Brasil: 1914-1940*. São Paulo: EDUSP, 1999.

⁸ PEREIRA, Júnia Sales. *História, ciência e infância: narrativas profissionais no processo de singularização da pediatria como especialidade*. Brasília: CAPES; Belo Horizonte: Argumentum, 2008.

⁹ STEPAN, Nancy Leys. Eugenia no Brasil, 1917-1940. In: HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego (Org.). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004. p. 331-392.

Em uma sociedade hierarquizada como a brasileira, na qual o branco europeu era considerado como civilizado e superior, os índios e os negros como selvagens e os mestiços como degenerados, sendo considerados inferiores, o objetivo de muitos eugenistas quanto à salvação nacional era o aprimoramento racial para extirpar os malefícios da miscigenação.¹⁰ A eugenia exerceu sua influência a partir da justificação e legitimação de propostas racistas por meio de um discurso pseudocientífico de depuração do sangue, como a vinda de imigrantes brancos e o controle de casamentos, o que, pensavam seus propositores, levaria à constituição de um tipo racial brasileiro superior. Ao procurar melhorar a raça, defendiam que a seleção dos genitores resultaria na geração de crianças saudáveis, evitando a degeneração social. Portanto, uma parte importante do ideário sobre a infância estava relacionado ao novo estatuto adquirido pela saúde.¹¹

A proposta salvacionista da criança ganhou dimensão entre a década de 1870 e as primeiras décadas do século XX, quando teve início um amplo movimento reformista liderado por médicos de várias especialidades e pelo movimento de mulheres feministas e não-feministas, ao defender a necessidade de intervenção do Estado para atender as mães pobres e seus filhos.¹² Os agentes sociais que participaram desse movimento tiveram atuação efetiva nos debates sobre os direitos de mães e crianças, tornando possível a organização de ações que resultaram em iniciativas como a Organização Internacional do Trabalho no ano de 1919 e a Declaração de Genebra em 1921, expressando uma nova atitude diante da infância e também da maternidade.

É possível entender as políticas públicas materno-infantis no contexto histórico do desenvolvimento dos Estados de Bem-estar entre 1890 e 1920. O final do século XIX foi um ponto de viragem histórica para muitos países do mundo ocidental, sendo que as novas ideias sobre o papel do Estado acerca das necessidades sociais resultaram no compromisso com o Bem-estar da sociedade.¹³ Além disso, a mobilização e a organização política na sociedade também levaram a uma crescente pressão sobre o Estado para elaborar alternativas para o problema.

¹⁰ MACIEL, Maria Eunice de S. A eugenia no Brasil. *Anos 90*, Porto Alegre, n. 11, p. 126-7, jul. 1999.

¹¹ MARTINS, Ana Paula Vosne. Vamos criar seu filho: os médicos puericultores e a pedagogia materna no século XX. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 135-154, jan./mar. 2008.

¹² Id. 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, p. 43-60, 2. sem. 2005.

¹³ LARSEN, Eirinn. *Gender and welfare state: maternalism – a new historical concept? A thesis submitted for the degree of cand. philol. Department of History, University of Bergen, Norway, 1996. Disponível em: <[http:// bora.uib.no/bitstream/handle/1956/12869](http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/12869)>. Acesso em: 15 jan. 2015.*

Como resultado, no Brasil foram produzidas as primeiras leis em favor das crianças pobres.¹⁴ No entanto, em geral, permaneceram sem aplicação. A ação enérgica e sistematizada do poder público sobre o problema materno-infantil, ainda, não havia sido efetivada, apesar de todas as discussões e os debates acerca da relevância de ações que estivessem de acordo com o ideário de salvação da criança. Com isso, no final da década de 1920, sobretudo, os setores médico e feminista, ainda, denunciavam, incansavelmente, o desinteresse e a negligência que marcavam a condição da proteção pública das crianças e das mulheres em estado grávidico no Brasil, inclusive, no que se referia às ações no setor da administração e na implementação dos serviços de saúde.¹⁵ Isso também ocorreu no Piauí, pois a condição de pouca expressividade das iniciativas dos poderes públicos diante do problema da saúde materno-infantil foi verificada durante a Primeira República.

A partir de 1930, sobretudo no período do Estado Novo, a problemática social passou a ser discutida como tema eminentemente político, pertencente à esfera do Estado, devendo ser enfrentada por meio de ações assistenciais.¹⁶ Existia uma vinculação entre a emergência de governos autoritários no Brasil e os avanços na legislação social.¹⁷ O exame do tema demonstra que foram nos períodos das ditaduras que os mais substanciais progressos na legislação social puderam ser observados. Isso ocorreu por meio do aumento dos subsídios, serviços e número de beneficiários, servindo para a sustentação dos mesmos regimes políticos. Nesse sentido, foi elaborada uma representação de ordem e eficiência das administrações, defendendo-se que elas trabalhavam incessantemente em prol da solução dos problemas da pobreza desvalida.

Sem deixar de considerar as medidas que vinham sendo tomadas anteriormente, sobretudo na década de 1920, foi no período do governo Vargas que a política social passou a ser incorporada como atribuição do Estado.¹⁸ Por isso, tornou-se relevante para a construção e consolidação de um modelo de Estado de Bem-estar, que, no entanto, não se constituía apenas

¹⁴ MARCÍLIO, Maria Luiza. *História social da criança abandonada*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

¹⁵ FREIRE, Maria Martha de Luna. Quando a caridade encontra a ciência: um olhar sobre a trajetória do dr. Arthur Moncorvo Filho. In: SANGLARD, Gisele et. al. *Filantropos da nação: sociedade, saúde e assistência no Brasil e em Portugal*. Rio de Janeiro: FGV, 2015. p. 113-148.

¹⁶ IAMAMOTO, Marilda V. *O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

¹⁷ GONÇALVES, Marcos. *As tentações integralistas: um estudo sobre as relações entre catolicismo e política no Brasil (1908- 1937)*. 2009. 364 f. Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009.

¹⁸ FONSECA, Cristina. *Saúde no governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007

como um mecanismo que intervinha e, possivelmente, corrigia a estrutura social, mas também estabelecia uma estratificação da sociedade, ordenando as relações sociais.¹⁹

O modelo de assistência social implantado tinha como características ações emergenciais e compensatórias. Organizada pelos poderes públicos a partir de legislações, regulamentos e outras medidas administrativas, a atuação ocorria sobre áreas como saúde, educação e habitação. Os indivíduos precisavam provar que eram incapazes de suprir suas próprias necessidades para que tivessem o acesso às formas de proteção social. Essa nova condição fazia parte de uma tendência já existente em outros países, onde foi observada uma alteração no alvo da assistência, antes direcionada para o pobre em geral.

Foi nesse contexto que ocorreu a criação do Ministério de Educação e Saúde Pública (MESP). Nos primeiros anos, o órgão sofreu modificações que atendiam apenas as necessidades conjunturais e, por isso, manteve-se muito próximo do antigo Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Isso ocorreu porque a construção institucional da saúde foi marcada pela instabilidade evidenciada pelas disputas de projetos, quando um modelo de gestão do país estava sendo discutido e esboçado.²⁰

O projeto de saúde foi incorporado pelo MESP através do Departamento Nacional de Saúde (DNS). A saúde pública era direcionada para a população que estava à margem do trabalho formalizado e, portanto, não estaria habilitada para contar com os serviços oferecidos pelos órgãos previdenciários. Eram considerados como cidadãos apenas aqueles que tivessem alguma ocupação reconhecida e definida por lei. Com isso, foi estabelecida uma cisão entre cidadãos e não cidadãos. Os primeiros eram detentores de direitos, por exercerem atividades reconhecidas oficialmente, o que dava acesso aos benefícios trabalhistas e previdenciários. Os outros, tais como os desempregados e empregados informais, necessitavam de amparo e proteção, portanto, eram considerados pré-cidadãos, restando-lhes as ações assistenciais.

A assistência médica, no que se refere à previdência social, vinculada ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC), concedia o acesso a benefícios e serviços de saúde aos trabalhadores que a ele estivessem associados, independentemente das políticas do MESP.²¹ Tornou-se referência de serviços de saúde para quem estava formalmente atuando no mercado de trabalho, consolidando um Estado de Bem-estar baseado

¹⁹ ESPING-ANDERSEN, G. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. New Jersey: Princeton University Press, 1990. Disponível em: <<http://isites.harvard.edu/fs/docs/icb.topic1134169.files.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2013.

²⁰ FONSECA, Cristina. *Saúde no governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

²¹ HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina M. O. Políticas de saúde e previdência, 1937- 45. In: PANDOLFI, Dulce (Org.). *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: FGV, 1999. p. 73-93.

em políticas predominantemente voltadas aos trabalhadores urbanos. Com o MTIC, foi promulgada uma nova legislação que serviu para a formação das bases de uma política de regulamentação do trabalho e organização política dos trabalhadores. A partir do estímulo ao progresso, deviam-se vincular, estreitamente, a legislação social e sanitária, já que o objetivo era construir trabalhadores fortes e sãos, com capacidade produtiva ampliada.

No Brasil foi apenas a partir dos anos 1920 que foi verificada a formulação e a aplicação de algumas medidas, ainda tímidas, que serviram de preparação para o enfrentamento da causa da infância pobre pelo Estado somente a partir da década de 1930, sobretudo, durante o Estado Novo, quando a perspectiva de proteção ganhou maior dimensão.²² A iniciativa estava de acordo com o ideário bastante difundido de investimento na salvação da criança, um dos princípios que nortearam o projeto político para a preparação do futuro cidadão, de acordo com a concepção vinculada à formação do trabalhador como capital humano nacional. Para isso, ocorria, também, o esforço para a regeneração da família, na qual se destacava a mãe, como esteio para a ordem, a civilização e o progresso, refletindo uma orientação que representava uma forma de defesa da infância.²³

Nesse contexto, a atuação das feministas e também dos médicos teve efeito positivo para a configuração das políticas públicas destinadas à maternidade e à infância no período de 1930 a 1945, tanto no que diz respeito à legislação quanto à organização e prestação de serviços.²⁴ A criação de organismos governamentais e a elaboração de programas foram amparados por uma legislação menos propositiva e mais reguladora. Esta nova orientação começou a adquirir expressão com o Código de Trabalho das Mulheres de 1932. Um avanço considerável, haja vista a obrigatoriedade dos dispositivos, estabelecendo multas aos patrões que os descumprissem, atribuindo ao MTIC e ao Conselho Nacional do Trabalho (CNT) a normatização e a fiscalização.

O governo Vargas teve orientações reformistas e, como consequência, a estrutura organizacional do setor público na área da saúde passou por uma expressiva modificação administrativa. Predominava a ideia da relação entre a saúde e o progresso material.²⁵ Isso consistia na defesa de que seria possível acabar com a pobreza e atingir o desenvolvimento, a partir da melhoria das condições de saúde pública. Os poderes públicos passaram a responder

²² BESSE, Susan K. *Modernizando a desigualdade: reestruturação da ideologia de gênero no Brasil: 1914-1940*. São Paulo: EDUSP, 1999.

²³ FREIRE, Maria Martha de Luna. *Mulheres, mães e médicos: discurso maternalista no Brasil*. Rio de Janeiro: FGV, 2009.

²⁴ MARTINS, Ana Paula Vosne. O Estado, as mães e os filhos: políticas de proteção à maternidade e à infância no Brasil na primeira metade do século XX. *Humanitas*, Belém, v. 21, p. 7-31, 2006.

²⁵ CAMPOS, André Luiz Vieira de. *Políticas internacionais de saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

de maneira mais efetiva às reivindicações dos setores considerados mais esclarecidos da sociedade, entre os quais o médico, quanto a assumir a responsabilidade com a saúde, no sentido de uma reorientação de seus planejamentos e de suas práticas. Isso justifica, entre vários aspectos, o fato de que, para os médicos, eles seriam os mais capacitados para orientar os administradores em relação à formulação e execução de políticas públicas de saúde.

A interventoria do tenente Landry Salles teria garantido a execução dos princípios da Revolução de 1930 no Piauí. Sua administração estabeleceu o tipo de ruptura que transformaria a administração pública e representaria o desenvolvimento do Estado. Foi criado um posicionamento político nacional de ruptura com o passado, representado pelos supostos erros cometidos pelos primeiros governantes republicanos, reiterando que os problemas que provocavam o atraso não teriam sido superados, e, mais, que a existência de vícios eram entraves para o engrandecimento do Brasil. O mérito, considerado como revolucionário pelos seus proponentes, seria de imprimir um ritmo evolutivo em direção ao progresso, sendo o resultado de um protesto silencioso e generalizado do descontentamento do povo, logo, não teria sido obra de partidos ou de grupos ajustados à rigidez de uma doutrina política. O projeto era retomar a origem do fato para legitimá-lo, assim a revolução passava a significar uma violência limitada. Essa referência serviria para firmar as origens da inovadora política que se inaugurava, com isso a proposta, eminentemente construtiva, justificava e legitimava a violação inicial do processo político regular.

Landry Salles foi o primeiro governante que conseguiu estabelecer uma articulação dos interesses dos grupos políticos em confronto.²⁶ Antes disso, a situação política era instável, com vários interventores revezando-se na administração do Estado, não permitindo o funcionamento eficiente da máquina pública e, muito menos, a estruturação de um projeto político. O interventor estava familiarizado com as propostas defendidas pela Aliança Liberal, e sua inclinação para a transformação política, mesmo vaga e elitista, já vinha se constituindo, desde o início dos anos 1920, com a emergência do Tenentismo. A escolha foi justificada tanto pelos seus talentos individuais quanto pelo fato de ser um representante do movimento de cuja lembrança o governo provisório ainda não poderia prescindir, pois detinha um simbolismo importante para a realização da centralização do poder político.

²⁶ Landry Salles Gonçalves era um representante do Exército, sendo escolhido como interventor federal do Piauí durante o governo provisório de Getúlio Vargas. Permaneceu no cargo de 21 de maio de 1931 a 03 de maio de 1935. Antes dele, o governo do Estado foi ocupado provisoriamente por vários interventores, em um período de expressivos embates que contribuíram para a instabilidade política.

Durante a administração de Landry Salles as receitas do Estado adquiriram estabilização, condição que permitiu o pagamento das dívidas, bem como um crescente potencial de investimento em obras e serviços públicos. Isso também acabou repercutindo na crescente elevação das receitas destinadas à saúde pública, que passou a dispor de verbas sem as quais seria impossível realizar as mudanças que incidiram na reorganização administrativa, em novos regulamentos e na instalação de instituições de atendimento.²⁷ Após a instabilidade administrativa do imediato período pós-revolucionário, o interventor federal admitia que era tarefa emergencial a realização de uma reforma administrativa, base para um plano de enfrentamento de problemas cujo legado remetia à Primeira República, sendo que a intervenção na Diretoria de Saúde Pública fazia parte dessa iniciativa renovadora.

Na administração da saúde piauiense em 1930, quando Landry Salles ainda não havia assumido o cargo de interventor, havia um diretor-geral de assistência médica e também um diretor-geral de saúde pública, não existindo, entretanto, nenhum desses serviços organizados ou regulamentados. Com a reforma administrativa implantada ainda no começo do governo do novo interventor federal, ocorreu uma reorganização da Diretoria de Saúde Pública, com a finalidade de torná-la mais eficiente.

Com a nova orientação administrativa, a Diretoria passou a contar com uma Seção de Assistência Médica, dividida em clínicas médica, cirúrgica, mental e obstétrico-ginecológica, além de uma Seção de Saúde Pública, especializada no enfrentamento de endemias e epidemias.²⁸ O órgão estadual foi dividido em várias inspetorias, inclusive, uma delas era especializada em higiene escolar. A nova repartição coordenava os serviços que atendiam as crianças acometidas por moléstias infecciosas que estudavam em escolas públicas. Essa restrição no atendimento não ocorria somente no Piauí, pois, no início da década de 1930, os serviços de assistência à infância ainda eram executados, principalmente,

²⁷ A normalidade das contas públicas passou a ser um objetivo de Landry Salles desde que assumiu o governo. O aumento crescente das receitas pode ser verificado no seu mandato: em 1931 a renda foi de Rs 5.232:000\$000, no ano de 1932 o total chegou a Rs 5.208:134\$000, em 1933 a receita atingiu o valor de Rs 5.619:919\$000 e no ano de 1934, fim do governo, a renda arrecadada pelo Estado foi de Rs 7.719:184\$000. Vários fatores possibilitaram o crescimento da economia piauiense, destacando-se a organização administrativa, que possibilitou uma arrecadação mais eficiente dos impostos referentes à dinamização do comércio exterior baseado em produtos do extrativismo vegetal. Com o pagamento dos fornecedores, do funcionalismo e dos empréstimos, o governo voltou a ter crédito, chegando ao ponto de o Piauí conseguir a tão almejada estabilidade. Com o crescimento da economia, passou a estar cada vez mais presentes na documentação oficial e na imprensa a divulgação da realização de investimentos na transformação, considerada sem precedentes, da estrutura urbana do Piauí, especialmente de Teresina. A intenção era identificar os governos locais como promotores da modernização da cidade, que, por ser capital, era símbolo e modelo de progresso piauiense e, ao mesmo tempo, incluí-la no projeto nacional de construção de um país desenvolvido. PIAUÍ. Governo 1931-1935. *Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Getúlio Vargas, Presidente da República, pelo Interventor Landry Salles Gonçalves, referente ao exercício de 1931-1935*. Teresina: Imprensa Oficial, 1935.

²⁸ RELATÓRIO apresentado ao presidente da República pelo interventor Landry Salles Gonçalves, referente ao exercício de 1931. *Diário Oficial*, Teresina, ano XII, n. 58, p. 3, 9 mar. 1932.

por instituições filantrópicas, não tendo ocorrido, até aquele momento, uma atuação sistemática e intensiva dos poderes públicos, inclusive no âmbito nacional.

De acordo com o estabelecimento da proteção à mãe e à criança, assumido pelo governo provisório, a Inspetoria de Higiene Infantil era o órgão responsável pela formulação de políticas de saúde para a clientela específica. A repartição apresentou resultados com o desenvolvimento dos projetos e a instalação de instituições de atendimento materno-infantis. No entanto, sua atuação ficou restrita à capital do país porque, apesar da boa intenção e da diretriz do governo federal, obstáculos burocráticos, conflitos políticos no MESP e restrições financeiras foram circunstâncias que dificultaram a implementação das políticas de saúde e dos programas de assistência social.²⁹

Vários atores sociais se debatiam para conseguir impor a sua posição sobre a infância em academias de medicina, tribunais, parlamento e governo federal. Durante essas discussões, é possível entender como foi construído um novo posicionamento de assistência à infância e amparo à maternidade, que começou a ser delineado nos primeiros anos do governo Vargas. Ocorria que os membros do Estado já estavam reconhecendo que, além de conselhos e advertências, era necessário melhorar as condições de existência das famílias, dando apoio e garantias necessárias para a sua estabilidade e desenvolvimento. Isso pode ser observado na legislação que estabelecia, de forma crescente, uma tutela do Estado sobre a família, especialmente quanto ao seu integrante mais frágil, a criança, tendo como cuidadora imediata a mãe, sobre a qual também incidia a assistência.

A legislação direcionada para a assistência definia um novo projeto jurídico e institucional de cunho recuperador, disciplinar, tutelar e paternal. Essa prerrogativa dependia da reorganização da assistência que era prestada, tornando-a mais ampla e sistemática, adquirindo, sobretudo, uma forma mais científica. Essa preocupação com a criança foi sendo intensificada ao longo do governo Vargas, fato que pode ser confirmado por meio da intensificação de legislação específica e criação de órgãos governamentais de assistência à infância e à maternidade.

A Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância substituiu a Inspetoria de Higiene Infantil na defesa da saúde de mães e crianças. A criação do novo órgão em 1934 foi, em grande parte, resultado da atuação e do debate que os deputados constituintes vinham realizando a respeito do assunto, assim como da pressão de instituições filantrópicas e

²⁹ MARTINS, Ana Paula Vosne. O Estado, as mães e os filhos: políticas de proteção à maternidade e à infância no Brasil na primeira metade do século XX. *Humanitas*, Belém, v. 21, p. 7-31, 2006.

políticas, como é o caso da Federação Brasileira para o Progresso Feminino (FBPF).³⁰ A nova repartição federal representaria um avanço em direção à difícil iniciativa de coordenar, em âmbito nacional, a assistência materno-infantil, inclusive, preservando a vida e a saúde da criança.³¹ Para isso, deveria incentivar a instalação de instituições de atendimento, divulgar a higiene, a puericultura e a pediatria, além de coordenar a distribuição de seguros ou pensões a partir da associação entre poderes públicos e associações filantrópicas. Estas iniciativas deveriam ser estabelecidas pela Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância em cooperação com os Estados, com o objetivo de promover, orientar e estimular a realização de serviços. Nesse sentido, a preocupação com a implementação da proteção da infância começava a ser materializada ao adquirir proeminência na estrutura da administração pública.

Ao tomar posse do MESP, Gustavo Capanema encaminhou uma proposta de reforma institucional utilizando, entre outros argumentos, o fato de que o Ministério ainda não dispunha de uma estrutura que permitisse expandir a sua atuação.³² A reforma foi sancionada apenas em 1937, devendo servir para definir os rumos da saúde pública do país, ao adequá-la aos princípios da política social varguista. O órgão passou a ser chamado de Ministério da Educação e Saúde (MES), integrando os eixos da educação, saúde pública, assistência social e cultura. A responsabilidade sobre as ações de saúde caberia ao Departamento Nacional de Saúde (DNS), incidindo sobre essa repartição a administração das atividades relativas à saúde pública e à assistência social.³³

A criação da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância em 1937, como uma das seções administrativas do DNS, demonstrou que a questão da criança adquiria uma relevância crescente na política do governo federal.³⁴ A atuação da repartição era direcionada para gestantes, visando à proteção infantil ainda na fase intrauterina, assim como para a saúde da criança, especialmente nos primeiros anos de vida. De acordo com o artigo 18 da Lei que reformou a saúde pública, ela possuía mais recursos para atuar na área, pois foi encarregada da promoção da cooperação da União com os serviços locais. Devendo realizar planejamentos, coordenar atividades e estabelecer ações de assistência à infância e à maternidade em âmbito nacional, a Divisão deveria ter atribuições marcadamente

³⁰ Não foram encontradas informações sobre a existência de uma seção da FBPF no Piauí.

³¹ MARTINS, op. cit.

³² HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina M. O. Políticas de saúde e previdência, 1937-45. In: PANDOLFI, Dulce (Org.). *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: FGV, 1999. p. 73-93.

³³ BRASIL. *Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937*. *Dá nova, organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública*. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1930-1939.html>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

³⁴ MARIANO, Hélio Alexandre. *A Assistência à infância e o amparo à maternidade no Brasil entre os anos de 1927-1940*. São Paulo: Scorteccei, 2011.

centralizadoras, diferentes da repartição que a antecedeu. O governo central defendia que, a partir de então, seria possível estabelecer novos atos em grande escala.

A Constituição de 1937, promulgada após a criação da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância, continuou afirmando a relevância da proteção de mães e crianças na política do regime autoritário. Acreditava-se que o tema tinha um significado muito mais amplo no projeto de construção da nação e, por isso, deveria ser uma preocupação predominante na atuação da política nacional. Essas questões foram tratadas no capítulo “Da Família”, sendo que o artigo 127 definia que a infância deveria ser objeto de cuidados e garantias especiais por parte dos governos, que tomariam todas as medidas destinadas a assegurar-lhes as condições físicas e morais de vida sadia e de harmonioso desenvolvimento.³⁵ Ocorria que, além do problema da proteção da infância não poder ser separado do amparo à mãe, de quem dependia diretamente, também não poderia ser enfrentado se estivesse desvinculado da família, primeiro ambiente em que ocorria o desenvolvimento infantil.

No período inicial do Estado Novo, a organização sanitária do Piauí ainda era realizada pela Diretoria de Saúde Pública. Desde 1935, portanto, durante o governo de Leônidas Mello, a repartição vinha passando por algumas mudanças, com o objetivo de adequá-la para uma melhor efetividade do seu funcionamento por meio de projetos e serviços³⁶. Porém, o próprio interventor federal reconheceu que as reformas administrativas realizadas ainda eram insuficientes, por isso, tinha planos para empreender uma reorganização mais ampla na estrutura da saúde pública:

Não está, entretanto, forçoso é reconhecer, esta importante face da administração enquadrada nos moldes aconselháveis da atualidade higienica. E, por assim o ser, resolvi comissionar o Diretor de Saúde do Estado para, na Capital da República, estudar um plano de reorganização dos nossos serviços sanitários. Efetivamente, graças aos bons ofícios e cordial acolhida dispensados pelo Sr. Dr. Barros Barreto, Diretor Geral da Saúde Pública, no Rio, ao Delegado do meu Governo, pode este desempenhar-se proveitosamente, de sua missão e trazer consigo um bem acabado plano de reforma, pautado no plano geral dos serviços federais. Será, assim, em

³⁵ BRASIL. Constituição (1937). *Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 1937*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao37.html>. Acesso em: 9 jan. 2014.

³⁶ Leônidas de Castro Mello pertencia a uma família abastada do município piauiense de Barras. Estudou medicina no Rio de Janeiro. Foi professor e diretor do Liceu Piauiense e da Escola Normal Oficial, além de chefe do Dispensário de Lepra e Doenças Venéreas. Foi eleito em 1933 ao cargo de deputado federal. Paralelamente a essas funções, também exerceu o ofício de clínico geral, atividade que abandonou durante o período em que administrou o Piauí. Leônidas Mello governava o Piauí desde 1935, tendo sucedido a administração de Landry Salles. A indicação para concorrer ao governo por votação indireta teria sido resultado da escolha pessoal do próprio Landry Salles, pois ele exerceu o cargo de secretário geral do Estado durante o seu governo. A nomeação para a interventoria federal em 1937 recaiu, portanto, sobre um representante do grupo político dominante na política do Piauí, cargo no qual permaneceu até 1945.

breves dias, feita a organização que se impõe. E para esse fim, está o meu Governo em frequente entendimento com a Diretoria Geral de Saúde, no Rio.³⁷

Em 1937, algumas ações no sentido de maior uniformização, como também coordenação dos serviços de saúde pelo DNS, já estavam sendo realizadas por meio das reformas administrativas do setor da saúde em várias unidades federativas. No Piauí, as movimentações em torno desse objetivo passaram a ocorrer a partir dos contatos do chefe da Diretoria de Saúde Pública, Manoel Sotero Vaz da Silveira, para tratar sobre a organização dos serviços sanitários com o órgão nacional. Embora a intenção fosse de fortalecer o poder federal nos Estados, a justificativa frequentemente utilizada era o fornecimento de mais eficiência para as funções a serem realizadas, enquadrando o órgão piauiense às exigências técnicas impostas pela mais inovadora ciência sanitária.

A relação do DNS com os departamentos estaduais foi sendo realizada à medida que passou a ser efetivada uma política de saúde baseada na centralização normativa e descentralização executiva.³⁸ Isso ocorreu porque a melhor alternativa não seria o órgão federal realizar diretamente a administração sanitária nos Estados, em virtude da dimensão territorial do Brasil, mas a coordenação dessa ação através da definição de uma normatização para orientar os órgãos estaduais. Esse processo teve a condução do diretor-geral do DNS, João de Barros Barreto, sendo que a sua permanência no cargo converteu-se em um aspecto essencial para a continuidade das mudanças que estavam encaminhadas. Dessa forma, a reforma administrativa da saúde no Piauí ocorreu sob a orientação da União:

Não importa que a reorganização, consubstanciada no Decreto-Lei 123, de ontem, traga novos encargos ao erário publico. A idéia vitoriosa e admiravelmente concretizada no ato oficial importa em tão elevado designio e traz em si o consolo tão animador de reparar deficiências que a falta de recursos e de pessoal especializado se tornavam lamentáveis, que a verba para tal fim destinada – a saude do homem, factor primordial das fontes econômicas -, parece insignificante ante o elevado fim colimado.³⁹

Para o interventor federal, a reformulação da Diretoria de Saúde Pública era uma questão urgente. Uma estrutura burocrática eficiente permitiria a ampliação do fornecimento dos serviços para mais municípios, bem como estaria acessível a uma parcela maior da população. As mudanças foram realizadas, porém, o comprometimento do governo do Estado

³⁷ PIAUÍ. Governo 1935-1945. *Relatório Apresentado ao Presidente da República Pelo Interventor Leônidas de Castro Mello, Referente ao Exercício de 1937*. Teresina: Imprensa Oficial, 1938. p. 7.

³⁸ PIAUÍ. Governo 1935-1945. *Relatório Apresentado ao Presidente da República Pelo Interventor Leônidas de Castro Mello, Referente ao Exercício de 1937*. Teresina: Imprensa Oficial, 1938.

³⁹ REFORMULAÇÃO do Departamento de Saúde do Piauí. *Diário Oficial*, Teresina, ano VIII, n. 206, p. 12, 15 set. 1938.

com a proposta de centralização do governo federal ficou, em larga medida, restrita à intenção, repercutindo muito mais nas legislações e medidas administrativas do que no fornecimento dos serviços públicos de saúde para mães e crianças em estabelecimentos especializados, sobretudo, no interior do Piauí.

Com a definição da nova organização sanitária do Piauí em 1938, a Diretoria de Saúde Pública, foi subordinada diretamente à Secretaria Geral do Estado, passando a ser denominada como Departamento de Saúde. O órgão foi constituído como um centro de administração, coordenação e execução das atividades relativas a questões como: educação sanitária da população, organização da estatística demógrafo-sanitária, profilaxia das doenças transmissíveis, repressão ao curandeirismo, entre outros. Além disso, também teria como atribuição a realização da higiene infantil, da higiene pré-escolar e da higiene escolar. A importância disso era a ampliação da proteção da saúde para o atendimento de todas as crianças, e não somente para aquelas que estavam frequentando os estabelecimentos escolares, como ocorria anteriormente.

Apesar do avanço da legislação no atendimento à saúde infantil, não existia nenhum órgão especializado para administrar os serviços no Piauí. O diretor do Departamento de Saúde, Manoel Sotero Vaz da Silveira, admitiu que: “Presentemente, não era possível instalação e manutenção de um serviço de tão elevado alcance, o qual determinaria despesa avultada.”⁴⁰ Pode-se observar que, mais uma vez, a questão financeira foi utilizada como um empecilho para a organização administrativa da saúde pública. Apesar da prosperidade econômica comprovada por dados oficiais, a elevação das receitas não seria suficiente para atender a muitas necessidades.⁴¹ No entanto, essa condição, certamente, também estava relacionada à precariedade dos serviços de assistência materno-infantil no Brasil, pois a Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância não conseguia realizar um trabalho nacional com atuação eficiente nos Estados a partir da orientação, coordenação e fiscalização, bem como não determinava e, nem mesmo, parecia incentivar a criação de órgãos de proteção no âmbito dos Estados.

⁴⁰ RELATÓRIO do Departamento de Saúde Pública. *Diário Oficial*, Teresina, ano VIII, n. 219, p. 7, 30 set. 1938. p. 5.

⁴¹ Dados dos relatórios e mensagens estaduais apontam que ocorreu um crescimento constante das receitas estaduais, como resultado do desenvolvimento da economia local durante os dez anos do governo de Leônidas Mello. Sem qualquer nova tributação, apenas com medidas de caráter administrativo, foram geradas rendas muitos superiores àquelas previstas a cada ano. Isso ocorreu, principalmente, devido aos altos rendimentos das exportações, o que serviu de estímulo para que o governo do Estado realizasse maiores investimentos em obras e serviços. As exportações da cera de carnaúba, como também da amêndoa e do óleo de babaçu, passaram a ser verificadas no século XIX, fazendo parte de um processo, que atingiu o ápice entre os anos 1930 e 1940. Os gêneros extrativistas estavam cada vez mais valorizados no exterior, representando a maior fonte de riqueza para o Piauí.

A partir da reforma do Departamento de Saúde, ficou estabelecido que o seu diretor deveria ser um médico, tendo a responsabilidade de administrar os serviços, estabelecer acordos de cooperação entre as autoridades federais e municipais, como também promover, estimular e coordenar as iniciativas privadas, entre outras atribuições.⁴² Os outros cargos de comando da Diretoria, ou vinculados a ela, também deveriam ser preenchidos por médicos. Ocorreu a participação crescente desses profissionais em qualquer instância que estivesse vinculada à gestão dos serviços de profilaxia, educação e ação higiênica. Com isso, ocorreu o investimento no treinamento e na especialização para o exercício da gestão dos cargos burocráticos, sendo os médicos frequentemente enviados ao Rio de Janeiro. Estavam presentes, portanto, em institutos, departamentos, secretarias e instituições de saúde, sendo transformados, por meio da profissionalização, em um importante elemento do processo de burocratização do Estado. O próprio Leônidas Mello era médico, devendo ter conhecimento da relevância desse aspecto para a eficiência do funcionamento da saúde pública no Piauí.

A presença do setor médico na gestão da saúde pública foi uma importante mudança em relação à Primeira República. Era necessário convencer os responsáveis pelas nomeações a escolherem médicos para ocuparem os cargos para os quais estariam preparados, em lugar de realizar a nomeação de homens abastados que não dispunham de conhecimento técnico, como ocorria frequentemente antes da década de 1930.⁴³ Ser nomeado para algum cargo administrativo representava prestígio por ter sido escolhido por uma alta autoridade e também traria poder, na medida em que seu ocupante teria condições de elaborar, decidir e implementar as políticas públicas de saúde. Essas mudanças, ocorridas a partir da criação do MESP, não devem ser consideradas de forma isolada e de acordo com parâmetros exclusivamente nacionais, pois possuíam vínculos estreitos com propostas de organismos internacionais, em particular por países da América Latina e os Estados Unidos.⁴⁴

O governo federal parecia ter atingido estabilidade política, condição diferente daquela observada no começo do Estado Novo, pelo menos era isso que o Getúlio Vargas defendia: “É o desdobramento natural do programa que o Governo vem desenvolvendo. Afastados os elementos de perturbação da vida do país, passou a fase das críticas, das queixas,

⁴² PIAUÍ. Decreto-Lei nº 144, de 12 de novembro de 1938. Aprova o regulamento para o Departamento de Saúde. *Decretos do Piauí de 1938*. Teresina: Imprensa Oficial, 1938.

⁴³ PEREIRA NETO, André de Faria. *Ser médico no Brasil: o presente no passado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

⁴⁴ FONSECA, Cristina M. Oliveira. *Saúde no governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

dos ressentimentos. A época é de construção e de trabalho.”⁴⁵ Ele afirmava estar cada vez mais empenhado na realização de um programa que deveria imprimir a atenção necessária para o enfrentamento dos problemas brasileiros. Nesse contexto, ocorreu a implementação dos princípios constitucionais sobre a proteção da criança, sendo criada em 1939 a Comissão Nacional para a Proteção da Família.

Porém, uma intervenção legislativa mais concreta, dispoendo sobre a organização do amparo familiar, somente foi configurada a partir do Decreto-Lei nº 3.200 de 1941. O documento era afinado com as ideias sobre a relação do Estado com a sociedade, que estavam em vigor nos países europeus desde a década de 1920, sobretudo naquilo que se refere às políticas sociais e demográficas.⁴⁶ A legislação brasileira normatizava a forma e os limites da intervenção dos poderes públicos na família, abrangendo, sob os mais diferentes aspectos, o amparo social por meio de benefícios legais, como auxílios de natureza econômica e fiscal.

No Piauí, foi estabelecida a proteção legislativa à família em 1943, por meio do Decreto-Lei Estadual nº 730. Com esse documento, o Estado reconhecia que, além de conselhos e advertências, era necessário melhorar as condições de existência familiar, dando apoio e garantias necessárias para a sua estabilidade e desenvolvimento.⁴⁷ Era verificada, portanto, uma tutela do Estado, existindo a preocupação com o seu membro mais frágil, a criança. Como uma forma de justificar o empenho no exercício do controle sobre as relações interpessoais privadas, era reiterado o fato de a família ser a base da sociedade e da organização política, sendo que os poderes públicos refletiam diretamente as condições das famílias que o compunham. A prosperidade, o prestígio e o poder de um país dependeriam de sua população, sendo que a família era convertida em base da política demográfica e, ao mesmo tempo, fonte de estímulos morais.

Um aspecto a ressaltar sobre o Decreto-Lei nº 730, foram os incentivos para a procriação eugênica. Os matrimônios foram regulados, sendo que todos aqueles que desejassem contrair núpcias deveriam atestar sanidade. No texto da Constituição de 1937, a determinação já estava presente no artigo 145, que exigia a apresentação de prova de sanidade física e mental pelos nubentes.⁴⁸ Ocorria que um dos pontos principais do programa eugenista

⁴⁵ VARGAS, Getúlio Dornelles. *Realizações e projetos do Estado Novo. Entrevista coletiva à imprensa, no Palácio do Governo, em Porto Alegre, a 12 de março de 1940*. Biblioteca da Presidência da República. Rio de Janeiro, 1940. Disponível em: <<http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/presidencia/ex-presidentes/getulio-vargas/discursos/1940/08.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2014.

⁴⁶ DECRETO-LEI Federal nº 3.200. *Diário Oficial*, Teresina, ano XI, n. 95, p. 5-7, 30 abr. 1941.

⁴⁷ PIAUÍ. Decreto-Lei nº 730, de 17 de novembro de 1943. Concede abono familiar. *Decretos do Piauí de 1943*. Teresina: Imprensa Oficial, 1944.

⁴⁸ BRASIL. Constituição (1937). *Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 1937*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao37.html>. Acesso em: 9 jan. 2014.

era o controle dos casamentos, condição que tornaria possível e, sobretudo, necessária a seleção de indivíduos a partir de sua superioridade biológica e moral. Tal capacidade de organização da diferença parece ter sido um grande atrativo da eugenia, sendo que seus defensores realizavam esforços para que isso ocorresse por meio da classificação e combate daquilo que consideravam como incapacidades, taras, degenerescências e desvios, transformados em ameaças para o fortalecimento da raça e, conseqüentemente, para o progresso brasileiro.⁴⁹

Como incentivo para a observância das regras eugênicas, os recém-casados, com idade inferior aos trinta anos que obtivessem certificados de boa saúde em exames pré-nupciais, eram qualificados para o recebimento de empréstimos especiais das Caixas Econômicas Federais, bem como de institutos e caixas de previdência, concedendo aos trabalhadores e aos seus associados auxílios para adquirir e mobiliar suas casas.⁵⁰ Os pagamentos desses empréstimos começariam a ser realizados após um ano de casamento, mas caso a mulher estivesse grávida ou já tivesse um filho vivo e saudável, os pagamentos não somente seriam prorrogados por vinte e quatro meses, mas também deduzidos de 20%. A dívida também deveria ser gradualmente reduzida com o nascimento de cada filho, bem como no décimo aniversário de cada um deles. Além disso, se o casal tivesse quatro filhos saudáveis, a dívida seria perdoada.

Outra determinação era que os solteiros e os viúvos com idade superior a vinte e cinco anos, e que não tivessem filhos, pagariam um adicional de 15% do imposto de renda. Aqueles que eram casados, maiores de vinte e cinco anos, e que, igualmente, não tivessem filhos, teriam um acréscimo de 10%. Os contribuintes do imposto de renda com idade superior a quarenta e cinco anos, que tivessem um só filho, pagariam o adicional de 5%. Além disso, para a contratação e a promoção de funcionários públicos, seriam privilegiados os casados sobre os solteiros, bem como os que tivessem uma maior quantidade de filhos. Aqueles que fossem admitidos no serviço público sob tais condições ainda receberiam uma bonificação mensal por cada filho. Entre outras medidas de proteção estabelecidas, pode ser destacada a implementação do abono familiar. A concessão do benefício era para os pais de família cujos rendimentos não fossem suficientes para prover a subsistência, no entanto, deveriam ser observadas algumas exigências:

⁴⁹ PEREIRA, Júnia Sales. *História, ciência e infância: narrativas profissionais no processo de singularização da pediatria como especialidade*. Brasília: CAPES; Belo Horizonte: Argumentum, 2008.

⁵⁰ PIAUÍ. Decreto-Lei nº 730, de 17 de novembro de 1943. Concede abono familiar. *Decretos do Piauí de 1943*. Teresina: Imprensa Oficial, 1944.

[...] sendo chefe de família numerosa e recebendo, por mês, menos de mil cruzeiros de vencimento, remuneração, gratificação, provento ou salário, conceder-se-á, mensalmente, o abono familiar de vinte cruzeiros por filho, se a retribuição mensal que tenha, fôr de quinhentos cruzeiros ou menos, ou de dez cruzeiros por filho, se essa retribuição mensal for de mais de quinhentos cruzeiros.⁵¹

Era considerada como família numerosa somente aquela que fosse formada por oito ou mais filhos, brasileiros, até dezoito anos de idade, ou que fossem incapazes de trabalhar, vivendo em companhia e a expensas dos pais ou de quem os tivesse sob sua guarda, criando-os e educando-os. O abono iria decrescer à medida que os filhos fossem atingindo a idade de 18 anos e até que a família ficasse reduzida somente a três filhos menores dessa idade, seja por emancipação, morte ou limite da idade fixada. Quanto ao financiamento do benefício, no parágrafo único do Decreto-Lei ficava estabelecido que seria uma responsabilidade da União, do poder estadual e da prefeitura do município onde a família residia, atingindo respectivamente os valores de 50%, 40% e 10%.

O começo dos pagamentos dos abonos foi verificado em vários municípios piauienses a partir do final do ano de 1943.⁵² Em Campo Maior, por exemplo, a entrega dos primeiros benefícios ocorreu em uma solenidade que reuniu várias autoridades, entre as quais se destacam o prefeito, o fiscal do MTIC e o coletor federal, contando ainda com grande assistência.⁵³ Isso era condizente com uma prática verificada durante o período do Estado Novo em que ocorria a encenação dos atos governamentais, transformados em grandes acontecimentos solenes que deveriam ser utilizados como material de propaganda política. Naquela ocasião específica, o prefeito, Ascendino Pinto, presidiu a cerimônia, defendendo que o benefício financeiro fosse investido no bem-estar das crianças. Também merece destaque a defesa do presidente como modelo de conduta e, ao mesmo tempo, merecedor de homenagens e veneração dos campo-maiorenses, em um ato explícito de tentativa de construção da imagem heroica do líder político:

Dissertando sobre essa monumental obra de caráter social, o Sr. Prefeito concitou os pais beneficiados a empregarem os abonos recebidos em seus filhos, para que um dia pudessem eles, seguindo as pegadas do grande condutor dos nossos destinos políticos, ao menos imitar suas altruísticas e patrióticas ações e iniciativas, ao mesmo tempo que os conclamou a ensinarem a seus filhos a prestarem tributos de veneração e respeito ao seu humanitário benfeitor, o Presidente Getúlio Vargas.⁵⁴

⁵¹ Ibid.

⁵² ABONO familiar. *Diário Oficial*, Teresina, ano XIII, n. 149, p. 12, 4 dez. 1943.

⁵³ CERIMÔNIA de entrega do abono familiar em Campo Maior. *Diário Oficial*, Teresina, ano XIV, n. 24, p. 8, 26 fev. 1944.

⁵⁴ Ibid.

Apenas o pai era mencionado como beneficiário nas concessões dos abonos, estando, portanto, de acordo com a função tradicional de chefe da família, mantenedor financeiro da esposa e dos filhos. Como uma forma de reforçar o papel masculino no núcleo familiar, a legislação também estabelecia no seu segundo artigo que, se a mãe exercesse, ou tivesse exercido emprego público, suas vantagens pecuniárias seriam revertidas para o pai.⁵⁵ Iniciativas desse tipo acabavam servindo para fortalecer uma estrutura de organização familiar fundada em um modelo tradicional no qual o homem é o provedor da família, enquanto a mulher, mãe e esposa, seria a responsável pelo lar, exercendo as funções domésticas que estariam de acordo com o seu sexo. Quando muito, era até aceito que a mulher trabalhasse fora, contanto que fosse apenas para complementar a renda da casa, o que acabava contribuindo para manter o seu lugar subalterno. Com isso, é possível afirmar que a política do abono não foi formulada meramente a partir de aspectos técnicos, mas de um modelo de família tradicional.

As concessões dos abonos repetiram-se até o fim do Estado Novo, sendo que aumentou, gradativamente, o número de famílias que recebiam o benefício. Apesar disso, a quantidade fornecida contemplava um número irrisório de assistidos. Embora não se tenha acesso aos percentuais de concessão, certamente, uma grande parte das famílias piauienses não conseguia cumprir os vários critérios para que tivessem direito ao abono. O problema era que a distribuição do benefício estabelecia um tamanho ideal de família, partindo-se de uma concepção marcadamente demográfica do problema, que acabava sendo mais relevante do que as condições de pobreza, pois famílias que tivessem menos filhos ficavam desamparadas. Isso ocorria apesar de a realidade socioeconômica apontar para a necessidade de medidas que combatessem as condições de pobreza.

Os princípios norteadores dos benefícios fiscais e financeiros previstos na legislação vigente no Piauí eram estimular o casamento entre pessoas jovens e estabelecer uma política pró-natalista, recomendando um ideal de família, embora no Brasil o nível da natalidade mostrasse que o costume da limitação voluntária da prole ainda não havia se difundido.⁵⁶ A questão demográfica não era uma ameaça, pois se havia obstáculos para o casamento, estes eram de ordem econômica. O problema demográfico não se traduzia em baixas taxas de natalidade, mas, sim, nas cifras elevadíssimas de mortalidade infantil.

⁵⁵ PIAUÍ. Decreto-Lei nº 730, de 17 de novembro de 1943. Concede abono familiar. *Decretos do Piauí de 1943*. Teresina: Imprensa Oficial, 1944.

⁵⁶ O PERIGO da limitação da prole. *Diário Oficial*, Teresina, ano XI, n. 146, p. 7, 5 jul. 1941.

A Comissão Nacional para a Proteção da Família interpretou diferentemente esta questão, quando associou a concessão de benefícios materiais à natalidade, apesar do problema socioeconômico apontar para a emergência de políticas públicas para combater a pobreza. Essas determinações eram similares às ideias sobre a relação do Estado com a sociedade, que estavam em vigor nos países da Europa, sobretudo, a partir da década de 1920, naquilo que se refere às políticas sociais e demográficas. Na maioria deles, a questão demográfica foi agravada pela Primeira Guerra Mundial e reforçada pelo nacionalismo e expansionismo militar.⁵⁷

É possível ainda considerar que os recursos financeiros do Piauí para as políticas públicas regidas pelo Decreto-Lei nº 730 eram insuficientes, e, por isso, não contemplavam grande parte dos necessitados. Embora tenham promovido certa transferência de renda para aqueles que recebiam os benefícios, o valor pago também não proporcionava alteração significativa das condições de vida, circunstância que também ocorria em outras unidades federativas. A importância desse documento assumiu, em larga medida, uma dimensão que era muito mais simbólica do que efetiva. No entanto, é importante observar que, se os dispositivos legais estiveram longe de resolver a questão social, acabaram refletindo o novo consenso segundo o qual a proteção da criança representava uma preocupação pública e que o Estado possuía o direito, bem como a responsabilidade de controlar a forma com que as famílias cuidavam de seus filhos.

Outra medida que traduziu a intenção de inaugurar uma política mais nítida de proteção à infância durante o período do Estado Novo, foi a criação do Departamento Nacional da Criança (DNCr). O seu programa deveria ter uma dimensão ampla, atuando por meio da relação entre a União e as unidades federativas.⁵⁸ Isso ficou estabelecido no artigo inicial do Decreto-Lei Federal nº 2.024 de 1940, que oficializou a criação do órgão. A iniciativa pretendia organizar a proteção à maternidade, à infância e à adolescência, estabelecendo condições que permitissem uma sadia e segura maternidade, desde a concepção até a criação da criança.⁵⁹ Isso ocorreria mediante o cumprimento das medidas que objetivavam o desenvolvimento físico, a conservação da saúde, do bem-estar e da alegria, assim como a preservação moral, visando à preparação para a vida adulta.

⁵⁷ MARTINS, Ana Paula Vosne. Dos pais pobres ao pai dos pobres: cartas de pais e mães ao presidente Vargas e a política familiar do Estado Novo. *Diálogos*, DHI/PPH/UEM, v. 12, n. 2/ n. 3, p. 209-235, 2008.

⁵⁸ RIZZINI, Irma. Meninos desvalidos e menores transviados: a trajetória da assistência pública até a Era Vargas. In: PILOTTI, Francisco; RIZZINI, Irene (Org.). *A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil*. 3 ed. São Paulo: 2011. p. 225-286.

⁵⁹ DECRETO-LEI Federal nº 2.024. *Diário Oficial*, Teresina, ano X, n. 46, p. 2-3, 26 fev. 1940.

Com a legislação, também ficou estabelecida a subordinação do DNCr ao Ministério da Educação e Saúde (MES). Essa medida era significativa porque representava a conquista da autonomia administrativa em relação ao DNS. O DNCr foi transformado em órgão máximo de orientação, coordenação e fiscalização das atividades nacionais de proteção materno-infantil. Foi materializado um novo modelo de amparo que já estava previsto pela Constituição de 1937, mas que ainda não havia sido regulamentado. Com a criação do Departamento, ocorreu, enfim, a ampliação da intervenção do governo central sobre a problemática infantil, considerada suporte para o nacionalismo e responsabilidade dos poderes públicos desde os anos 1930.

De acordo com o décimo artigo do Decreto-Lei federal nº 2.024, todas as unidades da federação deveriam instalar divisões estaduais e repartições municipais, com recursos próprios e auxílio federal, todas destinadas ao estabelecimento de planejamentos e serviços concernentes à proteção de mães e crianças. A legislação estabeleceu as bases para uma articulação dos órgãos administrativos relacionados com a problemática nas esferas estadual e municipal, assim como dos estabelecimentos ou serviços públicos já existentes e daqueles que seriam instituídos, com a finalidade de exercer qualquer atividade concernente ao amparo materno-infantil.

A Divisão de Amparo à Maternidade, à Infância e à Adolescência foi o primeiro órgão criado pelo governo do Piauí com a finalidade de viabilizar a proteção de mães e crianças, sendo que suas competências eram de promover, coordenar e fiscalizar as iniciativas a serem realizadas na área.⁶⁰ No entanto, somente em 1943, portanto, alguns anos depois da determinação federal, o Estado instalou a Divisão. Com isso, exercia a sua autonomia, inaugurando o órgão apenas quando teve melhores condições financeiras, disponibilidade de pessoal especializado, bem como interesse político de fortalecimento do poder local e atendimento das demandas da população pobre.

Pode ser verificada que a intenção intervencionista com relação à Divisão de Amparo à Maternidade, à Infância e à Adolescência ocorreu não somente no que se refere à criação do órgão, mas também na sua atuação. A Divisão deveria manter contínuo entendimento com o DNCr, compartilhando planejamentos e enviando informações sobre as ações realizadas. As atividades deveriam ser desenvolvidas mediante a supervisão e a

⁶⁰ PIAUÍ. Decreto-Lei nº 690, de 01 de julho de 1943. Cria anexo ao Instituto de Assistência Hospitalar a Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância. *Decretos do Piauí de 1943*. Teresina: Imprensa Oficial, 1944.

fiscalização do órgão nacional, condição para que a repartição piauiense tivesse direito aos auxílios financeiros.

Para o desenvolvimento de suas atividades, a Divisão de Amparo à Maternidade, à Infância e à Adolescência iria funcionar com um diretor e um assistente técnico. Os cargos deveriam ser preenchidos por médicos especializados em pediatria, revelando que, no Piauí, era observada a prática de preenchimento dos cargos burocráticos de saúde com representantes do setor médico. Verificamos, portanto, que a estrutura de funcionamento da Divisão era formada por um número irrisório de funcionários, o que parecia insuficiente para assumir com eficiência todas as amplas funções pelas quais deveria se responsabilizar.

Poucos meses após a instalação da Divisão de Amparo à Maternidade, à Infância e à Adolescência foi criado o Departamento Estadual da Criança (DEC) no Piauí. As alterações não ocorreram somente na denominação do órgão, o que permitia a identificação da sua vinculação com o DNCr, mas também em aspectos administrativos, que deveriam permitir uma melhor efetividade dos planejamentos e ações. A partir de 1944, todas as iniciativas que tivessem atuação específica sobre a maternidade e a infância, mas também sobre a adolescência, passaram a ser responsabilidade exclusiva do novo Departamento, que, localmente, estava subordinado diretamente à Secretaria Geral do Estado. As suas atribuições eram as seguintes:

[...] a- manter entendimento, como único órgão autorizado e especializado no Estado, com o Departamento Nacional da Criança; b- coordenar, controlar, fiscalizar, cooperar e dirigir todas as atividades atinentes à maternidade, à infância e à adolescência, em todo o território do Estado; c- realizar estudos estatísticos e divulgações sobre tudo que se relacione com a maternidade, com a infância e com a adolescência; d- executar higiene e assistência médico-social, à maternidade, à infância e à adolescência.⁶¹

O DEC seria, a partir de então, a referência para a orientação dos planejamentos e iniciativas desenvolvidas no Piauí, pois possuía a função de centralizar as iniciativas públicas e particulares, subvencionadas ou não subvencionadas, referentes à defesa da maternidade, da infância e da adolescência, sobretudo, aquelas destinadas ao segmento social mais pobre. Sua atuação deveria ser ampla, realizando diagnósticos por meio de estudos estatísticos das condições de vida, no que se referia aos aspectos da saúde, condição financeira e educação. O órgão também deveria estabelecer uma atuação preventiva, divulgando informações para a

⁶¹ PIAUÍ. Decreto-Lei nº 690, de 01 de julho de 1943. Cria anexo ao Instituto de Assistência Hospitalar a Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância. *Decretos do Piauí de 1943*. Teresina: Imprensa Oficial, 1944.

aquisição do bem-estar direcionado à clientela específica, além de promover o planejamento e a execução de serviços de higiene, atendimento médico e assistência social.

Para auxiliar o DEC, foi criado o Conselho de Amparo à Maternidade, à Infância e à Adolescência (CAMIA). Entre as suas competências estavam “[...] a- examinar questões relativas à maternidade, à infância e à adolescência; b- dar sugestões que lhe pareçam úteis à causa da criança; c- resolver os recursos interpostos ou tomar outras deliberações que lhe forem solicitadas pelos interessados e por intermédio do Diretor do DEC.”⁶² O CAMIA seria constituído pelo secretário-geral de Estado, que assumiria a presidência, como também pelos diretores gerais do DEC, do Departamento de Saúde, do Departamento de Educação e do Departamento de Imprensa e Propaganda, além do presidente do Instituto de Assistência Hospitalar e do juiz de menores. O Conselho tinha um caráter consultivo, e a sua relevância residia na composição heterogênea dos membros, fato indicativo de que, no Piauí, a questão da infância era tratada de forma ampla, de modo a contemplar não somente as iniciativas no campo da saúde, mas incluir uma série de problemas subjacentes, como aqueles vinculados à educação, ao abandono e à delinquência.

No sexto artigo do Decreto-Lei de criação do DEC, ficou determinado que o órgão deveria ser dirigido por um médico pediatra. Antônio Noronha Almeida foi nomeado por Leônidas Mello para assumir o cargo, confirmando a preocupação com a competência técnica para o melhor exercício das funções burocráticas. O interventor relatou: “Entregue a médicos especializados, a organização do serviço de saúde pública neste estado tem merecido justos elogios de grandes autoridades no assunto.”⁶³ Além do diretor-geral, também existiam os cargos de diretor da Divisão Administrativa, bem como de diretor da Divisão de Higiene e Assistência Médico-Social, que também deveriam ser exercidos por especialistas. No Piauí, os médicos continuavam assumindo, de forma crescente, as funções de assessores, consultores e administradores, esquadrinhando os espaços sociais, discutindo os problemas e articulando as possíveis soluções das questões de saúde pública.

Quando os médicos defendiam a sua prática como sendo de inspiração para o futuro, isso representava não somente uma retórica inerente, mas denotava interesses e representava estratégias que poderiam ter como consequência a ampliação dos espaços nos órgãos públicos.⁶⁴ O setor respondia ao chamado do regime político, que fornecia a missão de representante da consciência nacional, proporcionando possibilidade de integração aos

⁶² Ibid.

⁶³ LEÔNIDAS Mello: 9 anos de governo. *Diário Oficial*, Teresina, ano XIV, n.52, p. 9, 3 maio 1944.

⁶⁴ PEREIRA NETO, André de Faria. *Ser médico no Brasil: o presente no passado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

governos. Portanto, a presença dos médicos nos postos burocráticos de saúde pública deve ser considerada no âmbito do projeto político do Estado Novo. Uma variada gama de aproximações, distanciamentos e negociações poderiam ser estabelecidos, fazendo com que intelectuais mais ou menos simpáticos ao regime negociassem margens de liberdade.⁶⁵ Deve ser considerado, principalmente, o interesse do Estado em manter vínculos com a intelectualidade para o seu benefício, bem como a necessidade dos intelectuais participarem de um novo espaço que oferecesse prestígio social, poder reconhecido e retorno financeiro.

Verificou-se que, durante o período de 1930 a 1945, ocorreu a realização de uma ampla reforma política no Brasil. Dessa iniciativa fazia parte a racionalização da administração, com a finalidade de obtenção da economia de funcionamento e eficiência da máquina estatal, não somente em âmbito federal, mas também nas unidades federativas. Com isso, sobretudo, no período autoritário, ocorreu a intensificação do processo de centralização a partir da eliminação de instituições representativas, mas, também, da reestruturação administrativa. O sistema de saúde, particularmente, naquilo que se referia à proteção materno-infantil, foi inserido nesse processo, que, a partir das mudanças no quadro político, acabaram adquirindo novos e amplos contornos. No entanto, é preciso considerar que, apesar da perspectiva centralizadora do governo federal, a organização administrativa da saúde, inclusive, no que se refere à questão materno-infantil, revelou a existência de relativa autonomia dos poderes públicos locais, pois as determinações centrais eram adaptadas às necessidades, interesses e condições existentes no Piauí.

Foi a partir da reestruturação da Diretoria de Saúde Pública e do Departamento de Saúde que passaram a ser estabelecidas as condições favoráveis para a organização administrativa do amparo à saúde materno-infantil na política do governo estadual. No entanto, foi durante o Estado Novo que ocorreu a inauguração de uma política mais nítida de proteção e assistência especializada. Isso ocorreu a partir da criação da Divisão de Amparo à Maternidade, à Infância e à Adolescência, assim como do DEC. A finalidade principal desses órgãos era conceder as condições administrativas para a execução de iniciativas que tivessem como foco a preservação da vida infantil e o estabelecimento do desenvolvimento saudável. Isso ocorreria por meio de medidas profiláticas baseadas na puericultura, que deveriam assumir preponderância sobre o tratamento das doenças, sendo que as iniciativas em defesa da família, como também da mãe, faziam parte do planejamento.

⁶⁵ GOMES, Ângela Maria de Castro. Cultura política e histórica no Estado Novo. In: ABREU, Martha (Org.). *Cultura política e leituras do passado*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007. p. 43-63.

A compensação do investimento na infância seria a formação de futuros cidadãos que produziram riquezas para a grandeza do país, objetivo para o qual todos deveriam contribuir. Para a efetividade do sistema de proteção à saúde de mães e crianças, não somente os poderes públicos do Piauí deveriam promover o planejamento e a execução de medidas de assistência, pois devido à amplitude do problema de interesse nacional, a iniciativa particular também deveria ser atuante. Os órgãos públicos de proteção materno-infantil, por sua vez, deveriam estimular, coordenar, orientar e fiscalizar a organização das associações privadas dedicadas ao atendimento de mães e crianças.

A condução política da sistematização da saúde pública no Piauí foi realizada prioritariamente pelos médicos, pois foram eles que passaram a ocupar os postos de comando na estrutura administrativa. Com isso, a Divisão de Amparo à Maternidade, à Infância e à Adolescência, além do DEC, contava com médicos na sua administração. Apresentando-se como o setor mais esclarecido sobre a questão da saúde, buscavam educar o povo e desenvolver ações em parceria com o Estado, fornecendo as diretrizes para a condução da política de saúde piauiense.