



“O ESTADO SANITARIO, EM GERAL, NÃO FOI BASTANTE SATISFACTORIO”: ENTRE AVANÇOS E RETROCESSOS NA SAÚDE PÚBLICA PIAUIENSE (1889- 1930)

Rakell Milena Osório Silva¹

Joseanne Zingleara Soares Marinho²

RESUMO

O objetivo do trabalho foi discutir as iniciativas públicas de saúde no Piauí durante a Primeira República, a partir da problemática da proposição de uma cultura sanitária que sofria restrições na aplicação das iniciativas governamentais. O Rio de Janeiro, mesmo sendo a capital do país, possuía péssimas condições de salubridade, enquanto o interior do país vivia em condições de abandono. Segundo Nádia Santos (2014), a transferência da capital do Piauí de Oeiras para Vila Nova do Poti, em 1852, mostrou que os interesses políticos e econômicos adquiriram preponderância, apesar das questões que envolviam as dimensões culturais de aquisição de civilização e modernização, que estavam vinculadas às condições de saúde. A Vila Nova do Poti, doravante Teresina, não possuía estrutura de capital moderna e as doenças se alastravam em demasia. No início da República, o governador Gabino Besouro afirmava que as condições de saúde se encontravam de forma satisfatória, porém a falta de profissionais e demais estruturas para atendimento colaboravam para o estado sanitário insatisfatório. A partir da década de 1920, tornou-se mais visível a preocupação com a salubridade da população piauiense com o funcionamento dos postos de saúde e delegacias de higiene no Piauí (MARINHO, 2018).

Palavras-Chave: História; Primeira República; Saúde Pública.

ABSTRACT

The objective of the work is to discuss public health initiatives in Piauí during the First Republic, based on the proposition of a sanitary culture that was restricted by the restrictions of government initiatives. Rio de Janeiro, even being a capital of the country, had terrible

¹ Graduanda de Licenciatura em História pela Universidade Estadual do Piauí (UESPI). Bolsista PIBIC UESPI-CNPq 2021-2022. Membro do Grupo de Pesquisa em História das Ciências e da Saúde no Piauí (Sana) e do Núcleo de Estudos em Estado, Poder e Política- NEEPP. E-mail: rakellosorio@gmail.com.

² Doutora em História pela Universidade Federal do Paraná – UFPR. Professora do Programa de Pós-Graduação em Ensino de História PROFHISTÓRIA e do Curso de Graduação em História da Universidade Estadual do Piauí – UESPI. E-mail: joseannemarinho@cchl.uespi.br.



health conditions, while the interior of the country lived in conditions of neglect. According to Nádia Santos (2014), the transfer of the capital of Piauí from Oeiras to Vila Nova do Poti, in 1852, showed that political and economic interests acquired preponderance, despite the issues involving the physical well-being of the population. Vila Nova do Poti, henceforth Teresina, did not have a modern capital structure and as diseases spread too much. At the beginning of the Republic, Governor Gabino Besouro stated that health conditions were in a satisfactory manner, but the lack of professionals and other structures for assistance contributed to the unsatisfactory sanitary state. From the 1920s onwards, the concern with the health of the population of Piauí with the operation of health posts and hygiene police stations in Piauí became more visible. (MARINHO, 2018).

Keywords: History; First Republic; Public health.

Com a Proclamação da República em 1889, a ideia de modernidade advinda da Europa, passou a fazer parte do contexto brasileiro e, para isso, foram necessárias mudanças reformadoras, principalmente no que diz respeito à saúde pública, que se encontrava em estado precário, até mesmo na capital do país. O Rio de Janeiro deveria servir como referência moderna para outras cidades, mas ao contrário disso, a cidade apresentava um quadro sanitário caótico, devido à presença de diversas doenças. (GUIDINI, 2012). Diante disso, várias medidas foram sendo tomadas já no início da década de 1890, visando o conforto, embelezamento, mas também, a salubridade das cidades.

Com o crescimento urbano, quando se verificaram os fluxos migratórios contínuos e a intensificação do processo de industrialização, ocorreram adversidades e deficiências no desenvolvimento para uma efetiva atuação em saúde pública. Isso atingiu a população de forma extensiva, como afirma Gilberto Hochman, em “Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre saúde pública e a construção do Estado”:

Todo esse ordenamento constitucional e político se encontrava diante de um quadro sanitário catastrófico. As chamadas endemias rurais, como a ancilostomose, a malária e a doença de Chagas, grassavam pelo interior do país e mesmo na periferia dos centros urbanos, ao mesmo tempo em que se registrava a presença avassaladora das doenças infecto-contagiosas como a varíola, a tuberculose e as doenças venéreas. A presença da peste e da febre amarela só agravava esse quadro. (1993: 9).

Desse modo, foi possível notar que a restrição de mobilização governamental com a descentralização da saúde pública acarretou o aumento das doenças por todo o país, elevando o número de mortalidade, uma vez que os serviços de saúde se restringiam às



idades mais desenvolvidas por serem mais atrativas para a entrada dos imigrantes. Enquanto isso, nas cidades do interior do país, principalmente das zonas rurais, esses serviços eram precários ou até mesmo inexistentes.

Os movimentos sanitaristas da Primeira República foram concebidos como uma das mais importantes iniciativas na construção do processo de nacionalidade, visando os cuidados individuais e coletivos. Mesmo com a dominação oligárquica, no final do século XIX, as epidemias passaram a ser tratadas como um mal público, havendo um processo lento e crescente de centralização e intervenção estatal, com a tímida criação de serviços visando melhorias na vida da população, principalmente no tempo de vida útil do trabalhador.

O sistema sanitário propunha uma política de cuidados com a saúde, primeiro de base privada e voluntária e, depois, compulsória e pública. Ainda no Brasil Império, surge essa ideia de cuidados preventivos com a polícia médica, com propostas de bem estar coletivo, prevenção de epidemias, organização dos cuidados médicos e estabelecimento da população sobre as situações de saúde e doença, seguindo os modelos europeus. (HOCHMAN, 1993).

Apesar da Constituição de 1891 já garantir a autonomia estadual e municipal nas esferas de saúde, com a intervenção através de pactos federativos e dos poderes das oligarquias estaduais, de acordo com Hochman (1993), o que se podia notar era que os problemas de saúde pública não eram convertidos em prioridade na agenda política do país até a década de 1910.

De acordo com Francisco Acurcio (1999, p.3), “Além das ações governamentais, o Brasil contava com a ajuda filantrópica desde o período colonial, das Santas Casas de Misericórdia, que também possuíam estruturas precárias e viviam de subsídios governamentais e da caridade da elite”. Tratava-se da opção mais viável para os setores pobres que não possuíam aportes financeiros, uma vez que as Santas Casas ensejavam proporcionar um bem estar social que suavizasse a miséria dos pobres.

Com essas condições que ameaçavam a ordem, a medicina social passou a ser utilizada como referência na transformação da vida das populações desfavorecidas, sendo relacionada ao conhecimento e poder. Com base Foucault (1979), principalmente no que diz respeito à medicalização da sociedade e os desafios para a construção da identidade, marcada pelas desigualdades, a intervenção sanitaria serviu como instrumento para a unificação do poder e da ordem nas cidades, o que significava potencialidade de ameaças aos costumes. Por isso, era necessário proporcionar visibilidade aos cuidados visando a higiene, em um contexto em que essa população era segregada e tratada de forma



desigual, sem disposição efetiva de serviços de saúde e residindo em locais com ausência de saneamento básico.

A desorganização das políticas públicas de saúde no início do período republicano era preocupante, estando associada, primeiramente, a tentativa de conter doenças coletivas, que aumentavam de forma rápida. Isso ocorria por conta de inúmeros fatores, dentre eles, a imigração crescente, contribuindo para a propagação de algumas doenças, como a febre amarela e a peste bubônica. Com isso, já em 1892, foram criados laboratórios de saúde pública na capital do país. Juntamente com a organização desses serviços, a fim de elevar essa questão sanitária em política para conter o adoecimento da população e evitar que as doenças saíssem dos centros urbanos para as regiões produtoras, incentivou-se uma política sanitária nos portos marítimos, se baseando no ato de limpeza pública e na fiscalização de alimentos. (FIGUEIREDO, 2017).

Em outros centros populosos, como São Paulo, as áreas urbanas, principalmente cidades e portos, eram melhoradas sanitariamente por conta da economia nacional. Enquanto isso, no meio rural, as intervenções eram incipientes, sendo notadas normalmente quando as condições higiênicas interferiam na produção econômica. Desse modo, Cláudio Bertolli, em “História da saúde pública no Brasil”, retrata esse contexto, revelando que:

[...] renovaram o Serviço Sanitário paulista. Criado em 1892, em pouco tempo ele se tornou a mais sofisticada organização de prevenção e combate às enfermidades do país, servindo de modelo para os outros estados. A forte intervenção higienista em São Paulo a partir dos últimos anos do século XIX[...], só foi possível porque a rica oligarquia local decidiu destinar grandes verbas para a área da saúde pública. Foram as maiores quantias até hoje investidas na saúde, em relação ao total de recursos anuais aplicados por um estado brasileiro. Dispondo de equipamentos e funcionários especializados, o Serviço Sanitário pôde fiscalizar as ruas e as casas, estendendo a vigilância a praticamente tudo - fábricas, estábulos, hospitais, bares e cemitérios. Tomou-se obrigatória a notificação oficial dos casos de doenças infecto-contagiosas em pessoas residentes ou em trânsito pelo estado. Além disso, as autoridades paulistas determinaram que apenas os médicos diplomados (em faculdades de medicina, do Brasil e do exterior) poderiam tratar da saúde da população. A polícia foi convocada para localizar e punir os curadores e os curiosos que atendiam aos enfermos mais pobres, multando-os ou ameaçando-os de prisão (1986, p.17).

Desse modo, no final dos oitocentos, a criação dos serviços bacteriológicos, vacinogênicos e farmacêuticos, normalmente foram possíveis graças à rica oligarquia local, que destinou grandes verbas para a área de saúde pública. Enquanto isso, uma parcela da população acreditava que nada podia ser feito sobre as doenças, a não ser esperar o desaparecimento dos ‘mestiços’, ressaltando que as misturas de raça tornavam as pessoas “biologicamente inferiores”, reafirmando os conceitos de eugenia fortemente defendidos na época, principalmente pela elite letrada. Já outra parcela da população, via o país como um “vasto hospital”, que necessitava de intervenção governamental e, posteriormente, médicos



como Belisário Penna e Arthur Neiva buscaram alertar as autoridades para essa precária situação.

Durante o início do período republicano, as práticas populares predominavam sobre o ideário médico, sendo consideradas prejudiciais pela ciência, então passaram a ser proibidas, criando uma hierarquização de conhecimentos e poder dentro da sociedade, onde o Estado deveria estabelecer as políticas higienistas, passando a ter controle de regulação política na vida dos indivíduos. Nesse sentido, para Jurandir Costa (1992, p.8), “[...] o controle educativo-terapêutico instaurado pela higiene iniciou um modo de regulação política da vida dos indivíduos, que, até hoje, vem se mostrando eficiente.”

Diante desse estado crítico, com uma crescente mortalidade da população e dos imigrantes que chegavam, o Brasil passou a ser visto de forma negativa, nesse início de república oligárquica, fazendo com que essas doenças dessem à capital a aceção de “túmulo dos estrangeiros”. Em 1896, a lei n.º 432 tornava o serviço sanitário como programa de saúde municipal, onde deveria promover o saneamento de todas as regiões afetadas ou ameaçadas pelas epidemias.

Devido a essa situação, foi criada a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), em 1897, responsável por: dirigir os serviços sanitários dos portos marítimos e fluviais, por conta das epidemias que foram trazidas de outros países; fiscalizar o exercício da medicina e da farmácia, uma vez que as práticas populares de cura eram vistas pelas elites como deletérias e deveriam ser abolidas; estudar sobre as doenças infectocontagiosas, a fim de curar e fazer a profilaxia dos doentes; auxiliar aos estados mediante solicitação dos governos, uma vez que as cidades mais distantes da capital do país recebiam poucos subsídios para a saúde pública, que ainda era ignorada. (HOCHMAN, 1993).

O resultado dessa limitação foi a doença atingir os estados vizinhos, evidenciando a interrelação sanitária, o que reforçaria a argumentação de que somente a União teria condições para promover a uniformidade e a continuidade das ações sanitárias relativas à importação e à disseminação das doenças. Todavia, mesmo a DGSP com o plano sanitário, ainda funcionava com dificuldades por conta dos limites de atuação do governo federal nos estados, voltando-se somente para a higiene dos portos, o controle das epidemias e o saneamento urbano na capital do país, enquanto boa parte das cidades mais afastadas dos centros populosos não eram tão contemplados.

O foco dos governantes estava voltado para São Paulo e o Rio de Janeiro, por serem cidades populosas e ponto de visitas, fora essas regiões, pouco ou nada foi realizado em benefício da saúde coletiva até o início do século XX. Imagens como a do personagem Jeca Tatu, criada por Monteiro Lobato, em sua obra *Urupês*, que contém catorze histórias baseadas no trabalhador rural paulista, serviram como representação do habitante do



interior do Brasil abandonado pelos poderes públicos, sendo que as suas enfermidades o impediam de fazer o Brasil progredir. (KORNDÖRFER, 2018).

De acordo com Chalhoub (2017), em seu livro “Cidade Febril: cortiços e epidemias na corte imperial”, durante o governo de Rodrigues Alves, o Rio de Janeiro foi alvo de reformas urbanistas e sanitárias, comandados pelo prefeito Pereira Passos e o diretor-geral do Departamento de Saúde Pública, Oswaldo Cruz. A intervenção das autoridades públicas sobre os cortiços seria legitimada através da higiene, difundida principalmente por médicos, que assumiram, explicitamente, o “desejo de fazer a civilização europeia nos trópicos”, e para isso, “[...] era preciso intervir radicalmente na cidade para eliminar tais habitações coletivas e afastar do centro da capital as “classes perigosas” que nele residiam. Classes duplamente perigosas, porque propagavam a doença e desafiavam as políticas de controle social no meio urbano.”

Trata-se, portanto, de uma reflexão extremamente importante para compreendermos melhor os mecanismos de dominação formulados e implementados desde fins do período monárquico, cujos desdobramentos se fazem presentes até o tempo presente. Por outro lado, as tentativas encaminhadas pela administração pública no sentido de disciplinarizar e reprimir as habitações populares, revelam, segundo a análise de Chalhoub (2017), um quadro extremamente complexo, marcado, ao mesmo tempo, por posturas consensuais e divergentes em relação à ideologia da higiene, por alianças e confrontos, envolvendo administradores, higienistas, proprietários de cortiços, inquilinos e agentes imobiliários.

Mesmo com um incentivo tímido dos poderes públicos para organizar a saúde pública no país, as campanhas autoritárias eram vistas com medo e desconfiança pela população, juntamente com a insatisfação com os serviços públicos, acarretando um episódio de resistência a uma campanha de vacinação contra a varíola, conhecida como Revolta da Vacina, ocorrida em 1904, onde tornava a vacinação obrigatória para todos. Esse episódio transcorreu em um momento decisivo de transformações da sociedade brasileira. Esse período foi marcado por um governo que assumiu a responsabilidade de implantar a vacinação contra a varíola como caráter obrigatório no país, pretendendo conciliar os interesses da saúde pública com as leis constitucionais, uma vez que a estrutura administrativa de saúde era centralista, sendo assim ligada a um corpo médico geral proveniente da oligarquia de origem agrária que dominou a Primeira República. A varíola dominava a cidade do Rio de Janeiro e a campanha de vacinação em massa era alvo de debates pelos poderes públicos, visto que o governo de Rodrigues Alves tinha como foco adotar medidas cujo propósito era sanear por completo a capital e extinguir as endemias da capital. (SEVCENKO, 2018).



As novas estruturas de saúde pública vinham desde 1910, com um processo lento e contínuo de reformas na expansão do serviço de saneamento e profilaxia rural, em especial no combate de endemias rurais, mas também com objetivos voltados para educar a população e chamar a atenção da opinião pública. A exemplo, em 1918, foi realizada a criação da Liga Pró- Saneamento, que almejava a uniformização dos serviços, por meio da coordenação das ações de saúde em todo território nacional, com a criação de um Ministério da Saúde Pública, em 1918, com um código sanitário executado pela autoridade sanitária federal, voltado para a assistência aos pobres para diversas doenças. Apesar das vitórias obtidas com a inclusão do combate às endemias rurais dentre os objetos das políticas públicas formuladas pela União, a Liga Pró-Saneamento não obteve êxito em sua principal reivindicação, o Ministério da Saúde Pública (MSP) (HOCHMAN, 2002).

A reorganização dos serviços sanitários federais criou o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), considerado o precursor da nacionalização das políticas de saúde e saneamento no país, que marcou uma nova etapa de desenvolvimento de políticas de saúde pública e saneamento no Brasil, tendo como primeiro diretor o médico sanitarista Carlos Chagas, até então diretor do Instituto Oswaldo Cruz (IOC). O novo órgão foi encarregado da organização de um código sanitário, que seria organizado em três diretorias: a de Serviços Sanitários Terrestres na Capital Federal, a de Defesa Sanitária Marítima e Fluvial e a de Saneamento e Profilaxia Rural. (CABRAL, 2018).

O DNSP foi o resultado das demandas por maior centralização e uniformização dos serviços de saúde do governo federal, que trouxe para o campo de atuação do Estado novos objetos, como o combate à lepra e às doenças venéreas. Logo, para dar conta da expansão da atuação do governo federal, o DNSP planejava contar com uma grande e complexa estrutura, com serviços especializados, como as inspetorias, além de hospitais, lazaretos, estações de desinfecção, laboratórios, delegacias de saúde terrestres e marítimas. No entanto, em “A era do Saneamento”, Gilberto Hochman aborda as bases políticas de saúde no Brasil, que continuavam deficientes. Sobre isso, revela que:

A centralidade assumida pelas políticas de saúde pública e saneamento no Brasil da Primeira República se desembocou no processo de construção do Estado Nacional. Essas políticas são cruciais para o alargamento da presença do Estado na sociedade e território brasileiro. (1998: 241).

Com esse período de instabilidade política e atraso na saúde pública nas primeiras décadas do século XX, foi possível notar a mediação da medicina, que atuava no tratamento dos enfermos, além da medicina preventiva, que buscava medidas profiláticas para evitar o alastramento de endemias e epidemias. De acordo com Acurcio (1999, p.3), “Além das ações governamentais, o Brasil contava com a ajuda filantrópica desde o período colonial, das Santas Casas de Misericórdia, que também possuíam estruturas precárias e viviam de



subsídios governamentais e da caridade da elite”. Tratava-se da opção mais viável para classes pobres que não possuíam aportes financeiros, uma vez que as Santas Casas tentavam proporcionar um bem estar social que pudesse minorar a miséria dos pobres.

A partir da década de 1920, segundo Figueiredo (2017), com a crise da saúde pública e os casos de gripe espanhola em ascensão, foi necessária a instalação de uma cultura sanitária bem mais organizada por todo o país. Isso ocorreu com a reestruturação do Departamento de Saúde Pública por Carlos Chagas, que introduziu a propaganda e a educação sanitária nas ações de rotina, além de criar um órgão especializado na luta contra a tuberculose, a lepra e outras doenças venéreas.

A reestruturação da saúde pública tinha como propósito ampliar os serviços de saneamento urbano e rural, a fim de promover melhorias nas condições de vida da população que não possuía salubridade, sendo importante para a luta e conscientização contra as doenças que assolavam o período. (GUIRDINI, 2012). Algumas medidas foram efetivadas pelo Estado, em sua maioria na capital, o Rio de Janeiro, enquanto estados do interior do Brasil não eram tão contemplados, como é o caso do Piauí.

As condições do Piauí não estavam satisfatórias muito antes da Proclamação da República, contribuindo para o aumento da insalubridade e, conseqüentemente, das doenças. Com a mudança da capital de Oeiras para Vila Nova do Poty, futura Teresina, em 1852 a situação problemática perdurou. No século XIX, o Presidente da Província do Piauí, José Antônio Saraiva, autorizou a mudança da capital para a Vila Nova do Poty e a construção da atual cidade de Teresina, motivado, dentre outras coisas, pelas possibilidades de implementação da navegação a vapor no rio Parnaíba (CHAVES, 1998).

O contingente populacional de Oeiras diminuiu enquanto o de Teresina aumentou, por conta de alguns serviços públicos serem transferidos para a nova capital, como a sede do governo da Província com todas as Repartições Públicas e a Assembleia Legislativa. Dentre as mudanças ocorridas a partir da nova condição, o Hospital de Caridade, que era responsável pelo cuidado daqueles que não possuíam outro lugar para se tratar, foi transferido para a nova capital, que como resultado acarretou condições precárias para a enfermaria de Oeiras. (SANTOS, 2014).

Com o crescimento acelerado do comércio, visto como sinônimo de progresso, ocorreu o surgimento da periferia, que foi marcado pela pobreza e precarização de moradias, com carências ligadas ao saneamento básico, iluminação pública, água canalizada, entre outras questões, contribuindo para a deficiência higiênica da nova capital.

Com menos de meio século da mudança de capital, outras doenças puderam ser observadas, como demonstra Santos (2014): a varíola, tuberculose, febre amarela e malária, que já acometiam a população, principalmente os setores pobres. Teresina também



fora acometida pela sífilis, com surtos endêmicos frequentes no século XIX e XX, com transmissão demasiada no carnaval e as causas da doença estavam envoltas na falta de hábitos de higiene e má alimentação. Para o tratamento, além das Santas Casas de Misericórdia de Teresina e Parnaíba, que contavam com o pagamento de subvenções pelo governo do Estado, havia dezenove Delegacias de Saúde no estado, mas pela falta de médicos, só funcionavam adequadamente seis. Estas delegacias se localizavam em Oeiras, Parnaíba, Amarante, União, Vila do Livramento e Vila Nossa Senhora do Corrente, enquanto a maior parte do território, a população ficava sem assistência nenhuma ou era atendida precariamente, onde contemplava quase que somente, a capital Teresina, mesmo não funcionando adequadamente, servindo apenas de forma simbólica. (MARINHO, 2018).

Além disso, o órgão de saúde local era a Inspetoria de Higiene Pública, que também não atuava de forma regular, também pela falta de médicos, falta de organização administrativa e falta de verbas para investimento. (MARINHO, 2019). Com isso, é possível notar o início de uma preocupação do Estado no tratamento das doenças que assolavam o território e aos poucos a incorporação de uma medicina social de caráter preventivo, com o auxílio de médicos sanitaristas, a higienização das casas, das ruas e praças, além dos medicamentos distribuídos aos pobres, além da vacinação, tiveram relevância para o controle de epidemias de varíola. Essa preocupação fica evidente no Relatório Governamental enviado à Câmara Legislativa, pelo governador Gabino Besouro, onde ele afirmava que:

Debaixo deste ponto de vista penso como o meu ilustrado antecessor, que este valioso preservativo da varíola deve ser obrigatório neste Estado, visto como, por maiores que sejam os meus persuasivos empregados com o fim de convencer a população dessa necessidade, pouco tenho conseguido. (RELATÓRIO GOVERNAMENTAL, 1890, p.45).

Na última década do século XIX, a meta dos governos estaduais do Piauí era institucionalizar a saúde pública, visando a salubridade em prol da saúde individual e coletiva. (SILVA, 2008). Com isso, a parceria entre governo federal, estados, municípios e associações privadas foi essencial para a medicalização da sociedade, a fim de implantar uma ideologia modernizadora no país, uma vez que a assistência sanitária se resumia às Santas Casas de Misericórdia de Teresina e Parnaíba, ao Asilo dos Alienados e ao hospital de Floriano. (ARAÚJO, 2012). As intervenções federais se davam em sua maioria através de pactos federativos e dos poderes das oligarquias estaduais. Aos poucos, com as políticas intervencionistas e sociais do governo federal, as políticas de saúde pública se constituíram e integraram os municípios piauienses, porém não de modo efetivo, apenas melhorias em hospitais já existentes.



A exemplo das precárias condições dos serviços, nos relatórios governamentais do Estado, no ano de 1890, o governador Gabino Besouro, reclamava da falta de profissionais médicos para exercer cargos de delegados e inspetores de higiene, havendo já cinco delegacias existentes no estado, só que pela falta de profissionais, esses serviços públicos estavam agindo de forma ineficiente, funcionando de forma regular apenas o da capital. (RELATÓRIO GOVERNAMENTAL, 1890). Além disso, a preocupação também girava em torno da limpeza pública das ruas e praças, uma vez que haviam visitas sanitárias por armazéns, quitandas e mercados públicos, a fim de manter a ordem e a salubridade, principalmente da capital.

A preocupação aumentava, uma vez que no ano de 1889, as condições sanitárias haviam sido consideradas ruins por todo o estado, tendo desenvolvido moléstias endêmicas como a malária, uma epidemia de sarampo propagada na capital, que depois se espalhou para as cidades e vilas do interior, juntando com o agravante da seca, aumentando ainda mais o número de mortos. Por conta disso, na capital, melhorias foram tomadas para preservar a saúde, como: a arborização de praças e ruas e o sistema de limpeza para o saneamento das praças, ruas e edifícios públicos e particulares, mas ainda assim, as verbas eram insuficientes e essas melhorias foram sendo colocadas em prática a longo prazo. Desse modo, as verbas serviam basicamente para o pagamento de servidores públicos, não alterando em quase nada a estrutura do estado. (MARINHO, 2018). No mandato do governador, Raimundo Arthur de Vasconcelos, em um relatório enviado à Câmara Legislativa, em 1897, ele criticava como o estado se encontrava:

[...] Infelizmente, durante o meu governo, o estado sanitário, em geral, não foi bastante satisfatório. [...] O serviço de hygiene, em todo o Estado, tem sido dirigido exclusivamente pelo inspector de saude que, além disso, acumula as funções de medico da força estadoal, policia e Santa Casa [...]. (RELATÓRIO GOVERNAMENTAL, 1897, p.9).

Pode-se notar que, o serviço de higiene era de total responsabilidade do inspetor, não havendo profissionais específicos e nem departamentos adequados para cada função, sobrecarregando os funcionários e, sendo mal executado. A administração pública foi reorganizada a partir da criação da Diretoria de Saúde Pública, em 1898, não ocorrendo alterações nos serviços regulares de saúde, pela dificuldade na regularização de serviços e falta de profissionais qualificados que exercessem a função de delegados de higiene, fazendo com que não haja mudanças notáveis na saúde até o final do século XIX. A orientação para o melhor funcionamento da saúde pública nesses governos locais era focar na realização de ações sanitárias, cabendo à União apenas auxiliar, quando houvesse casos de urgências epidêmicas e condições para isso. (MARINHO, 2018).



Todavia, a capital piauiense, Teresina, apresentava sinais urbanos limitados, além do crescimento acelerado do comércio, sinônimo de progresso, mas também havia a segregação espacial com o surgimento das periferias, marcando a pobreza e as desigualdades com a precarização das moradias, carências ligadas diretamente ao saneamento básico, iluminação pública, água encanada, entre outras questões. Como abrigava uma significativa parte da elite nos centros urbanos, eram necessárias mudanças modernizadoras. Segundo Atanásio (2019: 9), para concretizar essas modificações, foi necessária à ação da polícia sanitária para preservar a salubridade dos locais públicos e privados, a fim de melhorar as condições de vida da população e diminuir as enfermidades.

Foucault (2008), em seu livro “Segurança, Território, População”, aborda os mecanismos disciplinares a serviço do Estado, os mecanismos de vigilância e correção³. O autor descreve como a intervenção sanitária serviu de instrumento para a unificação do poder dos governantes e da elite e a implantação de uma ordem à cidade, onde ele afirma:

[...] É o mecanismo disciplinar que se vai caracterizar pelo fato de que dentro do sistema binário do código aparece um terceiro personagem, que é o culpado, e ao mesmo tempo, fora, além do ato legislativo que cria a lei e do ato judicial que pune o culpado, aparece toda uma série de técnicas adjacentes, policiais, psicológicas, que são do domínio da vigilância, do diagnóstico, de eventual transformação dos indivíduos (2008, p.8).

As periferias passaram a ser palco de doenças, precariedade e regressão nos âmbitos social, cultural e econômico, era preciso criar serviços sanitários para fundamentar uma consciência nacional de saneamento como questão central. A partir da medicina social, a função do médico foi ampliada, passando a intervir sobre as condições de saúde da população, sendo que, antes, era responsável apenas no tratamento das enfermidades.

A partir do começo do século XX, algumas transformações contribuíram para o desenvolvimento local, dentre elas, o crescimento econômico por conta do extrativismo vegetal nas regiões mais áridas do Piauí, auxiliando as cidades do interior a se inserirem nesse fluxo populacional que abrigavam pessoas em busca de emprego. (QUEIROZ, 1984). Enquanto isso, a capital Teresina abrigava uma significativa parte da elite nos centros urbanos e, por isso, foram necessárias mudanças modernizadoras, dentre elas, segundo Atanásio (2019), cabe destacar: o fornecimento de água encanada em 1906, a instalação de linha telefônica em 1907, o início da construção da ponte João Luiz Ferreira, que liga Timon a Teresina, em 1915, fundação da Academia Piauiense de Letras em 1917, além de outras mudanças, como a ampliação, alargamento e construção de novas ruas durante toda a república oligárquica.

³ Essa relação é pensada em função das relações de soberania sobre o território, o poder controla a vida da população, regula e disciplina os corpos. (FOUCAULT, 2008).



A partir da década de 1910, com as viagens feitas por Arthur Neiva e Belisário Penna por várias regiões do Brasil, incluindo o sul do Piauí, seus discursos científicos que retratavam o interior brasileiros como palco de doenças, precariedade e regressão nos âmbitos social, cultural e econômico, fomentaram a criação de serviços sanitários para criar uma consciência nacional de saneamento como questão central por todo o país, reverberando no estado piauiense. Segundo Rafaela Silva (2019), com isso, houve reformulações das medidas sanitárias no Piauí, através de instituições públicas que passaram a se preocupar com a prevenção de doenças e alastramento de epidemias, a partir de propagandas educativas, campanhas de vacinação contra a varíola e exames para prevenção e terapêutica das enfermidades.

Para desenvolver a cultura sanitária que estava se incorporando ao estado, foi necessária a aliança entre governo federal, estados e municípios e a relação entre saúde pública e assistência médica, começando uma fase que pode ser identificada como uma tentativa de medicalização teresinense⁴. Começaram a haver algumas iniciativas visando medidas de saneamento em Teresina e nas localidades rurais, para conter, principalmente, a malária e as verminoses. Foi incrementada a prática da instalação de comissões compostas por médicos, delegados de polícia e o presidente da Câmara Municipal, a fim de orientar a população sobre as regras de saúde, uma vez que todos esses serviços obedeciam às funções de polícia sanitária e medicina preventiva, normas de serviços oficiais de saúde pública.

Durante boa parte da Primeira República, a saúde pública no Piauí atuava com subsídios filantrópicos, direcionada para as ações sociais das cidades e seus problemas, uma vez que as verbas governamentais eram insuficientes. As Santas Casas de Misericórdia de Teresina e Parnaíba, o Asilo dos Alienados na capital e o Hospital Miguel Couto de Floriano, foram considerados um processo modernizador para o Piauí e serviam de forma assistencial às camadas mais pobres a fim de proporcionar um bem-estar social. (SANTANA, 2019).

Com a crescente participação do poder público, Teresina passou a contar com o primeiro Posto Sanitário da capital, chamado Clementino Fraga, instalado somente em 1921, que visava atender os indigentes e doentes pobres que necessitavam de atendimento, oferecendo um serviço de saúde baseado no mapeamento, tratamento e prevenção de doenças infectocontagiosas, com assistência médica de urgência. (MARINHO, 2019). O governador da época, João Luís Ferreira, retrata que:

⁴ As políticas públicas sempre privilegiaram mais a capital, uma vez que Teresina precisava ser a referência em modernidade, mas ainda apresentava condições precárias de vida, com ineficiência na infraestrutura básica de abastecimento de água potável, postos de saúde sem aparelhamento necessário para o atendimento de doentes e sujeira predominante nas ruas da cidade. (SILVA, 2008).



E' o primeiro passo do Piauí – o último dos retardatários – na corrente da grande campanha do saneamento do Brasil, mas como sentença um dos mais combativos capitães da cruzada benemérita – o simples facto de começar representa meio caminho andado e que nas colectividades como nos individuos – doente convencido de seu mal é doente meio curado [...]. (RELATÓRIO GOVERNAMENTAL, 1921, p. 40).

Desse modo, esse Posto de Saúde pública, mesmo localizado na capital, passou a ser imprescindível para quem não morava em Teresina, pois além dos serviços já mencionados, realizava vacinações e revacinações contra varíola e oferecia serviços de profilaxia para lepra, doenças venéreas e tuberculose e serviços domiciliários, com inspeções visando a fiscalização dos doentes que não buscavam tratamento. (SILVA, 2019).

Como a organização ainda estava em fase inicial, o estado priorizava outras atividades em detrimento da saúde e, dessa forma, a Diretoria de Saúde Pública, que tinha como foco regular e organizar as atividades e serviços sanitários, ainda atuava de forma ineficiente. (MARINHO, 2018). Nas palavras do governador João Luiz Ferreira:

Continuamos no mesmo pé de atrazo, mantendo uma repartição de hygiene, meramente burocrática, ocupada apenas em fazer inspecções de saude nos funcionarios publicos, conceder licenças para abertura de pharmacias, registrar diplomas scientificos e em poucas outras attribuições sem relevância. (RELATÓRIO GOVERNAMENTAL, 1923, p. 12).

Assim como os Postos de Saúde, as Delegacias de Higiene, eram responsáveis pela fiscalização de ambientes públicos, notificação dos doentes, profilaxia preventiva e educação higiênica, também se encontravam de forma desorganizada e atuavam de maneira irregular. No mesmo Relatório Governamental de 1923, o governador do estado João Luiz Ferreira apontava que mesmo com algumas delegacias distribuídas nos municípios de Oeiras, Parnaíba, Amarante, União, Vila do Livramento e Vila Nossa Senhora do Corrente, pela falta de guardas sanitários e médicos qualificados, o serviço se restringia a capital com campanhas voltadas para as verminoses, como a malária e outras moléstias endêmicas. O mapeamento da cidade de Teresina era necessário para a melhor execução do serviço e maior facilidade de fiscalização, podendo assim, medicar os doentes em casa, enquanto os outros municípios continuavam com a assistência restrita ou sem assistência nenhuma.

Além da instalação desses serviços, outros se estabeleceram no estado, como: o Posto de Profilaxia de Lepra e Doenças Venéreas (1924), o Posto Moura Brasil (1928), o Dispensário de Moléstias Venéreas na Santa Casa de Misericórdia (1928), estes na capital Teresina e o Posto de Saúde em Parnaíba. Porém, o que se avaliava eram que essas iniciativas possuíam pouco alcance e reduzida eficácia no território, principalmente por conta do escasso financiamento para as medidas higiênicas. (MARINHO, 2019).



Conclui-se que durante esse início da Primeira República, o sistema de saúde público e a medicina sofreram avanços de forma lenta. Uma das mudanças mais significativas foi a complementação da medicina curativa, que visava atender os enfermos, principalmente quando as epidemias assolavam o território piauiense, com a medicina social de caráter preventivo, visando a profilaxia para evitar que as doenças acometessem os cidadãos. Além disso, houve a tímida descentralização de políticas públicas que se concentravam na capital Teresina e nas cidades próximas do rio Parnaíba, havendo uma maior preocupação com o espaço rural e as endemias. As Delegacias de Saúde, responsáveis por fiscalizar e atuar sobre o estado higiênico dos espaços públicos e privados e os Postos de Higiene mais propriamente encarregados da profilaxia, tratamento dos enfermos e vacinações começaram a ser implantados a partir da centralização do Estado republicano, buscando atender as necessidades da população de forma mais adequada, com profissionais suficientes e especializados para cada área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E DOCUMENTAIS

ACURCIO, Francisco. **Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 1999.

ARAÚJO, Romão. **“Saúde, uma de nossas reais necessidades”**: o processo de institucionalização da saúde pública no Piauí (1910-1930). Dissertação (Mestrado)- Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

ATANÁSIO, Francisco. O médico e os monstros: a atuação de José Cândido Ferraz em meio aos conflitos políticos e aos incêndios criminosos em Teresina na década de 1940. **Vozes, Pretérito & Devir** Ano VI, Vol. IX, Nº I (2019) Dossiê Temático.

BRASIL. Decreto-lei nº 432, de 18 de agosto de 1896. **Reorganiza o serviço sanitário do estado**. São Paulo, 1896.

CHALHOUB, Sidney. **Cidade Febril**: cortiços e epidemias na Corte imperial. 2ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.

CABRAL, Dilma. Departamento Nacional de Saúde pública. Arquivo Nacional: Memória da Administração Pública Brasileira. São Paulo, 2018.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal Ltda, 1992.

FIGUEIREDO, Nadja. Políticas públicas de saúde: aportes para se pensar a trajetória histórica brasileira. **Revista Desafios** – v. 04, n. 01. Tocantins, 2017.

FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. Editora Ática, 1996.



FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1979.

FOUCAULT. **Segurança, Território, População**. 1º edição, São Paulo: Livraria Martins Fontes, Editorial LTDA, 2008.

GALVÃO, A. J. Administração dos Correios. **O Piahy**. Teresina, ano 1892, n. 66, p.2, 18 de agosto de 1892. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=816221&pesq=&pagfis=5>. Acesso em: 15 jul 2021.

GUIDINI, Cristiane. **Abordagem histórica da evolução do sistema de saúde brasileiro: conquistas e desafios**. Monografia de conclusão de curso. Tio Hugo, 2012.

HOCHMAN, Gilberto. **A Era do Saneamento**: as bases da política de saúde no Brasil. 1º ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1998.

HOCHMAN. A malária em foto: imagens de campanhas e ações no Brasil da primeira metade do século XX. **Revista Imagens**, vol. 9, 2002.

HOCHMAN. Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre saúde pública e a construção do Estado (Brasil 1910-1930). **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 11, p. 40-61, 1993.

KORNDÖRFER, Ana Paula. Jeca Tatu, um ilustre opilado: o movimento sanitário e o combate à ancilostomíase na obra de Monteiro Lobato (Brasil, décadas de 1910-1920). **História: Debates e Tendências**. v. 18, n. 3, p. 436-448. Passo Fundo, 2018.

MARINHO, Joseanne Zingleara Soares. As políticas públicas de gênero no Piauí: A saúde materno-infantil (1930-1945). **Vozes, Pretérito & Devir**. Ano VI, Vol. X Nº I. Teresina, 2019.

MARINHO, Joseanne Zingleara Soares. **“Manter sadia a criança sã”**: as políticas públicas de saúde materno-infantil no Piauí de 1930 a 1940. Jundiaí: Paco Editorial, 2018.

PIAUHY. Governo 1890. **Relatório com que o Sr. 1º vice governador do estado do Piahy Dr. Joaquim Nogueira Paranaguá entregou a respectiva administração ao Sr. Dr. Cabino Besouro no dia 23 de agosto de 1890**. Therezina: Typ. De Honorato Souza, 1890.

PIAUHY, Governo 1897. **Mensagem apresentada á Camara Legislativa pelo Dr. Raymundo Arthur de Vasconcelos no dia 1º de julho de 1897**. Therezina: Typ. Do Piahy, 1897.

PIAUHY, Governo 1921. **Mensagem apresentada à Câmara Legislativa pelo Exm. Sr. Dr. João Luiz Ferreira Governador do Estado no dia 1º de junho de 1921**. Therezina: Typ. d’O Piahy, 1921. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/>. Acesso em: 21 abr 2021.

PIAUHY, Governo 1923. **Mensagem apresentada à Câmara Legislativa pelo Exm. Sr. Dr. João Luiz Ferreira Governador do Estado no dia 1º de junho de 1923**. Therezina: Typ. d’O Piahy, 1923. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/>. Acesso em: 21 abr 2021.

QUEIROZ, Teresinha. **A importância da borracha de Maniçoba na economia do Piauí:1900-1920**. Dissertação de Mestrado. Curitiba, 1984.



SANTANA, Márcia. Estado, caridade e filantropia: a Santa Casa e o Asilo dos Alienados na assistência médica em Teresina (1889-1909). **Revista da Associação Nacional de História- Seção Ceará**. Vol. X, n. 19, Fortaleza, 2019.

SANTOS, Nádia. Considerações acerca da saúde e da doença na transferência da capital do Piauí (1850). **Simpósio: História da Saúde e da Doença**, Teresina, 2014.

SEVCENKO, Nicolau. **A Revolta da Vacina**: mentes insanas em corpos rebeldes. 1° ed. São Paulo: Editora Unesp, 2018.

SILVA, Ieda. A institucionalização da saúde pública no estado do Piauí, 1937-1945. **II Simpósio de História da UESPI/CCM. I Semana de História da UESPI/CCM**. Teresina, 2008.

SILVA, Rafaela. O Piauí na rota do discurso sanitarista nacional: os postos sanitários e a saúde pública local. **ANPUH-Brasil**. Recife, 2019.

**A utilização e reprodução de imagens, figuras, mapas, tabelas, gráficos, dados e citações neste artigo é de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es). A Equipe Editorial da Revista Historiador, bem como os revisores, não tem qualquer responsabilidade sobre as escolhas realizadas pelo(s) autor(es).*