

A MÃE CUIDADOSA TAMBÉM ENTERRA OS SEUS ANJINHOS: A MORTALIDADE INFANTIL NO PIAUÍ (1889-1945)

DOI: 10.5935/2177-6644.20190024

THE CAREFUL MOTHER ALSO
ENTERS HER LITTLE ANGELS:
INFANT MORTALITY IN PIAUÍ
(1889-1945)

LA MADRE CUIDADOSA TAMBIÉN
ENTERRA A SUS ANJELITOS: LA
MORTALIDAD INFANTIL EN
PIAUÍ (1889-1945)

Joseanne Zingleara Soares Marinho *

Resumo: O artigo tem a proposta de analisar como as mães passaram a ter papel central na observação das instruções médicas sobre a preservação da saúde e tratamento das doenças entre os seus filhos no Piauí entre 1889 e 1945. Com isso era visado o enfrentamento dos altos índices do obituário infantil, condizente com o processo de valorização da criança como riqueza do país. Para isso, foram utilizadas revistas de medicina, jornais, fontes médicas e do governo estadual.

Palavras-chave: História. Estado. Médicos. Mães. Mortalidade infantil.

Abstract: The purpose of this article is to analyse how mothers started to play a central role in the observation of medical instructions on the preservation of health and treatment of illness among their children in Piauí between 1889 and 1945. This was aimed at confronting the high indices of the child obituary, consistent with the process of valuing the child as wealth of the country. For that were used, medical magazines, newspapers, medical sources and the state government.

Keywords: History. State. Doctors. Mothers. Child mortality.

Resumen: El artículo tiene la propuesta de analizar cómo las madres pasaron a tener papel central en la observación de las instrucciones médicas sobre la preservación de la salud y tratamiento de las enfermedades entre sus hijos en Piauí entre 1889 y 1945. Con ello se vislumbraba enfrentar los altos índices del obituario infantil en acuerdo con el proceso de valorización del niño como riqueza del país. Para ello, se utilizaron revistas de medicina, periódicos, archivos médicos y del gobierno del estado de Piauí.

Palabras-clave: Historia. Estado. Médicos. Madres. Mortalidad infantil.

* Professora do Departamento de História e do Programa de Pós-Graduação em Ensino de História - PROFHISTÓRIA da Universidade Estadual do Piauí – UESPI, campus Poeta Torquato Neto, em Teresina. E-mail: joseannezsm@gmail.com

Introdução

Foi, sobretudo, no culto à criança morta, que a representação de pureza e de inocência se manifestou de forma mais clara com relação ao processo de valorização da infância no Brasil. Predominava a crença de que a felicidade futura da alma infantil seria certa porque ainda não possuía pecados e, por isso, teria passagem direta para o céu, onde iria permanecer sob a proteção divina. O funeral de uma criança também anunciava em sociedade a assunção de mais um anjinho, passando a proteger a família, argumento que também servia para o conforto da dor diante das mortes frequentes no período da infância, principalmente entre a população pobre.

No artigo é debatido que, apesar das mães serem consideradas pelos médicos e pelo Estado, como as verdadeiras responsáveis pela preservação da saúde de seus filhos, as limitações da saúde pública e a condição de pobreza em que vivia grande parte da população piauiense entre 1889 e 1945, também estavam entre os fatores que contribuíam para os grandes índices de mortalidade infantil.

Vários segmentos sociais passaram a defender, principalmente a partir do século XIX, que a solução dos problemas sociais que direcionariam para o progresso do Brasil dependia, em grande parte, da proteção à infância (COSTA, 2004). No entanto, a problemática da delinquência infantil, do menor em condição de abandono, bem como da utilização precoce do trabalho, adquiriu maior visibilidade a partir da década de 1930. Com a postura intervencionista do governo, a valorização da proteção da criança passou a requerer o esforço de todo o país. Era defendida a regeneração da família e a sua importância como base da nação, consideradas essenciais na busca para encontrar esteios para a ordem, a civilização e o progresso. Ocorreu uma orientação acerca da ideia de amparo familiar, o que representava, em larga medida, uma forma de proteção à criança.

A defesa da infância, fase em que a saúde e a vida correriam mais riscos, ganhou dimensão de uma cruzada visando à salvação nacional. ocorreu uma coincidência de interesses entre os governos e os médicos, sendo que estes últimos, desde o século XIX, vinham defendendo a intervenção do Estado nos assuntos referentes à saúde de mães e crianças (MARTINS, 2011). Para a condução desse projeto, mais visível nos anos 1930 e 1940, foi essencial a atuação médica, principalmente junto às mães, no enfrentamento de problemas como a disseminação de moléstias infectocontagiosas, a alimentação

administrada de forma incorreta, as precárias condições de higiene e, o principal deles, o índice elevado de mortalidade infantil.

Para garantir a segurança infantil, as famílias deveriam ser orientadas para a sua criação, sendo as mães o alvo preferencial dessa iniciativa. Segundo Freire (2009), a educação materna acerca das práticas científicas de cuidado com os filhos, por meio da alimentação, higiene, vestuário, repouso, entre outras, deveria ser a prioridade não somente nas unidades de saúde de caráter especializado, mas também naquelas que forneciam atendimento geral. A suposta falta de zelo era enfatizada discursivamente, sobretudo, no que se refere ao abandono invariavelmente ligado aos pobres.

Para Larsen (1996), é especialmente necessário considerar a existência das políticas de gênero no contexto de desenvolvimento dos Estados ocidentais, atuando em áreas como a proteção à maternidade. Embora vários pesquisadores tenham desenvolvido estudos sobre a neutralidade das políticas de Bem-estar diante das relações de gênero, novas abordagens foram propostas a partir das últimas décadas do século XX, demonstrando como elas foram sexualizadas, baseando-se em uma suposta natureza feminina, em detrimento do caráter social das distinções entre homens e mulheres (SCOTT, 1995).

Em consonância com esses estudos, no Piauí, notadamente a partir do final da década de 1930, as iniciativas públicas direcionadas para a saúde feminina consideravam a mulher a partir de seu papel de mães. As medidas visavam, sobretudo, a proteção da saúde da criança, sendo implementadas mesmo antes de uma possível gravidez, após o diagnóstico da gestação e intensificadas na primeira infância, no primeiro ano de vida, quando os riscos de mortalidade infantil eram mais altos. Como parte desse projeto, foram realizadas iniciativas de redefinição da maternidade no afã de proteger a infância no Piauí (MARINHO, 2018). Para a sua condução, foi essencial a atuação dos médicos, pois se tornaram parceiros do Estado.

As mães deveriam exercer, prioritariamente, os cuidados cotidianos que serviriam para manter as crianças sadias, como também deveriam procurar os médicos dos serviços de saúde para tratamento dos seus filhos doentes, abandonando as práticas curativas baseadas nos conhecimentos populares tradicionais. No entanto, para além da falta de acesso às informações de preservação da saúde e deficiência de serviços hospitalares, existiam as condições insalubres de moradia e precariedade de alimentação da população pobre do Piauí, aspectos que também concorriam para os elevados índices do obituário

infantil, circunstâncias que não dependiam do quão dedicada e cuidadosa fosse uma mãe, fazendo com que também enterrasse os seus anjinhos.

Os médicos, a infância e a maternidade

Desde o século XIX, como categoria profissional que foi se tornando cada vez mais expressiva na sociedade, os médicos se apresentaram como agentes capazes de viabilizar a tarefa de ordenar os espaços sociais, visando transformar a cidade em um espaço civilizado e saneado (MIRANDA, 2011). Cabia a eles orientar as pessoas na aplicação de medidas que tinham por finalidade prevenir a doença, prolongar a vida e promover a saúde. No Piauí defendiam que os brasileiros somente tinham valor real para o Brasil à medida que tivessem capacidade física de trabalho, conforme o pensamento ainda vigente durante o Estado Novo. O relato de Vitorino da Assunção em um artigo da Revista da Associação Piauiense de Medicina, ilustra o posicionamento assumido por muitos de seus colegas de profissão:

O trabalho, o repouso, a nutrição, o sono, etc., enfim, todas as atividades e inatividades da vida não se devem afastar dos ditames da higiene. O homem, a sociedade, o povo, enfrenta-se, então, com os complexos problemas do saneamento de si mesmo e do meio em que vive. A higiene cumpre resolvê-los. E não deve ser outro o objetivo dos múltiplos serviços de saúde pública. O povo que não cuidar da saúde de seus filhos é um povo condenado a desaparecer pela degradação ou assimilado pelo mais forte e consciente. E agora que se vive a cogitar de renovação, nada mais oportuno do que revolucionar a educação sanitária e geral, considerando a higiene da infância como o eixo das organizações sanitárias da nação. Que a geração que fez a Revolução pelas armas assegure a paz e a grandeza do futuro (ASSUNÇÃO, 1943, p. 3).

Embora o despovoamento não se constituísse em um problema central, a percepção da precariedade das condições de higiene da população causava preocupação e representava uma ameaça para a execução do projeto de desenvolvimento do país. Decorria daí o dever inerente ao Estado de amparar a saúde do indivíduo, preservando-a dos malefícios, em todas as atividades e fases da vida, mas, sobretudo, na infância. Desde as primeiras décadas do século XX, passou a ter maior aceitação a ideia de que as doenças não eram atributos inevitáveis da natureza infantil, mas obstáculos a serem vencidos, para que os governos pudessem pautar a agenda pública. Nesse contexto, as

taxas altas de mortalidade passaram a ser consideradas inaceitáveis e também incompatíveis com os anseios de progresso.

Na mesma medida em que a criança viva foi ganhando valor, sua morte tornou-se cada vez mais grave. Conforme Vailati (2009), em última instância, esse acontecimento passou a ser a negação de toda a promessa de progresso depositada na infância. O óbito infantil não deveria ser justificado como a vontade de Deus, como muitas mães pobres faziam para terem conforto na dor, mas em decorrência do descuido com a saúde. O declínio das concepções religiosas para a morte, bem como a emergência do pensamento higienista, mas, sobretudo, a valorização da importância da criança para a família e o país, configuraram um cenário em que a morte infantil passou a ser cada vez mais analisada como uma incapacidade de realização do rito de iniciação à vida adulta.

O ideário médico da maternidade científica fundamentava o apelo para que as mulheres exercessem as suas funções maternas, só que resignificadas a partir dos pressupostos científicos (FREIRE, 2009). Essa forma competente de exercer a maternidade não poderia ter sustentação apenas no instinto, devendo basear-se em habilidades definidas com precisão, a partir dos conhecimentos especializados. Com isso, os médicos defendiam que as mulheres precisavam conhecer as fases do desenvolvimento infantil e os princípios da higiene, para que pudessem cumprir seu dever patriótico, a fim de aperfeiçoar a raça.

Isso se deu porque os profissionais médicos piauienses, sobretudo, pediatras, puericultores e obstetras, acreditavam ter legitimidade e capacidade para concretizar uma recriação do exercício da maternidade, uma vez que, supostamente, teriam a autoridade concedida pelo domínio de um conhecimento verdadeiro, construído a partir da ciência, considerada a maneira correta e definitiva de aquisição de saber. Nesse sentido, os médicos prescreviam as formas de cuidado para a preservação de uma condição saudável, bem como do tratamento de saúde diante das enfermidades, propondo, portanto, modos diferentes de perceber e significar a vida infantil. Fazendo isso, desenvolviam a prática escriturística do corpo social por meio da ordenação e da obediência, visando homogeneizar as ações, numa perspectiva de desenvolvimento que estaria condizente com o mundo moderno (CERTEAU, 2005). Existia o projeto de uma sociedade que deveria constituir-se como página em branco com relação ao passado, capaz de escrever a si mesma e de refazer a sua história a partir da perspectiva do progresso contínuo.

No Piauí os médicos apropriavam-se das ideias de saúde, família, casamento, feminilidade e de maternidade, ao determinar como deveriam ser significadas, impondo o que consideravam como certo e, ao mesmo tempo, desqualificando, muitas vezes, os saberes e os fazeres populares. A prática escriturística era atuante na promoção da racionalização do corpo social a partir da elaboração e propagação de um conhecimento formal, considerado como vetor de um projeto de desenvolvimento. Com isso, a oralidade não contribuiria para tal experiência, sendo descartada, por estar articulada intimamente ao mundo rural, concebido como tradicional, atrasado e supersticioso.

A questão da aceitação do exercício da maternidade, como função social das mulheres piauienses, foi incluída, de modo fundamental, na política de governo direcionada para o projeto de investimento na saúde de mães e crianças. Isso ocorreu porque caberia de forma primordial às mulheres o principal ônus no cuidado infantil, a partir da aceitação das orientações médicas, sobretudo, para a prevenção da saúde, mas também no tratamento das moléstias. A representação naturalizada do papel feminino da maternidade como uma questão de violência simbólica, ajuda a compreender como a relação culturalmente construída, passou a ser reproduzida como uma diferença natural, irreduzível e universal, do presente, portanto, em estado incorporado, nos *habitus*, suficientemente assegurada para precisar de justificação, enunciando o ser como se fosse uma evidência (BOURDIEU, 2005).

O Estado e os serviços de saúde materno-infantis

A inexpressividade da saúde pública piauiense no final do século XIX, situação justificada pela ausência de organização administrativa e verbas insuficientes para investimentos, também era resultado do limitado número de médicos (MENSAGEM, 1897). Com isso, a maior parte do território ficava sem nenhuma assistência. As epidemias que atingiam o estado faziam grande número de vítimas, confirmando a falta de decisão política com relação à saúde da população, o que afetava, conseqüentemente, mães e crianças.

Foi identificado que, nem mesmo nos casos de riscos epidêmicos, o Estado do Piauí atuava na proteção materno-infantil de forma individualizada. Pode-se, portanto, concluir que essa clientela era tratada juntamente com toda a população atingida. Apesar da existência de discussões e debates de feministas e médicos na capital do país, em defesa da responsabilização dos poderes públicos para a salvação da infância, não

identificamos tal mobilização no Piauí. Aliás, durante a Primeira República, não se verificou qualquer manifestação dos poderes públicos sobre a estruturação de um sistema de proteção da saúde materno-infantil que oferecesse serviços especializados.

Apesar da condição de quase invisibilidade da criança, foi possível identificar que o obituário infantil era uma questão considerada grave pelos governos. No início da segunda década do século XX, o governador Antonino Freire afirmou que “[...] a mortalidade das crianças era exageradíssima em Theresina.” (MENSAGEM, p. 22, 1910). A tuberculose, o impaludismo, a broncopneumonia e a gastroenterite eram as causas mais frequentes dos óbitos. Não existia qualquer dado confiável sobre a natalidade e a mortalidade infantil no Piauí, pois o Serviço de Demografia Sanitária, órgão responsável, realizava um serviço irregular de coleta e, nem mesmo os dados da capital, mereciam confiança. Os motivos disso eram a sub-notificação dos nascimentos e óbitos, bem como o reduzido quadro de pessoal para a realização da coleta dos dados. Na década de 1920, o governador João Luiz Ferreira também reconheceu que, entre as causas das mortes infantis, sobressaíam as moléstias do aparelho respiratório, seguidas pelas doenças gastrointestinais e depois pelas enfermidades contagiosas (MENSAGEM, 1924).

A pouca expressividade dos serviços de saúde demonstra o fato de que as determinações federais não eram automaticamente cumpridas no Piauí. Segundo Castro Santos (1985), a orientação era de que os governos locais deveriam realizar ações sanitárias, cabendo à União apenas auxiliar, quando fosse acionada em casos de urgências epidêmicas, se tivesse interesse e condições para isso. Apesar de contaminarem todas as faixas etárias, certamente os sintomas e sequelas das doenças eram mais preocupantes nas crianças, que tinham o organismo mais frágil. Nesse sentido, apesar da defesa do ideário de valorização da infância já existir desde os oitocentos, a viabilização da proteção de gestantes e crianças, por meio da criação de órgãos de administração de saúde pública e da implementação de serviços em unidades de saúde especializadas, como maternidades, lactários e postos de atendimento materno-infantil, não eram verificadas no Piauí até as primeiras décadas do século XX.

No Brasil, o médico Arthur Moncorvo Filho, um pioneiro na área da higiene infantil, foi o líder do movimento de combate aos altos índices de mortalidade entre as crianças. A precariedade nas condições de higiene e de saúde da população causavam preocupação, mas, sobretudo, as taxas altas de mortalidade infantil. Foi a partir dos

oitocentos que o envolvimento dos médicos com a questão tornou-se mais notável, especialmente na França e na Inglaterra, mudando paulatinamente o tom de seus discursos ao realçar os efeitos políticos. Os médicos contribuíram ativamente para essa reação ao fornecer estatísticas oficiais ou pessoais, lançando o alerta sobre os óbitos infantis, um problema que atingia crianças de todos os setores sociais, sendo mais grave nos mais pobres (MARTINS, 2008). No Brasil, os vários problemas apontados por Moncorvo Filho na virada do século XIX para o XX, aparentemente se mantiveram inalterados até a década de 1920 e só iriam receber resposta mais efetiva a partir da responsabilização estatal, ocorrida entre os anos 1930 e 1945. Existia, assim, uma ampliação da possibilidade de resolutividade dos problemas de saúde da infância, decorrendo disso a esperada diminuição da mortalidade.

No Piauí, a partir do final da década de 1930 começaram a ser elaboradas políticas públicas de saúde que geraram iniciativas inéditas de redefinição da maternidade no afã de proteger a infância no Piauí. Foi essencial a atuação dos médicos, que atuaram em parceria com o Estado na proposição de ações direcionadas para as mulheres que se tornariam mães, mas também para aquelas que já tinham filhos. Elas deveriam exercer, prioritariamente, os cuidados cotidianos baseados na puericultura, que serviriam para manter as crianças saudáveis, como também deveriam procurar os médicos especialistas em pediatria para tratamento dos seus filhos doentes, abandonando as práticas baseadas nos conhecimentos populares tradicionais.¹

A problemática do obituário infantil

A discussão da relevância do problema da mortalidade infantil ganhou maior dimensão no Piauí a partir da década de 1930, especialmente, a partir dos seus últimos

¹ Na sua finalidade da defesa infantil, a puericultura foi utilizada principalmente pelos médicos, que se dirigiam, sobretudo, às mães de crianças de todas as camadas sociais, instintivamente, mas colocava-se como mais necessária àquelas que nasciam em meio social desfavorável, por causa dos inúmeros riscos à saúde. Era oferecido um amplo e diversificado estoque de ensinamentos técnicos para guiar a conduta no cuidado das crianças com relação à higiene, alimentação, banho, sono, vestuário e outros. A partir do domínio desse arsenal científico, as mulheres estariam, supostamente, aptas a desenvolver sua nobre missão. A pediatria era a especialidade da medicina que cuidava da criança sadia ou doente, no sentido de promover ou restituir a saúde, o que permitiria a sua reabilitação, propiciando-lhe atingir a maturidade com ótima constituição física e formação psicológica. Esse processo que levou à emergência e singularização da nova área médica, pode ser entendido como tributário das novas relações com a saúde e a doença, bem como das novas concepções técnico-científicas acerca dos cuidados com a infância. Ocorria que a pediatria passava a ser representada como campo científico capaz de viabilizar a transformação da condição de doença para a promoção da vida, por meio da ação curativa (PEREIRA, 2008).

anos. O médico Vitorino de Assunção afirmou que o sacrifício da vida infantil era alarmante. Segundo ele, no país, onde a higiene infantil não tinha sido até então encarada como problema vital da nacionalidade, calculava-se em duzentos mil o número de crianças que sucumbiam em tenra idade (ASSUNÇÃO, 1939). De acordo com os dados que evidenciavam uma tendência, o problema era um flagelo nacional, começando a partir do quadro calamitoso dos nascidos mortos e ganhando dimensão mais grave com a excessiva mortalidade que predominava no primeiro ano de idade, decrescendo progressivamente até o sexto ano de vida. Essa perspectiva também foi verificada em vários países europeus, onde o binômio mãe-filho era objeto de preocupação dos governos, intelectuais e médicos.²

Segundo o médico, as estatísticas brasileiras informavam que, entre mil nascidos vivos, morriam 25% no primeiro ano de vida e, entre estes, o grau maior de óbitos ocorria no primeiro mês. Afirmando o ideário em vigor, o médico piauiense declarava que, na defesa sanitária da infância, a mortalidade era a questão mais grave a ser enfrentada, sendo que suas altas taxas também se reproduziam no Piauí. De acordo com a tabela a seguir, produzida com dados da Diretoria Geral de Estatística Estadual, pode ser verificada a gravidade do problema em Teresina, capital do Piauí:

Tabela 1 – Os óbitos infantis e a assistência médica

Anos	Total de óbitos	Óbitos com assistência médica	Óbitos sem assistência médica
1932	460	184	276
1933	711	220	491
1934	677	234	443
1935	873	165	718
1936	742	136	606
1937	681	144	537
1938	684	214	470

Fonte: (ASSUNÇÃO, 1939)

² A proteção da saúde, a subsistência das mães e das crianças, bem como a defesa da educação feminina, eram identificadas como tendências entre o final do século XIX e meados do século XX. As justificativas apresentadas para o exercício científico da maternidade eram diversas, podendo ser patrióticas, sanitárias ou demográficas. A finalidade apontava para o mesmo sentido, que era a ideia de defesa da criança como investimento no futuro. (BOCK, 1996)

Na tabela 1 é possível identificar que, durante o ano de 1932, por exemplo, dos 460 óbitos, 137 deles foram de crianças de 0 a 1 ano e destes, apenas 37 tiveram assistência médica. Considerando-se o número total de mortes, além das 137 crianças atingidas no primeiro ano de vida, também estavam incluídas 23 crianças de um a cinco anos, 4 entre cinco e dez anos e, com idade superior, foram 296, número que contabilizava também os adultos. A estatística vital não poderia ser realizada apenas com o número de óbitos, que era deficiente porque não informava convenientemente as suas causas, pois de um total de 460 mortes infantis, apenas 184 tiveram assistência médica. As tendências verificadas nos números do ano de 1932 foram observadas de maneira similar no período entre 1933 e 1938. Mantiveram-se os elevados índices de mortalidade associados à falta de assistência médica, servindo para justificar a preocupação dos médicos com a preservação da vida infantil.

É preciso considerar que o número de nascidos vivos não correspondia à realidade, já que a maioria das crianças não era registrada pelos pais, como também não nasciam em instituições de saúde, mas nos próprios domicílios, o que dificultava a oficialização. Situação parecida acontecia com os dados sobre a mortalidade infantil, já que grande parte das crianças falecia sem assistência médica e era sepultada nos próprios quintais e terreiros dos domicílios, bem como em cemitérios informais, sem documentação dos óbitos. Ainda assim, o órgão piauiense divulgou os números que conseguiu coletar, o que permite afirmar que o problema não era a taxa de natalidade, mas os altos índices de mortalidade infantil. Se a situação de coleta de dados em Teresina era deficiente, nos municípios interioranos a situação era bem mais precária, não permitindo, sequer, a organização de números superficiais. Dessa forma, as informações contemplavam apenas a capital, que era referência para o diagnóstico sobre a mortalidade infantil em todo o Piauí. De acordo com a tabela 2, é possível verificar que, entre 1931 e 1937, os números referentes às taxas de natalidade e de mortalidade em Teresina eram quase equivalentes:

Tabela 2 - Relação entre a natalidade e a mortalidade infantil

Anos	Natalidade	Nascidos mortos	Óbitos de 0 a 1 ano	Total de mortes
1931	258	2	154	156
1932	168	12	137	149
1933	178	4	158	162
1934	174	1	170	171
1935	277	1	292	293
1936	287	3	222	225
1937	271	8	207	215
1938	426	5	202	207
1939	1.729	10	228	238
1940	1.263	3	179	182

FONTE: (ASSUNÇÃO, 1939)

Somente a partir de 1938 os índices começaram a apresentar uma diferença, que parecia ser condizente com as observações realizadas pelos médicos na realização dos serviços de atendimento à saúde da população. Para essa mudança, certamente contribuiu a tendência de maior valorização da saúde da criança a partir da responsabilização pública e da atuação filantrópica, fato que passou a ser verificado, principalmente, a partir do Estado Novo. A mortalidade infantil estava decrescendo nos países considerados civilizados, que consideravam este um dos maiores problemas de saúde. Em 1930, medindo a proporção de crianças mortas antes de atingirem a idade de um ano, as taxas não eram, em parte alguma, inferiores a 3,5%, mas ainda ultrapassavam os 10% nos países mediterrânicos, na Europa Central e no Japão.

Os gestores públicos passaram, enfim, a entender que a primeira decisão para o planejamento de ações direcionadas ao enfrentamento do problema da mortalidade infantil seria melhorar a coleta dos dados. A partir disso, poderia ser realizada a contabilização dos números de óbitos em comparação com as taxas de natalidade, além da possibilidade de se conhecer melhor as faixas etárias mais atingidas e as principais causas do problema.³ Apesar de todos os esforços, os resultados apresentados ainda eram

³ Com o objetivo de melhorar os serviços gerais de estatística por meio da centralização da estrutura administrativa, característica estadonovista, foi tomada a decisão de fundar o Instituto Brasileiro de

imprecisos, pois somente poderia ser avaliada a marcha da mortalidade infantil em relação ao número dos nascimentos ocorridos em igual período de tempo, contudo, o registro civil somente era realizado em cerca de 40% dos casos. Parte da carência de registro civil dos brasileiros decorria das condições de vida da população rural, quase sempre distante dos centros urbanos onde o registro era feito (CARDOSO, 2010).

A capital do Piauí possuía clima quente e úmido com pequenas variações nas duas estações, seca e inverno. A primeira, entre junho a novembro, era sujeita a variações. A temperatura mínima era de 22 graus e a máxima estava em torno de 36,5 graus. Nos meses chuvosos, a precipitação era de janeiro a abril com temperatura variando de 24,5 graus a 19,5 graus. Nos meses de janeiro, fevereiro e março ocorriam chuvas intensas e ventos frios, seguidos de maior umidade e diminuição na temperatura, situação atípica para o organismo das crianças piauienses. Durante os meses de setembro, outubro e novembro também era verificado um aumento considerável nas taxas de mortalidade infantil a partir dos quadros de desidratação, desnutrição e gastroenterite, que se tornavam mais frequentes e agudos. A explicação para isso era a predominância de altas temperaturas, suspensão das chuvas e pouca umidade, fazendo parte do período de seca anual. É possível observar a relação existente entre a elevação das taxas de mortalidade infantil em Teresina e as alterações climáticas na tabela 3:

Tabela 3 – O obituário mensal de zero a um ano de idade

Meses	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	Total
Janeiro	7	24	8	39	15	30	17	160
Fevereiro	9	23	9	42	39	15	20	157
Março	10	18	6	28	32	17	20	131
Abril	15	8	4	18	17	21	17	100
Mai	6	7	13	18	10	18	17	89
Junho	6	11	10	21	8	11	12	79

Geografia e Estatística (IBGE) em 1938. A função da repartição pública era de prestar orientação e coordenação na gestão dos dados estaduais coletados, mediante a ação das agências de estatística dos municípios. No Piauí, o órgão responsável passou a ser denominado de Departamento Estadual de Estatística, que passou por uma reformulação no seu funcionamento, visando a uma maior eficiência, de acordo com as novas diretrizes determinadas pelo IBGE para todo o país. O órgão estadual passou a contabilizar a mortalidade na capital a partir do serviço médico legal da polícia e, no interior, por meio dos estabelecimentos públicos de atendimento à saúde. Nos municípios onde as instituições que realizariam a coleta de dados não existiam, a função foi executada pelos oficiais do registro civil. (DECRETO-LEI Nº 206, 1939)

Julho	3	9	16	21	8	12	17	86
Agosto	8	13	18	22	13	13	20	107
Setembro	13	11	18	24	10	23	10	109
Outubro	27	12	28	18	12	23	14	134
Novembro	22	13	20	21	9	17	16	118
Dezembro	11	5	28	20	9	7	20	100

FONTE: (ASSUNÇÃO, 1939)

As mudanças no clima afligiam os médicos preocupados com a maior incidência e a gravidade das doenças nas crianças, importante causa de óbitos. De acordo com os boletins anuais de demografia sanitária, considerando as crianças com causas de mortes definidas, a maioria ocorria em virtude da diarreia e da gastroenterite, mas também colaboravam para as altas taxas de óbitos, moléstias como meningite, doenças do aparelho respiratório e infecção do cordão umbilical. O médico piauiense Gerardo Vasconcelos demonstrava estar preocupado com o problema, identificando as outras causas que serviam para explicar o problema durante os anos 1940:

Muitas vezes, dificuldades materiais dos pais, na aquisição de alimento e quase sempre por desvios alimentares e ignorância dos mais elementares princípios de higiene e dietética, os próprios pais são involuntariamente a causa da morte dos filhos. E se não morrem eles das perturbações digestivas resultantes dos desvios de alimentação, são vítimas das infecções que sobreveem ao definhamento físico e esgotamento das defesas organizadas (SEMANA da Criança, 1943, p. 3).

Desde o início do século XX, as doenças da infância passaram a ser vistas, não mais como inevitáveis causas da natureza infantil. Para esse médico, assim como para outros profissionais que atuavam no Piauí, o principal motivo do problema era a educação sanitária das mães, que tinham a responsabilidade de cuidar dos seus filhos e, para procurar solucioná-lo, seria preciso difundir as noções de puericultura, sobretudo, entre a população pobre. Esse posicionamento também era partilhado por muitos médicos brasileiros, para os quais a ignorância eximia as mães da punição legal e, eventualmente, da própria culpa, mas não da correção (MARTINS, 2008). Era corrente a ideia de que elas erravam por ignorância, mas que desejavam para os filhos aquilo que a puericultura atestava como correto, só que não sabiam o quê e nem como fazer.

A autoridade médico-profissional proporcionava poder e afirmação social, apresentando pediatras e puericultores como conselheiros e responsáveis exclusivos pela saúde infantil na mediação da relação entre a criança e a mãe. Tornou-se, assim, comum a veiculação da representação que promovia esses especialistas à condição de sujeitos de ciência, o que autorizava a sua supervisão, particularmente, sobre a mãe, nos cuidados que deveria ter com a criança. Os médicos apropriavam-se das ideias de saúde, família, casamento, feminilidade, infância e maternidade, determinando como deveriam ser vistas, ditas e significadas.⁴ Dessa forma, conforme Certeau (2008), pode-se entender que eles desenvolviam uma prática escriturística, pois acreditavam ter legitimidade e capacidade para uma recriação da maternidade, por disporem da autoridade de quem tem direito à fala e à escrita, uma vez que dominavam o único conhecimento considerado como verdadeiro, por ser construído a partir das referências racionais e científicas.

A culpa que era colocada pelo médico sobre a mãe, por não amamentar ou delegar o cuidado da criança a outras pessoas, entre outras práticas, acabou contribuindo para colocá-lo em posição de ser o único profissional que poderia impedir a morte infantil. As mães deveriam considerar inadequados quaisquer outros conselhos, mesmo de parentes e vizinhas, práticas que compunham uma sociabilidade tradicional, pois somente os conhecimentos racionais seriam capazes de orientá-las. Sendo consideradas as responsáveis diretas pelas crianças, as mulheres sofreram um processo de culpabilização pelas mortes dos filhos, pois de acordo com os médicos, algumas eram teimosas e ignorantes, estando apegadas às práticas da medicina popular. Portanto, a partir da supremacia da razão, os médicos tinham a pretensão de guiar a conduta que eles consideravam correta para a criação das crianças, substituindo os costumes tradicionais.

Segundo o médico Cândido Silva (1939), a mortalidade infantil no Piauí ocorria no período pré-natal, no decorrer do parto e depois dele, sendo que a causa era, sobretudo, a inobservância das noções de higiene. Já o pediatra Noronha Almeida

⁴ Na enunciação e representação naturalizada da divisão social dos papéis femininos e masculinos, a mulher deveria exercer a maternidade. Nesse sentido, é que pode ser evocada a violência simbólica, pois a visão dominante da divisão sexual exprime-se nos valores, objetos técnicos e práticas de forma natural, a ponto de ser inevitável, estando presente, em estado objetivado, no mundo social e também, em estado incorporado. Portanto, não se pode pensar adequadamente essa forma particular de dominação simplesmente sob a forma do constrangimento, e do consentimento, da coerção e da adesão (BOURDIEU, 1995).

(1943), influenciado pela eugenia, defendia que a proteção da vida e da saúde das crianças deveria ser iniciada ainda mais cedo, com a escolha de mulheres e homens saudáveis, que deveriam ser incentivados a reproduzir entre si, com a finalidade de gerar uma raça de brasileiros fortes.⁵ Ele afirmou, ainda, que já se discutia no Brasil a regulamentação do casamento, a esterilização, a educação higiênica e o exame pré-nupcial, assim como se propagavam, de forma crescente, os princípios da eugenia, que ganhava cada vez mais defensores no Piauí. A proteção da criança, dessa forma, deveria começar no período anterior à concepção, com a eugenia orientando as condutas médicas.

Vitorino de Assunção também analisou o problema do casamento eugênico com o objetivo de gerar crianças saudáveis, questão que parecia afligir muitos profissionais piauienses, segundo ele “[...] um indivíduo de consciência sanitária não ousará se casar quando portador de doença capaz de transmitir-se à sua descendência; trata-se ou se conforma” (p. 12, 1939). Dessa forma, ganhava dimensão entre os médicos a ideia de que a saúde dos filhos estava condicionada à condição saudável dos pais, por isso, eram condenadas as uniões consanguíneas, casamentos com grande diferença de idade e também de indivíduos com moléstias hereditárias, sob pena de gerar filhos fracos e doentios (COSTA, 2004). Ocorria que, no novo modelo familiar, o corpo e a moral sobrepujavam-se às linhagens, já que a sociedade e o Estado passavam, gradativamente, a contar.

Segundo Assunção (1939), além da questão da concepção, o período da gestação também se tratava de uma fase na qual eram verificados muitos problemas que poderiam incidir sobre a saúde e a vida infantil. Variadas consequências provocadas por enfermidades, como a sífilis, a tuberculose e o alcoolismo, adquiridas no contato com a mãe e os familiares, no meio ambiente anti-higiênico, contribuíam para debilitar o organismo da criança no período de desenvolvimento uterino. Isso ocorreria em virtude da ignorância dos pais, que, muitas vezes, desconheciam as consequências do comprometimento da saúde dos seus filhos no período da gravidez, segundo o que diziam os médicos. Esse fato era agravado pela falta de acompanhamento durante o

⁵ Para Maciel (1999), embora higiene e eugenia fossem distintas, apareciam conjugadas, ou seja, para higienizar o país era necessária uma série de medidas, entre as quais as eugênicas. Nesse sentido, o saneamento, a eugenia e a higiene estavam bastante próximas e coexistiram, a partir do projeto para o progresso do país. Isso devia ocorrer principalmente pela cura de sua população pobre, inclusive das crianças, através da intervenção dos médicos e a parceria do Estado.

período pré-natal, provocando abortos, partos de natimortos e de crianças que nasciam com deficiências físicas e mentais, o que causava comprometimento do seu desenvolvimento adequado, resultando em danos que poderiam acompanhar os pequenos até a idade adulta.

A alimentação infantil incorreta, verificada, sobretudo, nos setores pobres, também adquiria importante dimensão como responsabilidade das mães. O médico Rocha Furtado afirmou: “Não há medico que não saiba que entre os grandes males de que resulta a espantosa, impressionante e lamentável cifra da mortalidade infantil estão os erros da alimentação” (APRENDA a defender seu filho, 1938, p. 9). O médico Cândido Silva (1939), também admitiu que, apesar de múltiplas, as causas da mortalidade estavam sempre ligadas, direta ou indiretamente, aos problemas alimentares, constatação que já era verificada desde as primeiras décadas do século XX. Disso resultava não somente a morte por perturbação aguda e grave, mas também as deficiências orgânicas, estabelecendo condições propícias para o desenvolvimento de doenças crônicas, que não provocavam a morte, mas prejudicavam a disposição e até mesmo o desenvolvimento infantil.

A amamentação oferecida pelas mães era incentivada por meio dos conselhos dos médicos, que contavam com o auxílio das enfermeiras. Segundo eles, a alimentação natural assumia papel de relevância para a preservação da saúde e o desenvolvimento correto das crianças, colaborando de forma decisiva para o aumento das defesas diante das doenças no primeiro ano de vida, período de maior vulnerabilidade. Tal forma de pensar sobre a importância das instruções médicas para a dietética infantil, era partilhada por muitos médicos piauienses:

Está claro que a mortalidade de crianças em Teresina, não foge à regra geral, sendo, em todo o Brasil, considerável. Observa-se que entre as causas de morte, no primeiro ano de vida, figuram em primeira linha as diarreias e as enterites. Não obstante a prática usual de amamentação em seio materno, nas classes pobres, é freqüente o uso intempestivo, de permeio, de mingaus de farinha seca. É o pauperismo aliado à ignorância dos progenitores (ASSUNÇÃO, 1939, p. 15).

No Piauí, entre os setores sociais empobrecidos, havia um costume bastante difundido de alimentar as crianças, desde a mais tenra idade, quase sempre a partir de um mês, com mingaus e papas preparados a partir de diversos tipos de farinha de mandioca misturados ao leite ou apenas à água, sendo oferecidos à criança com o dedo.

O médico referiu-se à farinha seca, mas também eram utilizadas a farinha de puba e a farinha de goma como substitutos ou complementos da amamentação. Isso ocorria devido à utilização habitual desses alimentos na dieta dos adultos, baixo custo de aquisição, facilidade de preparo e satisfação imediata da fome. Tratava-se de um recurso utilizado pelas mães que precisavam trabalhar fora de seus domicílios ou executar atividades domésticas, obtendo mais independência e energia, prejudicados pela amamentação, mas que representava perigo à saúde infantil.

Tal como ocorria desde o período colonial, a preocupação materna parecia ser muito mais de arredondar a criança e o critério utilizado não parecia ser de alimentá-la, mas dar-lhe de comer (DEL PRIORE, 2009). As mães acabavam fazendo o mau uso da dieta com o objetivo de melhorar a saúde dos filhos, ficando satisfeitas com o aumento rápido de peso, acabavam abusando da alimentação imprópria, sendo inconscientes dos males que causava. Tratava-se de alimentos quase sem nenhum nutriente, que traziam riscos de diarreia, constipação e desnutrição. Os intestinos ainda frágeis, e os diminutos estômagos despreparados para receber alimentos grosseiros e em grande quantidade, faziam com que a gastroenterite fosse fatal, sobretudo, durante o primeiro ano.

Cabia aos médicos piauienses agir no sentido de ensinar a regularidade nas horas das refeições, os alimentos mais adequados, a quantidade correta para ser oferecida e as medidas de higiene na preparação, esperando que a moderação levasse à educação das funções intestinais infantis. Eles alertavam sobre o perigo que representava a alimentação incorreta, condenando o mau uso baseado em costumes difundidos pelas avós, vizinhas e comadres. Segundo Freire (2009), o uso intempestivo das farinhas fazia parte de uma cultura popular, considerada pelos médicos como antiga e atrasada, que deveria ser abandonada em favor das orientações científicas ministradas por eles. Os mingaus não deveriam ser proibidos, mas preparados de forma científica, considerada a referência correta para a sua adequada administração. As receitas de comadres e os produtos comerciais deveriam ser abandonados, sendo que somente os pediatras poderiam prescrever produtos aprovados.

Para o médico Noronha Almeida (1943), a alimentação infantil inadequada não era apenas resultado da falta de informação das mães, pois nas classes empobrecidas a dificuldade de obter alimentos de qualidade era agravada pela condição social. Isso ocorria porque os alimentos sem nutrientes, ou com baixo valor nutricional, eram aqueles que tinham os menores preços, sendo mais acessíveis. Além disso, convém

considerar que muitas famílias viviam na miséria, dependendo da caridade. Isso fazia da fome uma realidade cotidiana, havendo dificuldades para prover o alimento em todas as refeições, sendo verificada, inclusive, a impossibilidade da alimentação diária. Diante da condição de miséria, as crianças eram as mais atingidas de forma fatal pela precariedade e inconstância da alimentação, ficando mais vulneráveis às enfermidades, assim, a fome matava como uma doença, uma vez que facilitava a ocorrência de várias patologias.

Outro problema que afligia muitos médicos, por também contribuir para as elevadas taxas de mortalidade infantil, eram as condições de moradia da população pobre (ASSUNÇÃO, 1943). A habitação popular de Teresina era constituída, em sua grande maioria, por casas com cobertura de palha, número reduzido de portas e janelas para a entrada de ar e luz, além de pé direito rebaixado. Mais de dois terços da população teresinense vivia em residências insalubres, uma demonstração da condição de penúria de seus habitantes. Existiam palhoças com um só compartimento e paredes de palha, até os tipos de morada inteira, com paredes de adobe. As moradias habituais da população pobre eram compostas de um ou dois cômodos escuros, quentes e abafados, que abrigavam famílias extensas, fazendo com que vivessem amontoadas, o que contribuía, portanto, para a disseminação das endemias e epidemias.

Os subúrbios não dispunham de saneamento básico e água canalizada. O lixo era depositado no fundo do quintal ou atirado nas vias públicas, já que o serviço de limpeza não era disponibilizado naquelas áreas da capital. De acordo com dados coletados em 1940 pelo Departamento Estadual de Estatística, apenas 25,4% das casas eram cobertas por telhas e 42,6 % do total geral não possuíam cozinha. A ausência de instalação de água estava presente em 74,1% das moradias, a inexistência de sentina foi observada em 76,8% delas e o piso de terra batida ou solta foi observado em 70,0 % dessas habitações.

Ainda de acordo com Vitorino de Assunção, tratava-se de uma “[...] evidência deveras triste, desoladora, que contrasta, sobremodo, com a agradável impressão que a todos fornece o formoso conjunto da pequena área central da cidade, expõe a nossa ‘cidade verde’ ‘sem o manto diáfano da fantasia, na sua nudez pura da verdade.’” (p. 7, 1943). De fato, as condições de vida da maior parte da população expressavam a falta de investimentos dos poderes públicos na região mais pobre de Teresina, expondo limitações e deficiências que provocavam o questionamento sobre a propaganda de progresso do Piauí. Nas favelas e nos cortiços, alojavam-se, lado a lado, a miséria e as moléstias infectocontagiosas. A existência de condições insalubres fazia com que

aumentassem os riscos do alastramento rápido de doenças, sobretudo, entre as crianças, parcela da população mais vulnerável.

No interior do Piauí, a condição de vida dos pobres não era diferente daquela observada na capital. Conforme o relatório do médico Miguel Jogaib, realizado a partir dos atendimentos prestados no município de Buriti dos Lopes, por toda parte da cidade, espalhados desordenadamente e sem preocupação estética, existiam casebres que abrigavam a maioria dos habitantes da cidade (RELATÓRIO MÉDICO BURITI DOS LOPES, 1944). Em outro relatório do mesmo médico, mas, desta vez, realizado a partir de visitas em residências da cidade de Parnaíba, era fácil constatar o precário estado sanitário das mesmas. Sobre isso, foi relatado:

Com exceção de 1%, mais ou menos, as quais eram dotadas de sentinas com fossas biológicas mal construídas, fossas com bombas, caixas de descargas, todas as demais eram providas de fossas simples, absorvente, com caixão. Não eram impermeabilizadas. Parnaíba possui umas sete mil casas, sendo umas mil e quinhentas cobertas de telha, e o restante são mucambos, casas de paredes de barro bruto e cobertas de palha. É inconcebível que a cidade de Parnaíba, sendo a primeira do estado do Piauí, nivelando-se a capital, não possua água encanada e nem esgotos. A água utilizada pela grande parte da população vem do rio. O trecho do rio onde essa água é colhida, é a pior possível, nessa parte do rio são lançados dejetos humanos, lixos, despejos dos mais variados, de armazéns, uzinas, navios, etc. (RELATÓRIO MÉDICO PARNAÍBA, 1944, p. 2).

Os dejetos e o lixo contaminavam o solo e a água cotidianamente, além disso a cidade sofria com as enchentes do rio Parnaíba, que eram grandes fontes de propagação das epidemias. Tudo isso contribuía para o agravamento das condições insalubres, repercutindo, sobretudo, na dificuldade de manter as crianças livres das doenças, várias das quais com consequências fatais. O médico afirmou, ainda, que muitas das moradias da cidade de Parnaíba não possuíam portas ou janelas, mas, apenas, esteiras de folhas de palmeiras como cortina, que separavam os moradores do exterior, revelando o estado de miséria e de promiscuidade em que vivia a população pobre. Os casebres eram habitados por famílias de prole numerosa, como era comum entre os sertanejos, que também dividiam o espaço com animais de toda espécie, em convívio direto com as crianças. Quase todos possuíam, nos seus quintais, vacas, jumentos, cabras, porcos e galinhas, que também perambulavam pelas ruas, o que contribuía ainda mais para o agravamento das condições anti-higiênicas.

Prosseguindo o seu relato, segundo Miguel Jogaib, a população pobre vivia “[...] arrastando a sua miséria orgânica num doloroso quadro que parece ir de encontro às leis naturais das couzas, causando-nos um verdadeiro pezar que tantas creanças sejam sacrificadas desta forma com graves prejuízos para o Estado e para a Patria.” (RELATÓRIO MÉDICO PARNAÍBA, 1944, p. 2). Historicamente, a criança sempre foi a vítima preferida das crises, tensões sociais e epidemias (DEL PRIORE, 2009). As diferenças sociais acentuavam as distinções entre ricos e pobres, sendo que os últimos, sem dúvida, eram mais vulneráveis e adoentados. Para o médico, se era verdade incontestável que a escassez de meios materiais era responsável por muitas mortes de crianças. A defesa sanitária, com o objetivo de conter a mortalidade infantil no Piauí, era um problema complexo que implicava na solução de outros problemas correlatos, sendo que combater a miséria e popularizar a instrução, seriam as primeiras medidas. Sem isso, todos os outros esforços, como a observância da saúde dos progenitores, a atenção à condição saudável durante a gestação e a alimentação infantil correta, todas em prol da defesa da infância, teriam resultado limitado.

Considerações finais

Os médicos tiveram seu papel consolidado através da enunciação da condenação do exercício tradicional da maternidade, redefinindo-a em novas bases na sua finalidade de induzir a gerar crianças sadias, preservar e restaurar a sua normalidade e saúde. A puericultura era defendida pelos médicos que se dirigiam às mães de crianças de todas as camadas sociais, mas colocava-se como mais necessária àquelas que nasciam em meio social desfavorável, por causa dos inúmeros riscos para a saúde. Os procedimentos adequados, trariam resultados positivos diante do enfrentamento dos óbitos porque atuariam na modificação dos hábitos considerados equivocados.

Os profissionais médicos brasileiros orientavam as mães para que se tornassem criadoras das riquezas nacionais, a fim de não comprometerem o fortalecimento da raça. Entretanto, a precariedade das condições de saúde da população era motivo de preocupação e tornava-se um problema que ameaçava o futuro, ao atingir, de forma preocupante, as crianças. A maternidade passou a ser alvo preferencial das campanhas voltadas para o saneamento do país, que estaria doente. Considerava-se que ser mãe era um saber e uma prática, mas não se restringia ao âmbito doméstico, alcançando também o espaço público, sendo, portanto, assunto de interesse político. Apesar de estar no

centro dos debates já na década de 1920, o problema da infância continuou suscitando discussões que visavam à implementação de ações nos anos 1930 e 1940.

A profissionalização da medicina contribuiu não somente para aumentar a autoridade e o poder dos médicos para intervir nas questões relativas às mães e seus filhos, mas também na esfera pública da política. A aceitação do poder médico pela família foi essencial para que o Estado reconhecesse e fortalecesse sua autoridade. Foi essa condição de prestígio que propiciou a parceria com o Estado nas questões de saúde pública fazendo, inclusive, com que tivesse papel central na discussão, formulação e execução de medidas de proteção da saúde infantil.

Nesse sentido, as mães deveriam exercer, prioritariamente, os cuidados cotidianos que serviriam para manter as crianças saudáveis, como também deveriam procurar os médicos dos serviços de saúde para tratamento dos seus filhos doentes, abandonando as práticas curativas baseadas nos conhecimentos populares tradicionais. No entanto, para além da falta de acesso às informações de preservação da saúde e deficiência de serviços hospitalares, existiam as condições insalubres de moradia e precariedade de alimentação da população pobre do Piauí, aspectos que também concorriam para os elevados índices do obituário infantil, circunstâncias que não dependiam do quão dedicada e cuidadosa fosse uma mãe, fazendo com que também enterrasse os seus anjinhos.

Referências

Livros, teses, artigos e capítulos de livros

BOCK, Gisela. Antinatalismo, maternidad y paternidad em el racismo nacionalsocialista. In: BOCK, Gisela; THANE, Pet. (Eds.). **Maternidad y políticas de género**: la mujer em los estados de bienestar europeos, 1880-1950. Madrid: Cátedra, 1996. p. 401-437.

BOURDIEU, Pierre. A dominação masculina. **Educação e Realidade**. São Paulo, v. 20, p. 133-184, jul./dez. 1995.

CARDOSO, Adalberto. Uma utopia brasileira: Vargas e a construção do Estado de bem-estar numa sociedade estruturalmente desigual. **Dados**: Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 53, n. 4, p. 775-819, 2010.

CASTRO SANTOS, Luiz A. O pensamento sanitário na Primeira República: Uma ideologia de construção da nacionalidade. **Dados**: Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 193-210, 1985.

CERTEAU, Michel de. **A invenção do cotidiano**: 1. Artes de fazer. Petrópolis: Vozes. 2005.

- COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 2004.
- DEL PRIORE, Mary. O cotidiano da criança livre no Brasil entre a Colônia e o Império. In: _____. (Org.). **História das crianças no Brasil**. 6. ed. São Paulo: Contexto, 2009. p. 84-106.
- FREIRE, Maria Martha de Luna. **Mulheres, mães e médicos**: discurso maternalista no Brasil. Rio de Janeiro: FGV, 2009.
- 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>>. Acesso em: 15 jan. 2015.
- MACIEL, Maria Eunice de S. A eugenia no Brasil. **Anos 90**, Porto Alegre, n. 11, p. 121-143, 1999.
- MARINHO, Joseanne Zingleara Soares. **Manter sadia a criança sã**: as políticas públicas de saúde materno-infantil no Piauí de 1930 a 1945. São Paulo: PACO Editorial: 2018.
- 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.
- _____. Gênero e assistência: considerações histórico-conceituais sobre práticas e políticas assistenciais. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 15-34, dez. 2011.
- _____. “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.
- MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. **A arte de curar nos tempos da Colônia**: limites e espaços da cura. 2. ed. Recife: UFPE, 2011.
- PEREIRA, Júnia Sales. **História, ciência e infância**: narrativas profissionais no processo de singularização da pediatria como especialidade. Brasília: CAPES; Belo Horizonte: Argumentum, 2008.
- SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul./dez.1995.
- VAILATI, Luiz Lima. A mortalidade infantil e a institucionalização da medicina no Brasil. In: MOTA, André; SCHRAIBER, Lília Blima (Orgs.). **Infância & saúde**: perspectivas históricas. São Paulo: HUCITEC/FAPESP, 2009. p. 171-193.

Fontes hemerográficas

- ALMEIDA, Noronha. Proteção à infância. **Revista da Associação Piauiense de Medicina**, Teresina, v. 1, n. 6, p. 3-9, 1943.
- APRENDIA a defender seu filho. **Diário Oficial**, Teresina, ano VIII, n. 22, p. 9, 29 de jan. de 1938.

ASSUNÇÃO, Vitorino de. A mortalidade Infantil em Teresina: defesa sanitária da criança. **Revista da Associação Piauiense de Medicina**, Teresina, v. 1, n. 1, p. 10-21, 1939.

_____. Habitação popular em Teresina. **Revista da Associação Piauiense de Medicina**, Teresina, v. 1, n. 6, p. 3-9, 1943.

SEMANA da Criança. **Diário Oficial**, Teresina, ano XIII, n. 127, p. 3, 12 de out. de 1943.

SILVA, Cândido. Centro de Saúde de Teresina. **Revista da Associação Piauiense de Medicina**, Teresina, v. 1, n. 1, p. 22-50, 1939.

Fontes do Governo do Piauí

PIAUHY. Governo 1896-1900. **Mensagem Apresentada à Câmara Legislativa, a 1º de junho de 1897, pelo Dr. Raymundo Arthur de Vasconcellos**, Governador do Estado. Teresina: Typ. do Piauhy. 1897.

PIAUHY. Governo 1910-1912. **Mensagem Apresentada à Câmara Legislativa pelo Exm. Sr. Dr. Antonino Freire da Silva, Governador do Estado, no Dia 1º de julho de 1910**. Teresina: Typ. do Piauhy, 1910.

PIAUHY. Governo 1920-1924. **Mensagem Apresentada à Câmara Legislativa no Dia 1º de junho de 1924, pelo Sr. Dr. João Luiz Ferreira, Governador do Estado**. Teresina: Typ. do Piauhy, 1924.

PIAUI. Decreto-Lei nº 206, de 21 de setembro de 1939. Fornece nova denominação para o Departamento de Estatística do Estado. **Decretos do Piauí de 1939**, Teresina, Imprensa Oficial, 1939.

PIAUI. Departamento de Saúde. Relatório Médico Sobre os Serviços Realizados em 1943 no Município de Buriti dos Lopes, Apresentado pelo Dr. Miguel Jogaib. **Código de Saúde de 1943**. Teresina: [s.n.], 1944.

PIAUI. Departamento de Saúde. Relatório Médico Apresentado pelo Diretor Miguel Jogaib Sobre os Serviços Realizados em 1943 no Centro de Saúde de Parnaíba. **Código de Saúde de 1943**. Teresina: [s.n.], 1944.

Recebido em: 25 de março de 2019.

Aprovado em: 20 de setembro de 2019.