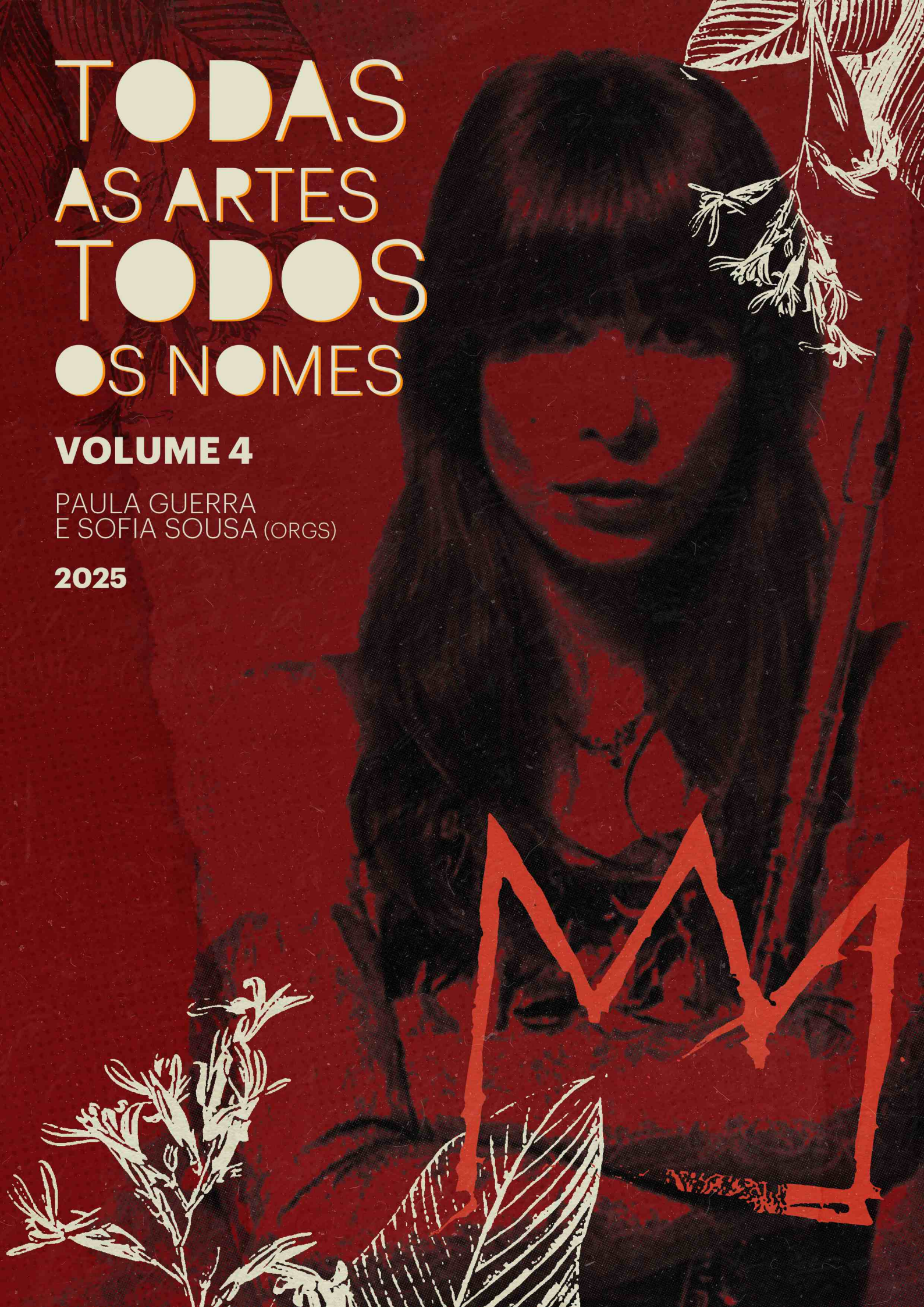


TODAS AS ARTES TODOS OS NOMES

VOLUME 4

PAULA GUERRA
E SOFIA SOUSA (ORGS)

2025





~~Todas as Artes
são os Nomes~~

CAPÍTULO 24



OS DISTRITOS SANITÁRIOS E OS ESTABELECIMENTOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO ESTADO DO PIAUÍ ENTRE 1938 E 1942

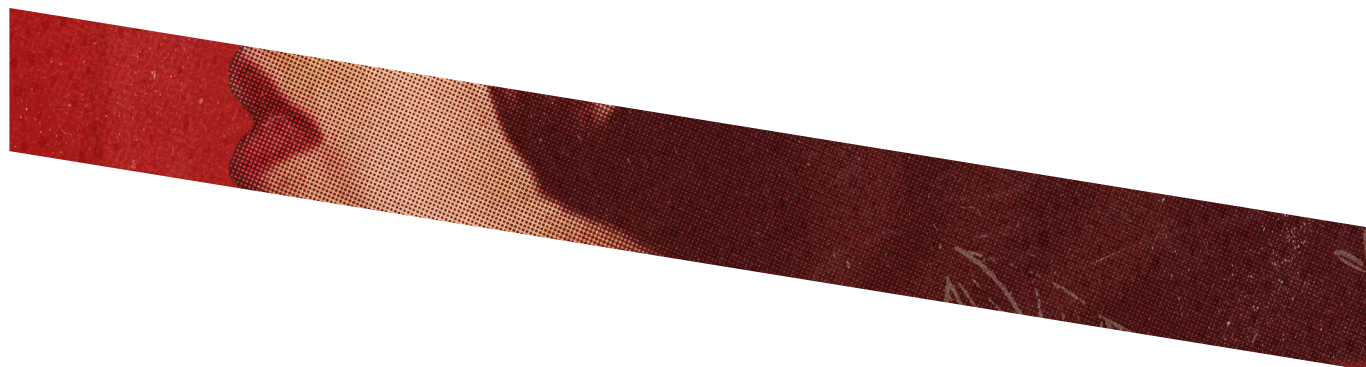
HEALTH DISTRICTS AND HEALTH CARE ESTABLISHMENTS IN THE STATE OF PIAUÍ BETWEEN 1938 AND 1942

Joseanne Zingleara Soares Marinho, Universidade Estadual do Piauí, Brasil

Resumo

A segunda fase do movimento pelo saneamento do Brasil incidiu na perspectiva de interiorização da saúde pública sob a chancela federal, condição que começou a repercutir no Piauí nas primeiras décadas do século XX. Contudo, os serviços ambulatoriais prestados pelas instituições de assistência à saúde, continuavam concentrados na capital ainda nos anos 1930. Diante disso, o propósito da pesquisa é analisar a saúde pública no Piauí por meio da organização dos distritos sanitários, com a instalação dos postos de higiene e centros de saúde, entre os anos de 1938 e 1942. O governo do estado estabeleceu uma rede integrada baseada em um sistema distrital que realizava a integração orgânica entre as diversas unidades de assistência. Tratava-se de um modelo que encontrava materialidade na rede horizontal que compunha cada um dos distritos, com sedes nos municípios de Parnaíba, Teresina e Floriano, contemplados com três centros de saúde e dezesseis postos de higiene. Apesar das iniciativas para a expansão da rede distrital, a assistência promovida ainda não estava adequada às necessidades da população do interior do Piauí, permanecendo concentrada na capital.

Palavras-chave: história da saúde e das doenças, saúde pública, distritos sanitários, estabelecimentos de atendimento à saúde.



Abstract

The second phase of the Brazilian sanitation movement focused on the prospect of bringing public health care to the interior of the state under federal approval, a situation that began to have repercussions in Piauí in the first decades of the 20th century. However, outpatient services provided by health care institutions continued to be concentrated in the capital even in the 1930s. In view of this, the purpose of this research is to analyze public health in Piauí through the organization of health districts, with the installation of hygiene

posts and health centers, between 1938 and 1942. The state government established an integrated network based on a district system that organically integrated the various care units. This model was embodied in the horizontal network that made up each of the districts, with headquarters in the cities of Parnaíba, Teresina and Floriano, and with three health centers and sixteen hygiene posts. Despite initiatives to expand the district network, the assistance provided was still not adequate to the needs of the population in the interior of Piauí, remaining concentrated in the capital.

Keywords: history of health and disease, public health, health districts, health care facilities.

1. Introdução

A condição de inércia da saúde pública no Piauí durante o final do oitocentos, pode ser identificada pela restrita atuação da Inspetoria de Higiene Pública no atendimento à população, dispondo de apenas algumas delegacias de saúde para a atuação em todo o estado em situações de surtos epidêmicos. Nos anos 1920, as medidas decorrentes da campanha pelo saneamento tiveram como consequência o início da constituição de agências administrativas e de políticas em saúde pública no interior do país. Isso ocorreu, mais especificamente, por meio da celebração de convênios entre a Diretoria do Serviço de Profilaxia Rural (DSPR), encarregada do combate às endemias e epidemias rurais de caráter nacional, com os Estados, visando à organização dos serviços de saneamento. Essa nova perspectiva de interiorização da saúde pública sob a chancela federal, acabou repercutindo no Piauí, pois, para ampliar o atendimento, foi realizado um acordo com a União em 28 de abril de 1924. A partir de então, a saúde pública passou a ser responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que passou a executar o serviço de saneamento rural no Piauí por intermédio da DSPR.

Essa condição continuou existindo até o começo da década de 1930, quando a capital passou a contar com postos de saúde especializados em algumas moléstias e, no interior, passaram a funcionar as delegacias de saúde com serviços regulares. A reformulação federal da política de saúde, com perspectivas centralizadoras, repercutiu com mais vigor no Piauí

a partir de 1938, com a reforma da Diretoria de Saúde Pública. Com isso, o sistema distrital passou a fornecer serviços médicos com maior efetividade por meio de centros de saúde e de postos de higiene que, de forma coordenada, deveriam atender suas áreas de jurisdição, que eram divididas geograficamente.

Essa posição, afinal, seria condizente com o governo autoritário, que visava fortalecer seu poder nas unidades federativas, condição para a construção do chamado “novo Estado brasileiro”. No entanto, o funcionamento do governo varguista no nível regional não deve dar a impressão de um regime que funcionava de maneira exatamente regular. A coerência política entre as esferas federal, estadual e municipal não implicava uma organização comum ou um planejamento uniforme. Havia a possibilidade, não tão remota assim, da autonomia política e administrativa dos interventores, que podiam compor suas respectivas bases políticas entre os prefeitos, tornando o estudo do mecanismo de intervenção federal nos Estados um assunto mais complexo, que envolvia a capacidade de articulação política e as dificuldades do governo federal em promover a centralização do poder.

2. A reformulação administrativa da saúde pública

A Diretoria de Saúde Pública do Piauí voltou a ser responsável pelos serviços estaduais de saúde em 1930, sendo que no ano seguinte, o interventor Landry Salles realizou uma ampla reforma que contemplou aquele órgão. Os serviços do Setor de Assistência Médica passaram a ser divididos em áreas clínicas, sendo realizados em hospitais filantrópicos, mediante realização de supervisão e fornecimento de subsídios pelo Estado. Os serviços do Setor de Saúde Pública, direcionados para as endemias e epidemias, eram realizados nos ambulatórios das respectivas inspetorias administrativas. Na Inspetoria de Saneamento Rural, fornecendo seus serviços na Seção João Virgílio, que funcionava em Teresina. Este ambulatório era especializado em casos de gastroenterite, verminose, impaludismo, tuberculose e outras moléstias (Relatório do Interventor Landry Salles Gonçalves, 1932). O Dispensário Arêa Leão, era a unidade de saúde da Inspetoria de Moléstias Venéreas e Lepra e a Inspetoria Médico-Escolar funcionava no Ambulatório Anti-Tracomatoso Seção Ribeiro Gonçalves.

Como os serviços ambulatoriais regulares estavam concentrados na capital, o interventor Landry Salles planejou a ampliação do sistema de saúde pública para o interior, reformulando as funções das delegacias de saúde, existentes desde a Primeira República: “Pretendemos dividir o Estado em zonas ou circunscrições de saúde, pois nem todos os municípios têm médicos. De modo que pretendemos juntar ao município que tenha delegado de saúde, os municípios ou distritos que lhe fiquem mais próximos, já ligados por vias de comunicação e comércio” (Relatório do Interventor Landry Salles Gonçalves, 1932, p. 3). Cada unidade de atendimento seria instalada em um município escolhido pela sua localização privilegiada e melhores condições de desenvolvimento, atendendo a uma zona formada por municípios menores, povoados e localidades, com o objetivo de ampliar a disponibilização dos serviços para mais piauienses.

No início, foram instaladas Delegacias de Saúde nos municípios de Parnaíba, Floriano, Oeiras, Barras, Picos e Valença, estando localizadas estrategicamente de norte a sul do território piauiense. Apesar do pequeno número de estabelecimentos, certamente era um grande avanço, pois a capital deixou de ser um centro exclusivo de fornecimento de assistência pública à saúde. A iniciativa seria apenas o começo, pois, segundo o interventor, era intenção melhorar os serviços de saúde no interior, criando um maior número de

delegacias, como ainda alguns dispensários. Além dos serviços terapêuticos dispensados aos doentes das moléstias contagiosas, acreditava-se que seria possível uma ação mais enérgica para combatê-las, por meio dos conselhos higiênicos, visando à educação sanitária, que deveriam ter centralidade na atuação dos profissionais de saúde.

O Estado estabeleceu as bases para a execução de um plano mais extenso a partir de 1933. Ocorreu a elevação da Delegacia de Saúde de Parnaíba e da Delegacia de Saúde de Floriano à categoria de Dispensários, considerando a necessidade de ampliar os serviços (Decreto-Lei nº 1.464, 1933). Também se verificou a ampliação dos serviços, com a instalação de catorze delegacias de saúde, que passaram a funcionar nos municípios de Valença, Picos, Piracuruca, Porto Alegre, União, Barras, Amarante, Piripiri, Campo Maior, Oeiras, Miguel Alves, Uruçuí, São João e São Raimundo Nonato.

Também no estado do Ceará, a criação do Ministério da Educação e Saúde (MES) estabeleceu um modelo de estrutura organizacional com a tarefa de implementar ações de saúde nos estados, multiplicando as decisões do Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social. O governo federal financiava ações através do fundo de serviços de assistência e saúde pública e o estado complementava as despesas, fazendo convergir para o fundo 5% da receita arrecadada. Em 1931 ocorreu a criação do Serviço Sanitário do Estado, processo intensificado em 1933 com a criação da Diretoria de Saúde Pública, que dividiu o estado em cinco distritos de saúde, estabeleceu comandos regionais sob firme direção central, em Fortaleza ficaram as sedes da Diretoria e do Primeiro Distrito, nas cidades de Sobral, Quixadá, Aracati e Juazeiro foram sediados os outros distritos, em cada distrito seria instalado um Posto de Higiene e um posto itinerante assumiria as tarefas antes da instalação do posto fixo, em Fortaleza também funcionava um Centro Estadual de Saúde (Gomes, et.al., 2019).

No Piauí, apesar dos investimentos realizados para ampliar a quantidade de unidades de saúde distribuídas no interior, o esforço ainda era insuficiente para o funcionamento adequado do sistema (Relatório do Diretor Manoel Sotero Vaz da Silveira, 1936). As delegacias de saúde e os dispensários possuíam poucos médicos e limitados recursos materiais, não conseguindo disponibilizar de forma efetiva, os serviços em toda a área que compunha cada zona de circunscrição. Na capital, a situação também não era a ideal e, apesar de ser referência, ainda não contava com um centro de saúde que forneceria serviços de saúde especializados.

O interventor Leônidas Mello admitiu ser necessária uma modificação na estrutura administrativa para enquadrá-la nos padrões de organização técnica. Isso revelava a preocupação com a criação de condições capazes de proporcionar uma organização mais eficiente para o funcionamento dos serviços na capital e também no interior, já que a estrutura existente não era adequada para atender de forma conveniente a população do extenso território do Piauí:

As delegacias do interior, em número reduzido, não podem entender o seu raio de actividade a toda a vasta extensão do nosso território. Sobre isso, há deficiência de pessoal. Cada delegacia tem apenas, além do médico, um guarda. Devemos imprimir nova orientação aos nossos problemas sanitários, dando-lhes sobretudo o cunho de ação preventiva, como obra de assistência social, melhor amparando, pelo desenvolvimento de medidas prophylaticas, a saúde da coletividade. (Mensagem do Interventor Leônidas de Castro Mello, 1937, p. 4)

Leônidas Mello ainda admitiu que, no interior piauiense, grande parte da população vivia sem assistência médica ou era atendida precariamente. Apesar da criação da Inspetoria de Moléstias Infectuosas, Epidemiologia e Serviços no Interior do Estado para coordenar os serviços fornecidos, as poucas delegacias de saúde em funcionamento não tinham como atender à demanda da população por atendimentos. Esta situação, que não era satisfatória, representava, todavia, uma melhoria caso fosse comparada aos serviços existentes há uma década, ou seja, embora a situação da saúde pública ainda não fosse ideal, certamente já significava um avanço considerável realizado em pouco tempo.

Em âmbito federal, foi a gestão do Gustavo Capanema no Ministério da Educação e Saúde (MES), de 1934 a 1945, que orientou o processo de construção institucional da saúde pública enquanto política nacional. A reforma do Ministério, que foi implementada por Capanema a partir de 1937 definiu os rumos para a política de saúde pública brasileira, com a centralização política e administrativa, articulada à verticalização das ações estatais, adequando-a, também, aos princípios da política social do Estado Novo. Com as intervenções políticas autoritárias nos estados e crescentes limites constitucionais às autonomias estaduais, seriam removidos os obstáculos para a realização do ideal centralizador estadonovista.

3. O sistema de saúde distrital

Com uma nova configuração adquirida em 1938, o órgão estadual, a partir de então denominado Departamento de Saúde do Piauí, foi constituído como um centro de administração, coordenação e execução das atividades, sendo que, ainda, tinha preponderância um modelo de saúde em que o enfrentamento das doenças infecciosas era o foco (Marinho, 2018). O conceito de rede integrada do sistema distrital, organizado pelo DNS, realizava a integração orgânica entre as diversas unidades, evitando duplicação de funções (Campos, 2006).

O Piauí foi dividido em três distritos com sedes nos municípios de Parnaíba, Teresina e Floriano. Com isso, o norte, o centro e o sul passaram a ser contemplados com três Centros de Saúde e dezesseis Postos de Higiene (Relatório do médico Agenor Costa, 1942). Tratava-se de um modelo que encontrava materialidade na rede horizontal de unidades que compunham cada um dos distritos. A definição de cada zona foi condicionada pela localização, facilidade de transporte e características nosológicas. Ocorria que a população estava dispersa em um território de grande extensão, devendo a administração enfrentar duras contingências para disponibilizar uma assistência à saúde eficiente. O principal problema era a questão financeira para a instalação das unidades de saúde, o que excluía muitos municípios, por isso a organização distrital era a mais adequada. No sistema distrital a principal instituição deveria ser o centro de saúde, unidade polivalente de atendimento.

Seria realizado o controle de doenças, a pesquisa epidemiológica e a estatística vital, mas a execução dos serviços de assistência sanitária deveria ter fins, sobretudo, profiláticos (Weber, 2003). Conforme a legislação estadual, esse tipo de unidade de saúde deveria oferecer os seguintes serviços: I- Administração, Registro e Estatística; II- Pré-natal; III- Higiene da Criança; IV- Tuberculose; V- Doenças venéreas; VI- Lepra; VII- Outras doenças transmissíveis; VIII- Saneamento e Polícia Sanitária; IX- Higiene da alimentação; X- Higiene do Trabalho; XI- Exames de Saúde; XII- Laboratórios; XIII- Enfermagem (Decreto-Lei nº 123,1938). Os Centros de Saúde piauienses estavam incluídos na iniciativa da saúde pública que seguia o modelo desenvolvido nos Estados Unidos, no começo do século XX. Entretanto, houve uma adequação às necessidades brasileiras, posto que lá era fornecida apenas a medicina preventiva, enquanto no país ela tinha que conviver, por causa da escassez de estabelecimentos de saúde, com a medicina curativa (Campos, 2006).

Pode ser observado que, com base nos dados crescentes de atendimentos no Centro de Saúde de Teresina, os serviços pareciam funcionar regularmente. Em 1938, a partir de novembro, quando foi inaugurado o Centro, foram 3.772 atendimentos. No ano de 1939 o número foi de 47.773, em 1940 foram 52.531, já em 1941 foram atendidas 61.045 pessoas, o ano de 1942 terminou com 66.569 atendimentos e em 1943 foram 70.980 pacientes (Relatório do Interventor Leônidas de Castro Mello, 1943). Contudo, essa tendência não era verificada nas instituições congêneres do interior do Piauí. Segundo o chefe do Centro de Saúde de Floriano, Sebastião Costa, como consequência da falta de estrutura de atendimento, o movimento de pacientes foi sendo reduzido com o passar dos anos (Relatório do médico Sebastião Costa, 1943). Em 1939 foram realizados 9.271 atendimentos, no ano de 1940 foram 4.632 pessoas atendidas e em 1942 apenas 1.757 pacientes receberam atendimento. O resultado disso foi o rebaixamento do Centro de Saúde de Floriano, que, em 1943, foi transformado em Posto de Higiene, apesar de continuar como sede do terceiro distrito sanitário pacientes (Relatório do Interventor Leônidas de Castro Mello, 1943).

Mas, além dos centros de saúde, também existiam os postos de higiene no interior do Piauí. Com a instalação do sistema distrital em 1938, passaram a funcionar dezesseis unidades nos seguintes municípios: Campo Maior, Piripiri, Piracuruca, Pedro II, União, Porto Alegre, Miguel Alves, Valença, Picos, Oeiras, Amarante, São João do Piauí, São Raimundo Nonato, Corrente, Bom Jesus e Uruçuí (Marinho, 2018). As antigas delegacias de saúde foram transformadas em postos de higiene, funcionando com um médico e um guarda sanitário. No estado do Maranhão, durante a administração de Paulo Ramos, o processo de organização dos serviços de saúde é destacado através da regulamentação do trabalho sanitário. Dessa maneira, nos anos 1940 ocorreu o esforço dos técnicos com a redação de um corpo de doutrinas sanitárias para o entrosamento dos setores do Centro de Saúde, ao mesmo tempo em que circulavam cartilhas para alertar a população sobre o perigo das doenças, sua profilaxia e tratamento. Além disso, a seção técnica da Diretoria de Saúde divulgava os resultados dos seus estudos, tais com a Instrução de Serviço para Postos de Higiene, a Organização de Dez Itens Sanitários mais Significativos no Momento, a Instrução para Inquérito e Registro de Estabelecimentos Industriais, como também os Estudos Sobre Campanha Contra a Tuberculose (Silva, Sousa & Lima, 2021). Isso demonstrava que também no território maranhense existiam as instituições modelares dos centros de saúde e dos postos de higiene, com estrutura de atendimentos e orientação centrada na educação sanitária, correlatos ao Piauí

No decorrer das décadas de 1930 e 1940 o tema das endemias rurais adquiriu proeminência na agenda da saúde pública brasileira. Através da ação dos Serviços Nacionais, agências especiais especializadas na ação contra determinadas doenças do interior do Brasil que foram pesquisadas, denunciadas e classificadas. As políticas de saúde no período do primeiro governo de Getúlio Vargas caracterizaram-se pela criação de um novo aparato estatal para sua gestão (Campos, Muniz & Campoi, 2023). Um aspecto marcante das políticas de saúde pública após 1930 foi justamente o fortalecimento do poder público que possibilitou o incremento das atividades de combate às endemias

Nesse contexto, o médico deveria promover, prioritariamente, a educação higiênica, embora, na prática, as iniciativas terapêuticas tenham adquirido relevância maior, pois as pessoas procuravam atendimento apenas quando estavam doentes. Com isso, o desafio passou a ser articular a medicina preventiva e a medicina curativa, sendo que os guardas sanitários eram facilitadores dessa ação, aproximando o conhecimento científico do cotidiano das pessoas, graças às suas visitas (Campos, 2006). Por sua relação próxima com a comunidade, eles exerciam importante papel no processo educativo: o de persuadir, e não apenas reprimir violações dos princípios sanitários. Ao veicular valores, hábitos e atitudes, a educação higiênica serviria como instrumento de fortalecimento do Estado e de ampliação da autoridade pública local, constituindo-se em fator de construção da homogeneidade cultural das populações rurais.

No Piauí, tanto nos Centros de Saúde, quanto nos Postos de Higiene, o trabalho deveria ser padronizado em uma ficha de relatório mensal, baseada em outra, de registro diário, com a finalidade de possibilitar a comparação da produção de cada unidade e o cômputo anual do sistema distrital (Decreto-Lei nº 144, 1938). No entanto, a entrega desses documentos pelos médicos não era cumprida integralmente por cerca de metade das unidades sanitárias. Segundo o chefe do Departamento de Saúde, das dezoito repartições existentes em 1942 “[...] somente 9, enviam, regularmente, relatórios dos serviços prestados. Na impossibilidade de tudo somar e de algo apresentar de interesse sanitário, deixamos de tabular as variações anuais dos serviços do interior” (Relatório do médico Agenor Costa, 1942, p. 87). Mesmo entre as instituições que enviavam os registros, existiam dados incompletos e informações contraditórias, além disso, as fichas padronizadas não eram sempre utilizadas, sendo, inclusive, criados novos critérios pelos chefes das unidades de saúde.

Diante disso, a organização completa dos dados de funcionamento dos Postos de Higiene foi uma tarefa que acabou se tornando inviável para o Departamento de Saúde. Se por um lado, a utilização das informações relativas à quantificação dos atendimentos revelou-se uma tarefa problemática, por outro os relatórios anuais identificaram as condições deficientes de funcionamento dos serviços no interior. Uma das razões mais importantes para que muitos médicos dos postos não enviassem os relatórios dos atendimentos foi informada pelo médico que atuou no município de Porto Alegre:

Continuando a fazer novos pedidos de medicamentos, não fui atendido, e os fazia constantemente, mostrando a necessidade deste Posto e o fato de que sem os mesmos estava impossibilitado de fazer os referidos Boletins. Como é natural em toda parte, não havendo remédios a pobreza não procura o Posto, e os Boletins são a relação do movimento de medicamentos e doentes. (Relatório do médico Raimundo Mendes de Carvalho, 1939, p. 1).

Uma das queixas mais comuns dos médicos era que, não havendo medicamentos, os doentes abandonavam os Postos de Higiene, logo, não existia atendimento e, conseqüentemente, não havia como registrar os boletins para enviá-los para o Departamento de Saúde. De acordo com o médico que atuava no município de Amarante: “Convém assinalar que, devido a falta de vermífugos, o Posto de Higiene desta cidade, deixou de atender e medicar grande número de pessoas opiladas” (Relatório do médico Francisco Ayres Cavalcante, 1940, p. 2). A ausência dos doentes não queria dizer que não existiam pessoas contaminadas, principalmente entre as crianças, que era o público preferencial desse tipo de moléstia, mas que os pacientes deixavam de buscar o Posto porque sabiam da falta desses simples medicamentos e, sua clientela composta por pessoas muito pobres, não tinha condições de comprá-los.

Diante das dificuldades do governo estadual em atender às demandas, os médicos faziam solicitações às prefeituras que, alegando precárias condições financeiras, não forneciam auxílios significativos. No relatório referente ao ano de 1942, do município de Porto Alegre, o médico afirmou: “Urge que V. Sa. tome as providencias cabíveis, afim de que, aqui, possamos desempenhar nossa elevada missão. Nossa unidade sanitária atravessa uma fase penosa em relação ao material que dispõe para atender a pobreza” (Relatório do médico Mariano Lucas de Sousa, 1943, p.1). Dirigindo-se ao chefe do Departamento de Saúde, ele informou que a pequena verba paga pela prefeitura cobria apenas a despesa com álcool, algodão e éter. Não possuindo os medicamentos de urgência, por espírito de solidariedade, o médico chegava a comprá-los com os seus vencimentos.

Também o médico do Posto de Higiene do município de São João do Piauí, relatou que, apesar da necessidade da população, os atendimentos vinham apresentando uma tendência de redução, em virtude dos mesmos motivos apontados pelo seu colega de Porto Alegre. Segundo ele, “Em vez de se tratarem aqui, uns se sujeitavam a longas caminhadas a procura de outros postos, e outros, a maioria, os mais pobres, já desiludidos, vencidos pela dor e pelo sofrimento, ficavam à mercê da cruel natureza” (Relatório do médico Agenor Martins de Araújo Costa, 1942, p. 3).

A maioria da população pobre dos municípios piauienses era constituída pelo grande e desamparado setor dos pequenos lavradores e lavradoras, que cultivavam a terra e criavam pequenos animais como forma de sobrevivência. Essas pessoas viviam abrigadas em casebres ordinários, construídos em lugares insalubres, expostos à inclemência das doenças, sem educação formal, mal vestidas e precariamente alimentadas. Em meio a essa população, cuja maioria era constituída de analfabetos, gente rústica e miserável, que não tinha o mais rudimentar princípio de higiene, as enfermidades encontravam um vasto e propício campo de contaminação e propagação, especialmente entre as crianças.

Nesse sentido, o povo deveria ser educado sanitariamente, tarefa árdua, porque não estava familiarizado com a prevenção, sendo que somente essa prática poderia melhorar o seu estado de saúde. No entanto, era comum que os postos de higiene não possuísem serviços mais específicos, como os tratamentos ginecológicos, dentários e oftalmológicos, como também as visitas domiciliares feitas por guardas sanitários e iniciativas de educação higiênica e saneamento, fazendo com que a notificação dos casos de doenças epidêmicas e endêmicas fossem recorrentes. Com isso, as funções de profilaxia para impedir os acometimentos das moléstias, principal função desse tipo de estabelecimento médico, costumava ser colocada em detrimento das práticas de tratamento, que ainda assim eram limitadas (Silva & Marinho, 2024).

A localização das unidades de saúde era importante em virtude da maior facilidade de acesso para os doentes pobres. Esse era um grande problema porque a locomoção era dificultada, não somente por causa das distâncias, mas também pela escassez de estradas. A região que tinham que percorrer até chegar ao destino era, muitas vezes, quente e seca, composta por terrenos íngremes, mata, lama, crateras e cursos de água. Essas condições traziam grandes dificuldades ao transporte dos doentes, realizado frequentemente em redes, jumentos e carroças. Os deslocamentos transformavam-se em viagens longas e sofridas, onde mulheres e homens pobres utilizavam os minguados recursos financeiros, além de perderem tempo de trabalho nas terras em que moravam, o que era necessário para a sobrevivência, e terem que deixar os filhos sozinhos ou aos cuidados de outras pessoas. Se não houvesse condições para viajar, a alternativa era resignar-se e esperar pela visita de um médico, quando poderia ser tarde demais. Por isso, no cotidiano, era comum que vizinhas e parentas ensinassem umas para as outras o conhecimento popular de remédios passados de geração em geração e, até mesmo, contassem com o auxílio de curandeiros ou rezadeiras. Inclusive, a dificuldade de auxílio médico era uma circunstância que contribuía para que as mães recorressem aos conhecimentos populares quando seus filhos ficavam doentes. Elas esperavam curar as doenças com o auxílio de chás, unguentos e xaropes de ervas preparados com mel ou rapadura, denominados *lambedores* (Relatório do médico Agenor Martins de Araújo Costa, 1942).

A história social das artes de curar no Brasil indicam que o próprio processo de constituição da medicina no país, ocorreu mediante tensionamentos. Ocorreram conflitos no interior do próprio setor médico e com agentes externos que concorriam no exercício das práticas de curar, como barbeiros, benzedeiros e curandeiros, frequentemente acusados de charlatanismo. Esses agentes não diplomados eram fortemente enraizados em diferentes grupos sociais e possuíam, comumente, a familiaridade, a confiança e a preferência dos doentes. O respeito social e a credibilidade profissional dos médicos, sujeitos que se distinguiam pelas práticas e formação acadêmica, não ocorreram de forma homogênea e inquestionável, mas precisaram ser construídos mediante variadas estratégias de legitimação com base no saber científico, bem como na expansão progressiva das instituições de saúde, principalmente os hospitais, as maternidades e os postos de saúde (Rosa & Galvão, 2021). O hábito de consultá-los e o abandono do uso corrente das práticas e artes de cura, ocorreram gradativamente (Carvalho, 2005). Esse processo, embora tenha sido mais intenso no final do século XIX e nas décadas iniciais do século XX, adquiriu contornos próprios conforme o contexto específico de desenvolvimento e urbanização, podendo ser observado até no século XXI em regiões ruralizadas e com dificuldades de acesso à medicina científica, principalmente no norte e nordeste do país, inclusive no próprio interior do Piauí.

4. Considerações finais

Com a reforma da Diretoria de Saúde Pública do Piauí foi criado um sistema de zonas distritais, nas quais os centros de saúde com atendimento especializado e os postos de higiene com clínica geral, agiram em conjunto, visando a um melhor atendimento para a população, inclusive gestantes e crianças. Também foi verificada a atuação do poder público estadual por meio de auxílios financeiros, orientação e fiscalização das iniciativas municipais e, sobretudo, da atuação filantrópica, na prestação de serviços nos hospitais gerais, bem como em maternidades e lactários. Intensificaram-se as medidas de centralização do Departamento Nacional de Saúde (DNS), com isso, em âmbito federal, ocorreram a formulação de regulamentos, códigos sanitários e legislação, que teriam o objetivo de

padronizar os serviços de saúde locais, além disso, também previa a concessão de auxílios financeiros para a criação e a manutenção de instituições de saúde estaduais e municipais. Entretanto, o que se verificou no Piauí foi a adaptação da normatização federal conforme as condições locais, como a falta de pessoal especializado, as dificuldades para a organização administrativa e os recursos, que se mostraram insuficientes para a instalação e manutenção dos estabelecimentos de saúde, pois as verbas federais não eram relevantes, tanto no que se refere aos valores concedidos, quanto à sua regularidade. Em contrapartida, foi observada a relevância da contribuição filantrópica, das prefeituras municipais e, principalmente, do poder público estadual, para a instalação e funcionamento das instituições de saúde. Os interesses dos interventores também contribuíram para a autonomia piauiense, pois apesar de representarem o governo federal, eles ampliavam e fortaleciam o próprio poder no interior do estado.

Referências Bibliográficas

Campos, P. F. de S., Muniz, É. S., & Campoi, I. C. (2023). Mulheres, saúde pública e formação profissional na Era Vargas (1930–1945). *Cadernos de História da Educação*, 22(Contínua). <https://doi.org/10.14393/che-v22-2023-180>

Carvalho, A. C. D. de. (2005). *Feiticeiros, burlões e mistificadores: Criminalidade e mudanças de práticas populares em São Paulo – 1950 a 1980* [Dissertação de Doutorado]. Universidade Estadual Paulista.

Departamento de Saúde. (1942). *Diário Oficial*, Teresina, ano XII, n. 95, p. 87.

Gomes, M. F., et al. (2019). Saúde pública no Ceará: Uma sistematização histórica. *Cadernos ESP*, 2(1), 06–19. <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/14>

Marinho, J. Z. S. (2018). *“Manter sadia a criança sã”: As políticas públicas de saúde materno-infantil no Piauí de 1930 a 1945*. Paco Editorial.

Piauí. (1933). Decreto-Lei nº 1.464: Eleva as Delegacias de Saúde de Floriano e Parnaíba à condição de Dispensários. *Decretos do Piauí de 1933*. Teresina: Imprensa Oficial.

Piauí. (1938a). Decreto-Lei nº 144: Aprova o regulamento para o Departamento de Saúde. *Decretos do Piauí de 1938*. Teresina: Imprensa Oficial.

Piauí. (1938b). Decreto-Lei nº 123: Reorganiza os Serviços Sanitários do Piauí e dá outras providências. *Decretos do Piauí de 1938*. Teresina: Imprensa Oficial.

Piauí. (1943a). *Departamento de Saúde. Relatório sobre os serviços realizados em 1942 no Centro de Saúde de Floriano, apresentado pelo Diretor Sebastião Costa. Códice de Saúde de 1942*. Teresina.

Piauí. (1942). *Departamento de Saúde. Relatório apresentado pelo médico Agenor Martins de Araújo Costa sobre as atividades realizadas no Posto de Higiene do Município de São João do Piauí em 1941. Códice de Saúde de 1941*. Teresina.

Piauí. (1940). *Departamento de Saúde. Relatório apresentado pelo médico Francisco Ayres Cavalcante sobre as atividades realizadas no Posto de Higiene do Município de Amarante em 1939. Códice de Saúde de 1939.* Teresina.

Piauí. (1943b). *Departamento de Saúde. Relatório apresentado pelo médico Mariano Lucas de Sousa sobre as atividades realizadas no Posto de Higiene do Município de Porto Alegre em 1942. Códice de Saúde de 1942.* Teresina.

Piauí. (1939). *Departamento de Saúde. Relatório apresentado pelo médico Raimundo Mendes de Carvalho sobre as atividades realizadas no Posto de Higiene do Município de Porto Alegre em 1938. Códice de Saúde de 1938.* Teresina.

Piauí. (1936). *Diretoria de Saúde Pública. Relatório do diretor Manoel Sotero Vaz da Silveira sobre os serviços realizados em 1935 na Diretoria de Saúde Pública. Códice de Saúde de 1935.* Teresina.

Piauí. (1937). *Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa do Estado do Piauí pelo Interventor Leônidas de Castro Mello.* Teresina: Imprensa Oficial.

Relatório apresentado ao presidente da República pelo Interventor Landry Salles Gonçalves. (1932). *Diário Oficial*, Teresina, ano XII, n. 58.

Relatório apresentado ao presidente da República pelo Interventor Leônidas de Castro Mello. (1943). *Diário Oficial*, Teresina, ano XIV, n. 144.

Rosa, W. M., & Galvão, A. M. de O. (2021). Práticas de cura, saberes tradicionais e conhecimentos escolares: Um estudo sobre uma comunidade rural de Minas Gerais (1940–1970). *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, 102(260), 23–42. <https://doi.org/10.24109/2176-6681.rbep.102.i260.4445>

Silva, M. O. da S. e, Sousa, S. de M. P. S., & Lima, V. F. S. de A. (2021). Auxílio emergencial e trabalho do Serviço Social no contexto da Covid-19. *Revista Em Pauta: Teoria Social e Realidade Contemporânea*, 19(48). <https://doi.org/10.12957/rep.2021.60299>

Silva, R. M. O., & Marinho, J. Z. S. M. (2024). A saúde no Piauí a partir dos postos de higiene (1930–1945). *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*, 23(1), 168–177. <https://doi.org/10.25761/anaisihmt.489>

Vieira de Campos, A. L. (2006). *Políticas internacionais de saúde na Era Vargas: O Serviço Especial de Saúde Pública, 1942–1960.* Fiocruz.

Weber, B. (2003). Médicos e charlatanismo: Uma história de profissionalização no Sul do Brasil. In M. Linhares (Org.), *História, medicina e sociedade no Brasil*. EDUNISC.

Joseanne Zingleara Soares Marinho, Universidade Estadual do Piauí, Brasil

E-mail: joseannemarinho@cchl.uespi.br







