



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDEO NUNES DE BARROS-CSHNB
LICENCIATURA PLENA EM HISTÓRIA

EMANUELA ARAUJO COUTINHO

**A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARNAÍBA A PARTIR DOS REGISTROS
DE INTERNAÇÕES (1930-1939)**

PICOS
2021

EMANUELA ARAUJO COUTINHO

**A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARNAÍBA A PARTIR DOS REGISTROS
DE INTERNAÇÕES (1930-1939)**

Monografia apresentada ao Curso de Licenciatura Plena em História, da Universidade Federal do Piauí – UFPI, Campus Senador Helvídeo Nunes de Barros – CSHNB, como requisito parcial para obtenção do título de graduada.

Orientador: Prof. Dr. Agostinho Júnior Holanda Coe.

PICOS-PI

2021

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Piauí
Campus Senador Helvídio Nunes de Barros
Biblioteca Setorial José Albano de Macêdo
Serviço de Processamento Técnico

C871s Coutinho, Emanuela Araujo
A Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba a partir dos registros de internações (1930-1939) / Emanuela Araujo Coutinho – 2021.
Texto digitado
Indexado no catálogo *online* da biblioteca José Albano de Macêdo-
CSHNB
Aberto a pesquisadores, com as restrições da biblioteca

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Piauí, Licenciatura Plena em História, Picos-PI, 2021.

“Orientador: Dr. Agostinho Júnior Holanda Coe”

1. Santa Casa de Misericórdia. 2. Parnaíba. 3. Saúde. 4. Doenças. I. Coe, Agostinho Júnior Holanda. II. Título

CDD 610.6

EMANUELA ARAUJO COUTINHO

**A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARNAÍBA A PARTIR DOS REGISTROS
DE INTERNAÇÕES (1930-1939)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Licenciatura Plena em História, da Universidade Federal do Piauí – UFPI, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros – CSHNB, como requisito parcial para obtenção do título de graduada, sob a avaliação da seguinte banca examinadora:

Data da aprovação: 09/07/2021

BANCA EXAMINADORA

Agostinho Júnior Holanda Coe

Prof. Dr. Agostinho Júnior Holanda Coe
Orientador
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Francisco Gleison da Costa Monteiro

Prof. Dr. Francisco Gleison da Costa Monteiro
Examinador
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Rosamaria de Sousa Fé Barbosa

Mestranda Rosamaria de Sousa Fé Barbosa
Examinador
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Aos meus pais, que foram grandes incentivadores e sempre acreditaram nos meus sonhos. Eu os amo incondicionalmente!

AGRADECIMENTOS

A gratidão é a qualidade de quem é grato. E eu sou muito grata, pela vida, pela oportunidade de poder melhorar e me superar todos os dias.

Gostaria de começar dizendo que nós precisamos aprender a ter orgulho e gratidão pelo que somos, pelo que fazemos e pelo o que temos. Precisamos ser menos críticos e menos cruéis conosco, saber relevar as nossas falhas e fraquezas. Saber também celebrar as pequenas conquistas diárias. Os nossos dias são feitos de pequenos passos e é com o sucesso dos pequenos passos que vamos chegar onde queremos.

É com este olhar generoso sobre mim e sobre a minha trajetória acadêmica que eu agradeço a Deus por tudo o que eu alcancei até hoje. Eu reconheço o meu esforço e me reconcilio com os meus fracassos, porque sei que nenhum deles foi grande o suficiente para me fazer desistir. Pelo contrário, os meus erros me ajudaram a crescer.

Agradeço por tudo de bom e de mau que apareceu no meu caminho até chegar aqui, pois o que não me trouxe felicidade me permitiu reconhecê-la quando chegou a minha vida.

Agradeço primeiramente e demasiadamente a Deus, pois sem Ele eu não teria chegado até aqui. Ele abençoou a minha trajetória nos estudos e nunca permitiu que me faltasse nada. Sou eternamente GRATA AO SENHOR!

Aos meus pais, Coutinho e Helena, por nunca deixarem de acreditar em mim. Por fazerem o possível e o impossível para me formar. Por permitirem que me dedicasse apenas aos estudos, sem cobrar nada mais de mim.

Ao meu namorado, Pedro Talles de Oliveira Neto, por ser companheiro, incentivador e também por ouvir sobre os meus momentos de lamentos e de alegrias relacionadas ao curso com paciência.

Ao meu gato de estimação, Nininho (in memoriam). A quem eu recorria quando estava exausta psicologicamente e me acalentava com seus carinhos. Quem me esperava em casa todas as noites ao término das aulas. Obrigada por ter sido AMOR e PAZ em todos esses anos. Meu coração dói de saudade.

O meu agradecimento mais que especial ao meu orientador e grande amigo, Professor Doutor Agostinho Junior Holanda Coe. Por ter sido o meu maior incentivador na vida de pesquisadora. Por me ajudar na pesquisa em Parnaíba e nas demais viagens a Teresina. Sou muito grata, você é muito mais que um orientador, um verdadeiro amigo.

Ao NUPEDOCH, por ter sua parcela de participação importante nessa pesquisa. Por organizar as viagens e hospedagens em Teresina, lugar no qual apresentei alguns trabalhos. Registro aqui o meu muito obrigado ao Núcleo, por acreditar em nós, alunos.

Ao curso de História e a Universidade Federal do Piauí, pelo apoio recebido durante a minha graduação.

Ao PIBID e a CAPES, pelas experiências que me proporcionaram e pela ajuda financeira da bolsa que foi essencial para chegar até esse momento do curso.

Quero registrar um agradecimento especial ao professor Gleison Monteiro, por ter aceitado o convite de ler este trabalho quando o mesmo ainda estava em fase inicial e ter contribuído com ideias de como o texto poderia se desenvolver. Agradeço as contribuições e sugestões.

Por fim, a Emanuela Cavalcante e Lucivânia Oliveira. Minhas amigas, companheiras, suporte para os dias difíceis nessa jornada acadêmica.

“A doença pertence não só à história superficial dos progressos científicos e tecnológicos como também à história dos saberes e das práticas ligadas às estruturas sociais, às instituições, às representações, às mentalidades”.

(LE GOFF, 1985, p. 8)

RESUMO

O presente trabalho faz uma análise sobre os dados de internações da Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba durante a década de 1930. Esses dados apresentam informações relevantes que possibilitam levantar hipóteses e problemáticas interessantes. Através dessas informações foi possível identificar as principais doenças que acometeram a cidade na época, identificar uma quantidade considerável de cearenses atendidos na Santa Casa de Parnaíba além de refletir o uso constante do termo “moreno” no que diz respeito à declaração de cor do paciente. As averiguações feitas tendo por base os documentos da Santa Casa foram associadas a outras fontes para a construção das reflexões, entre elas; o Almanaque da Parnaíba; edições do Jornal A Praça; a Revista da Associação Piauiense de Medicina e alguns Relatórios de Governo do Estado que permitiram uma contextualização de questões relacionadas à saúde e a doença em Parnaíba/Piauí com o processo de institucionalização e interiorização da saúde pública que o Governo Vargas tentava fazer na década de 1930, aliando ainda essa contextualização com a forte influência dos discursos higienistas que eram bastantes presentes na época.

Palavras-chave: Santa Casa de Misericórdia. Parnaíba. Saúde. Doenças.

ABSTRACT

The present work analyzes the data on hospitalizations at the Holy House of Mercy of Parnaíba during the 1930. These data present relevant information that make it possible to raise interesting hypotheses and issues. Through this information, it was possible to identify the main diseases that affected the city at the time, identify a considerable number of people from Ceará treated at Holy House of Parnaíba, in addition to reflecting the constant use of the term “brown” with regard to the patient's declaration of color. The inquiries made based on the documents of the Holy House were associated with other sources for the construction of the reflections, among them; the Almanac da Parnaíba; editions of the Newspaper The square; the Association Magazine Piauí de Medicine and some State Government Reports that allowed a contextualization of issues related to health and disease in Parnaíba/Piauí with the process of institutionalization and interiorization of public health that the Vargas government tried to do in the 1930, still combining this contextualization with the strong influence of hygienist discourses that were quite present at the time.

Keywords: Holy House of Mercy. Parnaiba. Health. Illnesses.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO I- Declaração de cor em 1930.....	31
GRÁFICO II- Naturalidades com maiores registros de internos em 1934.....	33
GRÁFICO III- Doenças com maior registro de internações em 1930.....	39
GRÁFICO IV- Doenças com maior registro de internações em 1931.....	39
GRÁFICO V- Doenças com maior registro de internações em 1932.....	39
GRÁFICO VI- Doenças com maior registro de internações em 1933.....	40
GRÁFICO VII- Doenças com maior registro de internações em 1934.....	40
GRÁFICO VIII- Doenças com maior registro de internações em 1935.....	40
GRÁFICO IX- Doenças com maior registro de internações em 1936.....	41
GRÁFICO X- Doenças com maior registro de internações em 1937.....	41
GRÁFICO XI- Doenças com maior registro de internações em 1938.....	41
GRÁFICO XII- Doenças com maior registro de internações em 1939.....	42
GRÁFICO XIII- Comparação da incidência da sífilis e da malária nos anos 1930-1939.....	42

LISTA DE MAPAS E IMAGENS

Mapa I – Piauí.....	34
Mapa II – Bacia Hidrográfica do Piauí.....	36
Imagem I – Fachada Principal da Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba.....	18
Imagem II – Inauguração do Novo Pavilhão.....	18
Imagem III – Propaganda de incentivo a práticas quotidianas para a conservação da saúde.....	24
Imagem IV – Propaganda de remédio para impurezas do sangue relacionadas à sífilis.....	44
Imagem V – Propaganda do Elixir Depurativo do Hymalaia.....	45
Imagem VI – Mosquito transmissor da Malária.....	51
Imagem VII – Trabalhos de desobstrução do Rio Parnaíba.....	56
Imagem VIII – Trabalhos de desobstrução do Rio Parnaíba.....	57

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
AS DOENÇAS TÊM HISTÓRIA	10
1. AS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA	12
1.1 Os indivíduos atendidos pelas Santas Casas de Misericórdia.....	12
1.2 Algumas considerações sobre a Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba.....	16
1.3 Relações entre assistência, caridade e filantropia.....	19
2. QUESTÕES DE SAÚDE E HIGIENE - CONSIDERAÇÕES A PARTIR DOS REGISTROS DE INTERNOS DA SANTA CASA DE PARNAÍBA	22
2.1 O Discurso Higienista.....	22
2.2 A interiorização de medidas de saúde pública no Piauí.....	25
3. OS LIVROS DE INTERNAÇÕES DA SANTA CASA DE PARNAÍBA (1930-1939)	31
3.1 O perfil dos atendidos.....	31
3.2 As doenças encontradas nos registros de internações.....	38
3.3 Sobre a Sífilis.....	43
3.4 Sobre a Malária/Paludismo.....	50
3.4.1 A questão da Malária em Parnaíba: Algumas considerações.....	53
CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
FONTES	61
REFERÊNCIAS	62

INTRODUÇÃO

O presente trabalho é fruto de uma grandiosa jornada acadêmica, vários obstáculos foram enfrentados para chegar até este momento. Através de viagens de cunho acadêmico junto ao meu orientador, Agostinho Júnior Holanda Coe, surgiram diversas possibilidades de pesquisa, mas nenhuma me instigou demasiadamente como esta.

Os anos da minha graduação e o sério envolvimento com o curso foram bastante intensos. Vários foram os projetos que participei, entre eles: 18 meses de PIBID; três anos no Núcleo de pesquisa e documentação em História – NUPEDOCH e dois anos de Iniciação Científica Voluntária – ICV. Além disso, houve ainda a participação, organização e apresentação de trabalho em eventos, entre eles: a SEMHIPI – Semana de História de Picos, a qual com muito entusiasmo sempre me envolvia na organização de eventos ligados também à história da saúde e das doenças. A participação em vários projetos permitiu diversificar esta trajetória acadêmica, contemplando o âmbito do ensino, da pesquisa e da extensão.

O objeto de estudo desse trabalho surgiu através da participação no ICV/UFPI. O tema do projeto ao qual fui convidada a participar, pelo professor Dr. Agostinho Júnior Holanda Coe, era história da saúde e das doenças. No início surgiram muitas dúvidas, incertezas e até medo. Comecei as leituras sem ter muita noção do que ler e sem possuir um objetivo específico para procurar nas leituras, visto que era o meu primeiro contato com a pesquisa.

No primeiro ano em que fui aluna da Iniciação Científica Voluntária, realizou-se um levantamento bibliográfico. Afinal, precisava-se conhecer as fontes para apurar qual seria o objeto de estudo da pesquisa de cada projeto. Partindo desse pressuposto, fomos ao Arquivo Público do Estado do Piauí com o apoio do NUPEDOCH – Núcleo de Pesquisa e Documentação em História, o qual sou membro desde 2017. Foi nessa viagem que adentrei o mundo da pesquisa.

No arquivo foram encontradas as primeiras publicações das Revistas da Associação Piauiense de Medicina. Os conteúdos das revistas me causaram chamaram a minha atenção, tendo em vista que os artigos médicos abordavam discussões instigantes sobre a salubridade e sua relação com as doenças existentes no Piauí da época. Então, o primeiro ano de ICV resultou no trabalho: “As Revistas da Associação Piauiense de Medicina e o debate sobre saúde e higiene urbana”. Assim, a partir do estudo das revistas publicadas pela Associação Piauiense de Medicina foi possível entender a relação entre saúde e higiene urbana no Piauí, levando em consideração a vasta quantidade de artigos publicados na revista, em que os

médicos retratavam a falta de higiene como um fator crucial para os surtos de doenças que ocorriam no Piauí nos séculos XIX e XX.

O projeto de ICV ao qual fazia parte foi renovado por mais um ano. Desse modo, resolvemos pensar em um tema mais específico que eu pudesse levar para a monografia e quem sabe uma futura especialização. Surgiu então a oportunidade de uma viagem a Parnaíba – PI e lá passamos três dias. Em um primeiro momento, fomos ao Hospital Colônia do Carpina, para digitalizar possíveis fontes para pesquisa sobre o hospital e também para conhecer o espaço físico. Em um segundo momento, fomos a Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba. Conhecemos o acervo da instituição, fizemos pesquisas e a análise documental. Tivemos a oportunidade ainda de digitalizar as fontes que nos chamaram atenção. Levantando informações através da documentação da Santa Casa, foram encontrados vários livros de registros das internações dos pacientes, uma parte do acervo em particular nos instigou maior interesse: os registros de entrada e saída de pacientes da década de 1930 até o ano de 1940. Foram essas fontes em especial – com a ajuda de outras – que resultaram nesta pesquisa.

A graduação que a princípio teria quatro anos e meio acabou durando cinco anos e meio por conta das intempéries da pandemia da COVID-19. E por falar nesta, nunca imaginei que escrevia o meu trabalho final que aborda questões epidêmicas em meio a uma pandemia. Não é fácil o momento que vivemos, não é fácil até mesmo escrever esse tipo de trabalho relevante para a jornada acadêmica quando se tem em mente a preocupação com a própria vida e a de seus entes queridos. No mais, acho de extrema importância ressaltar que a pandemia começou no início de 2020 ainda tinha o objetivo de voltar a Parnaíba e até o Arquivo Público do Estado do Piauí para pesquisar por novas fontes que me ajudassem a pensar os meus objetos de estudo. Tendo em vista esse cenário pandêmico, os planos foram reformulados e passamos a utilizar apenas as fontes que tínhamos digitalizado no período de ICV e também com o suporte de algumas outras fontes encontradas na internet, que vem sendo uma grande aliada em tempos de coronavírus.

O primeiro capítulo desse trabalho tem o intuito de fazer um breve histórico sobre as Santas Casas de Misericórdia, trabalhando a sua criação e trajetória inicial, bem como os objetivos no qual foram construídas e sua expansão pelo império português. Além de algumas modificações que aconteceram ao longo do tempo e as permanências de um ideário assistencial que se transportou para o Brasil. O capítulo aborda também a questão dos indivíduos atendidos pelas Santas Casas, os chamados “pobres trabalhadores” e depois relata como com o passar do tempo como as concepções sobre os pobres atendidos foram mudando com a emergência da assistência e da filantropia. Faz-se ainda algumas considerações sobre

particularidades da Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba, trazendo informações sobre o período em que ela se estabeleceu na cidade.

No segundo capítulo do texto pretende-se abordar as questões de saúde e higiene, e de que formas elas estavam presentes no Piauí, como por exemplo: questões relacionadas ao discurso higienista e como se deu a interiorização de medidas de saúde pública propostas pelo governo federal na década de 1930 no Piauí. Essa análise foi feita a partir do contato com os relatórios de governo do período que possuem informações sobre a saúde pública do Estado, contando também com a ajuda de alguns trabalhos importantes sobre a temática e com o acesso a algumas edições do Almanaque da Parnahyba. O capítulo aborda ainda questões relacionadas ao perfil dos pacientes atendidos pela Santa Casa de Parnaíba, conforme consta nos livros de internação, entre os destaques que instigaram o debate estão a grande quantidade de pessoas autodeclaradas “morenas” e a forte presença de cearenses nos dados.

O terceiro capítulo do texto pretende fazer um levantamento das principais doenças que acometeram Parnaíba nos anos de 1930 a 1939, através de gráficos que foram construídos a partir da leitura e análise das fontes. Além de demonstrar as principais doenças encontradas, o capítulo tem o intuito de discorrer sobre as mais recorrentes – sífilis e malária – apresentando algumas hipóteses relacionadas à ocorrência dessas doenças na cidade de Parnaíba. Esse capítulo foi constituído com a finalidade de mostrar ao leitor a metodologia do uso de gráficos que foi utilizada para a organização e análise das fontes.

Objetiva-se ainda trabalhar essas doenças no contexto durante o início do século XX, período de grandes mudanças no tocante à saúde dentro de um âmbito nacional, com o aumento da preocupação para com as doenças epidêmicas que existiam no Brasil. Além de que, foi também o período de efervescência dos discursos higienistas e propagandas do governo para que se tivesse um cuidado no que diz respeito à salubridade da sociedade brasileira. É também nesse recorte temporal que o movimento sanitarista se efetivou no país, num processo de centralização e interiorização das políticas voltadas para a saúde.

AS DOENÇAS TÊM HISTÓRIA

Recordo-me nesse momento de quando apresentei o meu trabalho de ICV pela primeira vez na exposição do seminário de apresentação. As pessoas chegavam próximo ao banner que possuía o título “As Revistas da Associação Piauiense de Medicina e o debate sobre saúde e higiene urbana” e perguntavam se eu era aluna de Medicina, biologia ou enfermagem, quando eu respondia que era graduanda de história percebia a estranheza nos

rostos. Pois, um leitor que não esteja familiarizado com esse campo de discussão da história, a princípio acha estranho o fato de um historiador trabalhar com objeto de pesquisa relacionado à saúde e a doença. Afinal, se tratando de fatores biológicos, o mais “comum” não seria ser objeto de cursos relacionados à saúde? Este trabalho, as referências nele usadas e outra enorme gama de textos confirmam que saúde e doença não é somente tema de pesquisas médicas e afins.

É importante destacar que além dos fatores patológicos, que a colocam sob domínio das ciências da saúde, a doença é também um fato social. Quando estudada desse modo, levando em consideração o contexto em que está inserida, ela reflete significados e sentidos que demonstram perspectivas e pensamentos que as sociedades elaboram sobre um flagelo, ao apontá-la vários são os posicionamentos atravessados culturalmente que as sociedades têm em determinada época. Além disso, é importante destacar que o estudo das doenças em uma perspectiva social possibilita o estudo também da sociedade em que estavam inseridas.

É preciso lembrar que a doença também pode ser objeto de estudo do historiador, pois a doença como objeto histórico não é nenhuma novidade para a historiografia. Jacques Le Goff (1985) defendeu que a doença pertence não somente à história superficial dos progressos científicos e tecnológicos como também à história dos saberes e das práticas ligadas às estruturas sociais, às instituições, às representações e às mentalidades. O que o autor quis dizer é que a história quando tem por objeto de pesquisa as doenças trata destas diferentemente de como era escrita em séculos anteriores por profissionais da saúde, estes que se preocupavam muito mais em exaltar narrativas sobre enfermidades no sentido de mostrar como a ciência médica desenvolvia o papel de libertar os humanos dos flagelos. A historiografia por outro lado tende a revelar sentidos sociais atribuídos às doenças, mostrando os pensamentos e sensibilidades de outras épocas.

Com base em registros que os médicos e os hospitais deixaram, o historiador tende a encarar o flagelo constituindo-o como um objeto especial, no qual através dele o pesquisador poderá perceber sentidos amplos e complexos que envolviam as relações sociais e de poder por meio dos valores e/ou práticas erguidos sobre a enfermidade.

No presente texto pretende-se ir além do estudo da saúde e da doença enquanto fator biológico, abordando-as também como elemento social, observa-se as articulações e compreensões de diversos grupos e atores sociais, possibilitando assim trazer à tona os olhares diferentes sobre determinadas doenças, a sua propagação e cura.

1. AS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA E O IDEÁRIO ASSISTENCIAL

Levando em consideração as fontes principais de estudo deste trabalho, os livros de internações da Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba, as leituras foram direcionadas para a história das Santas Casas de Misericórdia e o contexto social durante a consolidação dessas instituições.

No capítulo I, o trabalho abordará questões ligadas ao perfil de atendidos da instituição durante o seu período de consolidação no Brasil e também algumas questões particulares da Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba no seu contexto de abertura e manutenção, além de tratar da instituição e sua relação com a caridade, assistência e filantropia.

Através do estudo das Casas de Misericórdia em uma perspectiva macro pode-se compreender questões locais e que podem ser problematizadas nos registros da Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba. Ao longo do trabalho, apresentamos questões encontradas nos registros da instituição em Parnaíba que estão intimamente ligadas ao contexto social do período do início do século XX: o começo da República, os discursos higienistas e o início de uma série de políticas públicas voltadas para a contenção de doenças endêmicas e epidêmicas no Brasil.

A importância da temática do estudo das Santas Casas de Misericórdia se justifica pelo fato de que os hospitais são um tipo de microcosmo da sociedade, ou seja, refletem a dinâmica de funcionamento dos contextos em que estão inseridos. Assim, conseguimos através do estudo dos livros de internações da Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba ter uma noção de muitos assuntos relacionados ao contexto de Parnaíba na década de 1930 através dos perfis dos sujeitos que eram tratados naquela instituição e das informações presentes nesses dados.

1.1 Os indivíduos atendidos pelas Santas Casas de Misericórdia

Com base nas leituras feitas, procurou-se compreender um pouco mais sobre a história das Santas Casas, da sua origem, e as funções desempenhadas por elas como instituições de grande importância no Brasil e no mundo. Assim, fazendo um levantamento da história dessa instituição a partir de outros trabalhos realizados foi possível facilitar o processo de compreensão de questões presentes na Santa Casa de Parnaíba.

Baseado nesse levantamento bibliográfico foi possível compreender o contexto de surgimento das casas de caridade em 1498 em Lisboa, Portugal, pela rainha D. Leonor. Após essa data essas instituições foram se espalhando por todo o império português e assumiram uma missão primordial: fazer visitas aos necessitados, prestar serviços de caridade e assistência, pois não existia na estrutura montada pela administração portuguesa de suas colônias uma instituição específica para prestar esses serviços.

Segundo a historiadora Isabel Sá (1998) em “*A reorganização da caridade em Portugal em contexto europeu*”, a singular uniformidade institucional portuguesa é analisada em função da existência de uma cultura radicada da caridade na casa real e que se assume alargada a grande parte da população. Essa cultura retirava das obras de misericórdia o vocabulário da caridade e baseava-se na apologia da esmola, entendida como uma forma de libertar a alma da sua prisão terrena, o corpo, a esmola legitimava por sua vez as relações pessoais de patrocínio e dependência existentes entre doador e receptor, projetando a relação rei-súbditos na esfera das relações sociais.

É possível notar que essas instituições surgiram com o sentido principal da prática da caridade, sendo essa prática intimamente ligada ao imaginário cristão de salvação pelas boas ações em vida, pois se acreditava que dar esmola aos mais necessitados ajudava a libertar a alma dos pecados terrenos, isto é, seria um ato que agradaria a Deus, para serem salvos deveriam ter amor ao próximo e temor a Deus. Além disso, era necessário cuidar da pobreza assim como a simbologia religiosa de Jesus pregado. Dentro dessa lógica, as Misericórdias foram se desenvolvendo nos territórios sob a administração do império luso, tornando-se uma instituição que prestava uma série de serviços assistenciais, preenchendo algumas demandas básicas da sociedade, já que não se tinha ainda outras instituições que realizassem tais trabalhos.

Nesse sentido, a historiadora Maria Marta Lobo de Araújo no texto: “*Dar aos pobres e emprestar a Deus: as misericórdias de Vila Viçosa e Ponte de Lima (Séculos XVI-XVIII)*”, nos informa que essas instituições eram compostas por membros das elites locais e a partir dos serviços prestados pelas Santas Casas juntavam-se ricos e pobres, embora ocupando lugares completamente diferentes. De um lado ficavam os ricos, do outro, os pobres. Uns recebiam e outros distribuía, entretanto ambos pretendiam o reino dos céus. Os ricos tinham a convicção de que servindo aos pobres e disponibilizando-lhes suas riquezas alcançariam mais facilmente o reino celeste. Ainda segundo a historiadora: “[...]a caridade cumpria objetivos cristãos que defendiam comportamentos a quem dava e a quem recebia pautando

submissão e gratidão para os pobres e aconselhando desprendimento e humildade aos ricos, que por sua vez se consideravam pobres aos olhos de deus”. (ARAÚJO, 2000, p. 22)

Em outro texto da historiadora Maria Marta Lobo de Araújo (2009) “*As Misericórdias quinhentistas do senhorio da Casa de Bragança*”, ela ressalta a facilidade com que as misericórdias se espalharam por todo o império português e a rapidez da constituição de novas misericórdias nas colônias sob o domínio luso. Este esforço, segundo a autora, foi replicado amplamente nas terras de Bragança que assistiram as instalações de várias casas de misericórdia na primeira metade do século XVI. É notório que essas misericórdias se espalharam rapidamente, levando consigo o ideário de caridade cristã e o desejo de propagar a religiosidade portuguesa, carregando todo o seu aparato cristão para as colônias do Império.

A Santa Casa prestava atendimento principalmente a doentes pobres, pessoas que não possuíam condições de pagar pelo tratamento e nem de se manter, o privilégio era a pobreza urbana, indivíduos que viviam em condições de higiene precárias, por isso estavam supostamente mais suscetíveis a contrair doenças. Os membros das Santas Casas agiam então como reformadores sociais, pois também ajudavam nas questões sociais e nos contextos históricos em que estavam inseridos, todavia os estatutos das Santas Casas deixavam claro a valorização do “pobre trabalhador”, pois somente este deveriam receber ajuda, aqueles que fossem avessos ao trabalho, eram considerados “vagabundos” e não deveriam ser ajudados.

Segundo Alexandre Wellington dos Santos Silva (2017), a pobreza era hegemônica em Parnaíba em 1920. Eram 3.687 pessoas que viviam da exploração do solo, como agricultura, criação, caça e pesca. E 16.856 indivíduos que eram os “diversos”, pessoas que viviam de suas rendas, do trabalho doméstico e de profissões não-declaradas. Somados, são 20.543 pessoas circulando nesse âmbito de trabalhadores, ainda existiam os comerciantes, operários de diversas origens e setores que recebiam pouco ou quase nenhum subsídio estadual ou municipal. Nessa época a cidade contava com 24.112 habitantes, dado que permite vislumbrar as diferenças socioeconômicas da cidade, quando comparado ao número de trabalhadores citado anteriormente.

Para o autor, os “trabalhadores pobres” seriam aqueles que viviam da sua própria força de trabalho, sem ocupações fixas, subsistindo entre um mercado de trabalho flutuante, seria o pobre que trabalhava para manter-se aos seus, não lhe sobrando para aforro, tratava-se de pessoas que nem sempre trabalhavam e que viviam de pequenos expedientes e tarefas. O autor relembra que esses trabalhadores pobres em Parnaíba eram as lavadeiras, os meninos de recado, os carregadores de água e de lenha, os catraieiros, os vareiros, os ladrões de galinha, os mendigos e as prostitutas (SILVA, 2017).

A princípio nas instituições de misericórdia só seria prestada assistência aos pobres que estivessem ausentes do trabalho quando a impossibilidade do trabalho levasse a pobreza, como: por motivos de doença, velhice, orfandade e viuvez, isto é, quando fossem pessoas que estivessem impossibilitadas de adentrar ao mundo do trabalho. O conceito de pobreza utilizado é o mesmo abordado por Maria Antônia Lopes (2000) e explicitado abaixo, mesmo a autora tratando do assunto em contexto diferente dessa pesquisa, ela trata durante o Antigo Regime e esse trabalho tem como base o recorte temporal do início do século XX. Aliado ao debate sobre o conceito de pobreza é fundamental também trabalharmos a ideia de privação:

[...] Assim sendo, e embora a ideia de privação seja também imprecisa, considero que é pobre na época moderna todo aquele que sofre privações pelo menos numa das seguintes necessidades básicas: alimentação, vestuário e alojamento. Ora, ser ou não proprietário, ter ou não remuneração laboral compatível com as necessidades e ainda trabalhar ou não trabalhar são fatores fundamentais para escapar ou cair na pobreza numa sociedade de Antigo Regime. (LOPES, 2000, p. 16.)

Trabalhando a pobreza em suas concepções históricas, esta esteve relacionada a necessidade de trabalho e, mais recentemente, a sua ausência. No século XVI, só os pobres trabalhavam, visto que por trabalho se entendia apenas a prática manual, com o avanço do capitalismo a pobreza passou a caracterizar quem não trabalhava ou que por ser incapaz não pudesse trabalhar.

A partir do século XVIII, com o livre acesso ao trabalho e após a ruptura das amarras impostas pelas relações paternalistas no campo, o indivíduo que não trabalhasse sofreria pela ausência de mecanismos de proteção social, pois estes seriam considerados “desocupados”. Segundo Robert Castel (1998), existia trabalhadores capazes de trabalhar, mas empobreciam por não conseguir fazê-lo. Eles seriam qualificados pelo autor como indigentes válidos, esses eram fatores ainda levados em consideração pelas casas da misericórdia a princípio, pois estas só prestavam assistência aos pobres que fossem impossibilitados de trabalhar.

Com base nas leituras, foi possível notar que os “desocupados” não seriam atendidos, em um primeiro momento de funcionamento dessas instituições, entretanto essa concepção reforçava a ideia de uma caridade seletiva, onde só seria ajudado aquele que “merecesse” ajuda, desse modo eram excluídos, por exemplo, como pessoas de “moral questionável”.

Com o passar dos séculos, entre o século XIX e início do século XX mais precisamente, foram ocorrendo mudanças na concepção de pobreza no mundo ocidental, a pobreza foi atribuída a condicionantes ambientais, genéticos e sociais, as alterações de perspectivas conduziam a alterações nas formas de combate à pobreza, a partir disso coube ao Estado a maior parte de contribuição no combate à pobreza, tendo ainda assim ajuda do setor privado (filantropia), a assistência ao pobre deixava de ser apenas ao incapaz de trabalhar e

passava a ser uma preocupação social dos governos e da sociedade em geral, o pobre passava a ser entendido como indivíduo que não estava fadado permanentemente ao insucesso e sim alguém que vivia em uma dificuldade provisória.

Portanto, as casas de misericórdia e os religiosos que nela trabalhavam defendiam que a caridade e a assistência aos mais necessitados seriam o meio indispensável para reduzir as mazelas da sociedade, por meio dessas instituições os pobres poderiam além de tratados, serem educados a mudar os seus hábitos de vida.

1.2 Algumas considerações sobre a Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba.

Segundo Naira Lorena de Oliveira Veras (2014), a condição de saúde pública no Brasil desde o período provincial até o republicano se apresentava de forma precária, havia surtos de epidemias de febre-amarela, malária, sífilis, cólera e estes se espalhavam pelo Brasil em várias regiões atingindo os brasileiros.

Os governos e médicos na passagem do século XIX para o XX relatavam que o Brasil se tornava um imenso hospital cheio de enfermos. O aspecto da falta de salubridade nos ambientes era o grande causador de proliferação das epidemias, para esses médicos o meio influenciava e interagía sobre a saúde da população.

Parnaíba foi marcada por epidemias que atingiram algumas classes sociais, no entanto a grande preocupação das autoridades de governo eram os mais pobres, que estavam mais expostos a moradias precárias sem a salubridade adequada e não tinham acesso ao atendimento médico ou de remédios e acabavam por ser os mais atingidos pelas moléstias epidêmicas (VERAS 2014).

Uma das principais medidas adotadas para combater o avanço de epidemias em Parnaíba nos séculos XIX e XX era a fiscalização das embarcações que chegavam ao porto de Amarração. A organização sanitária da cidade contava com ajuda da polícia local para fiscalizar a entrada e saída de embarcações no litoral, esse controle de cargas e passageiros se tornava mais constante a cada surto de epidemias, pois a disseminação de moléstias em cidades portuárias estava ligada não apenas ao estado sanitário da cidade, mas relacionada também com a higiene dos navios e o transporte de pacientes doentes advindos de outras províncias e países (VERAS, 2014).

Mesmo com a tentativa do Estado no tocante à ordenação das cidades e a conduta dos seus habitantes, muitos problemas ainda persistiam, as autoridades de governo e a iniciativa

privada perceberam a precariedade da higiene no ambiente público de Parnaíba e realizaram o pedido de construção de um hospital de caridade e de um cemitério.

Segundo Aleisa De Sousa Carvalho (2016), a Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba foi fundada em 24 de abril de 1896, a partir da iniciativa privada. Os fundadores seriam pessoas que representavam a elite da época, comerciantes, fazendeiros, políticos e coronéis, esses indivíduos estariam inspirados na ideologia republicana de ordem e controle social em que seria necessário afastar dos centros das cidades os sujeitos ameaçadores da ordem.

A autora relata que o doutor Cândido de Almeida Athayde, médico e diretor clínico da Santa Casa de Parnaíba em 1940 chegou a relatar em um breve histórico sobre a instituição que na realidade parnaibana do período era comum encontrar pessoas consumidas pela bebida alcoólica e por doenças contagiosas, portanto segundo o autor, Parnaíba requeria intervenção e prevenção, pois nela existiam sujeitos que ameaçavam a ordem. Nesse sentido, a construção da Santa Casa na cidade seria um elemento essencial para a manutenção de um espaço “organizado” e saudável.

Conforme uma publicação de autor não identificado presente no Almanaque da Parnahyba (1929), a Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba foi fundada pelo Dr. Manuel Fernandes de Sá Antunes juntamente com outras personalidades parnaibanas, ela foi criada com o propósito de oferecer serviços a pessoas pobres e marginalizadas da sociedade, principalmente nos períodos de secas e inundações, períodos nos quais as classes mais pobres estavam mais vulneráveis à fome e doenças:

Seria difícil de descrever com precisão a soma imensa de benefícios prestados a pobreza desvalida por esse pio estabelecimento de caridade, mormente nas épocas de secas e inundações, quando a fome e o paludismo mais intensamente flagelam às classes pobres desta cidade e da circunvizinhança. Igualmente seria difícil de descrever os serviços prestados com excessivo gesto de filantropia pela classe médica de Parnahyba á Santa Casa, através de sua útil e proveitosa existência. (ALMANAQUE DA PARNAHYBA, p. 81, 1929)

De acordo com o Almanaque da Parnahyba de 1929, as consultas médicas realizadas eram em sentido filantrópico e sem remuneração, assim como os atendimentos de enfermaria, porém estes eram feitos por pessoas leigas e sem formação na área. No início do século XX, assumiram a direção da congregação interna as primeiras irmãs de caridade, da Congregação das Filhas do Coração de Maria, vindas do Pará para dito fim, na mesma ocasião foi admitida uma enfermeira diplomada e algumas ajudantes.

Nesse período já existia no prédio da Santa Casa as salas de operações, curativo, gabinete médico e dentário instalados, no entanto surgiu a vontade de melhorar e aumentar a

Santa Casa, especialmente no tocante à remodelação do velho prédio e construção de um novo e moderno pavilhão, que seria adaptável ao tratamento de pensionistas e maternidade.



IMAGEM I: Fachada principal da Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba. FONTE: ALMANAQUE DA PARNAHYBA, 1928.



IMAGEM II: Inauguração do novo pavilhão. FONTE: ALMANAQUE DA PARNAHYBA, 1929.

As reformas que aconteciam na Santa Casa, constatadas no Almanaque da Parnaíba, são um excelente exemplo no que diz respeito às mudanças do conceito de saúde pública que acontecia no Brasil no início do século XX. O que antes seria um espaço destinado apenas para concentração de doentes flagelados, com o propósito de tratá-los e também de limpar o espaço público desses ditos doentes marginalizados, agora seria também um espaço reservado

a setores definidos de acordo com sua função. Como constam no Almanaque do ano de 1929, foram inaugurados espaços reservados a enfermaria, maternidade, capela, lavanderia, cemitério, dentre outros, o que tornava a Santa Casa além de um ambiente de prestação de caridade também uma instituição de assistência médica para os ditos curáveis.

Como é perceptível na inauguração do novo pavilhão, a construção de um prédio “mais avançado” caracterizava as transformações das normas de conduta aderidas por Parnaíba no início do século XX, com o fim não apenas de aderir aos padrões europeus de civilidade, mas também com interesse em proporcionar um espaço limpo com indivíduos saudáveis a fim de não prejudicar as transações comerciais e assim fazer a cidade de Parnaíba prosperar para o século que acabava de começar.

1.3 Relações entre assistência, caridade e filantropia

É notório que as Misericórdias com o passar do tempo, sobretudo no início da República, passaram a ser utilizadas como uma extensão dos governantes locais com relação à saúde e assistência que deixaram de ser nomeadas como instituições de caridade, assim ganhando o status de instituições filantrópicas ou assistenciais.

O período republicano também foi um momento marcado no Brasil por uma tentativa de maior controle social, pois cabia ao Estado interferir nas questões sociais relacionadas à modernidade e higienização, sendo caracterizado pelo acirramento de muitas doenças. Nesse sentido, com as epidemias e endemias, o hospital ganha outro sentido, ele deixava de ser um espaço para tratamento apenas daqueles que já estavam nos estágios mais avançados de suas doenças, para também servir as pessoas curáveis, não podendo mais destinar-se apenas aos pobres, idosos, inválidos e crianças desamparadas.

As Misericórdias continuaram prestando assistência a esse tipo de público, no entanto foi preciso construir outros espaços nos hospitais para abrigar os tidos como “incuráveis”. Diante do exposto, é pertinente que dentro da instituição existiam duas concepções principais: a caridade, que seria a “piedade” prestada a esses incuráveis, um receio de abandoná-los e a própria assistência prestada pelo Estado, que no período passava por discursos higienistas que alertavam sobre a necessidade de criação de políticas públicas voltadas para o tratamento das doenças.

Segundo Aleisa Carvalho (2016), no trabalho monográfico: “Pobres Infelizes” à espera de ‘almas caridosas’: Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba no início do Século XX (1914-1928)”, apesar do estatuto que regia a instituição afirmar que qualquer cidadão poderia

fazer parte do quadro de irmãos, as categorias sociais mais presentes nas mesas administrativas, seriam: comerciantes, fazendeiros, políticos, juristas, coronéis e outros representantes da elite local. Logo, para ser membro do corpo diretor da instituição devia-se “gozar do conceito público” ser uma pessoa influente na sociedade, demonstrando assim o seu caráter elitista.

Dessa forma, também percebe-se como o conceito de filantropia estava ligado às elites locais, a partir da reunião de pessoas que participavam de um mesmo movimento de expressão e de identidade de doador, as elites locais se reuniam e faziam doações para a manutenção da instituição, cumprindo seu papel filantrópico, mas ganhavam em troca maior prestígio social dentro da instituição ou fora dela. As doações para essas instituições tinham relação também com as relações políticas locais, pois esses dispêndios misericordiosos geravam títulos a quem doava, quanto maior a doação, maior o título, retornando aos doadores em forma de maior poder de barganha política.

Foi possível perceber a partir do estudo de algumas edições do Almanaque da Parnaíba que nos artigos publicados nesses livros anuários, de vez em quando saíam notas informando sobre doações ou mesmo agradecimentos por doações a santa casa, o que acreditamos ser uma forma de influenciar os cidadãos parnaibanos a doarem:

É preciso assinalar a valiosa cooperação do comércio, funcionalismo público e do povo em geral da Parnaíba para chegar a Santa Casa ao atual resultado. Além disto, tem se recorrido, aliás com muito êxito, a várias firmas comerciais solicitando óbolos: por quanto as verbas públicas e particulares que constituem a receita ordinária do citado estabelecimento apenas dão para a manutenção hospital sempre cheio de doentes e inválidos desta cidade e de outros municípios deste estado e de estados vizinhos – Ceará e Maranhão. As economias existentes, oriundas de vários donativos foram aplicadas agora na construção do pavilhão novo. Pêlo clichê fotográfico verão os leitores quanto vale a boa vontade duma meia dúzia de pioneiros do Bem em prol das causas santas que bem merecem o apoio unânime dos habitantes de Parnaíba. (ALMANAQUE DA PARNAHYBA, 1929, p. 83)

Em outro momento foi possível observar que os Almanaques possuíam uma “galeria dos parnaibanos”, esta que existia para homenagear com uma folha inteira o nome de algum cidadão da Parnaíba que por algum motivo merecesse tal homenagem. No ano de 1932, o chamado Dr. Francisco de Moraes apareceu na galeria (segundo o almanaque) porque era justo receber essa honra por ser generoso. É interessante observar a questão de que os cidadãos que praticavam grandes doações e atos generosos eram valiosos aos olhos da imprensa:

Possuidor de elevados dotes intelectuais e morais aprimorados por sólida cultura e vasta experiência, Francisco Correa, realça mais ainda pelos seus sentimentos de generosidade, pela bondade do seu coração imensamente grande, sempre aberto para

expargir benefícios sem exigir nem esperar retribuições, a não ser a íntima satisfação de praticar o bem, de minorar os sofrimentos não só dos seus amigos, mas de quem quer que seja que a ele recorra. (ALMANAQUE DA PARNAHYBA, p. 7, 1932)

Rafaela Martins Silva (2016) afirma ao falar sobre a Santa Casa de Misericórdia de Teresina:

Os interesses dos irmãos em se vincular a associação nem sempre eram somente de caráter religioso ou material, mas também estavam relacionados à visibilidade e ao destaque que isso proporcionava diante da cidade. Ademais, os indivíduos benfeitores eram tratados com prestígio no tocante a preservação de suas memórias e ganhavam notoriedade através da imprensa local. (SILVA,2016, p.104)

Essa filantropia que a princípio não estava baseada nas virtudes cristãs, pois o doador era tratado como um indivíduo que doava para divulgar as suas próprias obras e não tomando como base a salvação eterna, tomava forma sob justificativa também numa maior secularização da sociedade, sendo as explicações religiosas gradativamente substituídas pelas explicações liberais e científicas na primeira metade do século XX.

A relação entre caridade, filantropia, assistência e pobreza no Brasil ganha evidência com a emergência da chamada questão social – como se passou a denominar a preocupação com o pobre e a pobreza urbana, que no Brasil está vinculado ao processo de abolição da escravatura. Contudo, a preocupação com o pobre passou pelas ações das sociedades ocidentais ao longo dos séculos e foi se alternando, concomitante com a própria percepção da pobreza e sua transformação em questão social. A mudança do foco da atuação destes homens para o “pobre urbano” e não só mais para o “pobre” anunciava o longo debate sobre o papel do Estado nessa sociedade escravista. Nesse novo desenho de assistência, ao Estado, caberiam as ações mais gerais e à filantropia ações mais pontuais.

Desse modo, a questão da construção de políticas públicas transformaram a filantropia e a assistência, com o surgimento de instituições para a atuação de uma elite médica que assumiu para si a responsabilidade de pensar as principais estratégias de contenção das principais doenças endêmicas e epidêmicas que assolavam o país, de um lado uma elite querendo se firmar socialmente e do outro os médicos querendo desenvolver suas políticas públicas a partir da caridade e da filantropia nas Santas Casas de Misericórdia.

2. QUESTÕES DE SAÚDE E HIGIENE: CONSIDERAÇÕES A PARTIR DOS REGISTROS DE INTERNOS DA SANTA CASA DE PARNAÍBA

2.1 O discurso higienista

Foi na Europa, ainda em meados do século XVIII que apareceram os primeiros discursos sobre a elaboração de uma política pública baseada na higiene. Para os franceses, essas novas formas de políticas públicas decorrem da revolução de 1789, a manifestação do higienismo como um ramo da medicina se nota com muita visibilidade na sociedade europeia a partir de meados do século XIX. Desenvolve-se, a partir de então, uma medicina que acentuava as relações entre o homem doente, a natureza e a sociedade. Para Michel Foucault, não se tratava de:

[...] uma medicina dos homens, corpos e organismos, mas uma medicina das coisas: ar, água, decomposições, fermentos; uma medicina das condições de vida e do meio de existência. Esta medicina das coisas já delineia, sem empregar ainda a palavra, a noção de meio que os naturalistas do final do século XVIII, como Cuvier, desenvolverão. A relação entre organismo e meio será feita simultaneamente na ordem das ciências naturais e da medicina, por intermédio da medicina urbana. Não se passou da análise do organismo à análise do meio ambiente. A medicina passou da análise do meio à dos efeitos do meio sobre o organismo e finalmente à análise do próprio organismo (FOUCAULT, 1992, p. 92).

Durante os séculos XVIII e XIX o mundo científico assistiu a síntese dos discursos médico-sanitaristas com as políticas públicas, as teses higienistas se baseavam nas teorias que relacionavam doença e meio ambiente, assim incentivaram a medicalização do espaço e da sociedade, os médicos sugeriam normas de comportamento e de organização das cidades; regras para a construção de habitações, hospitais, cemitérios, escolas, praças, etc. Os higienistas incentivaram a intervenção em ambientes considerados doentios e até mesmo migração sazonal da população nas estações consideradas mais propensas a epidemias, elaboravam tratados de higiene pública nos quais sugeriam normas para a construção dos edifícios.

Através da análise dos tratados elaborados pelos defensores das teses higienistas, podemos associar essas à medida que, ao longo dos últimos dois séculos, vêm sendo implementadas para garantir a salubridade urbana. Depois do século XIX, muitas das intervenções urbanas feitas na sociedade levam em conta as doutrinas higienistas. Entre elas: o formato, a simetria dos edifícios, a localização, a umidade, o sistema de águas e esgotos, a localização dos cemitérios, dos abatedouros, a densidade da população. Todos esses fatores

passam a ter relação com a salubridade e se tornam decisivos para os índices de morbidade da população.

É interessante notar que o interesse econômico foi fundamental para a adoção de práticas higienistas em diversos estados e países, os chefes de Estado consideravam mais rentável investir em obras de saneamento do que deixar as mercadorias deteriorando nos portos. Para as nações comerciais, qualquer atraso no trânsito de mercadorias resultava em muitos prejuízos.

Os médicos fundamentavam-se nas teorias higienistas e passaram a realizar levantamento das características físicas e sociais dos lugares, o que contribuía para diagnosticar os males e localizar a causa das doenças. Os discursos médico-higienistas se engajam na análise mais precisa do habitat, das condições das moradias e na salubridade da urbe, procuravam indicar os lugares saudáveis e os não-saudáveis, em que era recomendável estabelecer núcleos populacionais que se deveria evitar.

Com os estudos, os médicos viram que havia oposições entre campo e cidade, esta última possuía uma população mais concentrada de doentes e muitos casos de mortalidade sendo considerada foco disseminador de epidemias. A partir de então, todo o conjunto de instituições da cidade doentia deveria ser colocado sob vigilância médica.

No século XIX, a enfermidade passou a ser considerada como fenômeno social e essa teoria ganhou ampla difusão, a pobreza, a má alimentação, a falta de moral, a vizinhança de ambientes insalubres e outros fatores econômicos e sociais passam a ser considerados importantes para avaliar o impacto de determinadas enfermidades.

Nos cursos de medicina do Brasil, desde 1840 são defendidas teses higienistas pelos médicos brasileiros, que propõe medidas baseadas em concepções sanitárias para manter a saúde pública, a responsabilidade pela implantação dessas medidas voltadas para a saúde e a higiene estava em grande parte depositada na classe médica. A medicina era considerada portadora do saber científico e percebida como capaz de corrigir e implantar hábitos e influenciar práticas sociais.

Em Parnaíba, nas primeiras décadas do século XX foi possível perceber através de uma propaganda de incentivo a hábitos de higiene presente no Almanaque da Parnahyba do ano de 1930, que esses discursos médico-higienistas chegavam ao estado do Piauí. Acredita-se que a divulgação desses ideais de como manter o corpo saudável, de se cuidar para a manutenção da saúde possuem bastante relação com esses discursos médicos que tentavam implantar hábitos de higiene e que estavam em alta na época. Acredita-se que a publicação e incentivo de preceitos de prática cotidiana para a conservação da saúde no Almanaque seriam

com a intenção de alertar a população aos hábitos básicos de higiene que deveriam ser praticados para que a sociedade parnaibana fosse o menos doente possível, objetivando principalmente não atrasar os ideais de “progresso” da cidade.

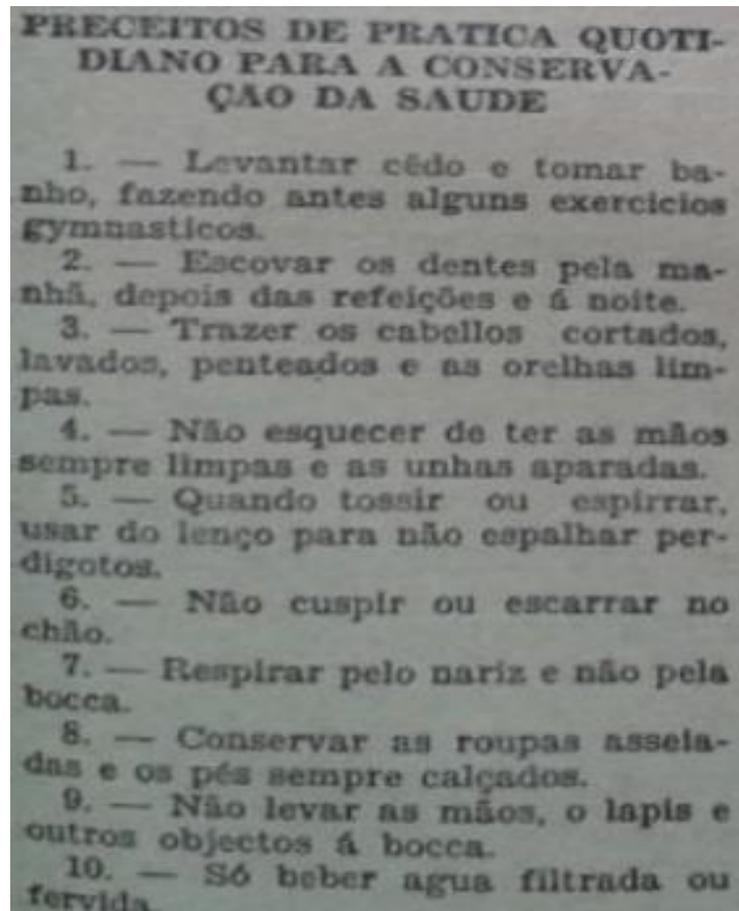


Imagem III: Propaganda de incentivo a práticas quotidianas para a conservação da saúde. FONTE: ALMANAQUE DA PARNAHYBA, 1930.

A publicação e o incentivo de hábitos de higiene como os da imagem acima demonstram uma preocupação na época a respeito de práticas de asseios básicos que a população deveria ter para a conservação da saúde pessoal e também do meio público, como, por exemplo: “[...]quando tossir ou espirrar, usar do lenço para não espalhar perdigotos”, esse conselho provavelmente seria uma tentativa de conter o alastramento de doenças contagiosas.

A partir da observação da divulgação desses conselhos de práticas para a conservação da saúde é interessante observar como os discursos higienistas de indivíduos europeus ganharam o Brasil, influenciando os discursos médicos brasileiros, não só nas grandes cidades metropolitanas, entretanto também no interior do país. Para os médicos era necessário melhorar as condições higiênicas das habitações coletivas e deveria haver legislações no sentido de obrigar os proprietários a construir residências prezando pela saúde dos moradores e pela saúde pública. Coleta regular de lixo, ambiente limpo e arejado com muitas janelas,

calçamento, destinação certa aos esgotos, entre outras regras que eram criadas pelos higienistas e fiscalizadas pelos agentes do governo.

2.2 A interiorização de medidas de Saúde Pública no Piauí

O recorte temporal que essa pesquisa se desencadeia foi um período no qual o debate sobre a saúde pública se intensificava, passando por mudanças significativas sobre a importância da salubridade dentro da sociedade no enfrentamento das doenças endêmicas e epidêmicas. O campo da saúde pública no Brasil era desafiado por um quadro sanitário dramático, a malária grassava pelo interior do país e doenças consideradas venéreas, como a sífilis, ganhavam a atenção dos médicos por serem consideradas um problema sanitário das cidades.

Durante o período varguista, muitos direitos ligados à seguridade social foram instaurados, houve também o aprimoramento de ações de Estado acerca da saúde da nação, com a implantação de campanhas de políticas públicas de saúde. A preocupação do governo federal, dos médicos e dos governos locais com a saúde não poderia ser traduzida apenas pelo interesse na questão do direito social, mas principalmente estava associada a interesses econômicos de classes elitistas. Estes possuíam o interesse de manter as classes trabalhadoras em boas condições de saúde para a manutenção do crescimento econômico brasileiro. Os ideais republicanos do governo Vargas estavam ligados a valores positivistas que levariam a ordem e o progresso, houve a valorização da ciência e de uma visão de mundo europeia que objetivava a modernidade. Nesse contexto, a ciência seria a grande instrutora para retirar as nações de um suposto “atraso”.

O governo Vargas influenciado pelos discursos dos médicos sanitaristas possuía o desejo na década de 1930 de interiorizar a saúde pública, incrementado nos estados o MES- Ministério da Educação e da Saúde com o desejo de verticalizar as ações para serem especializadas de acordo com a enfermidade a ser enfrentada. Seriam administradas por um eixo central e implementadas nos estados e municípios, o governo federal com isso tentava ampliar a presença nas mais diversas regiões do país, supervisionando as ações da saúde públicas e exigindo relatórios de saúde dos líderes de governo local, pois os médicos sanitaristas abordavam a questão da federalização da República um grande obstáculo frente a uma ação coordenada com vista ao combate das doenças endêmicas do país. Havia certo clamor pela criação de um Ministério de caráter nacional específico para a saúde brasileira.

Acontecia no país um processo de centralização política da saúde e de campanhas dirigidas ao tratamento das doenças venéreas, como era o caso da sífilis. A ideia de enfermidade era apresentada pelos médicos como um problema que gerava atraso para a nação. Esses preceitos sanitários foram absorvidos com importância pela elite intelectual e política resultando em sua propaganda e aplicação.

Até 1920 a preocupação maior estava ligada ao sanitarismo urbano dos grandes centros, como: o Rio de Janeiro. Com o chamado movimento sanitarista a preocupação adentrou o interior do Brasil foram buscadas soluções e estabelecidas metas, todo o país deveria saber sobre a verdade da situação de vida dessas populações. De acordo com Gilberto Hochman, em sua obra *O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência (1937-45)*, a reforma que existiu no campo da saúde no Brasil foi considerada um grande elemento no processo de construção da ideologia de nacionalidade tão desejada pelas autoridades brasileiras do período da Primeira República, que teve impactos relevantes na formação do Estado Brasileiro.

No início do século XX, a partir das concepções do movimento sanitarista que acontecia no Brasil, a higiene seria o grande instrumento para avançar no progresso no país e excluir o fator que o atrasava e o desqualificava: a enfermidade. O Brasil naquele período era indicado como uma nação de população enferma, fator esse que seria responsável pelo atraso do desenvolvimento e da soberania brasileira. Baseado nessas concepções, autoridades sanitaristas brasileiras debatiam o estabelecimento de políticas que resultassem na resolução dos “flagelos nacionais”, nas primeiras décadas do século XX, o discurso sanitarista brasileiro deu ênfase a questões urbanas, em seguida, a partir da década de 1930 o saneamento rural entrava nos debates de sanitização, a partir de então as políticas públicas de saúde baseadas na higiene adentravam o Brasil.

Segundo Livia Suelen Sousa Morais (2014), a partir da interiorização das políticas públicas de saúde no Brasil, adentraram no Piauí programas de saúde elaborados pela união. Em Teresina, foi criado o posto de saúde da capital, este tinha por função realizar profilaxias das verminoses e do paludismo, além de promover a vacinação contra a varíola e prestar assistência médica de urgência. De acordo com a autora, o então governador do Piauí, em 1924, João Luiz Ferreira salientou que a construção do posto foi o “passo inicial” rumo à promissora campanha de saneamento do Brasil, que nasceu com o vulto de Oswaldo Cruz e continuada por seus discípulos:

A direção dos serviços de saúde foi confiada em 1929, ao Serviço de Saneamento Rural, que, além de se encarregar do combate das doenças mais comuns, como paludismo, verminoses e doenças venéreas também era responsável por fiscalizar a

higiene das habitações. O serviço exigia o cumprimento das obrigações legais quanto às instalações sanitárias, à limpeza de casas e quintais, bem como proibição de permanência, no perímetro urbano, de animais considerados nocivos à saúde. Era de sua alçada a apreensão de gêneros deteriorados, como também exigir que padarias, estúbulos, mercearias e casas de pasto cumprissem as obrigações do Código Sanitário. (MORAIS, 2014, p. 24)

Com a interiorização das preocupações com a saúde pública, os poderes públicos do Piauí assumiam a responsabilidade em realizar planejamento e execução para o funcionamento de políticas públicas de saúde no estado. É importante destacar que apesar do projeto de centralização do governo federal essas políticas públicas tinham que se adaptar às especificidades locais, não se poderia de uma hora para outra achar que os estados da nação possuíam a mesma realidade de aplicação das metas do governo federal, visto que não se podia ignorar os muitos anos em que os estados interioranos do Brasil eram simplesmente levados muito pouco em consideração pelos governos do país (MORAIS, 2014).

No período Varguista, especialmente no Estado Novo, foi quando começaram de forma mais abrangente a serem organizadas intervenções a partir de políticas públicas na área da saúde piauiense, ocorria naquela época interesses em comum entre os governos, os discursos médicos e a área da filantropia, que se tornariam a partir de então parceiros na aplicação das medidas de saúde pública.

Segundo Joseanne Zinglera Soares Marinho (2017), no Piauí foram instauradas delegacias de saúde, postos de higiene, centro de saúde e alguns hospitais. A autora estuda o quadro de finanças do Piauí entre 1891 a 1914 e observa que houveram oscilações nas receitas recebidas do governo federal. Entre 1898 e 1914 aconteceu um aumento gradual nas receitas o que permitiu uma melhoria sutil na condição financeira do estado que antes mal possuía renda para o funcionamento da máquina administrativa.

Em uma edição da Revista da Associação Piauiense de Medicina, publicada em dezembro de 1941 em Teresina-PI, a qual obtivemos acesso através de uma visita ao Arquivo Público do Estado do Piauí foi encontrado um artigo do assistente técnico do Departamento de Saúde Pública do Estado do Piauí, Cândido Silva, onde ele apresenta aspectos da rotina e das normas seguidas na organização e na administração da unidade sanitária do Centro de Saúde Piauiense. Uma parte do artigo que nos chamou atenção foi a que o assistente faz uma espécie de elogio às ações do Departamento Nacional de Saúde junto ao setor de saúde do Piauí:

Não há dúvida que a orientação do Departamento Nacional de Saúde com relação aos Estados, principalmente nestes últimos cinco anos, tem sido a mais proveitosa

possível. Facilitando por todos os modos a padronização dos métodos utilizados, tornando acessível aos médicos dos serviços sanitários estaduais os vários cursos de aperfeiçoamento, enviando técnicos para auxiliar os trabalhos de organização e administração da unidade sanitária regional, consignando verbas, por vezes bastante avultadas, em ajuda às obras de instalação e manutenção de serviço, tem podido provocar o Departamento, em todo o Brasil, a realização de trabalhos de saúde pública dentro de técnica mais unificada, consoante ao grande plano de coordenação administrativa que se desenvolve.

Por outro lado, há grande receptividade por parte dos estados que, como o Piauí, experimentam na hora atual notável surto de desenvolvimento em todos os setores da administração. Surgem neste interesse que não era usual nos programas governamentais passados, qualidades novas de realização, que permitem dar ao Departamento de Saúde maior ampliação, reconhecido seu altíssimo valor no concerto econômico regional, na formação de populações mais sadias e, conseqüentemente, mais capazes.

A nova organização dos serviços sanitários do estado do Piauí deixa a convicção de que o governo do atual interventor, Dr. Leônidas de Castro Melo, pretende seguir avante com a feliz atitude que, até hoje, vem assumindo com relação ao desenvolvimento a dar aos mesmos. A regular número de médicos tem sido possível seguir cursos de aperfeiçoamento, quer no sentido da higiene e saúde pública, quer no do laboratório, ou assistência médica, com o auxílio dos cofres do Estado; sistema bastante produtivo, porquanto é sabido que o meio piauiense não proporciona ao médico, via de regra, recursos com que possa contar para a realização de tais cursos. (SILVA, Cândido – Revista da Associação Piauiense de Medicina, p. 22, 1941)

Com a análise dos Relatórios de Governo do Estado do Piauí apresentados ao presidente da república nos anos de 1930-1939, percebe-se que os assuntos de saúde, higiene do corpo, das casas estavam sendo debatidos e priorizados nesses relatórios estaduais. Os governadores informavam ao governo federal sobre assuntos como: números de doentes de determinadas doenças consideradas mais preocupantes, sobre como andavam as questões de profilaxia e sanitização das diversas regiões piauienses, informavam a questão do quadro de funcionários da saúde e algumas outras informações relevantes no tocante a construções de hospitais e postos de saúde. Os líderes locais aproveitavam e cobravam nos relatórios algumas demandas pendentes como, por exemplo: mais verbas para contratar funcionários para fazer visitas e levantamentos sanitários.

Consta no Relatório de Governo do interventor federal no Piauí Landry Salles dos anos de 1931 a 1935, que a Diretoria de Saúde do Estado passava por melhorias desde que o governo federal tinha decidido intervir para com o melhoramento da saúde pública dos estados:

A Diretoria de Saúde antes do movimento revolucionário limitava-se a uma dependência, em absoluto ineficiente, do Serviço de Prophylaxia Rural. Para pessoal contava, apenas, com o diretor, o secretário e um servente. Carecia, por completo, de utilidade, pois que, além de tudo, nenhuma função poderia desempenhar à mingua de material. [...] Suppresso o Serviço de Saneamento Rural, cuja influencia não se estendia além dos limites de Teresina e Parnahyba, entendi restabelece-lo, com maior amplitude, ás expensas exclusivas do Estado, creando as inspectorias –

demógrafo-sanitária; de saneamento e prophylaxia rural; de moléstia venérea e lepra e de hygiene escolar. A assistência hospitalar, devidamente reformada, passou a fazer-se através das clínicas médicas, cirúrgica e obstetrícia-ginecológica, na Santa Casa de Misericórdia. A fim de estender os benefícios da nova organização ao interior, instituí as delegacias de Saúde nos municípios, dirigidas por médicos, impondo as prefeituras o ônus de pequena remuneração aos respectivos delegados. Ao mesmo tempo, constituía-se o órgão indispensável à fiscalização de farmácias, tendo por fim o controle de exercício da profissão e do commercio de drogas e produtos medicamentosos e regular os plantões dos estabelecimentos pharmaceuticos. (RELATÓRIO DE GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ, p.39-40, 1930-1935)

O Relatório de Governo do interventor Landry Salles, (1931-1935, p. 41), ainda cita a questão particular de Parnaíba, o interventor esclarece que não poderia deixar de falar sobre o mais importante município do Estado, no que diz respeito a questões de higiene e assistência médica, segundo o relatório, o município de Parnaíba possuía, pelo interesse de sua população, mediante subvenção do governo, as melhores instalações hospitalares e o único leprosário do Piauí. Mantinha ainda, nas mesmas condições uma união feminina de proteção aos pobres que atuava na Santa Casa de Misericórdia, além de possuir uma delegacia própria de saúde municipal que tinha a função de um posto de saúde pública. Segundo o relatório de governo, através dos atendimentos prestados o posto de saúde de Parnaíba fazia um levantamento de quais áreas precisavam de intervenção profilática e relatava a Diretoria de Saúde do Estado que ficava em Teresina.

Foram encontrados também nos relatórios de governo pedidos de mais verba para contratar pessoal suficiente para a manutenção de ações profiláticas nos perímetros urbanos e rurais do Estado do Piauí. Então é notório que no período em questão desse trabalho, ações de institucionalização de um controle maior sobre a saúde pública estavam em debate não só no Brasil, como também no Piauí.

Em um Código de Posturas criado para a vila da Parnaíba em meados do final do século XIX e início do século XX, além de regras urbanísticas de construção de casas foram estabelecidas normas e regras que suprissem a precariedade da higiene pública, bem como a propagação da instauração de hábitos de saúde adequados ao novo modo de vida que as autoridades do país pretendiam que o povo adotasse (VERAS, 2014).

Para Naira Veras (2014), as regras impostas por esses códigos tentavam modificar costumes cotidianos que abrangiam o público e o privado, hábitos coloniais que se encontravam ainda bastante difundidos na população da Vila de São João da Parnaíba, as regras falavam sobre: não poder jogar esterco nas ruas a qualquer hora do dia ou da noite correndo o risco de pena de mil reais para cada vez que o fizesse, não poderiam ficar com animal morto em casa ou o jogar a rua, pois correriam risco de penalização de até dois mil

reais. É interessante observar como essas novas práticas em uma tentativa de manutenção e organização da saúde pública chegavam ao Piauí e eram difundidas. Assim, podemos ter uma melhor noção da propagação desses novos hábitos considerados “saudáveis” e “civilizados” para o “crescimento” do Brasil. No relatório de governo do Tenente Landry Salles, no capítulo sobre a saúde pública ele afirma:

As primeiras administrações posteriores à revolução, criando e conservando a Assistência Pública, não tentaram, contudo, modificar, mesmo levemente, a situação da Diretoria de Saúde. Ambas cheguei, por fim, a verificar ineficientes, desaparelhadas e sem regulamentação. Não era possível admitir que assim permanecessem. Logo no segundo mês de governo, procurei, unificando-as, reorganiza-las convenientemente, expedindo para isso, o regulamento anexo ao decreto n 1.280, de 30 de junho de 1930. (RELATÓRIO DE GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ, p.39, 1930-1935)

A intervenção do governador Landry Salles teria garantido a execução dos princípios da Revolução de 1930 no Piauí, a administração que o governante fez estabeleceu uma ruptura que transformaria a administração pública e o desenvolvimento do Estado (MARINHO, 2017). Como a própria escrita do tenente demonstra na citação acima, foi criado um posicionamento político de ruptura com o passado, representado pelos supostos erros cometidos pelos primeiros governantes, reiterando que os problemas que provocavam o suposto “atraso” não teriam sido superados e que a existência de vícios eram entraves para o engrandecimento do Piauí:

Com o fim da Primeira República, a visão governista consagrou a Revolução de 1930 como um novo ponto de partida, um novo início para o país, no qual o Piauí estava inserido. O Brasil que queria progredir, crescer e civilizar-se não poderia suportar por mais tempo as instituições caducas, as praxes e formalismos viciosos, que deformavam toda a vida nacional e impediam seu crescimento e expansão. (MARINHO, p. 75, 2017)

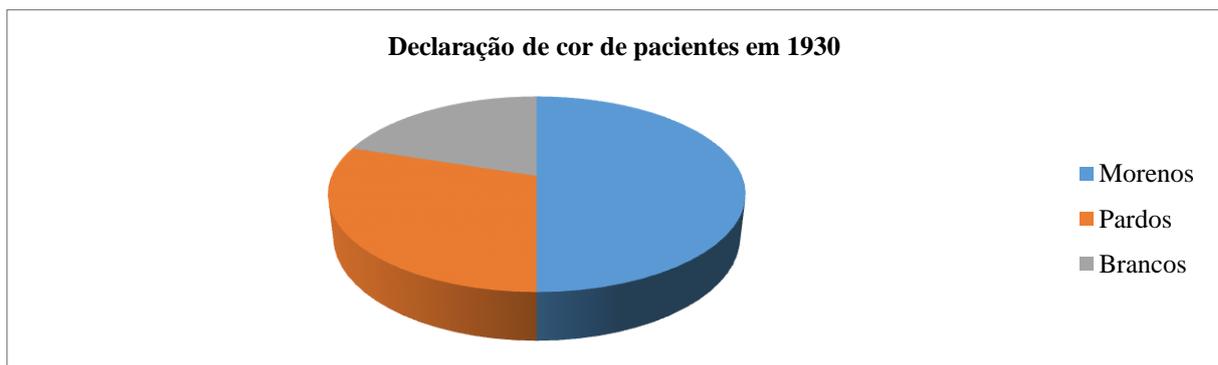
É possível notar que o debate existente nas primeiras décadas do século XX tanto em nível de Brasil como nos estados, estava muito ligado à “ruptura”, romper com um passado que não levaria ao “progresso”, como desejava as autoridades da época, inspiradas em moldes europeus. Então, seguindo o raciocínio desses desejos de mudança e semelhança com a Europa, havia uma verdadeira propagação de discursos relacionados à realização de mudanças de hábitos para a manutenção de uma população saudável, o que permitiria em larga escala que o país migrasse para o suposto “progresso”.

No próximo momento abordaremos as principais doenças existentes em Parnaíba presentes durante esse contexto de interiorização de medidas de saúde pública e também serão abordadas questões particulares do contexto parnaibano que foram possíveis de notar através dos registros de internação da Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba.

3. OS LIVROS DE INTERNAÇÃO DA SANTA CASA DE PARNAÍBA (1930-1939)

3.1 O perfil dos atendidos

Os dados que constam abaixo foram trabalhados a partir da digitalização dos livros de internações da Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba-PI, dos anos 1930 a 1939. Foram selecionadas as informações mais relevantes encontradas, como por exemplo: doenças com maior incidência, dados sobre a cor que esses indivíduos se autodeclaravam, além da naturalidade (lugar de origem) dos pacientes. É importante ressaltar que devido à grande quantidade de fichas e informações foram priorizados os dados de maior relevância encontrados.



Fonte: Livro de Registros de internações da Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba que contém fichas de internações dos anos 1930 a 1939.

A porcentagem existente no gráfico faz referência a um universo de consideração de 432 pessoas atendidas na Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba no ano de 1930, em nove fichas analisadas.

Conforme percebemos no gráfico acima sobre os registros de internações, foi possível encontrar muitos relatos de internações de pessoas “morenas”. Tal informação nos leva a crer no grande atendimento de ex-escravos ou descendentes destes no Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Parnaíba, conforme dados compilados acima. Uma hipótese formulada é a de que essa grande quantidade de pessoas autodeclaradas “morenas” nos registros de internação da Santa Casa de Parnaíba possui íntima relação com a questão dos escravos recém-libertos e seus descendentes serem jogados às margens da sociedade no pós-abolição, estes acabavam precisando do auxílio das misericórdias por não possuir condições de cuidarem da sua saúde.

Essa hipótese se alia ao fato de que no início da República as autoridades de saúde espalhavam os anseios que possuíam de que indivíduos que representassem reminiscências da escravidão transmitiriam doenças e atrapalhassem o “progresso” do país. Assim, esses sujeitos

que acabavam sendo marginalizados pelas instituições e pela sociedade procuravam tratamento em hospitais de cunho assistencial.

Foram notados muitos registros de pessoas “morenas” nesses livros de internações. Durante toda a década de 1930 foram percebidos pouquíssimos registros de pessoas que se autodeclaravam negros, registros que chegam a ser quase inexistentes – 428 pessoas em um universo de 5664 pacientes analisados. Como é sabido existiu um fluxo intenso de negros na região de Parnaíba nesse período, imagina-se que esses indivíduos ao pedirem atendimento se autodeclaravam morenos como forma de esconder as heranças da escravidão.

Tais dados também corroboram com o fato de os discursos médico-higienistas (como já debatido anteriormente nesse trabalho) apontarem, segundo o autor Sidney Chalhoub (2017), nas primeiras décadas do século XX, os ex-escravos como os mais propensos a doenças, sujeitos perdidos no mundo da promiscuidade, dos vícios. Então para fugir desses “estereótipos” apontados pelos médicos e absorvidos pela sociedade em geral, acredita-se que esses indivíduos tentavam evitar serem associados a reminiscências da escravidão se declarando morenos.

Buscamos teorizar o nosso pensamento com o auxílio do trabalho de Rodrigo de Azevedo Weimer (2013), *Ser "moreno", ser "negro": memórias de experiências de racialização no litoral norte do Rio Grande do Sul no século XX*, o qual estuda a passagem da designação racial de "moreno" para "negro" no litoral norte do Rio Grande do Sul, entre a geração de netos e bisnetos de escravos, isto é, entre meados do século XX.¹ O propósito do trabalho do autor é verificar cortes e continuidades nas noções de autodesignação de natureza racial, entre meados do século XX, por descendentes de escravos pertencentes a uma mesma família, assim sendo, foram contrastados os qualificativos dessa natureza empregados por netos e bisnetos de escravos da fazenda do Morro Alto em seus 50 ou 60 anos.

Rodrigo Weimer (2013) aborda em seu trabalho justamente a questão de autodeclaração de descendentes de escravos no início do século XX, ele resgata como a dimensão racial é recordada de forma diversa por diferentes gerações, buscando compreender o porquê de em determinado momento haver uma percepção de “ser morenos”. Segundo o autor, há que se admitir que se conservou entre boa parte da população a atribuição de significados pejorativos associados a condição “negra”, visto que até o final do século XIX o

¹ Embora o recorte espacial e temporal do trabalho listado seja de contexto diferente do abordado nesse texto, o debate do autor ajuda a pensar a questão da grande quantidade de morenos presentes nos dados de internação da Santa Casa de Misericórdia.

termo negro remetia a condição cativa, também existia a condição histórica entre o termo e a condição servil.

É reconhecido neste debate toda a posituação do termo “negro”, que marcou a sociedade brasileira durante o XX, de tal forma que o significado contemporâneo foi naturalizado. No entanto, a prioridade neste trabalho é abordar a questão da autodeclaração do “moreno” mesmo este sendo negro no início do século XX, pois essas pessoas que eram consideradas reminiscências da escravidão e afundadas em estereótipos, consideradas na época “atraso na nação”, talvez tenham enfrentado situações de racismo ainda mais intensas do que a geração seguinte, em uma "consciência" atingida apenas entre seus filhos.

O autor em questão, entrevista descendentes de escravos e percebe que para estas pessoas a categoria possuía conotação distinta, remetia aos aspectos de um passado escravista, condições de trabalho degradantes e falta de acesso a direitos. Para os filhos, netos e bisnetos da escravidão, a imagem do “ser negro” estava associada a sofrimento, vivências ligadas ao cativeiro e à percepção das continuidades dos sofrimentos após o 13 de maio. Levando em conta essas considerações, é notório que a afirmação da autodeclaração de identidade individual passava por desejos de designações menos carregadas de significações negativas naquele período, não é surpreendente, que os descendentes mais próximos da escravidão tenham se identificado como “morenos”.

Com base nos vários registros de pessoas morenas nos livros é considerado neste trabalho que esta era uma forma desses cidadãos parnaibanos fugir dos preconceitos e estereótipos atribuídos às reminiscências da escravidão, que no início do século XX ainda eram muito fortes.

Continuando o debate sobre o perfil dos atendidos, outro registro que chama bastante atenção ao analisar os livros de internação é a questão da forte presença de cearenses nos dados. Tal fato pode ser analisado levando em consideração a cidade de Parnaíba ser ponto de embarcação e de grande trânsito de pessoas e mercadorias, tal característica constituía uma singularidade em comparação ao restante árido do Piauí. Através das embarcações chegavam indivíduos dos mais diferentes lugares, de outras regiões do Estado e estados vizinhos, a exemplo do Maranhão e Ceará, além do grande fluxo de comerciantes.

Esse grande trânsito de pessoas aumentava a incidência de doenças que chegavam à região, pois entre as idas e vindas das embarcações, saíam e chegavam à cidade: doentes, ex-escravos, comerciantes, trabalhadores em geral, o que dava dinamicidade ao contexto parnaibano. Nos livros de internações existem muitos registros pessoais com naturalidade principalmente cearense. No gráfico abaixo é demonstrado em porcentagem a grande

quantidade de internos com naturalidade cearense no ano de 1934 que foi o que chamou mais atenção pela grande quantidade:



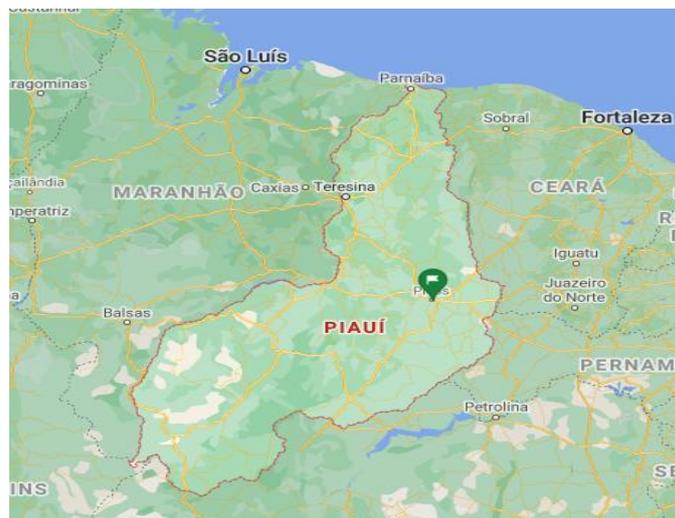
Fonte: Livro de Registros de internações da Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba que contém fichas de internações dos anos 1930 a 1939.

Em um total de 419 pessoas analisadas no ano de 1934: 193 eram piauienses; 143 eram cearenses e 83 eram maranhenses. Ou seja, 54% do total não eram piauienses.

Os registros de internações da década de 1930 como um todo nos mostram uma forte presença de indivíduos de naturalidade cearense, é interessante observar como a partir dos dados de internos da Santa Casa de Misericórdia é possível possuir uma noção da sociedade parnaibana da época, pois através dessas informações é notório que Parnaíba acabou sendo morada de muitos cearenses.

Edson Holanda Lima Barboza (2013) pontua em seu trabalho: *A hidra Cearence Rotas de Retirantes e escravizados entre o Ceará e as fronteiras do Norte (1877-1884)*, que desde meados do século XIX o Piauí servia de rota de imigração e fuga de cearenses. Segundo o autor, a busca por fronteiras levava grupos de retirantes, escravos e ex-escravos a seguirem caminhando pelos sertões até chegarem às ribeiras do Parnaíba, onde poderiam se direcionar a Teresina ou ao Porto da Amarração, em Parnaíba, as beiras de estrada e margens de rios se tornaram ao longo das rotas lugares de articulação de experiências.

MAPA 1: PIAUÍ



FONTE: www.google.com.br/maps/place/Piauí

As grandes secas ao final do século XIX e início do século XX ocorridas no Ceará, que causavam solo árido, morte de gado e perda de lavoura passam a ser tratadas como fenômenos sociais que causavam migrações de um território para outro, Parnaíba foi a porta de entrada das embarcações que percorriam o rio, que dava nome à cidade, pela proximidade com o litoral acabou sendo trajeto de idas e vindas de retirantes que chegavam a pé pela fronteira com o Ceará (BARBOZA, 2013).

É importante destacar que a circulação de camponeses e vaqueiros, que já era comum em tempos de normalidade, ficava mais intensa em períodos de seca. Nesse sentido, as cidades banhadas pelo Rio Poti e Rio Parnaíba atraía os vizinhos que sofriam com solos áridos, os municípios piauienses que eram banhados por rios eram vistos como regiões de solo extremamente férteis e de forte potencial para o desenvolvimento da pecuária. Assim, era comum que essas cidades com “fartura” em água se tornassem rotas de fuga e imigração no que diz respeito a períodos de seca.

No Almanaque da Parnahyba, edição do ano de 1931, no artigo de título “Respingos para o Francisco Eleano” o autor desconhecido aborda a questão da presença de cearenses em solo piauiense, o texto apresenta informações sobre como os filhos do Ceará utilizavam as margens do rio piauiense para produzir lavouras e ainda pontua que os cearenses possuíam muita força na lavoura e na pecuária, mas que o Ceará tinha o infeliz destino de possuir um solo extremamente árido. Também é abordada nessa publicação a questão de como a o braço cearense que chegava ao Piauí ajudava a baratear o custo de vida do cidadão parnaibano:

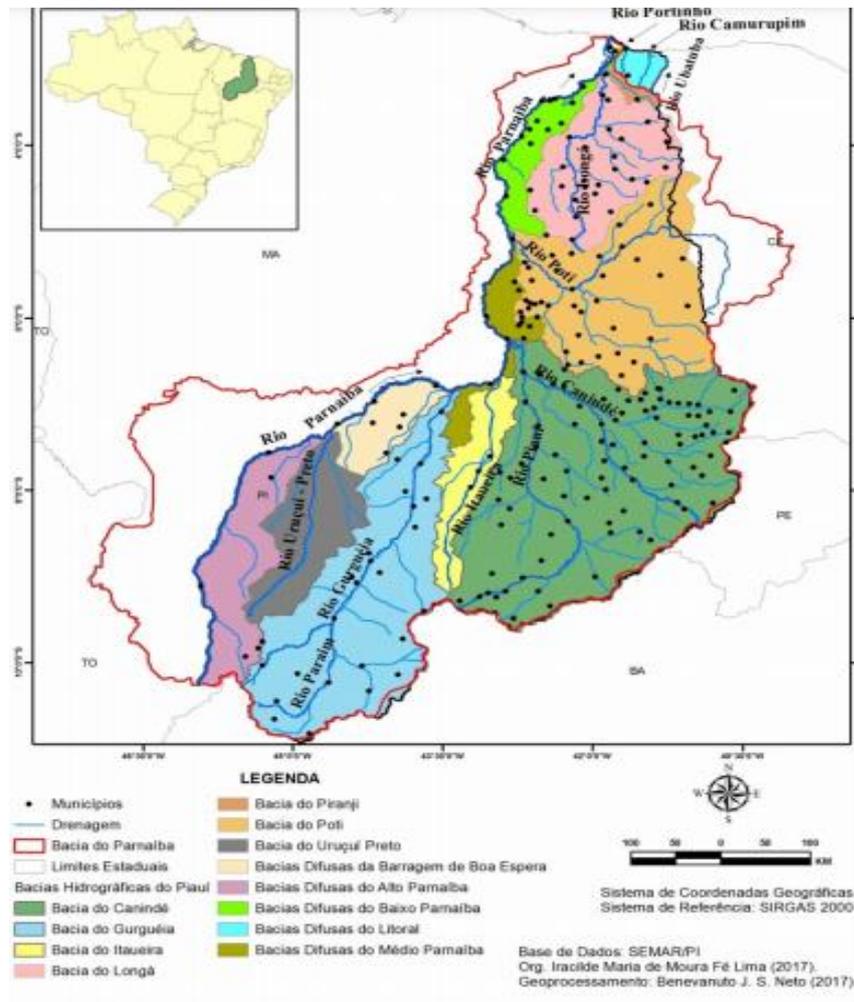
O Estado do Piauí, limitando-se em parte com o Estado do Ceará, têm recebido deste, o influxo aventureiro e laborioso do povo cearense em qualquer terreno da sua atividade. [...] Pois sendo dois terços da população de Parnahyba, aproximadamente de Cearenses. [...] A atividade do cearense é tão eficiente que mesmo emigrando para outro Estado não deixa de beneficiar a Parnahyba. Magú, habitado apenas por cearenses é uma verdadeira zona agrícola e todos os seus produtos vem ser consumidos pelo comércio parnaibano. Oh Ceará! Se tu tivesses em teu solo, um fio, ao menos, das barbas do velho monge Piauíense, tu hoje talvez não invejavas a sorte e o progresso de São Paulo, Rio Grande do Sul e Minas Gerais. (ALMANAQUE DA PARNAHYBA, p. 37-40, 1931).

O cearense concorre para a manutenção do povo parnaibano, trazendo o seu concurso, os cereais necessários, barateando o custo de vida e econômica da Parnahyba, como aconteceu em 1930 com o feijão. Enquanto os negociantes parnaibanos armazenavam stocks e mais stocks da preciosa leguminosa, para venderem por bom preço na época da escassez, eis que os cearenses derramam sobre Parnahyba, um alluvião de feijão. (ALMANAQUE DA PARNAHYBA, p. 39, 1931).

Nas primeiras décadas do século XX, mesmo com a diminuição das atividades de pecuária, os caminhos do gado já eram conhecidos e permitiam a circulação de ex-escravos, pobres livres e comerciantes que avançavam a procura de terras úmidas, acabariam por

encontrá-las às margens do Rio Parnaíba em cidades como Teresina, Parnaíba, Amarante. Assim, por conta de seu potencial hidrográfico, Parnaíba era considerada um corredor de migrações, os pobres flagelos nordestinos da seca arrasados pela fome acabariam por ter muitas vezes a bacia do Parnaíba como passagem obrigatória, todos esses são fatores que reforçam as hipóteses anteriormente levantadas sobre a significação dos altos números de cearenses atendidos pela Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba:

MAPA 2: BACIA HIDROGRÁFICA DO PIAUÍ



Fonte: Base de Dados: PIAUI/SEMAR (2003).

No Almanaque da Parnahyba (1933) em uma coluna com o nome de *Lágrimas Secas* o autor Edison Cunha da Academia Piauiense de Letras retrata uma história que mais parece um conto de seca cearense com o título *Cena da Vida Real*. É interessante observar que os livros de Almanaque anuais da Parnaíba eram grandes brochuras com escritos de diversos autores e publicados anualmente com os destaques anuais da cidade e com assuntos de interesse popular. Assim, é possível imaginar que para existirem histórias sobre a seca cearense nesses livros certamente seria porque o assunto era de interesse da população em geral, e

imaginamos ainda que seria um contexto debatido pela população parnaibana da época, a forte presença de cearenses na cidade provenientes de uma fuga das grandes secas que existiram no Ceará:

Não é possível continuar, Maria. Não há mais promessas. E depois das criações iremos nós também, se ainda aqui permanecermos, emburrados em morrer de sede e de fome, por conta desta terra ingrata.

Assim falou Aniceto, caboclo cearense, à sua companheira de infortúnio.

Não tinham mais para quem apelar.

Foram-se todas as esperanças.

Passou São Sebastião.

Passou São José.

As pedrinhas de Sal, postas ao sereno da noite, amanheciam invariavelmente inalteráveis, secas, terrivelmente hirtas. Nem a mais leve humidade a prometer chuva em janeiro, fevereiro ou março... ou junho. O céu, tão lindo nos outros anos, era, agora, uma abobada desértica, o manto do desespero, à noite a torturar a alma do sertanejo prolífero e trabalhador.

- Além de nós, aí estão os meninos, chorando, chorando sempre, esqueléticos, e mirrando cada vez mais. Vamos. Temos que partir. Destino incerto, ao Deus-dará. Iremos a Sobral, e se lá não formos felizes, continuaremos para o Piauí. [...] Não vês aquela ronda de urubus, qualhando o céu em toda a vasta amplidão? Eles corvejam cadáveres em toda a extensão da flagiciada terra do Ceará. A água foi fugindo, fugindo, para dentro da terra, até que desapareceu de todo. (CUNHA, ALMANAQUE DA PARNAHYBA, P.66-67, 1933).

3.2 As doenças encontradas nos registros de internações.

Além da sífilis e da malária, que serão tratadas nesse capítulo, os livros de internações da década de 1930 trazem dados sobre muitas outras doenças com incidência na região de Parnaíba, tais como: pneumonia, tuberculose, verminose, fimose, anemia, entre outras. No ano de 1934 é possível que tenha havido um surto de paludismo, pois houve muitos registros de paciente internados com essa doença, durante muitos meses do ano, todos os dias, chegavam muitos doentes para encontrar atendimento tendo como causa ainda o paludismo.

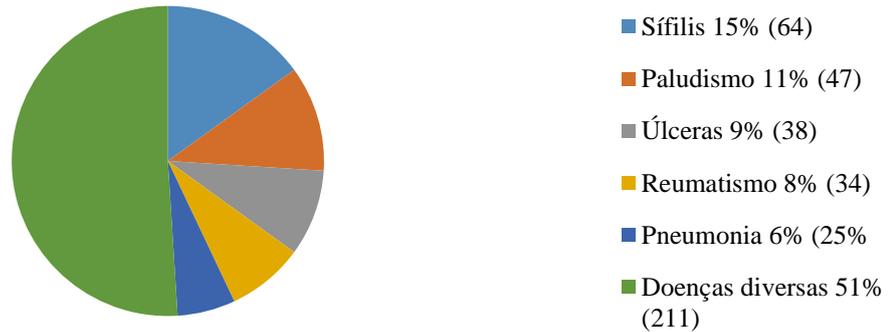
A questão do grande número de registros de pessoas acometidas pela malária pode também ser resultado das condições nas quais viviam os piauienses do litoral naquela época. Como é de conhecimento geral, Parnaíba é um lugar fresco que fica próximo a rios, lagoas e do oceano Atlântico, essas regiões são propícias ao aparecimento de mosquitos, com maior incidência de doenças tropicais, onde há água, há mosquitos e, conseqüentemente, doenças.

Abaixo estão listadas as principais doenças que acometeram Parnaíba na década de 1930 a partir de um sistema de gráficos, é relevante mencionar que a ação de expor os gráficos nesse trabalho é válida, tendo em vista a importância para que o leitor entenda a metodologia na qual os autores escolheram e organizaram os dados para que fosse possível trabalhar com eles. Sabemos que a maioria das pessoas assimila mais facilmente em sua mente imagens do que grandes textos e numerações complexas. Assim, analisando os gráficos abaixo se obtêm ligeiramente uma ideia dos números que eles representam.

O uso da metodologia de gráficos nesse trabalho se justifica porque estes ajudam a verificar e comparar informações de forma ágil, sendo necessários para expor os dados encontrados nos livros de internação da Santa Casa de Misericórdia ao leitor. Essa exposição das principais doenças encontradas na década de 1930 através desse sistema de exposição pretende deixar a leitura mais fácil e rápida, tendo em vista que são muitas doenças e muitas diferentes porcentagens de internos por doença a cada ano.

Essa metodologia de leitura traz muito mais praticidade, principalmente no caso em questão em que os dados não são discretos, ou seja, são informações consideravelmente grandes. Pretendemos através deste sistema de leitura facilitar a interpretação das informações prioritárias para esse trabalho, com uma representação visual dos elementos norteadores dessa pesquisa, ou seja, organizando a leitura das informações de um modo mais ilustrativo.

Doenças com maior registro de internações em 1930



Fonte: Livro de Registros de internações da Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba que contém fichas de internações dos anos 1930 a 1939.

A porcentagem existente no gráfico faz referência a um universo de consideração de 432 pessoas atendidas na Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba no ano de 1930, em nove fichas analisadas.

Doenças com maior registro de internações em 1931



Fonte: Livro de Registros de internações da Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba que contém fichas de internações dos anos 1930 a 1939.

A porcentagem existente no gráfico faz referência a um universo de consideração de 336 pessoas atendidas na Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba no ano de 1931, em sete fichas analisadas.

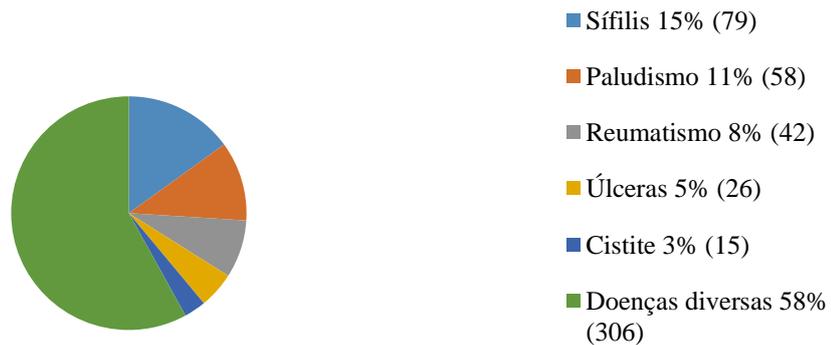
Doenças com maior registro de internações em 1932



Fonte: Livro de Registros de internações da Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba que contém fichas de internações dos anos 1930 a 1939.

A porcentagem existente no gráfico faz referência a um universo de consideração de 384 pessoas atendidas na Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba no ano de 1932, em oito fichas analisadas.

Doenças com maior registro de internações em 1933



Fonte: Livro de Registros de internações da Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba que contém fichas de internações dos anos 1930 a 1939.

A porcentagem existente no gráfico faz referência a um universo de consideração de 528 pessoas atendidas na Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba no ano de 1933, em onze fichas analisadas.

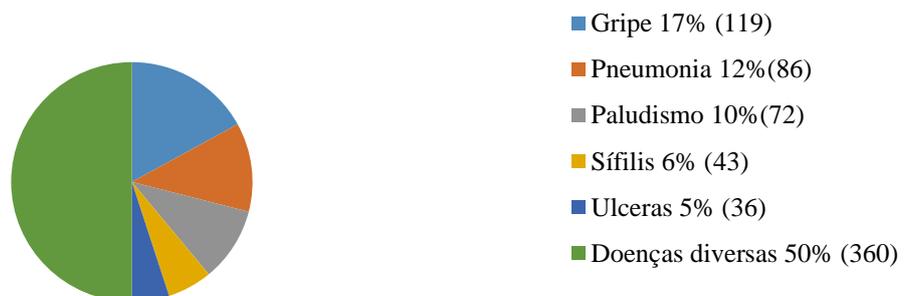
Doenças com maior registro de internações em 1934



Fonte: Livro de Registros de internações da Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba que contém fichas de internações dos anos 1930 a 1939.

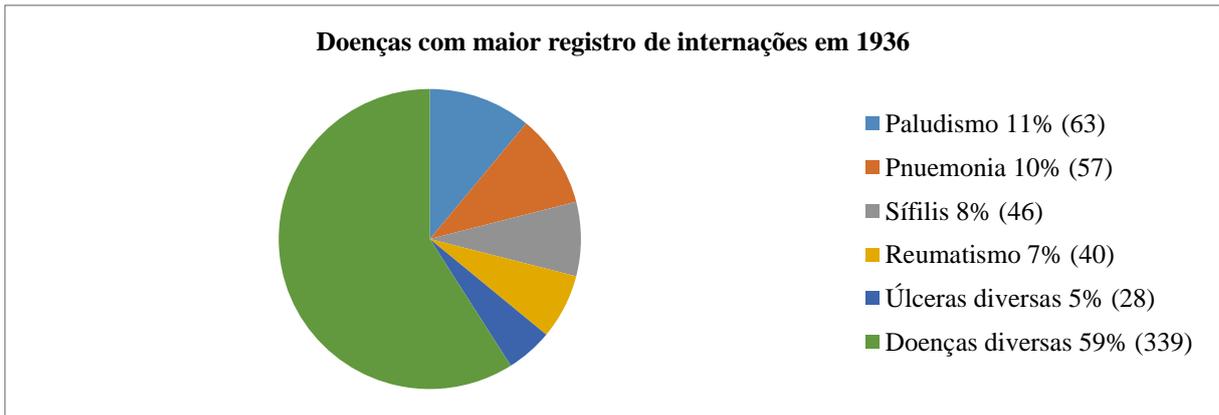
A porcentagem existente no gráfico faz referência a um universo de consideração de 528 pessoas atendidas na Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba no ano de 1934, em onze fichas analisadas.

Doenças com maior registro de internações em 1935



Fonte: Livro de Registros de internações da Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba que contém fichas de internações dos anos 1930 a 1939.

A porcentagem existente no gráfico faz referência a um universo de consideração de 720 pessoas atendidas na Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba no ano de 1935, em quinze fichas analisadas.



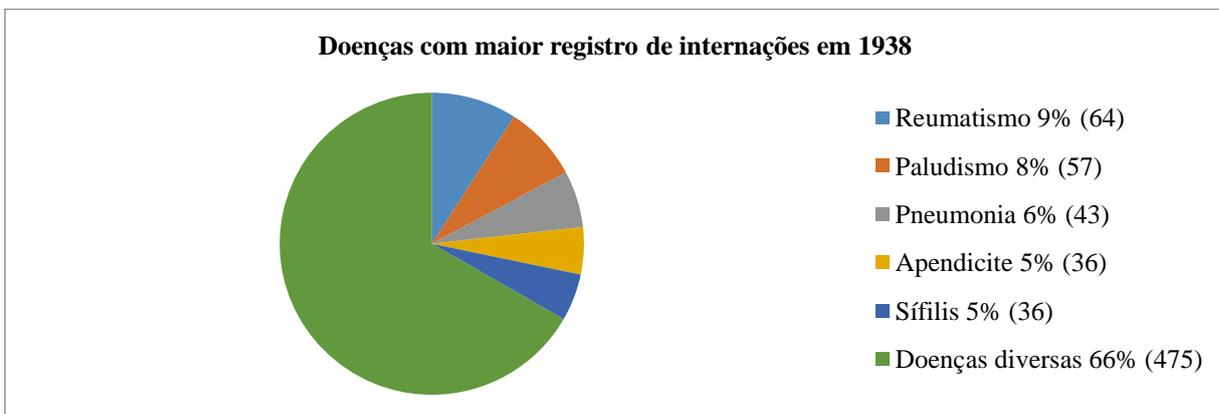
Fonte: Livro de Registros de internações da Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba que contém fichas de internações dos anos 1930 a 1939.

A porcentagem existente no gráfico faz referência a um universo de consideração de 576 pessoas atendidas na Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba no ano de 1936, em doze fichas analisadas.



Fonte: Livro de Registros de internações da Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba que contém fichas de internações dos anos 1930 a 1939.

A porcentagem existente no gráfico faz referência a um universo de consideração de 624 pessoas atendidas na Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba no ano de 1937, em treze fichas analisadas.



Fonte: Livro de Registros de internações da Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba que contém fichas de internações dos anos 1930 a 1939.

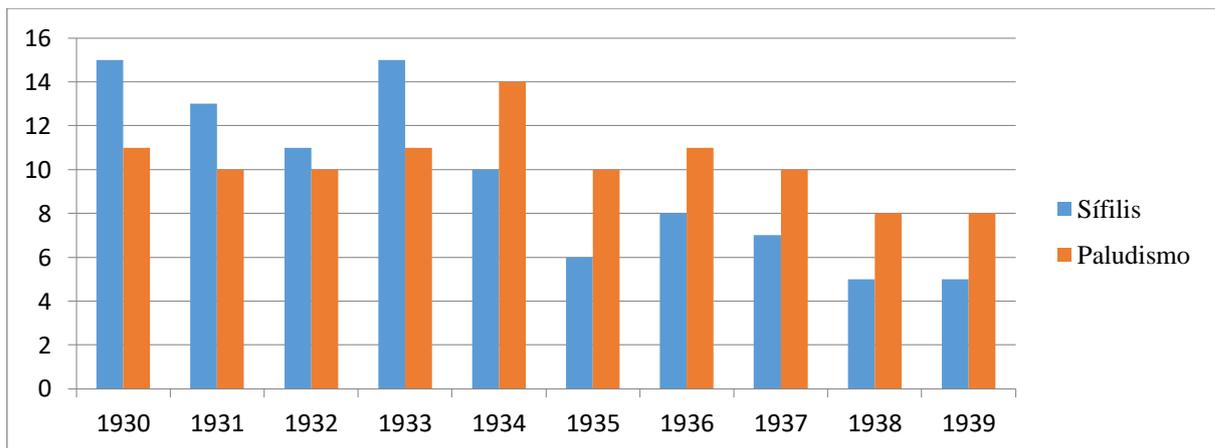
A porcentagem existente no gráfico faz referência a um universo de consideração de 720 pessoas atendidas na Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba no ano de 1938, em quinze fichas analisadas.



Fonte: Livro de Registros de internações da Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba que contém fichas de internações dos anos 1930 a 1939.

A porcentagem existente no gráfico faz referência a um universo de consideração de 816 pessoas atendidas na Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba no ano de 1939, em dezessete fichas analisadas.

O gráfico abaixo faz uma comparação da porcentagem da incidência da sífilis e do paludismo (porcentagem já apresentada nos gráficos acima) em relação ao total de doenças de cada ano. Foi construído no intuito de analisar qual doença foi mais incidente em cada ano, tendo em vista que o presente trabalho pretende no próximo momento abordar de forma mais ampla essas duas doenças no contexto da Parnaíba da década de 1930.



Fonte: Livro de Registros de internações da Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba que contém fichas de internações dos anos 1930 a 1939.

Abordaremos a sífilis e o paludismo/malária dentro do contexto da Primeira República, o qual estava passando por mudanças no tocante à saúde dentro do âmbito nacional, pois como já foi debatido nesse texto, foi nesse período que o movimento sanitário se efetivou no país, acontecia no Brasil um processo de centralização política da saúde e de campanhas dirigidas ao tratamento das doenças venéreas, que é o caso da sífilis. Baseamo-nos para tratar dessas doenças, em específico, nas leituras bibliográficas e nas fontes priorizando

os dados encontrados no livro de internações da Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba 1930-1939 e o contexto da cidade de Parnaíba relacionado ao momento que a saúde vivia na mesma época em âmbito nacional.

3.3 Sobre a sífilis.

A Sífilis, infecção sexualmente transmissível (IST), causada pela bactéria *Treponema Pallidum* pode ser transmitida através do contágio por relação sexual e também pode ser repassada adiante através de objetos contaminados como agulhas, tesouras e bisturis ou da mãe para o bebê durante a gestação e parto. O diagnóstico é feito por exame de sangue.

A enfermidade se divide em quatro estágios: Primária – Uma lesão no local da bactéria, ferida que não dói e nem coça, muitas vezes passa despercebida e surge de 10 a 90 dias após o contágio; Secundária – Se a primária não for tratada a bactéria ganha a corrente sanguínea e entra em várias estruturas do organismo; Latente – Quando o paciente passa pelas duas primeiras fases, sem perceber e cuidar a Sífilis entra em um estágio assintomático; Terciária – Última e mais grave ocorre quando a bactéria afeta o cérebro, coração e ossos, podendo só se manifestar dessa forma em até quarenta anos.

Em Parnaíba, no recorte temporal analisado neste trabalho – a década de 1930 – nos quatro primeiros anos 1930-33 foi perceptível grandes quantidades de doentes acometidos pela sífilis, de acordo com os dados dos livros de internações da Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba e dos dados de enfermidades dos relatórios de governo. Justamente nesse contexto havia um grande debate em âmbito nacional a respeito das enfermidades que assolavam o Brasil no período, como já foi abordada anteriormente neste trabalho, a década de trinta foi amplamente coberta por discursos higienistas e por projetos de governo que tentavam fazer uma institucionalização da saúde pública no interior do país.

Durante as primeiras décadas do século XX, a sífilis foi considerada uma “praga sexual” e associavam a sua propagação a falta de higiene corporal e principalmente sexual. Levando em consideração os discursos médicos, a sua propagação esteve ligada a promiscuidades e vícios, os higienistas mobilizavam a propagação de uma educação higiênica para a população incorporar hábitos e práticas consideradas saudáveis.

Os governos investiam em políticas de saúde a partir de um modelo social nas capitais e interiores dos estados, pois era preciso combater o “terrível flagelo da humanidade”, o assunto sobre a sífilis era amplamente debatido no período, folheando páginas dos jornais da

época os leitores tinham acesso a propagandas de práticas de cura e anúncios de remédios e tratamentos que prometiam curar a sífilis.

Levando em consideração as diversas formas de sintomas que a sífilis poderia provocar um tratamento nem sempre eficaz proposto pela medicina, a doença ficaria cada vez mais afamada. Assim, considerando os tratamentos que ainda estavam em fase de desenvolvimento havia nos impressos da época vários anúncios de medicamentos que prometiam que depurar o sangue e curar a enfermidade livrando o doente dos sintomas.

No Brasil do início do século XX, a falta de antibióticos gerava uma grande difusão de remédios preparados por farmacêuticos, aproveitando ainda a “fama” que a sífilis adquiriu de “terrível flagelo”, os medicamentos eram anunciados prometendo causar cura completa da doença. Segundo Rafael Nóbrega Araújo (2020), nos jornais e revistas que circulavam, nas primeiras décadas do século XX, no Brasil, a profusão de anúncios de medicamentos dava o tom para as publicidades impressas nesses periódicos, alguns se anunciavam como as mais recentes descobertas do mundo científico em uma tentativa de criar credibilidade em torno no remédio. Por outro lado, havia também anúncios de medicamentos à base de preparo de ervas, com poder medicinal na promessa de depurar o sangue, baseados na ideia de que o sangue humano era corrompido pela sífilis, assim cada vez mais era propagado um ideal da sífilis como uma impureza do sangue, relata Nóbrega.

Durante a pesquisa de fontes para a construção deste trabalho, obtivemos acesso à digitalização do jornal parnaibano, *A Praça; Orgam da Associação Commercial Dos Verejistas. PARNAHYBA (PI)* edições de 1928-1929. Analisando as páginas dessa documentação, foram notados anúncios de medicamentos prometendo retirar as impurezas do sangue relacionadas à sífilis e restaurar os órgãos atingidos.

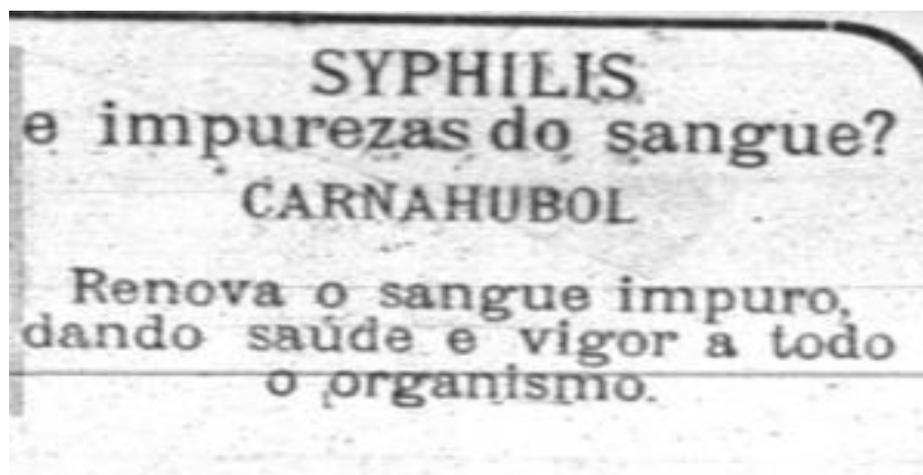


IMAGEM IV: Propaganda de remédio para impurezas do sangue relacionadas a sífilis. FONTE: Jornal *A Praça; Orgam da Associação Commercial Dos Verejistas. PARNAHYBA (PI)*, edições de 1928-1929.

Os anúncios foram encontrados várias vezes, um em especial apareceu em todas as edições do Jornal no ano de 1928, logo no início do periódico ao lado do título, o que demonstrou uma popularidade da sífilis na cidade de Parnaíba (comprovando os dados encontrados nos registros de internações da Santa Casa de Misericórdia) em que anúncios de tratamento para a doença ocorriam inúmeras vezes nos informes impressos.

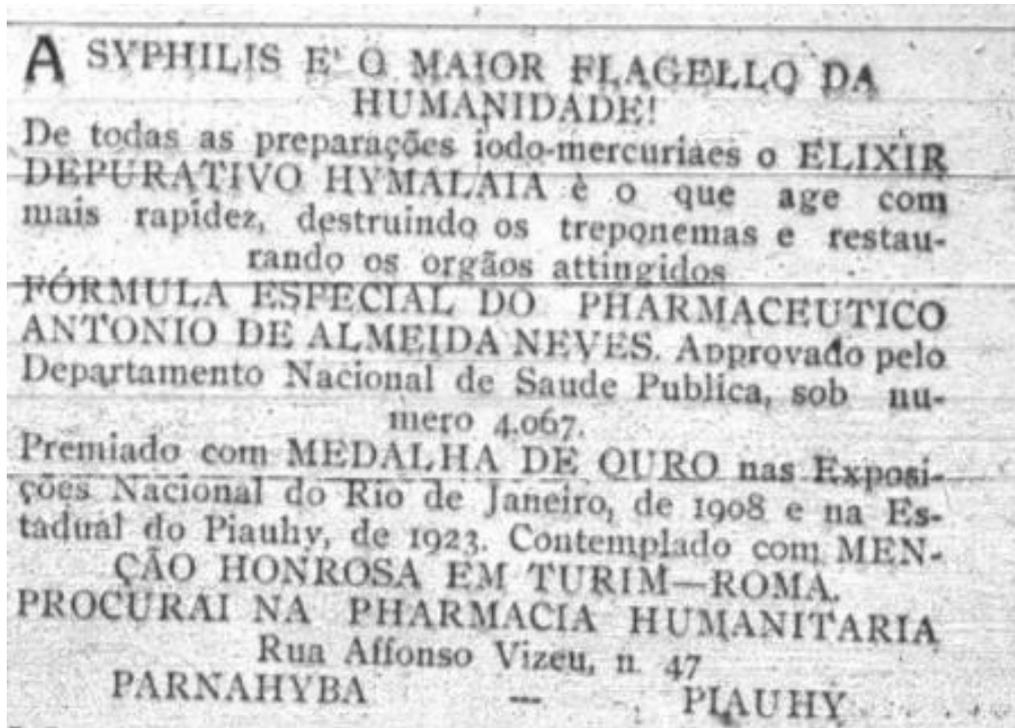


IMAGEM V: Propaganda do Elixir Depurativo do Hymalaia. FONTE: Jornal *A Praça*; *Orgam da Associação Commercial Dos Verejistas. PARNAHYBA (PI.)* edições de 1928-1929.

É perceptível que ainda em meados do início do século XX a imprensa se tornava manipulável levando em conta a sua comercialização. A partir da análise das páginas do jornal anteriormente citado, foi possível notar que a publicidade aparecia de forma forte nesse período, as edições vinham repletas de anúncios nas primeiras e últimas páginas, com a expansão da circulação dos periódicos, jornais e revistas passavam a divulgar as novidades do mercado em anúncios diversificados. As publicidades divulgavam mercadorias, bens e serviços da cidade. As farmácias e os químicos foram os maiores anunciantes encontrados assumindo forte influência nas edições do impresso, a análise desses anúncios reflete práticas que circulavam socialmente, reforçando o estilo de vida e a visão de mundo da população da época.

Segundo Sérgio Carrara (1996, p.35), o sangue para além da função biológica de oxigenar o organismo e alimentar as células, era revestido simbolicamente de extraordinários poderes, princípio de totalização da pessoa humana, que incorporava em sua massa viscosa tanto as energias e virtudes físicas quanto morais, assim quando o indivíduo contraía a sífilis

teria o seu sangue corrompido, não só por uma justificativa científica, mas também pela “imoralidade”. O sangue infectado pela doença se distribuía por todo o organismo conduzindo ao mal que poderia se manifestar por toda e qualquer parte do corpo. Portanto, a sífilis era considerada popularmente como instrumento corruptor do sangue, levando a inúmeros anúncios de elixires que purificariam o sangue humano.

Até a passagem do século XIX o conceito de sífilis tinha sido atribuído a um conjunto de sintomas confusos e inespecíficos envolvidos por preconceitos e superstições, o sentido da sífilis como sendo um castigo pelos “pecados da carne” teria sido mantido durante séculos. (CARRARA, 1996). No início do século XX a sífilis se tornava também um dos grandes alvos da ciência médica, além de ser considerada uma doença venérea, foi associada amplamente a prostituição e a uma vida promiscua, mas o fator principal da preocupação científica seria os possíveis danos causados a herança genética de futuros indivíduos.

Para Rafael Nóbrega (2020) desde a segunda metade dos oitocentos, a *lues venérea* preocupou as autoridades sanitárias devido a sua recorrência e elevado número de casos na província. As precárias condições de higiene e de salubridade, a quase inexistência de medidas sanitárias e ausência de serviços de saúde pública efetivos contribuíram para o agravamento do quadro, no entanto a situação não se modificou ao longo das primeiras décadas do século XX com o advento da República, relata o autor.

Na Paraíba, de maneira semelhante ao que ocorreu em outros estados do Brasil, o poder público não adotou medidas eficazes que dirimisse a incidência e a mortalidade da sífilis. Na virada do século XIX para o século XX, sua ação ficou restrita a promulgação de leis e regulamentos sanitários, mas que não previam uma ação de combate específica a sífilis. Como resultado de uma intensa campanha em prol do saneamento dos sertões por parte do movimento sanitarista e com o surgimento do Departamento Nacional de Saúde Pública em 1920, foi criada a Inspeção de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas cujas ações eram norteadas por uma proposta de profilaxia específica contra a sífilis e outras doenças venéreas orientada pelo médico sanitarista Eduardo Rabello. Diante disso, muitos estados brasileiros estabeleceram acordo com a União para o desenvolvimento de serviços sanitários para a atuação de uma Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural. (ARAÚJO, p. 23, 2020)

A sífilis foi considerada um flagelo social, doença degeneradora da família e da nação. Em torno da enfermidade houve discursos higiênicos e eugênicos, a grande variedade de remédios que eram anunciados como cura para a enfermidade evidenciava o medo em torno da sífilis, o discurso médico se manifestou como o mais categórico para instruir normas e medidas preventivas para a doença.

No que diz respeito às doenças venéreas, que é o caso da sífilis, fora da higiene segundo os médicos, não havia salvação, o discurso higienista, nas primeiras décadas do século XX, fazia uma verdadeira disciplinarização do corpo no Brasil. Pretendiam com seus

discursos a construção de homens e mulheres “ideais” a pátria, além de disciplinar o corpo e a mente do cidadão brasileiro. O Brasil passava por um período centrado na preocupação com a higiene da família, que na mentalidade da época era crucial para defender a civilização e construir uma nação saudável. Sobre as medidas de profilaxia no Piauí e em Parnaíba, no relatório de governo do Tenente Landry Salles (1930-1935) o líder do governo informou ao então presidente da república Getúlio Vargas, que o Serviço de Saneamento do Estado que possuía mais influência nos municípios de Teresina e Parnaíba foi restabelecido por ele com maior amplitude, criando inspetorias sanitárias de saneamento e profilaxia rural de moléstias venéreas para o combate das mesmas.

Segundo Luiza Amador (2015) um dos obstáculos para a realização da profilaxia eficaz da sífilis, na visão dos médicos higienistas, era o modo de vida da população mais humilde. Gente que ia sendo devorada pelas doenças resultantes das aglomerações, da promiscuidade, dos vícios, da ignorância e da imoralidade. Por isso, segundo esses médicos, as doenças venéreas, no caso do Brasil tendo a sífilis a frente de outras, tem o seu domínio em que a imoralidade imperava e para esse discurso médico a imoralidade reinava onde houvesse aglomeração de pobres e ex-escravos.

É importante destacar que a atribuição da sífilis não foi sempre em aspectos negativos e associados à falta de bons costumes, existiram outras associações para a doença. Gilberto Freyre em *Casa Grande e Senzala (2001)* escreveu que a sífilis foi doença de grandes números na casa grande e também na senzala, os brancos contraíam “brincando” com negras e mulatas desde muito cedo, geralmente ao desvirginar-se. Segundo o autor, os rapazes da casa grande deveriam trazer a marca da sífilis no corpo, pois se não o tivessem eram ridicularizados por não conhecer mulher, isto é, em alguns períodos da história do Brasil, a sífilis foi sinônimo de virilidade.

É notório que a partir dos discursos higienistas houve uma tentativa de vigiar e intervir no modo de vida da população, buscava-se a todo custo eliminar a chamada insalubridade dos corpos, para assim destituí-los das doenças, por conta desses debates médicos e de teorias eugenistas e progressistas, no final do século XIX e início do século XX houve uma profunda desqualificação principalmente dos negros recém-libertos, como se estes fossem atrasadores da pátria, passaram a ser sinônimo de sujeira, doença, degradação e imoralidade. A Sífilis passou a significar além do mal físico, promiscuidade sexual, negligência de deveres paternos, vadiagem, crime e baderna.

No Brasil na passagem do século XIX para o XX, as ideias eugenistas relacionadas à raça e projeto nacional possuíam grande circulação. Em sintonia com as teorias biológicas do

cenário social europeu a ciência brasileira procurava um “aperfeiçoamento” das características raciais, que eram associadas diretamente a discussões sobre progresso e degeneração. As correntes eugenistas formaram um movimento científico que se relacionava ao debate sobre raça, gênero, saúde, sexualidade e nacionalismo tentando apresentar um projeto biológico de regeneração social. Essas ideias acabavam, mesmo que de forma muito menos agressiva que na Europa, adentrando a sociedade brasileira, em muitos casos os negros eram considerados o “atraso da nação”, visão racista e problemática.

Sidney Chalhoub (1996) discorre em seu texto *Cidade Febril cortiços e epidemias na Corte imperial*, sobre os conceitos de “classes pobres e perigosas”. O autor aborda o tema em um contexto às vésperas da abolição da escravidão no Brasil, ele demonstra que os parlamentares brasileiros da época estavam preocupados com a situação dos futuros escravos libertos, pois consideravam que esses homens livres tomados pelo ócio se tornariam “classes perigosas”. Segundo o autor o contexto histórico em que se deu a adoção do conceito de “classes perigosas” no Brasil, fez com que desde o início os negros se tornassem os suspeitos preferenciais, nesse período as autoridades debatiam a repressão da ociosidade e temiam que os negros quando libertos se tornassem indivíduos perigosos à manutenção da ordem pública.

Nota-se através desse debate abordado pelo autor sobre as classes consideradas no fim do século XIX como perigosas, que essas teses eram sem dúvidas baseadas nas famigeradas teorias racistas que se tornariam mais influentes nas décadas seguintes. A grande consequência é que os negros passariam a ser vistos no início do século XX como indivíduos de moral questionável e como pessoas que possuíam defeitos insuperáveis, tornando-se assim membros efetivos das classes ditas como perigosas à manutenção da ordem pública e da saúde.

O grande problema que pretendemos abordar neste texto, é que no final do século XIX e início do século XX as classes pobres não eram vistas como classes perigosas apenas por oferecerem risco de problema à organização da ordem pública, mas também esses eram acusados de oferecer perigo de contágio, principalmente de doenças que envolviam a moralidade, como a sífilis. As classes nobres da época consideram que os negros e pobres em geral se reproduziam demasiadamente enquanto suas crianças permaneciam expostas aos seus vícios, para combater esses supostos problemas entrava em discussão na sociedade da época a repressão à ociosidade, dever-se-ia reprimir os supostos hábitos de não trabalho.

Após a abolição da escravidão, para os médicos os escravos libertos passaram a oferecer risco de contágio no sentido literal, os médicos diagnosticaram que os hábitos presentes nas residências de moradores pobres eram um risco à saúde pública. Isto porque eles

descreviam que eram habitações coletivas que seriam foco de irradiação de epidemias ameaçando a salubridade pública (CHALHOUB, 1996). O autor aborda a questão dos cortiços, que foram considerados refúgios para escravos recém-libertos, essas habitações eram vistas tanto como um problema para o controle social dos pobres como uma ameaça para as condições higiênicas da cidade. As autoridades tentavam impedir que os cortiços virassem “focos de vícios” ou transgredissem a “moralidade” dos costumes, essas moradias eram consideradas asilos permanentes de infecções.

O que é preciso deixar claro é como os médicos e a sociedade em geral enxergavam os escravos recém-libertos no início do século XX, os médicos de um lado com os seus discursos higienistas afirmando que as classes menos favorecidas eram um perigo a manutenção da saúde e salubridade públicas. Por outro lado, as autoridades governamentais afirmando que essas classes representavam a ociosidade e que atrapalhariam o progresso do país.

Nas primeiras décadas do século XX, a elite médica se consolidou com os debates sobre a necessidade de políticas públicas de caráter higienista, esses sujeitos foram formados sob a égide de um conceito de civilização e progresso aos moldes da Europa e, quase sempre, direcionavam suas práticas para o combate ao que consideravam como ócio e vagabundagem, problemas ligados segundo esses médicos, ao passado escravista do país.

Estando a par dos discursos higienistas e de todas as teorias sobre salubridade levantadas pela classe médica, às elites que compunham as cidades brasileiras no início do século XX (e vale lembrar: as casas de misericórdia eram administradas por pessoas integrantes da alta sociedade), consideravam que os pobres frutos de uma mestiçagem africana/ameríndia não eram afeiçoados ao trabalho e, por isso tornavam-se veículos propagadores de doenças. Logo, o imaginário da época era que os negros não eram capazes de manter sua independência e sua própria sobrevivência em virtude do desinteresse pelo trabalho, um cotidiano ligado a vícios e promiscuidades, o que os deixavam, segundo os médicos, mais propensos a adquirir doenças infectocontagiosas, levando-os assim a precisar dos hospitais, a exemplo das Santas Casas de Misericórdia.

É diante desse contexto do início da República, que se inclui também Parnaíba. Para o governo era necessário intervir nas cidades, pois nelas existiam sujeitos que ameaçavam os ideais civilizatórios republicanos, assim, os pobres e escravos recém-libertos deveriam ser vigiados e ter assistência para evitar a proliferação de doenças, no imaginário da época, o auxílio aos que não podiam se tratar, garantia também a proteção aos mais ricos contra as doenças. Nesse cenário, a elite parnaibana se reúne para criar e manter a Santa Casa de Parnaíba como forma de dirimir os problemas enfrentados com o cotidiano dos doentes e

doenças naquele contexto. Não era apenas mais uma instituição hospitalar, mas também um espaço de controle e mantedora dos interesses do Estado.

O objetivo desse tópico foi apontar a grande quantidade de casos de sífilis em Parnaíba na década de 1930 que foram encontrados nos registros de internações da Santa Casa de Misericórdia e relacionar com os anúncios de remédios para a sífilis que foram encontrados no jornal parnaibano que obtivemos acesso. Além de tentar abordar a problemática de doenças como a sífilis terem sido associadas na época a promiscuidade e vícios, que segundo os médicos higienistas quem possuía seriam os pobres e escravos recém-libertos.

3.4 Sobre a malária/paludismo

Doença conhecida conjuntamente como maleita, impaludismo, paludismo e febre terçã ou quartã, a malária possui sintomas considerados quase inconfundíveis pela medicina, a sintomatologia inclui febre alta que costuma ser seguida por calafrios com duração de horas, as altas temperaturas acompanham mal-estar, profundas dores articulares e fortes náuseas. As primeiras incidências desses episódios em pacientes contaminados costumam durar um ou dois dias e logo depois acontece um intervalo em que o indivíduo retorna aos afazeres normais, mas logo depois os sintomas retornam de maneira mais forte. Esse ciclo continua por semanas onde o enfermo se não tratado morre de complicações nos rins, pulmões, cérebro ou sara espontaneamente.

O nível de gravidade da enfermidade se dá a partir de alguns fatores, mas o principal diz respeito à espécie de parasita que causa a doença, existem várias formas de aparição da doença, umas mais leves, algumas assintomáticas e outras com nível de gravidade superior, quando os sintomas aparecem a principal característica é que eles são intermitentes, ou seja, insistem em reaparecer. Segundo os estudos médicos, a malária é ocasionada por protozoários que se proliferam nos glóbulos vermelhos do sangue da espécie humana, as classes de mosquito causadores do paludismo no homem são quatro: *Plasmodium vivax*, *P. falciparum*, *P. malariae* e *P. ovale*.

Os chamados xaropes populares usados no tratamento da malária são conhecidos no mundo há vários séculos, por exemplo, os Incas já no século XVI usavam o extrato da casca de quina para o tratamento, o princípio ativo da planta chamada “Quina” foi usado por muitos séculos no tratamento do impaludismo. Vários tratamentos foram desenvolvidos ao longo dos anos pelos fármacos, cada um com indicação preferencial segundo o tipo de mosquito causador, mas todos os tratamentos já desenvolvidos contribuíram para que na

contemporaneidade o tratamento seja eficaz no qual se o indivíduo o procurar em tempo hábil não deverá morrer.

O ser humano é tecnicamente o único hospedeiro em potencial natural das espécies de plasmódios que são transmitidas pelas picadas de mosquitos hematófagos infectados. A ocorrência da malária está intimamente ligada à presença e proliferação de mosquitos dos gêneros *Anopheles*. Essa doença é transmitida por meio do contato do sangue de uma pessoa infectada com o de uma sadia e principalmente pela picada da fêmea do mosquito *Anopheles*, infectada por Plasmodium, um tipo de protozoário, estes mosquitos são mais abundantes ao entardecer e ao amanhecer.



Imagem VI: Mosquito transmissor da malária. FONTE: Revista Veja. São Paulo, 2016.

Na imagem acima o *Anopheles Gambiae*, comumente chamado de mosquito-prego no Brasil, é um gênero de mosquito com ampla distribuição mundial presente principalmente em regiões tropicais e subtropicais com umidade e calor elevado, todos os mosquitos deste gênero põem seus ovos em coleções d'água, alguns preferem águas paradas, alguns preferem águas limpas de fluxo lento e outros águas sujas.

No Brasil, historicamente nem sempre a Malária foi uma doença da Amazônia, segundo Amanda Rossi (2018) nas décadas de 1930 e 1940 havia malária em todo o território nacional. Os mosquitos transmissores da malária se alojaram principalmente nas regiões costeiras e também em regiões de Mata-Atlântica em que há umidade elevada, mas é importante ressaltar que estes também causaram focos epidemiológicos no interior do país.

Segundo Gabriel Anaya (2016), o *Anopheles gambiae* – mosquito pertencente ao gênero *Anopheles*, sendo de origem africana, hospedeiro e transmissor da malária-paludismo

foi identificado pela primeira vez no Nordeste brasileiro Natal-RN no início da década de 1930, logo depois passou por uma era silenciosa, iniciada em 1932 que durou cinco anos e foi nessa época que o mosquito alastrou pelo interior do Nordeste. A fase mais difícil da doença no Brasil se deu com a epidemia dos anos da década de 1930 e levou a criação do SMNE², um serviço cooperativo que pretendia erradicar o mosquito e a doença no Nordeste.

De acordo com Erney Plessmann Camargo (2003) o alastramento da doença começou durante a década de 1930 em Natal. “*Destroyers* franceses que faziam, a cada 4 dias, a rota postal França-Natal, via Dakar, provavelmente trouxeram para cá o terrível transmissor da malária na África, até então ausente do país: o *Anopheles gambiae*”, o mosquito teria hábitos parecidos com o da dengue, desenvolvia-se na água, invadia e colonizava as residências próximas aos locais de infestações. A infestação de malária em Natal teria alcançado proporções gigantescas como afirma o autor:

O *Anopheles gambiae* ocupou imediatamente as imediações da estrada de ferro e os canais próximos à foz do Potengi e, daí, foi subindo Natal adentro para, em poucos meses, ocupar um território de 6 mil km². Em 1928, antes da invasão, haviam ocorrido 28 mortes por malária em Natal. Esse número aumentou 12 vezes em 1932. Em um único bairro (Alecrim), 10 mil pessoas adquiriram malária dentre uma população de 12 mil indivíduos. (CAMARGO, p. 5, 2003)

Após esse período, conforme o autor, as juntas de saúde de Natal teriam conseguido controlar o surto de Malária. Mas o *gambiae* não foi erradicado completamente e subiu rio acima, atravessou as chapadas e infiltrou-se pelas margens do rio Jaguaribe no Ceará, nesse Estado ganhou terreno e se expandiu em silêncio, durante a década de 1930, a malária assumiu caráter explosivo. O povo cearense tinha imunidade nula à doença, pois não havia ainda passado pelo contato com a picada do mosquito, em vários povoados rurais e ribeirinhos, o número de casos rondou os 80 a 90% da população. A mortalidade foi alta, pacientes sem imunidade e já debilitados pela fome morriam sem tratamento.

Conforme Cristiane Albuquerque (COC/Fiocruz,2020), no início da década de 1930, a falta de monitoramento favoreceu o perigoso alastramento do mosquito para outros espaços do Nordeste, até 1937 o vetor da doença permaneceu ignorado, somente nesse ano a epidemia tornou-se visível a presença do mosquito até então considerado “invisível” embora estivesse presente em quase todo o território nacional desde 1930.

A precariedade das condições de vida assolava a maior parte dos nordestinos, além do contexto de negligência, o mosquito encontrou condições ideais e naturais para o seu

² O mosquito invasor se tornou centro de discussões e motivou surpresas, decisões e silêncios, já que foi inicialmente ignorado. Porém, o medo de que a malária se espalhasse pelas Américas levou à formação, no início de 1939, do Serviço de Malária do Nordeste (SMNE).

desenvolvimento, a influência de regiões de rios e estações irregulares de seca e chuva favoreceram a proliferação do *Anopheles gambiae*, em algumas cidades do interior cerca de 90% das pessoas eram atingidas, algumas vezes famílias inteiras eram acometidas, afirma Cristiane Albuquerque.

No contexto de alastramento do mosquito pelo Nordeste, a era “silenciosa” da malária foi superada, a capacidade de contágio e de danos a comunidades inteiras, aliadas a preocupações de saúde pública que rondavam o Governo Federal da época, incentivaram uma maior atenção a esta enfermidade, foi criado então o Serviço de Malária do Nordeste (SMNE).

O presidente da República, Getúlio Vargas, com apoio da Fundação Rockefeller³ decidiu travar uma luta contra a epidemia, investiram dinheiro em médicos que já haviam trabalhado no combate ao mosquito da febre amarela, a luta contra o *gambiae* teria sido dura, eram revirados criadouros e casas que eram aspergidos com larvicidas. Os chamados combatentes da malária dedicavam-se à distribuição de remédios e à fiscalização do foco dos mosquitos. Dedetizavam casas e tentavam conscientizar os moradores da chamada beira d’água de que era um lugar perigoso e propício à doença.

Os discursos dos médicos higienistas estavam presentes na tentativa do controle da doença, o paludismo também era visto como um problema sanitário de enormes proporções. Em todo o Brasil eram propostas reformas na saúde pública, inspeção de polícias sanitárias e campanhas profiláticas, havia uma crescente diferenciação social que reclassificava os espaços e indivíduos passíveis de abrigarem doenças.

Os trabalhos na luta contra a malária no Brasil se deram em grande medida na tentativa de evitar o contato das pessoas com água parada. Foram feitos trabalhos de hidráulica sanitária e algumas obras de saneamento visando dificultar a proliferação do mosquito transmissor.

3.4.1 A questão da malária em Parnaíba: algumas considerações.

Um dado importante a ser observado é que o período em que a malária se alastrou pelo estado do Ceará foi também o período em que o Piauí obteve muitos casos da doença, na

³ A Fundação Rockefeller é uma fundação criada em 1913 nos Estados Unidos da América, que define sua missão como sendo a de promover, no exterior, o estímulo à saúde pública, o ensino, a pesquisa e a filantropia. É caracterizada como associação beneficente e não governamental, que utiliza recursos próprios para realizar suas ações em vários países do mundo, principalmente os subdesenvolvidos. No Brasil, a Fundação Rockefeller iniciou suas atividades em 1916 no Rio de Janeiro, em uma comissão médica com o objetivo de promover pesquisas científicas e ações de profilaxia das principais doenças endêmicas do país.

década de 1930, é provável que no mesmo período em que a malária chegou ao Ceará através dos seus rios, tenha chegado também a Parnaíba, sendo esta uma região de ambiente propício ao mosquito.

É notório que no período em que houve a grande epidemia de malária no Ceará, justamente da metade para o final da década de 1930, a Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba atendeu quantidades significativas de cearenses com paludismo, o que pode ter ocorrido pelos fluxos migratórios que existiram de um Estado para outro. Há ainda a hipótese fortemente levantada nesse trabalho de que esses indivíduos estivessem fugindo da seca que assolava o Ceará na época, nessa tentativa de fugir, muitas vezes por matas quentes e úmidas, esses indivíduos já chegavam a Parnaíba doentes.

Um dos objetivos ao se estudar os surtos de malária em Parnaíba se dá em investigar a relação da doença com os aspectos ambientais da cidade, através de leituras sobre a história da malária do Brasil, foi possível perceber que os focos de epidemias de paludismo se deram ao longo do litoral brasileiro. Essa informação faz todo sentido, pois o mosquito transmissor da doença se cria em poças de águas rasas e limpas no solo que sejam expostas ao sol, cacimbas, poços, beira de rios ou de mar, assim, uma região contemplada com rio e com mar como a cidade de Parnaíba, seria um lugar ideal para a proliferação do mosquito transmissor.

A cidade por ser litorânea tem condições de ordem ambiental como: umidade elevada e chuvas abundantes, isso favorece a proliferação do mosquito e também encurta o período de vida extrínseco do *Plasmodium* no mosquito, tornando mais rápida a capacidade infectante do mosquito infectado num portador.

No Almanaque da Parnahyba do ano de 1934, na seção “Aspetos de Parnaíba” escrita por Euclides de Miranda, advogado na cidade, o autor expõe uma preocupação recorrente com a situação de desolação da cidade durante o inverno. Miranda relatou que as águas invadiam os bairros deixando-os alagadiços propícios à infestação de mosquitos até que o próprio sol reduzisse e secasse as águas:

Esta cidade merece que seus governos encarem com atenção dois sérios aspetos que lha afeiam e lha defeituam. O primeiro enquadra-se no estado de desolação que se vê durante o inverno à sua frente, desde o bairro tucuns até o Cortume, ambos logo a vista, quer se venha do norte, quer se venha do sul. Nessa época então, as águas invadem facilmente esses bairros, deixando ao recuarem, alagadiços de onde saem os mosquitos que infestam a cidade, ficando ali estagnadas outras águas até que o sol causticante as reduza a vapores e as saque. (ALMANAQUE DA PARNAHYBA, p. 74, 1934).

É possível notar neste artigo em específico do Almanaque, uma preocupação com as enchentes, possíveis infestações de mosquitos e com a desorganização e negligência do poder público em relação ao assunto. Miranda relata ainda que Parnaíba era uma terra em grande

parte conquistada pelo rio, pelo trabalho do levantamento do seu nível. Foi erguida pelos aterros. As construções apresentavam-se à custa de muito entulho e areias. Essas construções a beira rio acabavam por gerar um assoreamento do rio, ou seja, geravam o acúmulo de sedimentos na foz do rio, degradando sua bacia hidrográfica. Com o “aterramento” da foz, durante as chuvas os rios tendiam a encher mais facilmente e transbordar causando enchentes na cidade.

O autor relata no artigo que na cidade deveria ser feito um trabalho de fechar as entradas de igarapés e furos que se verificavam nos bairros por onde as águas penetravam a cidade, mantendo-se um sistema de drenagem que fizesse o esgoto constante das águas. Segundo Miranda, o poder público argumentava que a despesa seria grande e que orçamento público não comportava essa obra, que teria uma solução demorada e que só os donos de terrenos teriam vantagens, porque os valorizariam. O autor considerou estes argumentos frágeis:

A consignação de uma dotação regular anual, dentro das possibilidades financeiras do município, em 10 ou 20 anos de trabalho pertinaz, terá realizado a obra de saneamento e dessecamento da vasta zona apontada. Os terrenos valorizados irão concorrer para o crescimento das rendas públicas, resultante das construções que ali se fizerem. E uma medida que se impõe em prol desta terra que precisa levantar-se por si mesma, corrigindo-se do defeito de povos fracos que ficam sempre a espera do auxílio estranho que os venha ajudar contra as necessidades que os infelicitem. (ALMANAQUE DA PARNAHYBA, p. 74-75, 1934).

É notória a partir do contato com o artigo em questão, a preocupação recorrente dos escritores do almanaque parnaibano com as cheias dos rios e o não escoamento das águas que causavam estragos e colocavam a saúde da população em risco a partir da proliferação de mosquitos. Um aspecto particular e bastante relevante para a criação de políticas públicas voltadas a manutenção da saúde em Parnaíba foi à irregularidade do nível de cheia dos rios, e buscando evitar proliferação de doenças com a contaminação da água, foi estabelecido que a população não deveria jogar imundices e excrementos em lugares onde a maré poderia encher e vaziar, correndo risco de multa a anormalidade do rio causada pelo assoreamento e o uso do mesmo para descarte do lixo acabariam por desencadear diversas doenças epidêmicas na população parnaibana (VERAS 2014).

No relatório de governo do Capitão Landry Salles, interventor federal do Estado do Piauí (1931-35) foram encontradas duas fotografias de desobstrução de rios em Parnaíba. Nesse relatório de governo foram colocadas de forma aleatória nas páginas do documento fotografias de obras públicas que o governo estadual estava realizando e entre elas encontramos duas que dizem respeito ao ato de desentulhar rios na cidade da Parnaíba. As obstruções são causadas principalmente pelo assoreamento dos rios, esse fenômeno acontece

quando os rios sofrem processos erosivos por causas naturais como a chuva, ventos fortes ou pela ação física do homem sobre a natureza, movendo terra, rochas, lixo, entulho e outros sedimentos para o fundo dos rios. Parnaíba em fase de crescimento e as construções a beira rio ajudaram no aterramento.

O assoreamento dificulta ou impede a navegação, pois o acúmulo de sedimentos no fundo deixa o rio mais raso, o que dificulta a circulação das embarcações, este processo é um dos principais causadores de alagamentos, pois ao receber um grande volume de água da chuva o rio transbordará, visto que está mais raso do que o normal. A urbanização que muitas vezes acontece em áreas impróprias, colabora negativamente para esse processo, o acúmulo de lixo nas águas ajuda na contaminação e facilita a reprodução de mosquitos.

As ações dos próprios cidadãos e a aparente falta de fiscalização pelo poder público podem ter colaborado com o assoreamento dos rios parnaibanos, ajudando a alagar alguns bairros em tempos chuvosos, o desmatamento das margens para erguer as construções, por exemplo, contribui negativamente, pois se remove a proteção natural do rio que impediria a passagem de sedimento até o fundo do rio.



IMAGEM VII: Trabalhos de desobstrução do Rio Parnaíba. FONTE: Relatório de Governo do Capitão Landry Salles, interventor federal do Estado do Piauí (1931-35).



IMAGEM VIII: Trabalhos de desobstrução do Rio Parnaíba. FONTE: Relatório de Governo do Capitão Landry Salles, interventor federal do Estado do Piauí (1931-35).

No campo da saúde pública, do relatório de governo de 1936 do governador Dr. Leônidas de Castro Mello, foi encontrado uma espécie de gráfico que informa ao governo federal as principais doenças encontradas naquele ano na cidade de Parnaíba, de acordo com os dados do dispensário de assistência médica de Parnaíba. Registramos no quadro abaixo as dez primeiras doenças que constam no relatório na ordem e forma como aparecem:

Verminose	401
Paludismo	2.200
Syphilis	538
Gonorrhéa	32
Cancro molle	25
Outras doenças venéreas	9
Bouba	3
Leismaniose	3
Trachoma	19
Tuberculose Pulmonar	73

Fonte: Relatório de governo de 1936 do governador Dr. Leonidas de Castro Mello.

Esses dados reforçam os surtos de malária que existiram em Parnaíba, é notório o grandioso número de infectados por malária na cidade comparando com as outras doenças retratadas, o que se propõe nesse momento é a confirmação dos inúmeros casos de malária que existiram em Parnaíba na década de 1930, que foram confirmados pelos dados de internação dos pacientes da Santa Casa de Misericórdia e através das informações presentes nos relatórios de governo. Além das informações encontradas no Almanaque da Parnahyba que confirmam a preocupação de escritores com a situação das cheias e períodos alagadiços, em que os mosquitos invadiriam a cidade provocando surtos de doenças, todos os registros já citados confirmam a presença do paludismo em Parnaíba na década de 1930, período em que a doença se espalhava pelo nordeste brasileiro, principalmente em comunidades construídas às margens de rios com condições ideais para a propagação do mosquito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de todas as questões debatidas nessa pesquisa, reafirma-se a importância do estudo da história da saúde e das doenças, e de dados resgatados de instituições hospitalares para a constituição da história de uma sociedade. Pois, como já foi abordado anteriormente, os dados de um hospital refletem questões importantes da sociedade em que estão inseridos.

Assim, o trabalho realizado junto às fontes que dão suporte a construção desse texto foi feito pensando sobre as reflexões que os dados encontrados causavam sobre a cidade de Parnaíba no contexto do início do século XX, como por exemplo, pensar como as principais doenças que apareceram nos registros de internações tem relação com os fatores ambientais da cidade, como no caso da malária.

Com base nas problemáticas que a leitura das fontes causaram, foi possível refletir sobre a forte presença de cearenses nesses dados, o que nos permitiu pensar sobre os motivos pelos quais esses indivíduos chegavam a Parnaíba, associando a períodos de seca e fome no Ceará. Ainda foi possível notar uma forte tendência de declaração de cor “morena”, o que possibilitou através da leitura de outros trabalhos pensar nos motivos pelos quais esses sujeitos se declaravam como morenos, levando em conta o contexto pós-abolição no Brasil. Todas essas possibilidades e diversas outras lançadas pelo estudo dessas das Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba confirmam que “as doenças têm história”, pois quando estudada como fator social e levando em consideração o contexto em que estava inserida, ela refletira significados e sentidos que demonstraram perspectivas e pensamentos que as sociedades elaboraram sobre um flagelo apontando culturalmente que as sociedades possuíam em determinada época.

Entre os debates levantados foi considerado de extrema importância a contextualização do recorte temporal das fontes – a década de 1930 – com o contexto nacional. O Brasil passava por uma transformação no que diz respeito à abordagem do tratamento das doenças. O governo federal tentava interiorizar instituições de saúde nos estados a fim de conter os problemas que os flagelos mais severos causavam. No Piauí, encontramos relatos em fontes e outros trabalhos sobre as medidas do governo federal no estado, essas informações foram encontradas principalmente nos relatórios de governo. Em Teresina foi instalado o posto de saúde da capital, em Parnaíba uma delegacia própria de saúde que prestava informações para os interventores estaduais sobre números relacionados às doenças de maiores números de doentes.

Com tudo isso, a Santa Casa de Parnaíba contribuiu de forma imensa para os cidadãos parnaibanos e também de outras regiões próximas, como apontam as fontes. A enorme diversidade de dados que se encontram na referida instituição, no seu arquivo de documentos, podem contribuir para futuras pesquisas, já que o presente trabalho não finaliza as possibilidades de pesquisa, mas apenas dar início para uma gama de possibilidades. Pretende-se que essa pesquisa instigue o desejo de novos trabalhos para que a história da saúde e da doença no Piauí ganhe cada vez mais força e que mais pesquisadores se interessem em abordar o referido tema. Pois, embora já existam alguns trabalhos, ainda há uma carência de estudos sobre a instituição da Santa Casa de Parnaíba, visto que foi encontrada certa dificuldade em encontrar algumas informações em outros trabalhos. Por este motivo, muitas vezes foram utilizados trabalhos de outros estados, sendo do mesmo recorte temporal para a pesquisa.

FONTES

ALMANAQUES DA PARNAHYBA. Digitalizações disponíveis em:

<http://www.mundosdotrabalhopi.com.br/p/almanaques-da-parnaiba_2.html?m=1> Acesso em: 28/04/2021

ARQUIVO PÚBLICO. Relatório do governador do Estado do Piauí. Governador Landry Salles Gonçalves, interventor Federal no Estado do Piauí. Teresina, 1931-1935. Disponível no acervo do Arquivo Público do Estado do Piauí.

ARQUIVO PÚBLICO. Relatório do governador do Estado do Piauí. Governador DR. Leônidas de Castro Mello, interventor Federal no Estado do Piauí. Teresina, 1936. Disponível em: Acervo do Arquivo Público do Estado do Piauí.

ASSOCIAÇÃO. Revista da Associação Piauiense de Medicina. Teresina, 1941. Disponível no acervo do Arquivo Público do Estado do Piauí.

MISERICÓRDIA. Livros de internações da Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba no período de 1930 a 1939. Disponível em: Arquivo particular da Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba.

PRAÇA. Jornal A Praça; Orgam da Associação Commercial Dos Verejistas.

PARNAHYBA (PI) edições de 1928-1929. Digitalização disponível em:

<http://www.mundosdotrabalhopi.com.br/p/jornais_17.html> Acesso em: 20/05/2021

REFERÊNCIAS:

ALBUQUERQUE, Cristiane. **Combate à febre amarela favoreceu a expansão da malária nos anos 1930**. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro 17 de junho de 2020. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/combate-febre-amarela-favoreceu-expansao-da-malaria-nos-anos-1930>> Acesso em: 26/04/2021

ARAÚJO, Rafael Nóbrega. **O "TERRÍVEL FLAGELLO DA HUMANIDADE": OS DISCURSOS MÉDICO-HIGIENISTAS NO COMBATE À SÍFILIS NA PARAÍBA (1921-1940)**. / Rafael Nóbrega Araújo – Campina Grande, 2020.

AMADOR, Luiza Helena Miranda. **“Degenerados e Contagiantes” A luta contra a sífilis no Pará (1915-1934)**. Luiza Helena Miranda Amador – Belém, 2015.

ANAYA, Gabriel Lopes. **Anopheles Gambiae: Do invasor silencioso ao “FEROZ MOSQUITO AFRICANO” no Brasil (1930 a 1940)**. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, 2016.

ARAÚJO, Maria Marta Lobo. **As Misericórdias quinhentistas do senhorio da Casa de Bragança**. In “As Misericórdias quinhentistas”. Penafiel, 2009.

ARAÚJO, Maria Marta Lobo. **Dar aos pobres e emprestar a Deus: as Misericórdias de Vila Viçosa e Ponte de Lima (SÉCULOS XVI-XVIII)**. Santa Casa de Misericórdia de Vila Viçosa e de Ponte de Lima. 1ª edição, 2000.

BARBOZA, Edson Holanda Lima. **A hidra cearense Rotas de retirantes e escravizados entre o Ceará e as fronteiras do Norte (1877-1884)**. / Edson Holanda Lima Barboza – São Paulo, 2013.

BENCHIMOL, Jaime Larry; SILVA, André Felipe Cândido da. **Ferrovias, doenças e medicina tropical no Brasil da Primeira República**. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.719-762, jul.-set. 2008.

CAMARGO, Erney Plessmann. **Malária, Maleita, Plaudismo**. *Ciência e Cultura* Vol. 55, São Paulo, Março de 2003. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-7252003000100021> Acesso em: 26/04/2021

CARRARA, S. **Tributo a vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996. 339 p. ISBN: 85-85676-28-0. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 08/09/2020.

CARVALHO, Aleisa de Sousa. **“POBRES INFELIZES” À espera de “almas caridosas”: Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba no início do século XX (1914-1928)**. UFPI, 2016.
CHALHOUB, Sidney. **Cortiços e epidemias na corte imperial**. São Paulo, Companhia das Letras. 1996.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social**. Petrópolis, Vozes, 1998.
CHALHOUB, Sidney **Cidade febril : cortiços e epidemias na Corte imperial** / Sidney Chalhoub. — 2a ed. — São Paulo : Companhia das Letras, 2017.

COE, Agostinho Junior Holanda. **A ASSISTÊNCIA EM CRISE: A santa casa de misericórdia do Maranhão na segunda metade do século XIX (1850-1890)**. Agostinho Junior Holanda Coe – Rio de Janeiro, 2013.

FERREIRA, Luciana de Moura. **A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA: ACOLHIMENTO DE ENFERMOS E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE PÚBLICA (1861-1889)**. Luciana de Moura Ferreira - Fortaleza, 2017.

FREYRE, Gilberto. **Casa-grande & senzala**. 42. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 10. Ed. Rio de Janeiro: Graal, 1992.

HOCHMAN, G. **Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945)**. Educar, Curitiba: Editora UFPR, n. 25, p. 127-141, 2005.

HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina M. O. **O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45**. In: PANDOLFI, Dulce (org.). Repensando o Estado Novo. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getulio Vargas, 1999. P 73-94.

HOCHMAN, Gilberto; MELO, Maria T. Bandeira e SANTOS, Paulo R. Ellian. **A malária em foto: imagens de campanhas e ações no Brasil da primeira metade do século XX**. Suplemento, vol. 9. 233-73, 2009.

LE GOFF, Jacques (org.). **As doenças têm história**. Lisboa: Terramar, 1985.

LOPES, Maria Antónia. **Pobreza, Assistência e Controlo social em Coimbra**. V.I. Viseu: Palimage editora, 2000.

OLIVEIRA, Eveli Souza D´avila de. **Combate à malária em Santa Catarina: políticas públicas, impactos ambientais e memória**. Florianópolis: Programa de Pós Graduação em História da Universidade Federal de Santa Catarina, 2015.

OLIVEIRA, Eduardo Gomes de. **Assistência a alienados na Santa Casa de Misericórdia do Maranhão (1882-1892)**. Eduardo Gomes de Oliveira. – Rio de Janeiro: s.n., 2011.

OLIVEIRA, Iranilson Buriti de. **FORA DA HIGIENE NÃO HÁ SALVAÇÃO”: a disciplinarização do corpo pelo discurso médico no Brasil Republicano**. Publicação do Departamento de História e Geografia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte Centro de Ensino Superior do Seridó – Campus de Caicó.

V.4-N.7-fev./mar.de2003–SemestralISSN-1518-3394.

Disponível em: <www.cerescaico.ufrn.br/mneme> Acesso em: 28/05/2021

Marinho, Joseanne Zingleara Soares **“Manter sadia a criança sã”: as políticas públicas de saúde materno-infantil no Piauí de 1930 a 1945/ Joseanne Zingleara Soares Marinho – Curitiba, 2017.**

MELO, Maria Teresa Villela de. **Imagens da memória: uma história visual da malária (1910-1960)**. Maria Teresa Villela de Melo. – Niterói: UFF / ICHF, 2007.

MORAES, Livia Suelen Sousa. **SAÚDE MATERNO-INFANTIL, MULHERES E MÉDICOS EM TERESINA (1930-1950)**. / Livia Suelen Sousa Moraes – Teresina, 2014.

Teresina: UFPI 2014

ROCHA, Leila Alves. **CARIDADE E PODER: A irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Campinas (1871-1889)**. Leila Alves Rocha - Campinas, 2005.

ROSSI, Amanda. **Por que os casos de malária cresceram 50% no Brasil após 6 anos de queda**. BBC News Brasil, São Paulo, 4 de maio de 2018. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-43998843>> Acesso em: 26/04/2021

SÁ, Isabel dos Guimarães. **A fundação das Misericórdias e a rainha D. Leonor (1458-1525)**. In “As Misericórdias quinhentistas”. Penafiel, 2009.

SÁ, Isabel dos Guimarães. **A reorganização da caridade em Portugal em contexto europeu (1490-1600)**. In Cadernos do Noroeste. Volume 11, 1998. 31-66.

SÁ, Isabel dos Guimarães. **A assistência: As misericórdias e os poderes locais**. In História dos Municípios e do poder local. Circulo de Leitores, 1996.

SANGLARD, Gisele. **A CONSTRUÇÃO DOS ESPAÇOS DE CURA NO BRASIL: ENTRE A CARIDADE E A MEDICALIZAÇÃO**. REVISTA ESBOÇOS Nº 16 — UFSC

SILVA, Alexandre dos Santos. **O HABITAR POSSÍVEL: Arquitetura popular na “Parnaíba dos Pobres” (1900-1920)**. Parnaíba: Revista Piauiense de História Social e do Trabalho. Ano III, n. 05, julho-dezembro de 2017.

SILVA, Barbara Damasco da. **A POLICLÍNICA DAS CRIANÇAS DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO RIO DE JANEIRO: FILANTROPIA E SAÚDE (1909-1929)**. Bárbara Damasco da Silva. – Rio de Janeiro: s.n., 2015.

SILVA, Márcia Regina Barros da. **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO: Saúde e assistência se tornam públicas (1875-1910)**. Belo Horizonte: VARIA HISTORIA, vol. 26, nº 44: p.395-420, jul/dez 2010.

SILVA, Rafaela Martins. **AS FACES DA MISERICÓRDIA: A santa casa de Teresina na assistência pública (1889-1930)**. Rafaela Martins Silva, 2016.

TAMANO. Luana Tiek Omena. **O Movimento Sanitarista no Brasil: a visão da doença como mal nacional e a saúde como redentora**. Khronos, Revista de História da Ciência ISSN 2447-2158 - nº 4, agosto de 2017.

VERAS, Naira Lorena. **Práticas de saúde e modernidade na cidade de Parnaíba, Piauí (1850 a 1930): um estudo arqueológico**. Aracaju: Universidade Federal de Sergipe Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Programa de Pós-Graduação em Arqueologia, 2014.

WEIMER, Rodrigo de Azevedo. **Ser "moreno", ser "negro": memórias de experiências de racialização no litoral norte do Rio Grande do Sul no século XX**. Estudos Históricos, Rio de Janeiro, dezembro de 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/eh/a/N6wMmNRxZxf3psVKMwbPRmb/abstract/?lang=pt>> Acesso em: 26/04/2021.



**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA
“JOSÉ ALBANO DE MACEDO”**

Identificação do Tipo de Documento

- () Tese
 () Dissertação
 (X) Monografia
 () Artigo

Eu, EMANUELA ARAUJO COUTINHO,
 autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de
 02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar,
 gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação
A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARNAÍBA
A PARTIR DOS REGISTROS DE INTERNAÇÕES (1930-1939)
 de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título
 de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI 18 de NOVEMBRO de 2021

Emanuela Araújo Coutinho
Assinatura