

As políticas públicas de gênero no Piauí:

A saúde materno-infantil (1930-1945)

Joseanne Zingleara Soares Marinho¹

Resumo: Desde o século XIX, vários setores defendiam que a solução dos problemas sociais verificados no Brasil dependia, em grande parte, da forma como se cuidava da infância. Essa questão passou a ser tratada como responsabilidade do Estado somente no período varguista, particularmente durante o Estado Novo. No Piauí, tal aspecto foi verificado com a intervenção a partir de políticas públicas materno-infantis destinadas à população pobre, principalmente na área da saúde. A formulação das iniciativas por meio de leis e órgãos administrativos de proteção ficou bastante condicionada à estruturação da administração estadual, com a Diretoria de Saúde Pública e o Departamento de Saúde. Isso ocorreu porque, à medida que o Estado passou a apresentar condições para organizar a estrutura da saúde pública, foram estabelecidas as condições básicas para o atendimento de crianças e mulheres, que, no entanto, receberam atenção apenas no que se referia à sua condição materna, aspecto vinculado à questão de gênero.

Palavras-chave: Políticas públicas. Gênero. Saúde. Maternidade. Infância.

Abstract: Since the nineteenth century, several sectors argued that the solution of social problems in Brazil depended, in large part, on the way in which children were cared for. This issue came to be treated as State responsibility only in the Vargas period, particularly during the Estado Novo. In Piauí, this aspect was verified through intervention from public policies aimed at the poor, mainly in the health area. The formulation of the initiatives through laws and administrative organs of protection was very conditioned to the structuring of the state administration, with the Public Health Department and the Department of Health. This was because, as the State began to present conditions to organize the structure of public health, the basic conditions were established for the care of children and women, who, however, received attention only in regard to their maternal condition, aspect linked to the gender issue.

Keywords: Public policies. Genre. Health. Maternity. Childhood.

The public policies of gender in Piauí: Maternal and child health (1930-1945)

¹ Doutora em História pela Universidade Federal do Paraná - UFPR. Professora Adjunta II da Universidade Estadual do Piauí - UESPI, Campus Poeta Torquato Neto, em Teresina. Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação PROFHISTÓRIA - UESPI. Realiza pesquisas nos campos de gênero, história da saúde, história da infância, políticas públicas, ensino de história e história da educação. Líder do Grupo de Pesquisa História, Cultura e Gênero - GRUPEHCGE e do Grupo de Pesquisa em História das Ciências e da Saúde Sana, além de membro do Núcleo de Estudos em Estado, Poder e Política - NEEP. E-mail: joseannezsm@gmail.com

Desde a década de 1970, que o espaço acadêmico vinha sendo feminilizado juntamente com as formas de produção dos saberes, notadamente na História, através da própria produção acadêmica renovada. Da referência à História das Mulheres passou-se a trabalhar com a categoria Gênero, usando-se fundamentações diversas, entre elas o Pós-Estruturalismo, o Marxismo e a Psicologia. Estava claro naquele contexto que se vivia profundas mudanças no campo epistemológico. Surgia a crítica à razão, o deslocamento do sujeito universal e a dissolução da lógica da identidade. Tratou-se de perceber que as subjetividades dos sujeitos eram históricas, que as categorias homem e mulher não deveriam ser pensadas como naturezas determinadas e a noção de identidade deveria ser historicizada.

A categoria gênero permitiu a percepção de que embora seja reconhecido que o sexo faz parte das experiências, raramente era incorporado enquanto dimensão analítica. Nesse sentido, deve-se pensar na dimensão sexual que constitui a própria subjetividade. Com isso, ocorreu a nomeação de campos de práticas individuais e sociais, bem como passou-se a perceber as diferenciações entre os universos masculinos e femininos, não simplesmente por determinações biológicas, como propôs o século XIX, mas sobretudo por experiências históricas marcadas por valores, sistemas de pensamento, crenças e simbolizações diferenciadas também sexualmente (RAGO, 1998).

Durante muito tempo censurou-se a história política por só se interessar pelas minorias privilegiadas. Isso, certamente, não se aplica mais com uma nova história política que pretende integrar os variados atores do jogo político, e que se atribui como objeto a sociedade global (RÉMOND, 2003). Essa perspectiva pode ser vinculada à perspectiva de gênero que rejeita o determinismo e enfatiza o caráter social das distinções entre homens e mulheres. Propondo a política como campo de atuação, justifica essa escolha principalmente porque ela foi a trincheira de resistência à inclusão de questões sobre as mulheres e o gênero, vistos como categorias antitéticas aos negócios sérios da “verdadeira política” (SOIHET, 1998).

Nesse sentido, é importante atentar para o fato de que as mudanças nas relações de gênero podem se produzir a partir de considerações sobre as necessidades da ordem de Estado, uma vez que “[...] as ideologias políticas conservadoras desejariam fazer passar toda uma série de leis sobre a organização e o comportamento da família [...]. A conexão entre regimes autoritários e o controle feminino pode ser observada, mas não tem sido estudada a fundo” (SCOTT, 1995, p. 90). Considerando-se como referência central a sua relação com o Estado, a

categoria gênero foi utilizada para a análise da redefinição da maternagem segundo os interesses dos governos de 1930 a 1945 no Piauí.

No Brasil foi apenas a partir dos anos 1920 que foi verificada a formulação e a aplicação de algumas medidas, ainda tímidas, que serviram de preparação para o enfrentamento da causa da infância pobre pelo Estado somente a partir da década de 1930, sobretudo, durante o Estado Novo, quando a perspectiva de proteção ganhou maior dimensão (BESSE, 1999). A iniciativa estava de acordo com o ideário bastante difundido de investimento na salvação da criança, um dos princípios que nortearam o projeto político para a preparação do futuro cidadão, de acordo com a concepção vinculada à formação do trabalhador como capital humano nacional. Para isso, ocorria, também, o esforço para a regeneração da família, na qual se destacava a mãe, como esteio para a ordem, a civilização e o progresso, refletindo uma orientação que representava uma forma de defesa da infância (FREIRE, 2009).

É possível entender as políticas de gênero maternas no contexto histórico do desenvolvimento dos Estados de Bem-estar entre 1890 e 1920. O final do século XIX foi um ponto de viragem histórica para muitos países do mundo ocidental, sendo que novas ideias sobre o papel do Estado acerca das necessidades sociais resultou no compromisso com o Bem-estar da sociedade (LARSEN, 1996). Além disso, a mobilização e a organização política na sociedade também levou a uma crescente pressão sobre o Estado para elaborar alternativas para o problema dos pobres. Contudo, uma característica dos sistemas de segurança social emergentes foi a parceria público-privada, e mesmo que o Estado tenha iniciado novas reformas sociais, cooperou, supervisionou e fiscalizou os produtores particulares de solidariedade social, como as organizações filantrópicas.

Nesse período “[...] se inicia um amplo movimento reformista internacional encabeçado por médicos obstetras, pediatras, higienistas e pelo movimento de mulheres feministas e não-feministas em favor da infância e da maternidade.” (MARTINS, 2005, p. 45). Tal movimento teve uma função relevante na Europa e na América, especialmente no começo do século XX, defendendo a necessidade de intervenção do Estado para atender mães pobres e seus filhos. Os agentes sociais que participaram desse movimento tiveram influência nos debates sobre os direitos da maternidade e da infância, resultando nas legislações sociais.

A partir dos anos 1930, a problemática social passou a ser discutida como tema eminentemente político, pertencente à esfera do Estado, devendo ser enfrentada por meio de ações assistenciais. Sem deixar de considerar as medidas que vinham sendo tomadas

anteriormente, foi no período do governo Vargas que a política social passou a ser incorporada como atribuição do Estado. Por isso tornou-se relevante para a construção e consolidação de um modelo de Estado de Bem-estar, que, no entanto, não se constituía apenas como um mecanismo que intervinha e, possivelmente, corrigia a estrutura social, mas também estabelecia uma estratificação da sociedade, ordenando as relações sociais (ESPING-ANDERSEN, 1990).

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

Foi nesse contexto que ocorreu a criação do Ministério de Educação e Saúde Pública (MESP). Nos primeiros anos, o órgão sofreu modificações que atendiam apenas as necessidades conjunturais e, por isso, manteve-se muito próximo do antigo Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Isso ocorreu porque a construção institucional da saúde foi marcada pela instabilidade evidenciada pelas disputas de projetos, quando um modelo de gestão do país estava sendo discutido e esboçado (FONSECA, 2007).

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

A assistência médica, no que se refere à previdência social, vinculada ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC), concedia o acesso a benefícios e serviços de saúde aos trabalhadores que a ele estivessem associados, independentemente das políticas do MESP (ROCHMAN; FONSECA, 1999). Tornou-se referência de serviços de saúde para quem estava formalmente atuando no mercado de trabalho, consolidando um Estado de Bem-estar baseado

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

Nesse contexto, a atuação das feministas e também dos médicos teve efeito positivo para a configuração das políticas públicas destinadas à maternidade e à infância no período de 1930 a 1945, tanto no que diz respeito à legislação, quanto à organização e prestação de serviços (MARTINS, 2006). A criação de organismos governamentais e a elaboração de programas, foram amparados por uma legislação menos propositiva e mais reguladora. Esta nova orientação começou a adquirir expressão com o Código de Trabalho das Mulheres de 1932. Um avanço considerável, haja vista a obrigatoriedade dos dispositivos, estabelecendo multas aos patrões que os descumprissem, atribuindo ao MTIC e ao Conselho Nacional do Trabalho (CNT) a normatização e a fiscalização.

O governo Vargas teve orientações reformistas e, como consequência, a estrutura organizacional do setor público na área da saúde passou por uma expressiva modificação administrativa. Predominava a ideia da relação entre a saúde e o progresso material (CAMPOS, 2006). Isso consistia na defesa de que seria possível acabar com a pobreza e atingir o desenvolvimento, a partir da melhoria das condições de saúde pública. Os poderes públicos passaram a responder de maneira mais efetiva às reivindicações dos setores considerados mais esclarecidos da sociedade, entre os quais o médico, quanto a assumir a responsabilidade com a saúde, no sentido de uma reorientação de seus planejamentos e de suas práticas. Isso justifica, entre vários outros aspectos, o fato de que, para os médicos, eles seriam os mais capacitados para orientar os administradores em relação à formulação e execução de políticas públicas de saúde.

Durante a administração de Landry Salles as receitas do Estado adquiriram estabilização, condição que permitiu o pagamento das dívidas, bem como um crescente potencial de investimento em obras e serviços públicos. Isso também acabou repercutindo na crescente elevação das receitas destinadas à saúde pública, que passou a dispor de verbas sem as quais seria impossível realizar as mudanças que incidiram na reorganização administrativa, em novos regulamentos e na instalação de instituições de atendimento (RELATÓRIO ESTADUAL, 1935). Após a instabilidade administrativa do imediato período pós-

revolucionário, o interventor federal admitia que era tarefa emergencial a realização de uma reforma administrativa, base para um plano de enfrentamento de problemas cujo legado remetia à Primeira República, sendo que a intervenção na Diretoria de Saúde Pública fazia parte dessa iniciativa renovadora.

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

Com a nova orientação administrativa, a Diretoria passou a contar com uma Seção de Assistência Médica, dividida em clínicas médica, cirúrgica, mental e obstétrico-ginecológica, além de uma Seção de Saúde Pública, especializada no enfrentamento de endemias e epidemias (RELATÓRIO ESTADUAL, 1932). O órgão estadual foi dividido em várias inspetorias, inclusive, uma delas era especializada em higiene escolar. A nova repartição coordenava os serviços que atendiam as crianças acometidas por moléstias infecciosas que estudavam em escolas públicas. Essa restrição no atendimento não ocorria somente no Piauí, pois, no início da década de 1930, os serviços de assistência à infância ainda eram executados, principalmente, por instituições filantrópicas, não tendo ocorrido, até aquele momento, uma atuação sistemática e intensiva dos poderes públicos, inclusive no âmbito nacional.

De acordo com o estabelecimento da proteção à mãe e à criança, assumido pelo governo provisório, a Inspeção de Higiene Infantil era o órgão responsável pela formulação de políticas de saúde para a clientela específica. A repartição apresentou resultados com o desenvolvimento dos projetos e a instalação de instituições de atendimento materno-infantis. No entanto, sua atuação ficou restrita à capital do país porque, apesar da boa intenção e da diretriz do governo federal, obstáculos burocráticos, conflitos políticos no MESP e restrições financeiras, foram circunstâncias que dificultaram a implementação das políticas de saúde e dos programas de assistência social (MARTINS, 2006).

Vários atores sociais se debatiam para conseguir impor a sua posição sobre a infância em academias de medicina, tribunais, parlamento e governo federal. Durante essas discussões, é possível entender como foi construído um novo posicionamento de assistência à infância e amparo à maternidade, que começou a ser delineado nos primeiros anos do governo Vargas.

Ocorria que os membros do Estado já estavam reconhecendo que, além de conselhos e advertências, era necessário melhorar as condições de existência das famílias, dando apoio e garantias necessárias para a sua estabilidade e desenvolvimento. Isso pode ser observado na legislação que estabelecia, de forma crescente, uma tutela do Estado sobre a família, especialmente quanto ao seu integrante mais frágil, a criança, tendo como cuidadora imediata a mãe, sobre a qual também incidia a assistência.

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

A Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância substituiu a Inspetoria de Higiene Infantil na defesa da saúde de mães e crianças. A criação do novo órgão em 1934 foi, em grande parte, resultado da atuação e do debate que os deputados constituintes vinham realizando a respeito do assunto, assim como da pressão de instituições filantrópicas e políticas, como é o caso da Federação Brasileira para o Progresso Feminino (FBPV) (MARTINS, 2006). A nova repartição federal representaria um avanço em direção à difícil iniciativa de coordenar, em âmbito nacional, a assistência materno-infantil, inclusive, preservando a vida e a saúde da criança. Para isso, deveria incentivar a instalação de instituições de atendimento, divulgar a higiene, a puericultura e a pediatria, além de coordenar a distribuição de seguros ou pensões a partir da associação entre poderes públicos e associações filantrópicas. Estas iniciativas deveriam ser estabelecidas pela Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância em cooperação com os Estados, com o objetivo de promover, orientar e estimular a realização de serviços. Nesse sentido, a preocupação com a implementação da proteção da infância começava a ser materializada ao adquirir proeminência na estrutura da administração pública.

Ao tomar posse do MESP, Gustavo Capanema encaminhou uma proposta de reforma institucional utilizando, entre outros argumentos, o fato de que o Ministério ainda não dispunha de uma estrutura que permitisse expandir a sua atuação (HOCHMAN; FONSECA, 1999). A reforma foi sancionada apenas em 1937, devendo servir para definir os rumos da

saúde pública do país, ao adequá-la aos princípios da política social varguista. O órgão passou a ser chamado de Ministério da Educação e Saúde (MES), integrando os eixos da educação, saúde pública, assistência social e cultura. A responsabilidade sobre as ações de saúde caberia ao Departamento Nacional de Saúde (DNS), incidindo sobre essa repartição a administração das atividades relativas à saúde pública e à assistência social (LEI FEDERAL Nº 378, 1937).

A criação da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância em 1937, como uma das seções administrativas do DNS, demonstrou que a questão da criança adquiria uma relevância crescente na política do governo federal (MARIANO, 2011). A atuação da repartição era direcionada para gestantes, visando à proteção infantil ainda na fase intrauterina, assim como para a saúde da criança, especialmente nos primeiros anos de vida. De acordo com o artigo 18 da Lei que reformou a saúde pública, ela possuía mais recursos para atuar na área, pois foi encarregada da promoção da cooperação da União com os serviços locais. Devendo realizar planejamentos, coordenar atividades e estabelecer ações de assistência à infância e à maternidade em âmbito nacional, a Divisão deveria ter atribuições marcadamente centralizadoras, diferentes da repartição que a antecedeu. O governo central defendia que, a partir de então, seria possível estabelecer novos atos em grande escala.

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

No período inicial do Estado Novo, a organização sanitária do Piauí ainda era realizada pela Diretoria de Saúde Pública. Desde 1935, portanto, durante o governo de Leônidas Mello, a repartição vinha passando por algumas mudanças, com o objetivo de adequá-la para uma melhor efetividade do seu funcionamento por meio de projetos e serviços.

Porém, o próprio interventor federal reconheceu que as reformas administrativas realizadas ainda eram insuficientes, por isso, tinha planos para empreender uma reorganização mais ampla na estrutura da saúde pública:

Não está, entretanto, forçoso é reconhecer, esta importante face da administração enquadrada nos moldes aconselháveis da atualidade higienica. E, por assim o ser, resolvi comissionar o Diretor de Saúde do Estado para, na Capital da República, estudar um plano de reorganização dos nossos serviços sanitários. Efetivamente, graças aos bons ofícios e cordial acolhida dispensados pelo Sr. Dr. Barros Barreto, Diretor Geral da Saúde Pública, no Rio, ao Delegado do meu Governo, pode este desempenhar-se proveitosamente, de sua missão e trazer consigo um bem acabado plano de reforma, pautado no plano geral dos serviços federais. Será, assim, em breves dias, feita a organização que se impõe. E para esse fim, está o meu Governo em frequente entendimento com a Diretoria Geral de Saúde, no Rio (RELATÓRIO ESTADUAL, p. 18, 1938).

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

A relação do DNS com os departamentos estaduais foi sendo realizada à medida que passou a ser efetivada uma política de saúde baseada na centralização normativa e descentralização executiva. Isso ocorreu porque a melhor alternativa não seria o órgão federal realizar diretamente a administração sanitária nos Estados, mas a coordenação dessa ação através da definição de uma normatização para orientar os órgãos estaduais. Para o interventor federal, a reformulação da Diretoria de Saúde Pública era uma questão urgente. Uma estrutura burocrática eficiente permitiria a ampliação do fornecimento dos serviços para mais municípios, bem como estaria acessível a uma parcela maior da população (REFORMULAÇÃO DO DEPARTAMENTO, 1938). As mudanças foram realizadas, porém, o comprometimento do governo do Estado com a proposta de centralização do governo federal ficou, em larga medida, restrita à intenção, repercutindo muito mais nas legislações e

medidas administrativas do que no fornecimento dos serviços públicos de saúde para mães e crianças em estabelecimentos especializados, sobretudo, no interior do Piauí.

Com a definição da nova organização sanitária do Piauí em 1938, a Diretoria de Saúde Pública, foi subordinada diretamente à Secretaria Geral do Estado, passando a ser denominada como Departamento de Saúde (DECRETO-LEI ESTADUAL Nº 123, 1938). O órgão foi constituído como um centro de administração, coordenação e execução das atividades relativas a questões como: educação sanitária da população, organização da estatística demógrafo-sanitária, profilaxia das doenças transmissíveis, repressão ao curandeirismo, entre outros. Além disso, também teria como atribuição a realização da higiene infantil, da higiene pré-escolar e da higiene escolar. A importância disso era a ampliação da proteção da saúde para o atendimento de todas as crianças, e não somente para aquelas que estavam frequentando os estabelecimentos escolares, como ocorria anteriormente.

Apesar do avanço da legislação no atendimento à saúde infantil, não existia nenhum órgão especializado para administrar os serviços no Piauí. O diretor do Departamento de Saúde, Manoel Sotero Vaz da Silveira, admitiu que: “Presentemente, não era possível instalação e manutenção de um serviço de tão elevado alcance, o qual determinaria despesa avultada.” (RELATÓRIO DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE, 1938, p. 7). Pode-se observar que, mais uma vez, a questão financeira foi utilizada como um empecilho para a organização administrativa da saúde pública. Apesar da prosperidade econômica comprovada por dados oficiais, a elevação das receitas não eram suficientes para atender a muitas necessidades. No entanto, essa condição, certamente, também estava relacionada à precariedade dos serviços de assistência materno-infantil no Brasil, pois a Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância não conseguia realizar um trabalho nacional com atuação eficiente nos Estados a partir da orientação, coordenação e fiscalização, bem como não determinava e, nem mesmo, parecia incentivar a criação de órgãos de proteção no âmbito dos Estados.

A partir da reforma do Departamento de Saúde, ficou estabelecido que o seu diretor deveria ser um médico, tendo a responsabilidade de administrar os serviços, estabelecer acordos de cooperação entre as autoridades federais e municipais, como também promover, estimular e coordenar as iniciativas privadas, entre outras atribuições (DECRETO-LEI Nº 144, 1938). Os outros cargos de comando da Diretoria ou vinculados a ela, também deveriam se preenchidos por médicos. Ocorreu a participação crescente desses profissionais em qualquer instância que estivesse vinculada à gestão dos serviços de profilaxia, educação e

ação higiênica. Estavam presentes, portanto, em institutos, departamentos, secretarias e instituições de saúde, sendo transformados, por meio da profissionalização, em um importante elemento do processo de burocratização do Estado.

A presença do setor médico na gestão da saúde pública foi uma importante mudança em relação à Primeira República. Era necessário convencer os responsáveis pelas nomeações a escolherem profissionais para ocuparem os cargos para os quais estariam preparados, em lugar de realizar a nomeação de homens abastados que não dispunham de conhecimento técnico, como ocorria frequentemente antes da década de 1930 (PEREIRA NETO, 2001). Ser nomeado para algum cargo administrativo representava prestígio por ter sido escolhido por uma autoridade e também traria poder, na medida em que seu ocupante teria condições de elaborar, decidir e implementar políticas públicas de saúde.

O governo federal parecia ter atingido estabilidade política, condição diferente daquela observada no começo do Estado Novo, pelo menos era isso que o Getúlio Vargas defendia: “É o desdobramento natural do programa que o Governo vem desenvolvendo. Afastados os elementos de perturbação da vida do país, passou a fase das críticas, das queixas, dos ressentimentos. A época é de construção e de trabalho.” (ENTREVISTA PRESIDENCIAL, 1940). Ele afirmava estar cada vez mais empenhado na realização de um programa que deveria imprimir a atenção necessária para o enfrentamento dos problemas brasileiros. Nesse contexto ocorreu a implementação dos princípios constitucionais sobre a proteção da criança, sendo criada em 1939 a Comissão Nacional para a Proteção da Família.

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

No Piauí, foi estabelecida a proteção legislativa à família em 1943, por meio do Decreto-Lei Estadual nº 730. Com esse documento, o Estado reconhecia que, além de conselhos e advertências, era necessário melhorar as condições de existência familiar, dando apoio e garantias necessárias para a sua estabilidade e desenvolvimento (DECRETO-LEI

ESTADUAL Nº 730, 1943). Era verificada, portanto, uma tutela do Estado, existindo a preocupação com o seu membro mais frágil, a criança. Como uma forma de justificar o empenho no exercício do controle sobre as relações interpessoais privadas, era reiterado o fato de a família ser a base da sociedade e da organização política, sendo que os poderes públicos refletiam diretamente as condições das famílias que o compunham. A prosperidade, o prestígio e o poder de um país dependeriam de sua população, sendo que a família era convertida em base da política demográfica e, ao mesmo tempo, fonte de estímulos morais.

Um aspecto a se ressaltar sobre o Decreto-Lei nº 730, foram os incentivos para a procriação eugênica. Os matrimônios foram regulados, sendo que todos aqueles que desejassem contrair núpcias, deveriam atestar sanidade. No texto da Constituição de 1937, a determinação já estava presente no artigo 145, que exigia a apresentação de prova de sanidade física e mental pelos nubentes (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1937). Ocorria que um dos pontos principais do programa eugenista era o controle dos casamentos, condição que tornaria possível e, sobretudo, necessária a seleção de indivíduos a partir de sua superioridade biológica e moral. Tal capacidade de organização da diferença parece ter sido um grande atrativo da eugenia, sendo que seus defensores realizavam esforços para que isso ocorresse por meio da classificação e combate daquilo que consideravam como incapacidades, taras, degenerescências e desvios, transformados em ameaças para o fortalecimento da raça e, conseqüentemente, para o progresso brasileiro (PEREIRA, 2008).

Como incentivo para a observância das regras eugênicas, os recém-casados com idade inferior aos trinta anos que obtivessem certificados de boa saúde em exames pré-nupciais, eram qualificados para o recebimento de empréstimos especiais das Caixas Econômicas Federais, bem como de institutos e caixas de previdência, concedendo aos trabalhadores e aos seus associados, auxílios para adquirir e mobiliar suas casas (DECRETO-LEI ESTADUAL Nº 730, 1943). Os pagamentos desses empréstimos começariam a ser realizados após um ano de casamento, mas caso a mulher estivesse grávida ou já tivesse um filho vivo e saudável, os pagamentos não somente seriam prorrogados por vinte e quatro meses, mas também deduzidos de 20%. A dívida também deveria ser gradualmente reduzida com o nascimento de cada filho, bem como no décimo aniversário de cada um deles. Além disso, se o casal tivesse quatro filhos saudáveis, a dívida seria perdoada.

Outra determinação era que os solteiros e os viúvos com idade superior a vinte e cinco anos, e que não tivessem filhos, pagariam um adicional de 15 % do imposto de renda. Aqueles

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

[...] sendo chefe de família numerosa e recebendo, por mês, menos de mil cruzeiros de vencimento, remuneração, gratificação, provento ou salário, conceder-se-á, mensalmente, o abono familiar de vinte cruzeiros por filho, se a retribuição mensal que tenha, for de quinhentos cruzeiros ou menos, ou de dez cruzeiros por filho, se essa retribuição mensal for de mais de quinhentos cruzeiros (DECRETO-LEI Nº 730, p. 2, 1943).

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

O começo dos pagamentos dos abonos foi verificado em vários municípios piauienses a partir do final do ano de 1943 (ABONO, 1943, p. 12). Apenas o pai era mencionado como beneficiário nas concessões dos abonos, estando, portanto, de acordo com a função tradicional de chefe da família, mantenedor financeiro da esposa e dos filhos. Como uma forma de reforçar o papel masculino no núcleo familiar, a legislação também estabelecia no seu segundo artigo que, se a mãe exercesse, ou tivesse exercido emprego público, suas vantagens pecuniárias seriam revertidas para o pai. Iniciativas desse tipo acabavam servindo para fortalecer uma estrutura de organização familiar fundada em um modelo tradicional no qual o

homem é o provedor da família, enquanto a mulher, mãe e esposa, seria a responsável pelo lar, exercendo as funções domésticas que estariam de acordo com o seu sexo. Quando muito, era até aceito que a mulher trabalhasse fora, contanto que fosse apenas para complementar a renda da casa, o que acabava contribuindo para manter o seu lugar subalterno. Com isso, é possível afirmar que a política do abono familiar não foi formulada meramente a partir de aspectos técnicos, mas de um modelo baseado nos papéis normativos de gênero.

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

Os princípios norteadores dos benefícios fiscais e financeiros previstos na legislação vigente no Piauí eram estimular o casamento entre pessoas jovens e estabelecer uma política pró-natalista, recomendando um ideal de família, embora no Brasil o nível da natalidade mostrasse que o costume da limitação voluntária da prole ainda não havia se difundido (O PERIGO DE LIMITAÇÃO DA PROLE, 1941, p. 7). A questão demográfica não era uma ameaça, pois se havia obstáculos para o casamento, estes eram de ordem econômica. O problema demográfico não se traduzia em baixas taxas de natalidade, mas sim, nas cifras elevadíssimas de mortalidade infantil.

A Comissão Nacional para a Proteção da Família interpretou diferentemente esta questão, quando associou a concessão de benefícios materiais à natalidade, apesar do problema socioeconômico apontar para a emergência de políticas públicas para combater a pobreza (MARTINS, 2008). Essas determinações eram similares às ideias sobre a relação do Estado com a sociedade, que estavam em vigor nos países da Europa, sobretudo, a partir da década de 1920, naquilo que se refere às políticas sociais. Na maioria deles, a questão demográfica foi agravada pela Primeira Guerra Mundial e reforçada pelo nacionalismo e expansionismo militar.

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

Outra medida que traduziu a intenção de inaugurar uma política mais nítida de proteção à infância durante o período do Estado Novo, foi a criação do Departamento Nacional da Criança (DNCr). O seu programa deveria ter uma dimensão ampla, atuando por meio da relação entre a União e as unidades federativas (RIZZINI, 2008). Isso ficou estabelecido no artigo inicial do Decreto-Lei Federal nº 2.024 de 1940, que oficializou a criação do órgão. A iniciativa pretendia organizar a proteção à maternidade, à infância e à adolescência, estabelecendo condições que permitissem uma sadia e segura maternidade, desde a concepção até a criação da criança (DECRETO-LEI FEDERAL Nº 2.024, 1940). Isso ocorreria mediante o cumprimento das medidas que objetivavam o desenvolvimento físico, a conservação da saúde, do bem-estar e da alegria, assim como a preservação moral, visando à preparação para a vida adulta.

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

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

A Divisão de Amparo à Maternidade, à Infância e à Adolescência foi o primeiro órgão criado pelo governo do Piauí com a finalidade de viabilizar a proteção de mães e crianças, sendo que suas competências eram de promover, coordenar e fiscalizar as iniciativas a serem realizadas na área (DECRETO LEI Nº 690, 1943). No entanto, somente em 1943, portanto, alguns anos depois da determinação federal, o Estado instalou a Divisão. Com isso, exercia a sua autonomia, inaugurando o órgão apenas quando teve melhores condições financeiras, disponibilidade de pessoal especializado, bem como interesse político de fortalecimento do poder local e atendimento das demandas da população pobre.

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

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

Poucos meses após a instalação da Divisão de Amparo à Maternidade, à Infância e à Adolescência foi criado o Departamento Estadual da Criança (DEC) no Piauí. As alterações não ocorreram somente na denominação do órgão, o que permitia a identificação da sua

vinculação com o DNCr, mas também em aspectos administrativos, que deveriam permitir uma melhor efetividade dos planejamentos e ações. A partir de 1944, todas as iniciativas que tivessem atuação específica sobre a maternidade e a infância, mas também sobre a adolescência, passaram a ser responsabilidade exclusiva do novo Departamento, que, localmente, estava subordinado diretamente à Secretaria Geral do Estado. As suas atribuições eram as seguintes:

a- manter entendimento, como único órgão autorizado e especializado no Estado, com o Departamento Nacional da Criança; b- coordenar, controlar, fiscalizar, cooperar e dirigir todas as atividades atinentes à maternidade, à infância e à adolescência, em todo o território do Estado; c- realizar estudos estatísticos e divulgações sobre tudo que se relacione com a maternidade, com a infância e com a adolescência; d- executar higiene e assistência médico-social, à maternidade, à infância e à adolescência (DECRETO-LEI ESTADUAL Nº 779, p. 3, 1944).

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

Para auxiliar o DEC, foi criado o Conselho de Amparo à Maternidade, à Infância e à Adolescência (CAMIA). Entre as suas competências estavam “[...] a- examinar questões relativas à maternidade, à infância e à adolescência; b- dar sugestões que lhe pareçam úteis à causa da criança; c- resolver os recursos interpostos ou tomar outras deliberações que lhe forem solicitadas pelos interessados e por intermédio do Diretor do DEC.” (DECRETO-LEI ESTADUAL Nº 779, 1944). O CAMIA seria constituído pelo secretário-geral de Estado, que assumiria a presidência, como também pelos diretores gerais do DEC, do Departamento de Saúde, do Departamento de Educação e do Departamento de Imprensa e Propaganda, além do presidente do Instituto de Assistência Hospitalar e do juiz de menores. O Conselho tinha um caráter consultivo, e a sua relevância residia na composição heterogênea dos membros, fato indicativo de que no Piauí, a questão da infância era tratada de forma ampla, de modo a

contemplar não somente as iniciativas no campo da saúde, mas incluir uma série de problemas subjacentes, como aqueles vinculados à educação, ao abandono e à delinquência.

No sexto artigo do Decreto-Lei de criação do DEC, ficou determinado que o órgão deveria ser dirigido por um médico pediatra. Antônio Noronha Almeida foi nomeado por Leônidas Mello para assumir o cargo, confirmando a preocupação com a competência técnica (LEÔNIDAS MELLO, 1944, p.1). Além do diretor geral, também existiam os cargos de diretor da Divisão Administrativa, bem como de diretor da Divisão de Higiene e Assistência Médico-Social, que também deveriam ser exercidos por especialistas. No Piauí, os médicos continuavam assumindo, de forma crescente, as funções de assessores, consultores e administradores, esquadrihando os espaços sociais, discutindo os problemas e articulando as possíveis iniciativas na saúde pública. A condução política da sistematização da saúde pública no Piauí foi realizada prioritariamente pelos médicos, pois foram eles que passaram a ocupar os postos de comando na estrutura administrativa. Apresentando-se como o setor mais esclarecido sobre a questão da saúde, eles buscavam educar o povo e desenvolver ações em parceria com o Estado, fornecendo as diretrizes para as iniciativas políticas de saúde.

Verificou-se que durante o período de 1930 a 1945, ocorreu a realização de uma ampla reforma política no Brasil. Dessa iniciativa fazia parte a racionalização da administração, com a finalidade de obtenção da economia de funcionamento e eficiência da máquina estatal, não somente em âmbito federal, mas também nas unidades federativas. Com isso, sobretudo, no período autoritário, ocorreu a intensificação do processo de centralização a partir da eliminação de instituições representativas, mas, também, da reestruturação administrativa. O sistema de saúde, particularmente, naquilo que se referia à proteção materno-infantil, foi inserido nesse processo, que, a partir das mudanças no quadro político, acabaram adquirindo novos e amplos contornos.

Foi a partir da reestruturação da Diretoria de Saúde Pública e do Departamento de Saúde, que passaram a ser estabelecidas as condições favoráveis para a organização administrativa do amparo à saúde materno-infantil na política do governo piauiense. Durante o Estado Novo ocorreu a inauguração de uma política mais nítida de proteção e assistência especializada a partir da criação da Divisão de Amparo à Maternidade, à Infância e à Adolescência, assim como do DEC. A finalidade principal desses órgãos era conceder as condições administrativas para a execução de iniciativas que tivessem como foco a preservação da vida infantil e o estabelecimento do desenvolvimento saudável. Isso ocorreria

por meio de medidas profiláticas baseadas na puericultura, que deveriam assumir preponderância sobre o tratamento das doenças, sendo que as iniciativas em defesa da família, como também da mãe, faziam parte do planejamento.

A compensação do investimento na infância seria a formação de futuros cidadãos que produziriam riquezas para a grandeza do país. Para a efetividade do sistema de proteção à saúde de mães e crianças, os poderes públicos do Piauí deveriam promover o planejamento e a execução de medidas de assistência. As políticas públicas de saúde que contemplavam as mulheres consideravam, especialmente, sua capacidade como mães, considerando, em menor ou maior grau, o princípio das esferas separadas. Portanto, configura-se uma concepção da condição feminina justaposta à maternidade, pois era através dela que o Estado poderia, em larga medida, promover a proteção à criança. Essa redução da mulher a um único e definitivo papel social era a única condição que lhe dava direito à assistência médica e à assistência social, mas representava uma restrição aos seus direitos em relação aos homens, fossem eles médicos, legisladores ou administradores, promovendo, assim, em larga medida, uma ampliação das diferenças de gênero.

Referências

ABONO. **Gazeta**, Teresina, ano XXXII, n. 1.322, p. 4, 09 de maio de 1943.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

LEÔNIDAS Mello: 9 anos de governo. **Diário Oficial**, Teresina, ano XIV, n. 52, p. 1, 3 de maio de 1944.

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

MARTINS, Ana Paula Vosne. Entre a benemerência e as políticas públicas: a atuação da Liga Baiana contra a mortalidade infantil no começo do século XX. **Gênero**, Niterói, v. 6, n. 1, p. 43-60, 2º sem. 2005.

_____. 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.

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

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

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

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

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

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

PIAUÍ. Decreto-Lei nº 123, de 14 de setembro de 1938. Reorganiza os Serviços Sanitários do Piauí e dá outras providências. **Decretos do Piauí de 1938.** Teresina: Imprensa Oficial, 1938.

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

PIAUÍ. Governo 1931-1935. **Relatório Apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Getúlio Vargas, presidente da República, pelo Interventor Landry Salles Gonçalves, Referente ao Exercício de 1931-1935.** Teresina: Imprensa Oficial, 1935.

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

RAGO, Margareth. Descobrimo Historicamente o Gênero. **Cadernos Pagu**, n.11, p. 89-94, 1998.

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

RELATÓRIO apresentado ao presidente da República pelo interventor Landry Salles Gonçalves, referente ao exercício de 1931. **Diário Oficial**, Teresina, ano XII, n. 58, p. 3, 09 de mar. de 1932.

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

RÉMOND, René. (org.). **Por uma história política.** Rio de Janeiro: FGV, 2003.

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

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul/dez. 1995.

SOIHET, Raquel. História das Mulheres e História de Gênero: um Depoimento. **Cadernos Pagu**, n.11, p. 77-87, 1998.

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

Recebido em 26 de agosto de 2019

Aprovado em 10 de março de 2020