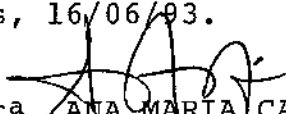


UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Ciências Médicas

RODOLPHO TELAROLLI JUNIOR

Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Dōtorado, apresentada a Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do título de Doutor em Medicina área de Saúde Coletiva do médico RODOLFO TELAROLLI JUNIOR.
Campinas, 16/06/93.


Profa. Dra. ANA MARIA CANESQUI
- Orientadora -

Poder e Saúde:
A República, a Febre Amarela e a
Formação dos Serviços Sanitários
no Estado de São Paulo

Volume 1

CAMPINAS

1993

52122

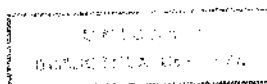
Rodolpho Telarolli Junior ²³⁵

**Poder e Saúde:
A República, a Febre Amarela e a
Formação dos Serviços Sanitários
no Estado de São Paulo**

TESE DE DOUTORAMENTO APRESEN-
TADA AO DEPARTAMENTO DE MEDICINA
PREVENTIVA DA FACULDADE DE CIÊN-
CIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE DE
CAMPINAS

Orientadora:
Prof^a Dr^a Ana Maria Canesqui

**CAMPINAS
1993**



Para meus pais

Para Fernanda

AGRADECIMENTOS

À profª drª Ana Maria Canesqui, modelo de orientadora e influência marcante em minha formação acadêmica. Essa tese não teria sido elaborada sem seu incentivo generoso e sua dedicação à tarefa de orientar.

Ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, em especial aos seus dois últimos coordenadores, profª drª Ana Maria Canesqui e prof. dr. Nelson Rodrigues dos Santos, por me facultar as condições de disponibilidade de tempo indispensáveis à elaboração desse trabalho. Ao prof. dr. Everardo Duarte Nunes e à profª drª Marilisa Berti de Azevedo Barros, pelo auxílio na resolução de diversas dificuldades institucionais.

À Secretaria de Estado da Saúde, em especial ao dr. Walter Manso Figueiredo, diretor do ERSA de Araraquara, por me liberar de minhas atribuições para as atividades de pesquisa.

A CAPES, pela concessão de bolsa durante parte do período de elaboração desse trabalho.

Aos professores prof. dr. Fernando Carvalho e profª drª Sylvia Helena de Almeida Leite, responsáveis pela revisão. Ao prof. dr. Rodolpho Telacoli, pela orientação sobre as fontes primárias do período e as produtivas discussões sobre a história política da Primeira República.

À Fernanda, pelas sugestões preciosas e por seu carinho durante todos esses anos.

ÍNDICE

| | |
|--|------------|
| APRESENTAÇÃO | 1 |
| CAPITULO 1 - A Sociedade Paulista na Primeira República: Vida Material e Política | 20 |
| 1. A expansão cafeeira modifica o cenário | 21 |
| 1.1. Imigração estrangeira | 26 |
| 1.2. As ferrovias: o fim do isolamento | 44 |
| 2. Condições sanitárias e assistência à saúde | 57 |
| 2.1. Contando a população: a secularização dos registros civis | 86 |
| 3. Organização política | 109 |
| 3.1. O modelo político republicano | 112 |
| 3.2. Nos domínios do <i>coronel</i> : a política local | 123 |
| CAPITULO 2 - Fundamentos Tecnológicos do Modelo Sanitá- rio e a Febre Amarela | 136 |
| 1. Origens da Polícia Sanitária | 140 |
| 1.1. Transmissão hídrica x transmissão mista | 152 |
| 1.2. A disputa pela descoberta do agente causal ... | 163 |
| 2. O modelo campanhista/policial em ação | 179 |
| 2.1. O modelo de perto: algumas práticas e insti- tuições | 193 |
| 2.1.1. A salubridade urbana. As casas e os cortiços | 194 |
| 2.1.2. Hospitais de Isolamento: os <i>laza-</i> retos | 216 |
| 2.1.3. A vacina obrigatória | 236 |

| | |
|--|-----|
| CAPITULO 3 - Fundamentos Políticos da Organização Sanitária | 247 |
| 1. As Origens, na Monarquia | 249 |
| 2. Em busca de um modelo: 1891-1895 | 254 |
| 3. Consolidação do modelo administrativo: 1896-1911 .. | 289 |
| CAPITULO 4 - Uma Campanha contra a Febre Amarela no Interior Paulista: um Estudo de Caso | 328 |
| 1. O Cenário. Situação sanitária na década de 1890 ... | 330 |
| 2. A epidemiologia da <i>Peste</i> | 345 |
| 3. O cotidiano sob a Epidemia | 359 |
| 4. A Febre Amarela e a Administração Municipal | 387 |
| 5. A epidemia a serviço do <i>coronel</i> | 398 |
| 6. Papel da imprensa nas epidemias | 405 |
| 7. A cidade depois da <i>peste</i> | 412 |
| CONCLUSÕES | 421 |
| BIBLIOGRAFIA | 427 |
| RESUMO | 464 |
| ABSTRACT | 466 |

ÍNDICE DE TABELAS

| | | |
|-----|---|-----|
| 1. | Imigração para o Estado de São Paulo: 1887/1920 | 35 |
| 2. | Mortalidade e natalidade no Estado de São Paulo: 1897/1920 | 59 |
| 3. | Mortalidade por doenças transmissíveis na Capital e Estado de São Paulo - 1894/1920 | 63 |
| 4. | Mortalidade por algumas doenças transmissíveis no Estado de São Paulo - 1894/1920 | 66 |
| 5. | Mortalidade Infantil na cidade de São Paulo - 1894/1920 | 72 |
| 6. | Local de nascimento na Capital e no Estado de São Paulo (%) 1901, 1906 e 1909 | 79 |
| 7. | Local de ocorrência dos óbitos (%) - Capital e Estado de São Paulo - 1901, 1906 e 1909 | 84 |
| 8. | Mortalidade em alguns hospitais do Estado de São Paulo - 1892/1897 | 85 |
| 9. | Mortalidade em alguns hospitais de isolamento para febre amarela no Estado de São Paulo - 1892/1896 | 221 |
| 10. | Doenças de notificação compulsória (C) e facultativa (F) no Estado de São Paulo - 1891/1917 | 319 |
| 11. | Mortalidade por sexo em Araraquara - 1890/1899 | 336 |
| 12. | Mortalidade por sexo e idade em Araraquara - 1890/1899 | 337 |
| 13. | Cobertura da assistência médica, local de ocorrência e nacionalidade dos óbitos em Araraquara - 1896/1899 | 340 |
| 14. | Causas de morte no município de Araraquara - 1890 | 341 |
| 15. | Óbitos por febre amarela no município de Araraquara - 1895/1898 | 348 |
| 16. | Óbitos por febre amarela em Araraquara - Valores médios, por sexo e faixa etária - 1895/1898 | 351 |
| 17. | Óbitos por febre amarela, segundo a nacionalidade, em Araraquara - 1896/1898 | 353 |

| | | |
|-----|--|-----|
| 18. | Local de ocorrência dos óbitos em geral e por febre amarela em Araraquara - Valores médios - 1896/1898 | 355 |
| 19. | Sexo, nacionalidade e idade dos casos de febre amarela na epidemia de Porto Ferreira - 1892 | 358 |
| 20. | Cobertura da assistência médica e utilização do <i>lazareto</i> para febre amarela em Araraquara - 1895/1898 | 371 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | | |
|----|--|-----|
| 1. | Imigração para o Estado de São Paulo: 1887/1920 | 36 |
| 2. | Estado de São Paulo - Plantações de café e mata nativa - 1910 . | 56 |
| 3. | Mortalidade por câncer na Capital e no Estado de São Paulo - 1901/1920 | 77 |
| 4. | Mortalidade por câncer, segundo órgãos afetados - Cidade de São Paulo - 1911/1920 | 78 |
| 5. | Óbitos por febre amarela em Araraquara, SP - 1895/1898 | 349 |

APRESENTAÇÃO

Esta tese é o resultado de cinco anos de trabalho, de 1988 a 1992, como parte de nossas atividades junto ao programa de pós graduação em medicina preventiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

O tema da investigação surgiu da verificação da existência de algumas lacunas importantes no conhecimento acumulado sobre as relações entre a formação dos serviços sanitários no Estado de São Paulo, após a Proclamação da República, e a sociedade da época. Em especial as questões referentes às relações do conhecimento científico disponível com o padrão de organização das ações sanitárias, e ao papel do modelo político do Estado republicano na forma de gestão dos serviços sanitários, são aspectos que foram pouco exploradas pelos estudos já realizados

Há uma série de excelentes estudos apresentando, sob diferentes perspectivas, a formação dos serviços sanitários no Estado de São Paulo, após a Proclamação da República, e que se tornaram referências obrigatórias aos que trabalham com o tema e com o período.

O primeiro estudo abrangente sobre a formação dos serviços sanitários no Estado de São Paulo foi o de Rodolfo Mascarenhas, que reconstituiu minuciosamente a legislação sanitária estadual publicada entre 1889 e a criação da Secretaria de Estado da Saúde Pública, em 1948. (1) O trabalho de Mascarenhas tem sua maior qualidade no volume de informações que traz sobre a legislação sanitária estadual no período republicano. Sua principal limitação decorre de uma concepção de história que era a dominante no Brasil da década de 1940, de uma sucessão linear de

(1) MASCARENHAS, Rodolfo dos Santos. Contribuição para o Estudo da Administração Sanitária Estadual em São Paulo. 1949.

acontecimentos produzidos exclusivamente pela ação dos dirigentes políticos, administradores, médicos, etc., que foram se sucedendo. Nessa versão, a vontade e a qualificação individual dos dirigentes dos serviços sanitários assume um papel desproporcional na determinação dos acontecimentos, a quem se credita os méritos dos resultados favoráveis obtidos nas diferentes épocas, dando lugar à glorificação das personagens.

A elaboração da legislação sanitária, em suas sucessivas mudanças, ora de tendência municipalizante, ora estadualizante, é apresentada como resultado exclusivo da ação desses agentes sociais; não há lugar, nessa história linear e personalista dos serviços sanitários do Estado de São Paulo, para o complexo universo das relações sociais.

Outro estudo que foi elaborado segundo orientação semelhante, sobre a organização dos serviços sanitários no Estado de São Paulo na República, é o de John Allen Blount. (2) Apesar de mais analítico que Rodolfo Mascarenhas, tecendo algumas relações entre o modelo político republicano e a organização dos serviços sanitários após a Proclamação, Blount compartilha dessa abordagem histórica que reduz a complexidade dos fatos às alterações no arcabouço legal, transparecendo em seu trabalho uma concepção que foi muito comum por um longo tempo no país – e que remonta ao Brasil Colônia, segundo Raimundo Faoro (3) – a ilusão da legislação e suas mudanças criando a realidade, e não o oposto.

Odair Franco é autor de outro trabalho pródigo em informações, sobre a história da febre amarela no Brasil, mas que superestima o

(2) BLOUNT, John Allen. *A Administração da Saúde Pública no Estado de São Paulo: o Serviço Sanitário, 1892-1918*. Rev. Adm. Emp., v. 12, n. 4, p. 40-48, 1972.

(3) FAORO, Raimundo. Os Donos do Poder - Formação do Patronato Político Brasileiro. 1989. p. 149.

voluntarismo do homem público na formulação das práticas sanitárias. Apesar de vinte anos mais recente, transparece nesse estudo a mesma concepção personalista de história, excluindo as mediações dos diferentes processos sociais envolvidos na formulação e gestão das ações de saúde.

Apesar da existência de alguns trabalhos anteriores articulando aspectos da organização social às práticas sanitárias, foi na década de 1980, com Emerson Merhy, que a organização dos serviços sanitários no Estado de São Paulo recebeu uma abordagem mais globalizante do ponto de vista político, relacionando a emergência das práticas sanitárias à formação do Estado republicano. (4) Partindo de uma visão estruturada da história, Merhy trata o tema do ponto de vista dos grandes acontecimentos políticos e econômicos que pontuam a Primeira República, especialmente o desenvolvimento de uma cafeicultura organizada em moldes capitalistas, num Estado oligárquico: as práticas sanitárias são apresentadas como atividades necessárias tanto para dotar o espaço urbano das condições necessárias para a reprodução da população de trabalhadores, como das relações de produção capitalistas.

Contextualizando e caracterizando a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo na Primeira República, Emerson Merhy tornou-se referência obrigatória. Esse autor aborda os processos políticos e econômicos em suas tendências gerais, incorporando muitas das mediações que relacionam esses campos da vida social à formação dos serviços sanitários, sem, entretanto, entrar nas especificidades responsáveis pelas aparentes incoerências nas relações entre saúde e sociedade nesse período. O padrão das relações entre os poderes estadual e municipal, por exemplo,

(4) MERHY, Emerson Elias. O Capitalismo e a Saúde Pública - A Emergência das Práticas Sanitárias no Estado de São Paulo. 1985.

cuja manifestação mais aparente foi a alternância de tendências municipalizantes e estadualizantes na gestão dos serviços sanitários, é um dos aspectos onde a ausência de um maior detalhamento das mediações políticas e sociais se faz sentir.

Em trabalho mais recente, sobre a formação das políticas de saúde no Estado de São Paulo entre 1920 e 1948, Emerson ampliou o espaço das mediações políticas na organização das práticas sanitárias, trazendo os modelos tecnológicos e organizacionais e os *formuladores de política* ao centro de sua análise. Diversos conceitos empregados por Emerson Merhy, que baseou-se em Ricardo Bruno Gonçalves (5), foram utilizados em nossa análise: o *modelo tecno-assistencial*, por exemplo, expressa para o autor um projeto de política de saúde, articulado a certas forças sociais à semelhança das políticas públicas em geral. (6)

- (5) Ricardo Bruno trabalhou o conceito de *modelo tecno-assistencial* sob o ponto de vista do processo de trabalho nos serviços de saúde, enquanto Emerson valorizou as dimensões da organização institucional dos serviços e seu embasamento tecnológico. MERHY, Emerson Elias. São Paulo de 1920 a 1948 - A Saúde Pública como Política - Os Movimentos Sanitários, os Modelos Tecno-Assistenciais e a Formação das Políticas Governamentais. 1990; GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: Características Tecnológicas do Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. 1986.
- (6) Outros conceitos que utilizamos foram os de *corrente tecnológica*, que designa um conjunto de concepções sobre o objeto saúde/doença e as finalidades das ações sanitárias. As *correntes* são a fonte dos *modelos tecno-assistenciais*, conjuntos de ações que expressam uma construção específica do objeto saúde/doença, ao qual corresponde uma maneira particular de organizar a produção destas ações como serviços. Há, ainda, os *formuladores de políticas*, agentes sociais com participação na formulação dos *modelos tecno-assistenciais*, incluindo os partidos políticos, parlamentares, intelectuais, médicos, etc. Não podemos subestimar a importância dos agentes que Emerson Merhy chamou de *atores intermediários*, de posição subalterna na máquina estatal, mas capazes de alterar os rumos da construção dos *modelos tecno-assistenciais*, como os inspetores sanitários estaduais e as autoridades municipais em geral. (MERHY, Emerson Elias. São Paulo de 1920 a 1948 - A Saúde

Em dissertação de mestrado de 1978, José Carlos Braga apresentou o nascimento da saúde como questão social no Brasil no contexto do desenvolvimento da economia capitalista exportadora cafeeira na Primeira República, mesmo tratando-se de um trabalho dirigido para o período posterior a 1930, voltado à investigação do desenvolvimento da medicina previdenciária no país. Limitado por uma abordagem pautada exclusivamente na história econômica, essa investigação representou uma contribuição significativa para o tema da formação dos serviços sanitários no Brasil, reconhecendo a importância de sua relação com o campo da organização política e o conhecimento científico, através de fatores mediadores como as limitações técnicas e científicas, a capacidade orçamentária do Estado, as características do mercado de trabalho, etc. (7)

A partir da década de 1970 foram elaboradas algumas revisões históricas sobre a implantação dos serviços de saúde no Brasil e a constituição da medicina, apresentada como poder disciplinador sobre toda uma sociedade em processo de urbanização. Roberto Machado e outros são autores de um extenso estudo desenvolvido sob essa perspectiva, apresentando um grande volume de informações inéditas sobre as instituições de saúde no período colonial e imperial. (8) Machado descreve as instituições que desempenhariam um papel de controle dos indivíduos através do saber, moldando padrões e comportamentos, e apresenta o processo de institucionalização da medicina como parte de uma investida

Pública como Política - Os Movimentos Sanitários, os Modelos Tecno-Assistenciais e a Formação das Políticas Governamentais. 1990. p. 4-5)

- (7) BRAGA, José Carlos de Souza, PAULA, Sérgio Goes de. Saúde e Previdência - Estudos de Política Social. 1981. p. 41-85.
- (8) MACHADO, Roberto et al. Danação da Norma - Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil. 1978.

disciplinar da ordem burguesa sobre a vida social urbana. Diante dos perigos decorrentes do caos urbano, que se acentuam com a progressão da urbanização, os médicos elaborariam uma tecnologia de poder para controlar a população em seus desvios, com a *medicalização* crescente da sociedade. Para elucidar esses processos, a partir de seu ponto de vista, os autores descrevem exaustivamente algumas instituições como o hospital, escola, prostíbulos, etc., no período em estudo. Esse tipo de abordagem, que se estendeu a outros estudos nas décadas de 1970/1980, tem sua principal limitação na ausência da contextualização social das instituições estudadas, como se a medicina, seus agentes e instituições, dispusessem de autonomia na sociedade, tomada como um todo homogêneo, passando ao largo da organização política e econômica. São eliminadas a maioria das mediações, os *atores políticos*, as ações de resistência popular, o patamar do conhecimento tecnológico, etc.

Nísia Verônica Lima e Maria Alice Carvalho são autoras de uma recente revisão crítica do estudo de Roberto Machado e outros publicados posteriormente abordando a formação da medicina e instituições médicas enquanto poder disciplinador da sociedade. ⁽⁹⁾ Do ponto de vista das autoras, esses trabalhos têm como principal característica uma apresentação determinista das ações sociais, inclusive a relação da doença com a estrutura econômica e social; tomam como universais e homogêneas no tempo e no espaço relações que na verdade foram específicas de uma determinada sociedade: um exemplo é a relação entre doença e cidade – da desordem e do caos da cidade inchada pela urbanização originava-se a doença, que devia

(9) LIMA, Nísia Verônica T., CARVALHO, Maria Alice R. *O Argumento Histórico nas Análises de Saúde Coletiva*. In: FLEURY, Sonia. *Saúde Coletiva ? Questionando a Onipotência do Social*. 1992. p. 117-142.

ser controlada para possibilitar o desenvolvimento do capitalismo - válida para a Inglaterra capitalista do século XIX, mas que foi transposta para o Brasil da mesma época. Deslocando-se conceitos do contexto em que foram elaborados, eles tornam-se *reificados*.

Outros trabalhos sofrem do mesmo problema de origem, estabelecendo em graus variáveis relações imediatas ou mecanicistas entre os modelos de conhecimento e os interesses de grupos e classes sociais, que já estão melhor representados nesses estudos. (10) Tomando o Brasil pelo Rio de Janeiro, e o Rio de Janeiro pelas cidades européias contemporâneas, apresentam a medicina como uma forma de intervenção elaborada pelos grupos sociais hegemônicos sobre a saúde dos cidadãos e a salubridade das cidades.

Madel Luz destaca em sua análise o papel da ordem burguesa, ensejada pelas relações sociais capitalistas que começavam a florescer com a crise do modelo escravista na segunda metade do século XIX, na gênese das instituições de saúde. Para a autora, o desenvolvimento do capitalismo abriu espaço para a ação disciplinadora da medicina sobre a sociedade, dela dependendo para sua continuidade. Para comprovar essas hipóteses, toma o discurso de instituições médicas como parte da estratégia de hegemonia do Estado, superdimensionando sua importância. Sem considerar o contexto social em que esses discursos foram produzidos e suas reais chances de implantação, a autora os absolutiza, creditando-lhes um importante papel na instituição da ordem politicamente centralista e oligárquica que acompanhou a República, preparando o país para a transição do escravismo para o

(10) LUZ, Madel. Medicina e Ordem Política Brasileira - Políticas e Instituições de Saúde (1850-1930). 1982; COSTA, Nilson do Rosário. Lutas Urbanas e Controle Sanitário - Origens das Políticas de Saúde no Brasil. 1985.

capitalismo. (11) A autora não considera que, mesmo com a Abolição e a República, o país não teria um perfil capitalista nos moldes clássicos, constituindo exemplos de especificidades da sociedade brasileira o assalariamento do trabalhador rural através do colonato, uma relação de trabalho de características não tipicamente capitalistas, e a incipiência da indústria até a década de 1910. Nessa abordagem, a importância do discurso médico supera as múltiplas mediações presentes na formulação e na implantação das práticas sanitárias, relacionadas à formação política do nascente Estado republicano, ao ideário republicano e ao conhecimento científico disponível, entre outros aspectos.

Já Nilson do Rosário Costa dirige sua análise para o papel disciplinador do Estado sobre o espaço e a população urbana, enfatizando o papel das políticas de saúde na reprodução da força de trabalho. (12) Mesmo reconhecendo a articulação das políticas de saúde pública na Primeira República com o universo dos interesses econômicos e políticos dominantes, sua abordagem ressalta a predominância das ações médico-sanitárias na reprodução da força de trabalho na cidade doente. Nilson Costa concede às práticas sanitárias um voluntarismo e premeditação insofismáveis, em que as medidas coercitivas adotadas pelos serviços de saúde são parte da estratégia de poder das classes dominantes na Primeira República, ainda que sujeitas à resistência de setores da população; com essas medidas autoritárias, manifestas no discurso da polícia sanitária, pretendia-se trazer os elementos

(11) LUZ, Madel. Medicina e Ordem Política Brasileira - Políticas e Instituições de Saúde (1850-1930). 1982.

(12) COSTA, Nilson do Rosário. Lutas Urbanas e Controle Sanitário - Origens das Políticas de Saúde no Brasil. 1985.

desviantes médica e socialmente para o universo da ordem, da disciplina, da hierarquia das classes sociais.

Um estudo que teve grande influência na pesquisa histórica da formação das práticas sanitárias e dos serviços de saúde no país foi o de Juan Cesar Garcia, que descreve a formação das instituições de investigação de saúde na América Latina, entre 1880 e 1930. (13) Garcia faz a correspondência entre o desenvolvimento das práticas médicas e o saber, e as mudanças econômicas no continente. O autor apresenta a subordinação das economias periféricas exportadoras às economias centrais como determinante unívoco dos padrões de pesquisa científica e das práticas sanitárias nesse período na América Latina. O monopólio da bacteriologia e da parasitologia nos institutos de pesquisa e a ação estatal contra as epidemias e endemias que monopolizaram as atenções entre 1880 e 1930 na América Latina, por exemplo, respondiam aos problemas causados em especial pela febre amarela ao comércio internacional, segundo Garcia.

Fugindo dos modelos anteriores, Massako Yida fez uma abordagem singular da formação da saúde pública no Estado de São Paulo, vinculando-a à constituição de um Estado burguês no Brasil. (14) Ao contrário de Costa, confere às práticas sanitárias um papel secundário na reprodução da força de trabalho; relacionando o nascimento da saúde pública à implantação do estado capitalista no Brasil, a autora conclui pela falta de condições para a institucionalização de políticas de saúde, em decorrência do fato do Estado brasileiro na República Velha não apresentar

(13) GARCIA, Juan Cesar. *Historia de Las Instituciones de Investigación en Salud en America Latina, 1880-1930*. Educ. Med. Salud., v. 15, n. 1, p. 71-90, 1981.

(14) YIDA, Massako. Saúde Pública: Reprodução ou Legitimação ? 1988.

uma conformação tipicamente capitalista. Apesar de basear sua análise em São Paulo, suas conclusões desconsideram a existência na Primeira República de um conjunto articulado de práticas sanitárias no Estado, que apesar de não estarem configuradas como política social, eram dotadas dos instrumentos e objetivos próprios a uma política de saúde restrita ⁽¹⁵⁾: uma legislação elaborada, instituições de pesquisa, laboratórios e serviços especializados, dotações orçamentárias generosas, numa proposta bem definida, onde se destacava o combate às epidemias e endemias.

Em 1991 Maria Alice Ribeiro apresentou os resultados de pesquisa em que também situa a emergência da saúde pública em São Paulo no processo de desenvolvimento do capitalismo no Estado, a partir de uma ampla e variada base de dados. ⁽¹⁶⁾ Maria Alice se reporta à transformação da *questão da saúde* em questão social do ponto de vista da história

(15) A constituição das ações sanitárias como políticas de saúde é objeto de polêmica. Para Costa, que trabalha com uma definição próxima a do senso comum - a política de saúde como um conjunto de ações estatais destinadas à proteção da saúde e da vida de setores da população - já se podia falar nessas políticas no início do período republicano. Para Braga, com as mudanças políticas e econômicas que acompanharam a República estavam dadas as condições para políticas de saúde embrionárias; elas só teriam características mais típicas, entretanto, após a Revolução de 1930, quando a centralização do poder no Estado nacional possibilitou um conjunto mais orgânico de medidas, integradas em relação às demais políticas sociais, opinião que compartilhamos. Madel Luz vê a instituição de políticas de saúde típicas como um evento recente no Brasil, posterior a 1974, coincidindo com o desenvolvimento do capitalismo monopolista, introdutor de uma racionalidade burocrática nos serviços de saúde.

BRAGA, José Carlos de Souza, PAULA, Sergio Goes de. Saúde e Previdência - Estudos de Política Social. 1981. p. 51-52; LUZ, Madel T. As Instituições Médicas no Brasil: Instituição e Estratégia de Hegemonia. 1986. p. 63-64; COSTA, Nilson do Rosário. Lutas Urbanas e Controle Sanitário - Origens das Políticas de Saúde no Brasil. 1985. p. 11.

(16) RIBEIRO, Maria Alice Rosa. História sem Fim... Um Inventário da Saúde Pública. São Paulo - 1880-1930. 1991.

econômica, centrando sua análise nas relações entre as práticas sanitárias e os problemas de saúde que receberam maior atenção oficial – as epidemias e as endemias – e a formação e desenvolvimento do mercado de trabalho e o processo de urbanização.

Destaque-se, ainda, o trabalho de Luiz Jacintho da Silva, de análise das políticas de controle e da evolução da endemia chagásica no Estado de São Paulo, como um modelo de investigação histórica de uma doença transmissível. Luiz Jacintho traz novos elementos à abordagem da epidemiologia tradicional, que relaciona as características da doença à uma tipologia de domicílios, buscando explicações para a distribuição da doença no padrão geográfico das habitações no universo rural paulista das fazendas de café, sob o regime de trabalho livre. (17)

Sem a pretensão de esgotar um tema de tal complexidade, em nosso trabalho procuramos investigar a formação das práticas sanitárias no Estado de São Paulo, do ponto de vista de sua fundamentação no modelo político republicano, entre 1889 e 1911. Iniciamos nosso período com a Proclamação, quando o federalismo republicano levou à criação de máquinas administrativas estaduais e à formulação de uma incipiente política de saúde, encerrando-o em 1911, ano da última reforma na legislação sanitária sob o predomínio absoluto da *corrente bacteriológica* e do *modelo tecno-assistencial campanhista/policial*.

A investigação atravessa diversos momentos, estando imersa na análise histórica dos correspondentes quadros demógrafo-sanitário, econômico

(17) SILVA, Luiz Jacintho da. Evolução da Doença de Chagas no Estado de São Paulo. 1981.

e político, privilegiando-se o ponto de vista das relações entre o Estado federado e os municípios. As epidemias de febre amarela no período são o aspecto destacado do ponto de vista sanitário para a identificação e estudo do conjunto de conhecimentos subjacentes ao modelo tecno-assistencial campanhista/policial, bem como ao modelo gerencial dos serviços de saúde no Estado de São Paulo.

Um aspecto que atravessa todo o trabalho é a certeza das especificidades do Estado de São Paulo. A complexidade e a diferenciação da sociedade paulista mesmo antes da Proclamação tornou São Paulo diferente da Capital Federal, local privilegiado por diversas pesquisas sobre a formação dos serviços de saúde. São Paulo tinha outra conformação política, econômica e social, com o desenvolvimento precoce de processos como a implantação dos institutos e laboratórios de pesquisa e o combate à febre amarela segundo o modelo de transmissão pelo mosquito, trazendo como consequência a erradicação da doença em sua forma urbana no Estado anteriormente ao Rio de Janeiro.

Para dotar os processos envolvidos na determinação política das práticas sanitárias de maior poder explicativo, procuramos enxergar além das notórias tendências gerais presentes nas relações entre o político e o sanitário. Mesmo tendo estudado um período em que é evidente o poder do bloco oligárquico e seus interesses, procuramos investigar as fissuras no bloco no poder, representadas no Legislativo, imprimindo sua marca na organização sanitária republicana. A inclusão de aspectos das representações ideológicas do republicanismo na análise, destacando-se os princípios liberais da autonomia municipal e da supremacia do indivíduo sobre o Estado, são outros pontos pouco explorados até o momento e que trazem novos esclarecimentos para o assunto.

Para uma análise mais elaborada das mudanças na organização sanitária que se sucederam no início do período republicano, além dos aspectos já citados da história política daquele complexo momento em que se criava uma estrutura administrativa em moldes federalistas, elaboramos um painel das condições sanitárias e demográficas do Estado de São Paulo. Sem descartar sua relevância como obstáculo às relações econômicas capitalistas que se implantavam, esses processos demógrafo-sanitários, onde se destacam a imigração estrangeira em massa e as epidemias de febre amarela na década de 1890, estiveram presentes como uma das *questões sociais* que influenciaram a elaboração do arcabouço legal dos serviços sanitários.

Procuramos apresentar os fundamentos científicos do conjunto de práticas sanitárias empregadas no combate às epidemias no início do período republicano. Com uma abordagem relacionando o científico e o político, tornam-se mais explícitas as origens do padrão das ações sanitárias; a oligarquização e o autoritarismo do poder, e a exclusão de amplos setores da população, do ponto de vista político, por exemplo, tem sua correspondência na quase total ausência no modelo tecno-assistencial campanhista/policial de práticas curativas individuais; há que se ressaltar, do ponto de vista científico, o baixo patamar tecnológico da medicina clínica.

Na apresentação do saber disponível sobre a propagação da febre amarela, com repercussões sobre o padrão das ações sanitárias desenvolvido, procuramos enxergar além da tradicional relação entre a bacteriologia/teoria dos miasmas e as ações de polícia médica/campanha sanitária. A recuperação dos debates sobre as causas e as formas de propagação da febre amarela evidencia a mediação do que havia de mais atual no campo tecnológico, mais as concepções ancestrais relativas à regulação do fluxo e da pureza do ar, da água e do solo, sobre as

sucessivas leis de organização dos serviços sanitários e o conjunto de medidas sanitárias adotadas no período.

Os serviços sanitários no Estado de São Paulo utilizaram-se, no combate às epidemias de febre amarela na primeira década da República, objeto privilegiado de nosso estudo, dos conhecimentos e objetivos da *corrente tecnológica bacteriológica*, que apresentava causas específicas externas ao indivíduo, micróbios ou miasmas, para cada doença. (18) Predominou o *modelo tecno-assistencial campanhista/policial* no combate às epidemias, com a utilização de ações de polícia sanitária e de controle sobre o meio urbano, através de campanhas nas localidades por elas afetadas. As principais medidas de polícia sanitária adotadas foram o isolamento dos doentes, no domicílio ou hospitais de isolamento; a vacinação, específica contra a varíola; as desinfecções domiciliares; a fiscalização da produção e venda de alimentos; e ações de controle e melhoria sobre as condições sanitárias do meio urbano, como a limpeza pública, o suprimento de água, a coleta de esgoto, o calçamento de vias públicas, etc.

O significado do modelo de gerenciamento dos serviços sanitários recebeu grande destaque no trabalho, detalhando-se as alterações em torno dos pólos estadualização e municipalização e suas relações com o modelo de organização política na Primeira República. As características do modelo de gestão já foram apresentadas em suas linhas gerais por alguns autores, por exemplo Emerson Merhy, destacando-se o embate entre uma tendência à centralização no nível estadual, e outra à descentralização aos municípios, associadas à oligarquização do poder político no Estado de São

(18) MERHY, Emerson Elias. São Paulo de 1920 a 1948 - A Saúde Pública como Política - Os Movimentos Sanitários, os Modelos Tecno-Assistenciais e a Formação das Políticas Governamentais. 1990. p. 4-5.

Paulo. ⁽¹⁹⁾ Discutimos com mais detalhes as relações entre o gerenciamento das práticas sanitárias e o *pacto coronelista* ou *pacto oligárquico* – nomes conferidos ao padrão da organização política que atravessou o período – em sua versão Estado/municípios. No campo das relações políticas entre os poderes estadual e municipal, ganha dimensão a ação dos *atores locais*, incluindo os funcionários das comissões sanitárias estaduais, a administração municipal em geral (médicos, políticos locais e demais autoridades) e a resistência da população às medidas de polícia sanitária.

Apesar da importância do interior paulista para a economia do período – afinal, é na região que se produzia e beneficiava o café – os estudos sobre a organização dos serviços sanitários na Primeira República tem abordado principalmente a ação estadual sobre as cidades de São Paulo, Campinas e Santos, as de maior peso político e econômico no Estado na época. Voltando nossa atenção para as cidades interioranas paulistas, analisamos, de maneira inédita, a operacionalização das práticas sanitárias no interior de São Paulo, detalhada em um estudo de caso, que fornece novos subsídios à determinação das relações entre organização política e saúde pública na Primeira República.

Procuramos evitar as distorções inerentes à análise de fatos e processos do passado com olhos e valores de outro tempo, ou da valorização excessiva dos discursos oficiais, através do recurso ao diálogo com múltiplos interlocutores, possível pela utilização de uma variada gama de fontes de dados.

(19) MERHY, Emerson Elias. O Capitalismo e a Saúde Pública – A Emergência das Práticas Sanitárias no Estado de São Paulo. 1985.

As principais fontes de dados deste trabalho constituíram-se dos relatórios oficiais e da correspondência dos sucessivos órgãos gestores dos serviços sanitários estaduais, consultadas no original ou nos relatórios anuais da Secretaria do Interior e da Secretaria da Agricultura e Obras Públicas, que foram fundamentais na identificação do quadro epidemiológico e sanitário do Estado e dos aspectos operacionais da ação das comissões sanitárias. (20) Fragmentada e incipiente, a participação popular, quase sempre manifesta através da resistência às medidas de polícia sanitária, pode ser identificada através desse material, evidentemente segundo a versão oficial dos acontecimentos.

Nos Anais da Câmara e Senado estaduais estão presentes as discussões entre as facções do republicanismo em torno da elaboração de um modelo técnico e gerencial para os serviços sanitários. E como resultado dos embates parlamentares, revelando os ajustes que foram ocorrendo no modelo sanitário, há a vasta legislação estadual, exaustivamente consultada e registrada.

Para um período que inclui a década de 1890 e os primeiros anos do século XX, consultamos algumas publicações médicas do Estado de São Paulo (Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo e Revista Médica de São Paulo) e Rio de Janeiro (Brazil-Médico), em busca de contribuições a dois dos debates que marcaram o período: o primeiro, em torno dos mecanismos causais, tratamento, formas de propagação e técnicas de combate à febre amarela, mais profícuo na segunda metade da década de 1890; o segundo ocorreu no início da década seguinte, envolvendo a

(20) A maior parte dos originais desse material encontra-se no Arquivo do Estado de São Paulo, na Capital.

aceitação no Brasil do modelo causal da transmissão da febre amarela pelo vetor.

A grande imprensa da Capital do Estado foi fonte acessória das publicações especializadas na investigação do debate entre os cientistas sobre a causalidade, tratamento e combate à febre amarela, explicando muitas das práticas sanitárias incorporadas à rotina dos serviços sanitários, elucidando com isso os modelos tecnológicos. A imprensa geral é fonte exclusiva de informações sobre o cotidiano no interior do Estado sob as epidemias; há, ainda, os conflitos entre autoridades municipais e comissões estaduais e os episódios de resistência popular às medidas de polícia sanitária. Foram três os órgãos consultados: Correio Paulistano, O Estado de São Paulo e O Commercio de São Paulo. O Correio Paulistano era o órgão oficial do Partido Republicano Paulista (PRP), apresentando fielmente a versão oficial dos acontecimentos. O Estado de São Paulo era o grande órgão político da Capital do Estado, jornal republicano de prestígio, com o maior volume de informações. O Commercio de São Paulo, jornal monarquista, crítico severo da administração da cidade e do Estado de São Paulo, com frequência esteve ao lado de grupos republicanos dissidentes, apresentando uma visão alternativa dos acontecimentos do período. (21)

No estudo de caso - uma epidemia de febre amarela no município de Araraquara, entre 1895 e 1898 - além das fontes já citadas, utilizamos os livros de registro de óbitos do cemitério municipal e o material dos arquivos da Câmara Municipal local, incluindo os livros de atas, os relatórios anuais dos Prefeitos e a legislação municipal. A existência de material bem preservado para a década de 1890 foi um aspecto que influenciou

(21) SODRÉ, Nelson Werneck. História da Imprensa no Brasil. 1966. p. 307-308, 371.

na escolha do município, representativo de uma das regiões de cafeicultura mais dinâmica na época.

O leitor encontrará no primeiro capítulo a análise dos principais processos políticos e sociais que marcaram o Estado de São Paulo, entre a Proclamação da República e o ano da última reforma da legislação sanitária no período em estudo, 1911. A abordagem da organização política inclui a formação do modelo republicano, com ênfase nas relações Estado/municípios e na política local. No campo econômico, o destaque fica com as atividades da cafeicultura e sua relação com a epidemiologia dos processos saúde/doença, apresentados através de indicadores demográficos e sanitários.

No segundo capítulo serão apresentados os fundamentos tecnológicos do modelo campanhista/policial. Os debates sobre as teorias explicativas da propagação da febre amarela e, mais tarde, em torno da transmissão dessa doença pelo vetor, apontam a riqueza das discussões e preocupações envolvendo a febre amarela. Algumas classes de ações sanitárias foram apresentadas com mais detalhes, por sua representatividade dentro do modelo tecnológico campanhista/policial, relativas tanto à teoria do contágio como da transmissão das doenças. Trata-se dos hospitais de isolamento, da vacina obrigatória e da fiscalização das habitações coletivas e do combate aos cortiços.

O terceiro capítulo tratará das relações entre o modelo político republicano, na sua vertente Estado/municípios, e a organização dos serviços sanitários no Estado de São Paulo. A partir da revisão crítica da legislação sanitária e dos debates legislativos, são apresentados os

fundamentos políticos dos sucessivos modelos de gestão adotados para os serviços sanitários no período.

O quarto capítulo é um *estudo de caso*, incluindo os elementos expostos nos capítulos anteriores e presentes na formação dos modelos tecno-assistencial e gerencial das práticas sanitárias, numa situação particular. Trata-se da criação e funcionamento dos serviços sanitários em Araraquara, na região de abrangência da Companhia Paulista de Estradas de Ferro, no período em que o município foi assolado por uma epidemia de febre amarela, entre 1895 e 1898, quando se constituíam os modelos gerencial e tecno/assistencial que permaneceriam no Estado pelas próximas décadas. Para ampliar a representatividade das conclusões do *estudo de caso*, sempre que possível incluímos informações correlatas referentes a outros municípios interioranos do Estado de São Paulo.

CAPÍTULO 1

A Sociedade Paulista na Primeira República:

Vida Material e Política

A elaboração de um intrincado conjunto de práticas sanitárias no início do período republicano foi mais uma das modificações que acompanharam as mudanças sociais geradas pelo avanço da cafeicultura no Estado de São Paulo a partir da década de 1880. O complexo cafeeiro, mais especificamente a produção de café para a exportação, subordinando os demais setores da economia às suas necessidades, é uma primeira questão que apresentaremos para a elucidação da formação das práticas sanitárias e do arcabouço institucional que acompanhou a sua implantação.

Apresentando inicialmente as linhas gerais em que se deu o desenvolvimento do café em solo paulista, a ênfase do primeiro capítulo recairá sobre os aspectos desse processo que tiveram maior influência sobre a questão sanitária, como a substituição da mão-de-obra escrava pelo trabalho livre, através da imigração estrangeira em massa e subsidiada, e a expansão do transporte ferroviário. Trata-se de aspectos simultâneos e indissociáveis que tornaram possível o salto que a cafeicultura apresentou no período no Estado de São Paulo, com profundas implicações no cotidiano de sua população, modificando os perfis sanitários e demográficos dos grupos sociais.

A organização política nacional e estadual, em suas relações com o poder local, ao lado da caracterização demográfica e sanitária de São Paulo, são outras faces dos processos sociais envolvidos na determinação das

práticas sanitárias sob o Estado republicano que iremos explorar nesse Capítulo.

1. A expansão cafeeira modifica o cenário

Na segunda metade do século XIX a região de maior dinamismo social e econômico do Brasil era o eixo Rio de Janeiro/São Paulo, onde a cafeeicultura se apresentava com maior vigor. O café ocupou o lugar do açúcar na década de 1830 como principal produto nacional de exportação, sua importância tornando-se crescente entre os gêneros agrícolas, respondendo por mais de 60% do valor exportado no final da Monarquia. Inicialmente a cultura expandiu-se pelo Vale do Rio Paraíba, em território do Rio de Janeiro, e foi nessa região que o café adquiriu escala comercial a partir de 1830. Estendendo-se também a áreas de Minas Gerais e Espírito Santo, o café tornou-se a principal atividade econômica do país, a partir de 1850.

Esgotadas as plantações iniciais, o deslocamento do café para novas terras deu-se inicialmente em direção à região paulista do Vale do Paraíba e, algum tempo depois, à região central do Estado. (1) Na primeira

(1) Empregamos a regionalização do Estado de São Paulo apresentada por Sérgio Milliet, respeitadas as alterações introduzidas vinte anos mais tarde por José Francisco de Camargo. O autor se pautou pelos limites geográficos naturais e pela zona de abrangência das ferrovias, critério equivalente ao avanço da cultura cafeeira, quase sempre concomitante à expansão ferroviária. (CAMARGO, José Francisco de. Crescimento da População no Estado de São Paulo e seus Aspectos Econômicos. 1981; MILLIET, Sergio. Roteiro do Café e outros Ensaio - Contribuição para o Estudo da História Econômica e Social do Brasil. 1982)

O Estado de São Paulo foi dividido em sete regiões: 1) Norte, compreendendo o Vale do Paraíba e Litoral; 2) Central, incluindo as regiões da Capital e Campinas; 3) Mogiana, compreendendo os

delas o pico de produção ocorreu entre meados do século e a última década da Monarquia; nessa região os sinais de decadência da cafeicultura apareceram antes, coincidindo com a proibição do tráfico de escravos, já que no Vale do Paraíba a produção de café não chegou a utilizar-se da mão-de-obra imigrante. Até a década de 1880, o Vale do Paraíba ainda era a principal região cafeeira do país, enquanto na zona Central o café se manteve como o principal produto até a segunda década do século XX, quando passou a compartilhar a área cultivada com o algodão e o açúcar. (2)

As regiões da Paulista e da Mogiana, praticamente desabitadas na primeira metade do século XIX, eram as principais produtoras nos últimos quinze anos do século XIX, mas a partir da década de 1920 a estagnação da cultura também as atingiu. (3) Essas regiões foram as que mais aproveitaram a mão-de-obra imigrante, onde a expansão da cafeicultura coincidiu com o início da imigração em larga escala para o Brasil, e a extensão da malha

municípios atingidos pela Companhia Mogiana de Estradas de Ferro, partindo de Campinas, passando por Ribeirão Preto, até Minas Gerais; 4) Paulista, compreendendo os municípios tributários da Estrada de Ferro Paulista, de Limeira até Araraquara; 5) Araraquarense, compreendendo a região que se estende de Araraquara até São José do Rio Preto; 6) Noroeste, incluindo a região tributária das Estradas de Ferro Noroeste do Brasil, de Bauru até Presidente Alves; 7) Sorocabana, de Botucatu até Presidente Prudente, incluindo o Pontal do Paranapanema. Em decorrência do início mais recente da produção cafeeira em larga escala, Milliet agrupou as três últimas regiões (Araraquarense, Noroeste e Alta Sorocabana), sob a denominação de *zonas novas*.

- (2) CANABRAVA, Alice P. *A Grande Lavoura*. In: HOLANDA, Sérgio Buarque de, CAMPOS, Pedro Moacyr (dir.) O Brasil Monárquico - Declínio e Queda do Império. 1985. p. 90 e 119 (História Geral da Civilização Brasileira, v. 4); MILLIET, Sérgio. Roteiro do Café e Outros Ensaios. 1982. p. 16-47; CANO, Wilson. Desequilíbrios Regionais e Concentração Industrial no Brasil - 1930-1970. 1985. p. 58.
- (3) No censo de 1836 somente Franca, Mogi Mirim e Araraquara apresentaram população nas regiões da Paulista e da Mogiana. (MILLIET, Sérgio. Roteiro do Café e Outros Ensaios. 1982. p. 53-54)

ferroviária, na década de 1880. Já as chamadas *zonas novas* do Estado passaram a ser cultivadas na virada do século, com o ápice de sua produção na década de 1930.

No início do período republicano produziam-se para a exportação outros gêneros agrícolas, como o açúcar, o algodão, o cacau e o fumo, além de produtos de subsistência por todo o país. O surgimento da pequena empresa industrial foi anterior à afirmação do pólo cafeeiro, desenvolvendo-se em vários pontos do país, favorecido pelas dificuldades de comunicação, pela proximidade das fontes de matérias primas e por um pequeno mercado consumidor de bens como alimentos, bebidas e tecidos de qualidade inferior. (4) Apesar da política econômica favorável à industrialização nos primeiros tempos da República, essa atividade se expandiu lentamente, ao ritmo dos ciclos de expansão e retração da cafeicultura. Afinal, foi o desenvolvimento da economia cafeeira que forjou as condições para o nascimento do capital industrial e da grande indústria, gerando previamente uma massa de capital disponível para aplicações fora do setor mercantil-exportador, transformando a força de trabalho em mercadoria - através da importação de mão-de-obra além das necessidades do café - e criando um mercado interno considerável. O café e a indústria não foram pólos opostos do desenvolvimento econômico na Primeira República, pelo contrário: ambos são partes complementares no processo de acumulação de capital do complexo cafeeiro, cujas origens se encontram nas décadas de 1880 e 1890. (5)

(4) FAUSTO, Boris. Trabalho Urbano e Conflito Social (1890-1920). 1976. p. 14.

(5) MELLO, João Manuel Cardoso de. O Capitalismo Tardio - Contribuição à Revisão Crítica da Formação e do Desenvolvimento da Economia

O conceito de *complexo econômico* foi apresentado por Wilson Cano como um conjunto de atividades onde atuam variáveis, independentes ou não do conjunto, que configuram um sistema que opera em bases de relações capitalistas de produção. O *complexo cafeeiro*, por exemplo, incluía tanto a produção cafeeira como a indústria e o setor de serviços. Na cafeicultura estavam presentes variáveis como o cultivo, o beneficiamento, a comercialização e o financiamento da produção, fazendo-se sentir o padrão de gastos públicos com as políticas sociais e a infra-estrutura, como a imigração subsidiada. (6)

O desenvolvimento em maior escala da atividade industrial foi simultâneo e posterior ao auge do café, e sua subordinação à cafeicultura durante a Primeira República não significa que a indústria tenha permanecido em estado incipiente por todo o período. A fração mercantil do capital cafeeiro foi dominante no padrão de acumulação da economia brasileira até pouco depois de 1930. Mas em São Paulo esse foi o padrão a partir de 1886, o capital mercantil transformando-se em recursos no sistema bancário, renda do Estado e aplicações industriais; muitas vezes o comissário do café era também banqueiro, industrial, fazendeiro, etc. Até 1930 o café nunca esteve em oposição à indústria, mesmo que circunstancialmente interesses das duas atividades tenham se contraposto, como no caso da política cambial em alguns momentos da Primeira República. Eram fortes as ligações entre as atividades do *complexo cafeeiro*, com o café ditando o ritmo das demais atividades. Desenvolvendo-se em ciclos, onde variavam a lucratividade e os níveis da produção, os capitais excedentes da cafeicultura

Brasileira. 1986. p. 99; SILVA, Sérgio. Expansão Cafeeira e Origens da Indústria no Brasil. 1981. p. 81.

(6) CANO, Wilson. Raízes da Concentração Industrial em São Paulo. 1975. p. 6-10.

eram direcionados a investimentos mais rentosos, como ferrovias, bancos, indústrias, etc., nos momentos de baixa do café. (7)

A indústria instalou-se inicialmente nas principais cidades do Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul, onde era mais desenvolvida a infra-estrutura de transporte e o mercado. A transferência de capitais da cafeicultura para a atividade industrial iniciou-se na década de 1880, e em São Paulo o nascimento da indústria ocorreu entre 1886 e 1913, excluindo-se o período 1897-1904, de grande crise econômica. (8)

A herança política e econômica recebida da Monarquia pela República mantinha características do período anterior. A estrutura da economia brasileira era praticamente a mesma do período colonial, tratando-se de um esquema muito estável, que perduraria do início da colonização até pouco antes da República: a grande lavoura, agora não mais baseada no trabalho escravo, para a produção e a exportação de gêneros aos países de economia industrial. Politicamente, havia a monarquia de modelo europeu, e econômica e socialmente o país estava hierarquizado em classes, com uma minoria branca latifundiária, uma massa de escravos e uma população livre sem grandes possibilidades de manifestação. Sob o aspecto tecnológico, a grande lavoura empregava métodos de trabalho muito arcaicos: o trabalho braçal, a atividade predatória dos recursos naturais, a conquista extensiva de vastos espaços e um instrumental reduzido. Com o fim do tráfico negreiro e a entrada em massa de imigrantes europeus, a economia da Monarquia

(7) CANO, Wilson. Desequilíbrios Regionais e Concentração Industrial no Brasil - 1930/1970. 1985. p. 53; DRAIBE, Sonia. Rumos e Metamorfoses: um Estudo sobre a Constituição do Estado e as Alternativas da Industrialização no Brasil: 1930/1960. 1985. p. 29.

(8) COSTA, Emília Viotti da. Da Monarquia à República: Momentos Decisivos. 1985. p. 216 e 224.

passou a se assentar sobre outras forças sociais além da escravidão e da grande propriedade territorial. Essas mudanças levariam ao aumento da importância política da burguesia mercantil, crescendo o número de cidadãos livres interpostos entre senhores e escravos: em 1872, por exemplo, eram 1.510.806 os escravos para 8.419.672 indivíduos livres (94,5% do total). (9)

A economia republicana assentava-se na exportação de produtos agrícolas - em especial o café - que gerava as divisas, e na importação de produtos manufaturados. Na década de 1890 o imposto das importações respondia por 3/4 da arrecadação do tesouro, sendo fundamental no financiamento dos gastos públicos. A principal atividade econômica do país, geradora de divisas e de empregos, era a cafeicultura, organizada agora sobre o trabalho assalariado e apoiada na mecanização parcial das atividades, no transporte ferroviário, aspectos básicos do processo da produção cafeeira que moldaram muitas das características do cotidiano no Estado de São Paulo, o centro do desenvolvimento capitalista no Brasil por ocasião da Proclamação da República.

1.1. Imigração estrangeira

Apesar das primeiras tentativas de introdução de trabalhadores estrangeiros no país serem anteriores à Independência, a entrada em massa

(9) CARDOSO, Fernando Henrique. *Dos Governos Militares a Prudente - Campos Sales*. In: FAUSTO, Boris (dir.) O Brasil Republicano - Estrutura de Poder e Economia (1889-1930). 1985. p. 17; CANABRAVA, Alice P. *A Grande Lavoura*. In: HOLANDA, Sérgio Buarque de, CAMPOS, Pedro Moacyr. O Brasil Monárquico - Declínio e Queda do Império. 1985. p. 136. (História Geral da Civilização Brasileira, v. 4)

de imigrantes só ocorre no final da Monarquia, na segunda metade da década de 1880, como forma de superar a falta de braços para a cafeicultura, decorrente do fim do tráfico de escravos em 1851. A imigração - subsidiada em sua maior parte, na primeira década da República - era fundamental à expansão da economia cafeeira, limitada naquele momento pela carência de mão-de-obra.

O aporte de um grande número de estrangeiros num reduzido período de tempo não se daria sem conseqüências epidemiológicas e sanitárias: as aglomerações de imigrantes quando do desembarque no porto de Santos, e posteriormente na Hospedaria dos Imigrantes ⁽¹⁰⁾, antes do destino final no interior do Estado, eram ocasiões propícias ao desenvolvimento de epidemias de moléstias já existentes no país, como a febre amarela ou a varíola, ou de doenças importadas da Europa, como a peste. As colônias de trabalhadores estrangeiros nas fazendas de café e o incremento populacional das cidades interioranas - em parte às custas da transferência progressiva de imigrantes para as zonas urbanas, e parte pela imigração direta para as cidades - favoreciam a ocorrência de epidemias, mais freqüentemente de febre amarela, pelo ajuntamento de muitos suscetíveis à doença. Foi nos municípios das zonas Central, Mogiana e Paulista, as maiores produtoras de café no início do período republicano, para onde afluíram os maiores contingentes de imigrantes estrangeiros, que

(10) A construção do prédio definitivo da Hospedaria dos Imigrantes foi iniciada em 1886 e entre 1893 e 1930 mais de 60% dos que imigraram para São Paulo passaram por suas instalações; tendo sido planejada para abrigar até 4.000 pessoas, chegou a receber até 10.000 indivíduos. Os dormitórios eram salões nus, onde até 600 ou 700 homens ou mulheres dormiam no chão, e a influência desse tipo de instalação na ocorrência de epidemias na Hospedaria não passou despercebida às autoridades sanitárias. (HOLLOWAY, Thomas H. Imigrantes para o Café - Café e Sociedade em São Paulo, 1886-1934. 1984. p. 88-9)

se registrou a maioria das epidemias de febre amarela e varíola na Primeira República.

A preocupação dos governos estrangeiros com os problemas de seus cidadãos no Brasil, levou à proibição da imigração para o país em alguns períodos; a contrapropaganda dos imigrantes já instalados no país, de onde escreviam a parentes e amigos ou às autoridades consulares, queixando-se das dificuldades de adaptação e dos problemas sanitários enfrentados, e a dificuldade para o acesso dos navios aos portos brasileiros quando da ocorrência de epidemias, são algumas faces da íntima relação entre a situação sanitária do Estado e o fluxo de imigrantes, influenciando a formulação das práticas sanitárias estaduais.

As queixas dos imigrantes, apresentadas nos relatos de viajantes e autoridades consulares italianas, começavam com as condições de alojamento na Hospedaria dos Imigrantes e incluíam praticamente todos os aspectos da vida cotidiana, como era próprio a uma situação de intenso choque cultural, com grandes dificuldades de adaptação à nova sociedade: as casas pouco confortáveis das colônias das fazendas; o padrão de alimentação brasileiro, composto por cereais, carne-seca e carne de porco, considerado totalmente inadequado; o clima quente, tido como insalubre, em oposição ao clima mais ameno da Europa; as uniões com brasileiros, misturando nacionalidades, religiões e raças, apresentadas como um fator de promiscuidade e degeneração; a longa jornada de trabalho; a falta de escolas e igrejas; e o alto custo e a dificuldade na obtenção da assistência médica, são alguns dos problemas apontados com mais freqüência. (11) As doenças

(11) FRESCURA, B. Guida dello Stato di San Paolo nel Brasile, 1904; ROSSI, A. Condizioni dei Coloni Italiani nello Stato di San Paolo. Bollettino dell'Emigrazione, n. 7, p. 3-57, 1902; TEDESCHI, U. Le

epidêmicas de grande mortalidade, como a febre amarela, o cólera, a malária, a febre tifóide e outras, monopolizaram as atenções na década de 1890, juntamente com algumas *doenças exóticas* que eram motivo de grande apreensão para o europeu, como os acidentes ofídicos e o *bicho-de-pé*, freqüentemente citados.

As dificuldades e os receios eram recíprocos; por outro lado, a introdução de doenças epidêmicas pelos imigrantes era motivo de preocupação para o governo paulista. Em 1893 uma epidemia de cólera na Capital paulista seria motivo de pânico; com 53 óbitos, a doença fora introduzida por imigrantes italianos cujos navios haviam feito escala em Gênova e Marselha, portos então contaminados. (12) Nesse mesmo ano o Secretário do Interior instalou uma comissão para estudar a construção de uma hospedaria/lazareto dos imigrantes entre Santos e a Capital, no sopé da Serra do Mar, onde os recém-chegados fossem instalados após o desembarque no porto, para impedir a contaminação da população paulista com as doenças de que os europeus fossem eventualmente portadores, como a escarlatina, a difteria, a varíola e o cólera, e evitando o contato dos imigrantes com a febre amarela que reinava em Santos. A proposta da Secretaria da Agricultura e Obras Públicas era a construção de galpões de madeira, distantes da cidade e isolados de outras construções, de modo a poderem ser facilmente destruídos pelo fogo, em caso de contaminação epidêmica. Essa hospedaria para a quarentena e isolamento dos imigrantes chegou a funcionar em São Bernardo do Campo, mas diante da precariedade

Condizioni Sanitarie degli Emigranti Italiani nello Stato di San Paolo, in: *Bollettino dell'Emigrazione*, n. 2, p. 107-109, 1907.

(12) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Diretoria do Serviço Sanitário. Relatório do Diretor do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo - 1893. Dezembro de 1893.

de suas instalações, foi fechada algum tempo depois. (13)

Um dos grandes temores do trabalhador rural eram as doenças, que consumiam em médicos e farmacêuticos as suas economias ou exigiam dele recursos que não tinha. Os preços de uma visita médica na fazenda mais os medicamentos eram equivalentes a um hectare de terra ou à remuneração do colono pelo cuidado anual de 1.000 pés de café, variando de 40\$000 a 60\$000 no início do século XX. A assistência ao parto das mulheres dos colonos era problemática; o custo da assistência das parteiras era igualmente elevado, aproximando-se da assistência médica (25\$000 era o preço), o mais comum sendo as vizinhas ou o marido auxiliarem no parto. Qualquer complicação era fatal, havendo muitas mortes perinatais. (14)

Nas áreas urbanas do território paulista a situação era semelhante. Na ausência de uma política estatal de prestação de assistência individual à saúde, esta era responsabilidade individual, dependendo dos

- (13) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Presidente do Estado de São Paulo pelo dr. Cesario Motta Junior Secretário do Interior em 28 de Março de 1894. 1894. p. LXX-LXXI; SÃO PAULO. Secretaria da Agricultura. Relatório da Secretaria da Agricultura, Commercio e Obras Publicas ao Presidente do Estado pelo dr. Theodoro Dias de Carvalho Junior - 1895. 1898. p. 55; Relatório de 1896 ao dr. Manoel Ferraz de Campos Salles Presidente do Estado pelo dr. Alvaro Augusto da Costa Carvalho Secretário da Agricultura... 1897. p. 63.

Em 1895 e 1896 essa medida seria novamente reclamada pelas autoridades sanitárias estaduais, pelos mesmos motivos. (PREVENÇÃO Sanitária. Correio Paulistano, 20 mar. 1895. p. 1; SAMPAIO, Theodoro. Relatório do dr. Theodoro Sampaio, Engenheiro Sanitário, ao Secretário do Interior. In: SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Presidente do Estado de S. Paulo em 15 de Março de 1897 pelo Secretário do Interior Antonio Dino da Costa Bueno. 1897. p. 9, anexo I)

- (14) ALVIM, Zuleika. Brava Gente ! Os Italianos em São Paulo - 1870/1920. 1986. p. 79, 94 e 162; PINHEIRO, Paulo Sérgio, HALL, Michael M. A Classe Operária no Brasil - 1889-1930 - Condições de Vida e de Trabalho, Relações com os Empresários e o Estado. 1981. p. 17, 99-100 e 102. v. 2; DEAN, Warren. Rio Claro - Um Sistema Brasileiro de Grande Lavoura - 1820/1920. 1977. p.167-170.

recursos financeiros de cada um e, na ausência destes, de um reduzido leque de hospitais filantrópicos. O recurso aos curandeiros era generalizado e estes nem sempre utilizavam em suas intervenções as técnicas então consideradas mais adequadas e seguras. A maioria dos partos nas capitais e cidades do interior do Brasil era realizada por parteiras práticas.

O recurso à homeopatia, empregada por médicos e práticos, também era muito freqüente nas zonas rurais e urbanas. Negros, italianos e até padres curavam doenças com benzimentos, usando rezas e bênçãos para facilitar os partos, ajudar a nascer dentes nas crianças e favorecer as atividades agrícolas, dentre outros aspectos. (15)

A assistência médica individual foi uma reivindicação dos colonos estrangeiros desde os primeiros tempos da imigração em massa para a cafeicultura. Em muitos contratos de trabalho constavam cláusulas prevendo o atendimento médico periódico, mediante o pagamento de taxas mensais fixas; era freqüente, entretanto, que quando se fizesse necessária, a consulta médica tivesse que ser paga novamente. (16) O Patronato Agrícola, criado em 1911 por lei estadual, foi a primeira iniciativa pública para prover

(15) ALVIM, Zuleika. Brava Gente ! Os Italianos em São Paulo - 1870/1920. 1986. p. 163.

Trata-se de práticas tradicionais, num padrão que remonta ao período colonial, quando os curandeiros, parteiras, curiosos, barbeiros, empíricos, sangradores e um reduzido número de médicos cuidavam da saúde da população. (SINGER, Paul, CAMPOS, Oswaldo, OLIVEIRA, Elizabeth M. de. Prevenir e Curar - O Controle Social através dos Serviços de Saúde. 1978. p. 97)

(16) ROSSI, A. Condizioni dei Coloni Italiani nello Stato di San Paolo. Bollettino dell'Emigrazione, n. 7, p. 3-57, 1902.

Por outro lado, existiam propriedades onde residia permanentemente um médico que cuidava do atendimento aos colonos. É o caso da fazenda São Martinho, no município de Sertãozinho, uma grande propriedade com mais de 1 milhão e meio de pés de café e população de 2.100 pessoas, onde um profissional respondia, em 1905, pelo atendimento clínico, pequenas cirurgias e partos. (ARINOS, Affonso. Histórias e Paizagens. 1921. p. 175-176)

o trabalhador agrícola de algum tipo de assistência; seu objetivo geral era a "(...) *defesa dos direitos e interesses dos operários agrícolas*" (artigo 10), mais especificamente o fomento à criação de cooperativas para assistência médica, farmacêutica e ensino primário, subsidiadas com recursos do Estado. (17)

A imigração anterior ao século XIX foi planejada objetivando o povoamento e ocupação de regiões de valor estratégico que a imigração espontânea deixara ao abandono. Até então o povoamento do país se dera através da imigração espontânea, da importação de escravos e incorporação de índios. Somente com a vinda da família real para o país os objetivos da imigração passaram a ser demográficos. (18)

No início do século XIX foram realizadas algumas experiências de imigração para o Brasil, sem grandes resultados. Somente em 1827 foi registrado um primeiro grupo significativo de estrangeiros, pouco mais de 300 alemães que se dirigiram à Província de São Paulo. Nesse momento o objetivo ainda não eram braços para a lavoura, mas a colonização do país, com o assentamento de colonos em pequenas propriedades. (19) A primeira

(17) SÃO PAULO. *Lei nº 1299-A, de 27 de Dezembro de 1911. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1911.* 1912. p. 73-77; *Decreto nº 2214, de 15 de Março de 1912. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1912.* 1913. p. 109-110; ROSSI, A. *Condizioni dei Coloni Italiani nello Stato di San Paolo. Bollettino dell'Emigrazione*, n. 7, p. 3-57, 1902; COMPANHIA Industrial Agrícola e Pastoril D'Oeste de São Paulo - Fazendas do Cambuhy. *Contracto para o Anno Agricola 1924-1925.* [192?]

(18) PRADO JUNIOR., Caio. *História Econômica do Brasil.* 1967. p. 183-184.

(19) MILLIET, Sérgio. *Roteiro do Café e Outros Ensaio.* 1982. p. 17.

tentativa realmente significativa de suprir a lavoura de exportação com mão-de-obra livre foi a do senador Vergueiro, proprietário na região de Limeira, que em 1847 tornou-se o primeiro produtor a introduzir o trabalho assalariado na cafeicultura. Com recursos liberados pelo governo imperial, o senador providenciou a vinda de trabalhadores europeus para suas terras. Depois de 1850 vários produtores procuraram Vergueiro, interessados em sua experiência, mas como os atrativos e a preferência pelo trabalho escravo ainda eram grandes, e registrara-se a ocorrência de uma série de problemas trabalhistas entre fazendeiros e imigrantes, o sistema fracassou em pouco tempo. (20)

O debate sobre a imigração estrangeira para suprir a lavoura de braços tomou impulso com o fim do tráfico de escravos, mas sem a realização de novas tentativas de grande porte. Na década de 1880 as dificuldades financeiras atravessadas pelos fazendeiros impediram que estes providenciassem por conta própria a imigração subsidiada. Em 1884 a Assembléia Provincial de São Paulo aprovou a concessão de passagens gratuitas aos imigrantes para a agricultura. Como o governo central também passou a subsidiar a entrada de imigrantes, a mão-de-obra livre tornou-se mais interessante que a escrava, dispensando o proprietário de empatar um grande capital na aquisição do escravo e dos cuidados com a sua subsistência, já que com o trabalho livre cada empregado cuidava da manutenção de sua família. O reconhecimento da maior conveniência, sob

(20) Maiores detalhes sobre a experiência com a imigração estrangeira do senador Vergueiro podem ser encontrados em: SALLUM JUNIOR, Brasília. Capitalismo e Cafeicultura - Oeste-Paulista: 1888-1930. 1982. p. 73-80; DEAN, Warren. Rio Claro - Um Sistema Brasileiro de Grande Lavoura - 1820/1920. 1977. p. 95-102; STOLCKE, Verena. Cafeicultura - Homens, Mulheres e Capital (1850/1980). 1986. p. 19-22.

todos os aspectos, do trabalho livre sobre a mão-de-obra escrava já era, então, quase uma unanimidade, à exceção de alguns bolsões, como a decadente cafeicultura do Vale do Paraíba. Em 1886 foi fundada, com êxito, a Sociedade Promotora da Imigração, que sucedeu a Associação Auxiliadora da Colonização e Imigração, fundada em 1871 por inspiração da Presidência da Província de São Paulo, reunindo fazendeiros e financistas, e que fracassara em seus objetivos. A Sociedade Promotora funcionou até 1895, respondendo em seus nove anos de existência pela entrada de 260.000 imigrantes. (21)

A partir de 1887 a imigração estrangeira passou a ocorrer em grande escala, a maior parte destinando-se a São Paulo: 65% entre 1891 e 1900, 58% na década seguinte, 63% na década de 1910 e 58% na última década da Primeira República. (22)

As principais alterações no fluxo de imigrantes durante a Primeira República relacionam-se à dinâmica da economia cafeeira. Nas primeiras três décadas do período destaca-se a crise que se iniciou na segunda metade da década de 1890 e avançou pelos primeiros anos do século XX, reduzindo a demanda por trabalhadores. Com a recuperação dos preços do café, após o Convênio de Taubaté, em 1906, aumentou novamente o número de imigrantes para São Paulo. A partir de 1914, com a Primeira Guerra Mundial prejudicando o comércio internacional, voltam a diminuir as entradas de imigrantes no Estado. (TABELA 1 e FIGURA 1)

(21) PETRONE, Maria Theresa Schorer. *O Imigrante Italiano na Fazenda de Café de São Paulo*. In: DE BONI, Luis Alberto (org.) A Presença Italiana no Brasil. 1987. p. 107-109.

(22) CARONE, Edgard. A República Velha (Instituições e Classes Sociais). 1970. p. 13.

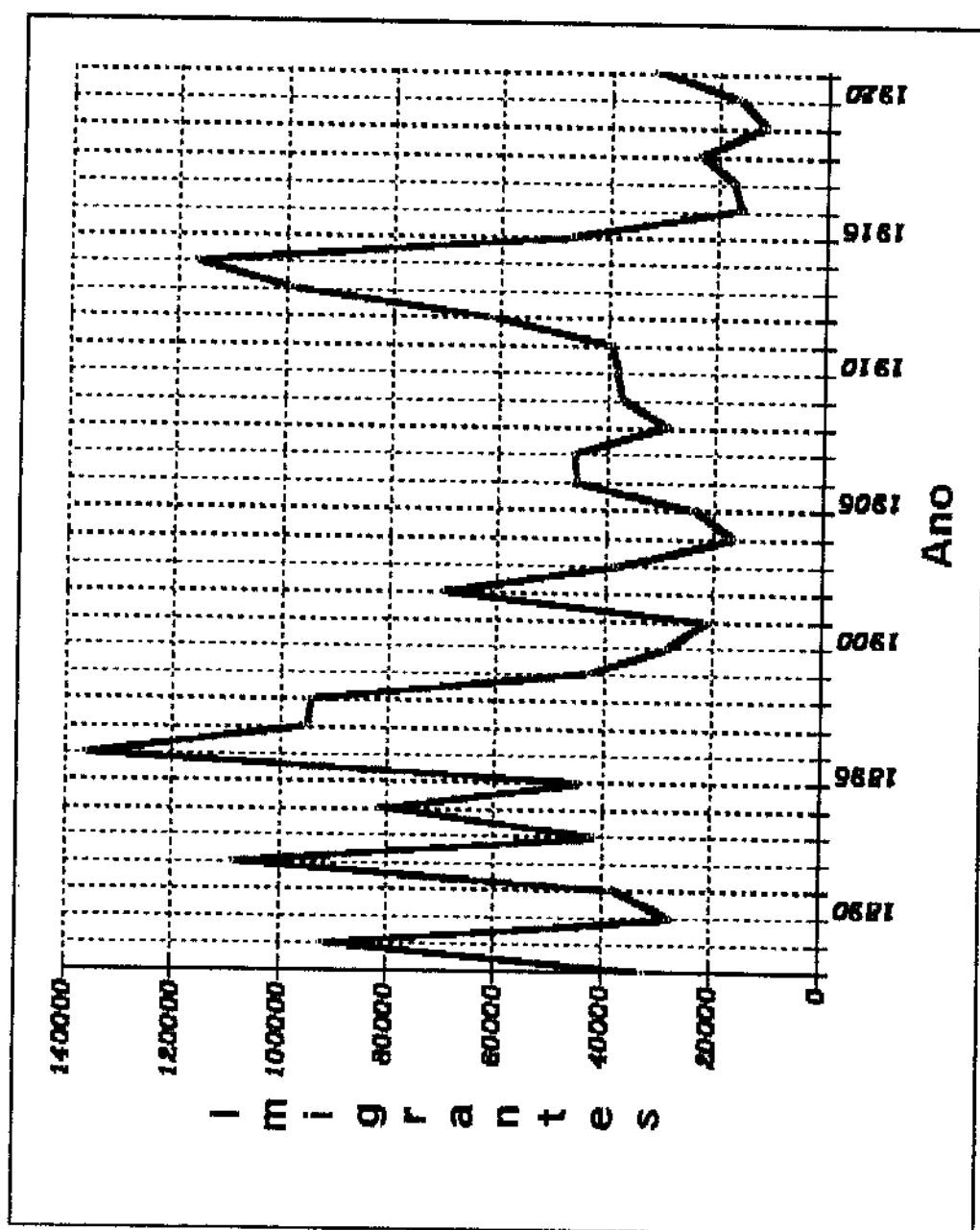
TABELA 1
Imigração para o Estado de São Paulo:
1887/1920

| ANO | IMIGRAÇÃO | ANO | IMIGRAÇÃO |
|------|-----------|------|-----------|
| 1887 | 32.110 | 1904 | 23.761 |
| 1888 | 91.826 | 1905 | 45.839 |
| 1889 | 27.664 | 1906 | 46.214 |
| 1890 | 38.291 | 1907 | 28.900 |
| 1891 | 108.688 | 1908 | 37.278 |
| 1892 | 42.061 | 1909 | 38.308 |
| 1893 | 81.755 | 1910 | 39.486 |
| 1894 | 44.740 | 1911 | 61.508 |
| 1895 | 136.142 | 1912 | 98.640 |
| 1896 | 94.987 | 1913 | 116.640 |
| 1897 | 94.540 | 1914 | 46.624 |
| 1898 | 42.674 | 1915 | 15.614 |
| 1899 | 28.367 | 1916 | 17.011 |
| 1900 | 21.038 | 1917 | 23.407 |
| 1901 | 70.348 | 1918 | 11.447 |
| 1902 | 37.831 | 1919 | 16.205 |
| 1903 | 16.553 | 1920 | 31.854 |

FONTE: HOLLOWAY, Thomas H. Imigrantes para o Café - Café e Sociedade em São Paulo, 1886-1934. 1984. p. 265.

FIGURA 1

Imigração para o Estado de São Paulo: 1887/1920



FONTE: HOLLOWAY, Thomas H. Imigrantes para o Café - Café e Sociedade em São Paulo, 1886-1934. 1984. p. 265.

Fatores de outra natureza, como a política de migração dos países de origem, refletiam-se na dinâmica da imigração para São Paulo, cuja definição era influenciada pela situação sanitária do Brasil. As condições sociais brasileiras em geral, em especial a legislação sobre o trabalho assalariado, eram consideradas pelos governos dos países europeus na formulação de sua política de migração. Em 1886, pouco antes do início da imigração em massa, o Ministério do Interior da Itália emitia uma circular aos prefeitos do país, manifestando-se contra o embarque de italianos para o Brasil, especialmente para a Província de São Paulo, por ser das "(...) *mais insalubres e inóspitas do Império*". (23) Em 1888 a Hospedaria dos Imigrantes, com capacidade para 4.000 pessoas, abrigava 9.000, em decorrência da dificuldade do governo paulista em distribuir com eficiência pelo interior os aportados em Santos; na ocasião ocorreu um surto de febre amarela na Hospedaria e vários imigrantes morreram, com repercussões imediatas na Itália. (24) Tão grande era o temor dos europeus à febre amarela, que algumas vezes os navios recusaram-se a atracar nos portos de Santos e do Rio de Janeiro, os passageiros destinados a São Paulo desembarcando em Buenos Aires e retornando por terra ou navegação de cabotagem ao Brasil. Por sua vez, o governo imperial, com receio que o grande número de navios que aportavam no país pudesse favorecer a ocorrência de epidemias de febre amarela, determinou entre 1882 e 1884 que as embarcações atracassem longe do porto, utilizando batelões chatos para o desembarque de passageiros e cargas, evitando o revolvimento das águas

(23) HUTTER, Lucy Maffei. Imigração Italiana em São Paulo (1880-1889) - Os Primeiros Contactos do Imigrante com o Brasil. 1972. p. 118.

(24) ALVIM, Zuleika. Brava Gente ! Os Italianos em São Paulo - 1870/1920. 1986. p. 119.

mais profundas, consideradas então como uma das possíveis fontes da doença. (25)

Em 1889 o governo italiano proibiu a imigração para o Brasil por decreto que, mesmo não sendo seguido à risca, provocou uma redução na entrada de imigrantes italianos no país em 1889 e 1890. (26) Em 1892 vários países europeus suspenderam a migração para o Brasil e no ano seguinte foi o governo federal brasileiro quem suspendeu os subsídios para a imigração, em decorrência da guerra civil nos estados do Sul, trazendo como consequência a redução no total de entradas. (27)

Em 1902 o Ministério dos Negócios Estrangeiros de Roma e o Comissariado Geral da Emigração da Itália proibiram a emigração subsidiada pelo governo brasileiro, medida que afetou especialmente o Estado de São Paulo, o único que ainda mantinha um programa de imigração dessa natureza. (28) A grande redução no número de imigrantes que entraram em

- (25) HUTTER, Lucy Maffei. Imigração Italiana em São Paulo (1880-1889) - Os Primeiros Contactos do Imigrante com o Brasil. 1972. p. 123. Na década seguinte, durante alguns anos, as embarcações que houvessem aportado no Brasil deviam passar por quarentena em Buenos Aires, o que prejudicava o transporte de cargas e passageiros entre os dois países.
- (26) Esse decreto, segundo Petrone, citada por Sallum, originou-se como uma medida de defesa contra a febre amarela que grassava no Rio de Janeiro e em Santos, e pelo temor de que as famílias imigrantes passassem necessidades por falta de emprego. Essa proibição foi revogada em 1891. (SALLUM JUNIOR, Brasílio. Capitalismo e Cafeicultura - Oeste-Paulista: 1888-1930. 1982. p. 96)
- (27) ALVIM, Zuleika. Brava Gente ! Os Italianos em São Paulo - 1870/1920. 1986. p. 119.
- (28) Esse regulamento, chamado de Decreto Prinetti, foi precedido por um relatório do delegado do governo italiano Adolfo Rossi, apresentando um quadro negro da situação do imigrante italiano no Estado de São Paulo. Nessa fase foi freqüente a presença de enviados do governo italiano na zona cafeeira para verificação das condições de vida dos imigrantes, em função das constantes queixas recebidas pelo consulado italiano.

São Paulo nos anos seguintes pode ser explicada, ao menos em parte, por esse regulamento, mas pouco tempo depois a imigração retomava os níveis anteriores, com a recuperação dos preços do café.

A maior parte dos imigrantes que entraram no Estado eram italianos: na década de 1890 eles totalizaram 58,5% dos que se dirigiram a São Paulo, situação que se repetiu na década seguinte. Em 1895 a imigração italiana foi recorde, com 106.525 indivíduos ou 71% do total de entradas. Os portugueses e espanhóis foram, respectivamente, a segunda e a terceira nacionalidades em importância na corrente imigratória para o Brasil, e na década de 1920 os italianos foram superados pelos portugueses. (29)

A transferência de escravos de outras regiões para a zona cafeeira foi limitada, o tráfico interno de escravos apenas atenuando a situação de escassez de mão-de-obra. A migração de trabalhadores nacionais de outros estados do país ou de outras regiões do Estado de São Paulo para o café ocorreu em pequena escala, como uma solução parcial e provisória para as dificuldades após o fim do tráfico negreiro. A utilização de mão-de-obra livre nacional foi limitada por alguns fatores:

A imigração italiana continuou, apesar do Decreto Prinetti, agora somente daqueles que viajavam com recursos próprios, instalando-se com maior frequência nas cidades, trabalhando em geral como artesãos e operários. (PETRONE, Maria Theresa Schorer. *O Imigrante Italiano na Fazenda de Café de São Paulo*. In: DE BONI, Luis Alberto (org.) A Presença Italiana no Brasil. 1987. p. 107)

- (29) ALVIM, Zuleika. Brava Gente ! Os Italianos em São Paulo - 1870/1920. 1986. p. 119; CAMARGO, José Francisco de. Crescimento da População no Estado de São Paulo e seus Aspectos Econômicos. 1981. p. 117-119.

Em 1896 1/3 dos habitantes da cidade de São Paulo eram italianos, situação idêntica à da zona cafeeira. Ribeirão Preto, por exemplo, era descrita no final do século XIX como uma cidade '*eminente italiana*', à semelhança dos demais núcleos urbanos da região. (PETRONE, Maria Theresa Schorer. *O Imigrante Italiano na Fazenda de Café de São Paulo*. In: DE BONI, Luis Alberto (org.) A Presença Italiana no Brasil. 1987. p. 106)

"Qualquer resposta a esta pergunta deve explorar primeiro o ponto de vista dos fazendeiros com relação a este problema; segundo, as preferências e preconceitos acerca da mão-de-obra doméstica livre; terceiro, a intensidade dos fatores que levaram à emigração na Itália, comparados àqueles existentes no Nordeste; quarto, as possíveis diferenças nos custos de transporte existentes entre os migrantes internos e os imigrantes internacionais, e, quinto, a possibilidade de haver oposição política aberta contra transferências inter-regionais em grande escala da mão-de-obra livre, por vários grupos de interesses internos." (30)

A transferência de escravos de outras regiões para a zona cafeeira paulista é uma questão polêmica. Para alguns autores, como Caio Prado Jr., após o fim do tráfico o abastecimento de mão-de-obra para o café se deu com escravos do norte do país e da região cafeeira do Vale do Paraíba, que entrava em decadência. Emília Viotti da Costa compartilha da opinião de que houve uma transferência importante de escravos das regiões decadentes do Nordeste para os cafezais paulistas, bem como de escravos das zonas urbanas para as zonas rurais. Warren Dean é outro autor favorável a esse ponto de vista, apontando a lavoura do Oeste Paulista como o setor com recursos para adquirir escravos das regiões menos prósperas, atenuando a urgência por novas soluções para o problema da mão-de-obra. Já para Douglas Graham e Sérgio Buarque de Hollanda Filho, a transferência interestadual de escravos foi mínima nesse período, em função das crescentes restrições sofridas por esse tráfico depois de 1872, com a criação de impostos elevados sobre os escravos importados de outros Estados: em 1880 esse imposto era de 2.000\$000 em São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, quando um escravo valia 3.000\$000; reforçando essa hipótese, o maior

(30) GRAHAM, Douglas, HOLLANDA FILHO, Sérgio Buarque de. Migrações Internas no Brasil: 1892-1970. 1984. p. 35.

aumento no número de escravos nessas províncias ocorreu antes de 1872.

(31)

Quanto aos trabalhadores livres nordestinos, é certo que não ocorreu um fluxo desses trabalhadores para as fazendas de café paulistas. Desde o final da Monarquia foi pequena a migração de nativos no país para São Paulo, e entre 1900 e 1920 o saldo foi negativo, contrastando com o grande fluxo posterior a 1920, concomitante à redução da imigração estrangeira. (32)

A disparidade de opiniões demonstra que a interpretação da transferência de trabalhadores livres e escravos da região Nordeste e do Vale do Paraíba para a florescente cafeicultura paulista é uma questão polêmica e ainda não resolvida, e sua ocorrência, caso confirmada, contribuirá para esclarecer aspectos da epidemiologia das doenças transmissíveis que incidiam endêmica e epidemicamente no Estado.

Já a transferência de trabalhadores da zona rural para a zona urbana ocorreu em grande escala no Estado de São Paulo, desde os primeiros tempos da República. Muitos imigrantes que vinham para o país seguiam direto para as cidades, mas enquanto predominou a imigração subsidiada esse grupo foi minoritário: em 1901, por exemplo, somente 7% dos que entraram no país foram para a Capital, o restante seguindo para

(31) PRADO JUNIOR, Caio. História Econômica do Brasil, 1967, p. 187; COSTA, Emília Viotti da. Da Monarquia à República: Momentos Decisivos. 1985. p. 211; DEAN, Warren. Rio Claro - Um Sistema Brasileiro de Grande Lavoura - 1820/1920. p. 62; GRAHAM, Douglas, HOLLANDA FILHO, Sergio Buarque de. Migrações Internas no Brasil: 1872-1970. 1984. p. 23-26.

(32) GRAHAM, Douglas, HOLLANDA FILHO, Sergio Buarque de. Migrações Internas no Brasil: 1872/1970. 1984. p. 21 e 26-27.

fazendas no interior. (33) A mudança para os núcleos urbanos regionais, depois de algum tempo de trabalho nas fazendas, ou a transferência de uma propriedade para outra, eram as situações mais comuns. Havia ainda, e não eram poucos, os que retornavam para o país de origem ou transferiam-se do Brasil para a Argentina.

Os números referentes à participação de estrangeiros na força de trabalho da indústria falam a favor de uma migração rural-urbana importante no Estado de São Paulo na Primeira República: enquanto em 1900 menos de 5% da mão-de-obra industrial do país era estrangeira, em 1920 esse segmento somava 17%. No Rio de Janeiro e em São Paulo, nessa última data, eles representavam respectivamente 35% e 51% dos operários na indústria. O grande crescimento da cidade de São Paulo entre 1900 e 1920 também ilustra o peso da migração campo-cidade: a população passou de 239.820 a 579.033, num período em que a migração interna foi negativa para o Estado, um incremento populacional que ultrapassou de longe o crescimento vegetativo, alimentado pelos que migraram para a cidade, os estrangeiros da cafeicultura. (34)

Em linhas gerais, antes de 1930 a migração interna no Brasil foi eminentemente intra-regional, especialmente de imigrantes italianos, das fazendas de café para as áreas urbanas, com a substituição desses trabalhadores por outros recém-chegados. Quanto à migração dentro do Estado, ela se deu principalmente do campo para a cidade, enquanto a

(33) SÃO PAULO. Anuário Estatístico da Repartição de Estatística e Arquivo de São Paulo - 1901. [190?]. p. 100-101.

(34) GRAHAM, Douglas, HOLLANDA FILHO, Sergio Buarque de. Migrações Internas no Brasil: 1872/1970. 1984. p. 48-50.

migração interestadual foi do tipo rural-rural. (35)

A dimensão desses deslocamentos, de inequívoca influência sobre a epidemiologia das doenças transmissíveis na Primeira República, é objeto de polêmica para os autores que se dedicaram ao estudo da dinâmica demográfica do período. Enquanto para Maria Isaura de Queiroz foi pequena a mobilidade dos colonos, sendo quase regra sua permanência por muitos anos numa mesma fazenda, como resultado dos compromissos contratuais e financeiros assumidos com os proprietários, Pierre Denis, citado por Sérgio Silva, é de opinião oposta:

"O final da colheita resultava em um deslocamento geral dos trabalhadores agrícolas. Os colonos (isto é, os trabalhadores imigrantes) são deveras nômades. Todos os fazendeiros vivem com a inquietude perpétua de ver seu pessoal abandoná-los no mês de setembro (...) Não exageramos ao dizer que um terço das famílias empregadas na cultura do café desloca-se de ano em ano (...)". (36)

A complexa dinâmica populacional do Estado de São Paulo na Primeira República, marcada por fenômenos como a imigração estrangeira e as migrações internas, implicou em mudanças na epidemiologia das doenças transmissíveis no Oeste Paulista e na região Central de São Paulo, as mais atingidas pelas epidemias de febre amarela no período. A transferência de vetores e doentes através do espaço geográfico, o aumento da população urbana nos núcleos regionais, e a alteração na proporção de suscetíveis às

(35) GRAHAM, Douglas, HOLLANDA FILHO, Sergio Buarque de. Migrações Internas no Brasil: 1872/1970. 1984. p. 45-47 e 61.

(36) SILVA, Sérgio. Expansão Cafeeira e Origens da Indústria no Brasil. 1981. p. 54.; QUEIROZ, Maria Isaura Pereira de. O Mandonismo Local na Vida Política Brasileira e outros Ensaios. 1976. p. 112. Warren Dean também partilha da opinião acerca de uma força de trabalho extremamente móvel nesse período. (DEAN, Warren. Rio Claro - Um Sistema Brasileiro de Grande Lavoura - 1820/1920. p. 164.

doenças epidêmicas numa região ou município, são os aspectos mais evidentes nesse processo.

As mudanças na estrutura da população decorrentes do processo de imigração em massa que acompanhou o avanço da cafeicultura no interior do Estado, só foram possíveis com o desenvolvimento da rede ferroviária, já bem estruturada na década de 1890, uma modificação tecnológica que foi fundamental à expansão da economia cafeeira, facilitando a comunicação das regiões produtoras com a Capital do Estado e o porto de Santos, reduzindo os custos da exportação da produção e favorecendo o acesso dos imigrantes às propriedades agrícolas. Os sucessivos episódios em que o avanço da linha férrea foi seguido da ocorrência de epidemias não passaram despercebidos às autoridades sanitárias estaduais, que tiveram na intervenção sobre o transporte ferroviário um dos pilares de sua atuação.

1.2. As ferrovias: o fim do isolamento:

A imigração em massa de trabalhadores estrangeiros, mais a introdução da máquina de beneficiar café e o avanço das ferrovias rumo às fronteiras agrícolas foram algumas inovações no processo de produção que vieram retirar a cafeicultura da crise em que se encontrava na década de 1880. Com a imigração solucionava-se o problema da falta de braços para a lavoura e a mecanização diminuía o custo do beneficiamento do café; a ferrovia completava o complexo de medidas, reduzindo os elevados preços do transporte do produto até os portos (o que vinha limitando a expansão da cafeicultura às regiões mais distantes), além de facilitar e baratear o transporte dos imigrantes até as regiões produtoras. Na zona Central de São

Paulo o transporte do café era antes feito no lombo de burros, demorando de três a quatro semanas até o porto de Santos, método que era considerado viável para distâncias de até 200 quilômetros, distância acima da qual o custo do transporte tornava-se proibitivo. Com a ferrovia, os preços dos transportes caíram de sete a dez vezes. (37)

Antes das ferrovias a comunicação com o interior de São Paulo era muito difícil. Em relatório do Presidente da Província apresentado à Assembléia Legislativa de São Paulo em 1871, citado por Flavio Saes, os poucos caminhos existentes eram descritos como tendo

"(...) o lastimável préstimo de incutir terror aos viajantes e fazer admirar a coragem de sua população".

Em Relatório do ano seguinte, o Presidente da Província de São Paulo reafirmava que

"A viação na Província nem é regular. Poucas senão raras, são as estradas que tenham sido feitas com observância dos preceitos da arte e nas condições precisas para facilidade de trânsito e duração das obras." (38)

Menos de vinte anos depois, a situação era completamente diferente. Aos caminhos precários, sucederam-se as ferrovias, que com sua vasta malha tornavam possível o transporte de São Paulo a qualquer parte

(37) HOLLOWAY, Thomas H. Imigrantes para o Café - Café e Sociedade em São Paulo, 1886-1934. 1984. p. 38-41; SALLUM JUNIOR, Brasílio. Capitalismo e Cafeicultura - Oeste-Paulista: 1888-1930. 1982. p. 22.

Com pequenas variações esses números são os mesmos apresentados por Taunay, citado por Sérgio Silva, e Cheywa Spindel. (SILVA, Sérgio. Expansão Cafeeira e Origens da Indústria no Brasil. 1981. p. 56; SPINDEL, Cheywa, R. Homens e Máquinas na Transição de uma Economia Cafeeira. 1979. p. 41)

(38) SAES, Flavio Azevedo Marques de. As Ferrovias de São Paulo - 1870/1940. 1981. p. 38-39.

do Estado em um dia ou menos. (39)

Apesar da primeira concessão para a construção e operação de uma estrada de ferro no Brasil ser bem anterior, de 1836, somente em 1854 foi inaugurado o primeiro trecho ferroviário, comunicando o Rio de Janeiro a Petrópolis. Em 1866 estava concluída a ligação de Santos a São Paulo e no ano seguinte a linha chegava a Jundiaí. Apenas em 1875 estaria operando a ligação da Capital do Império com a cidade de São Paulo. Em 1868 foi formada a Companhia Paulista e em 1872 inaugurado o primeiro trecho, de Jundiaí a Campinas; em 1876 os trilhos chegaram a Limeira e Rio Claro; em 1884 foi a vez de São Carlos e no ano seguinte, Araraquara; em 1892 a Paulista chegava a Jaboticabal, então o último reduto da civilização. Em 1872 foi fundada em Campinas a Companhia Mogiana, comunicando essa cidade com a região da divisa com Minas Gerais; em 1878 ela chegava a Casa Branca, em 1883, Ribeirão Preto, Franca em 1887 e no ano seguinte a margem paulista do rio Grande, avançando daí em diante pelo território mineiro. Outras ferrovias como a Sorocabana, a Ituana e a Douradense comunicavam diversas micro-regiões da zona cafeeira.(40)

O decênio 1880-1890 foi o de maior crescimento da malha ferroviária paulista: a quilometragem dobrou, alcançando 2.525 km, e no fim do século já seriam 3.373 km. A expansão da rede de ferrovias é um aspecto da vida material que definiu o cotidiano da população a partir da última década da Monarquia. O novo meio de transporte reduziu o isolamento do

(39) HOLLOWAY, Thomas H. Imigrantes para o Café - Café e Sociedade em São Paulo, 1886-1934. 1984. p. 48.

(40) SAES, Flavio Azevedo Marques de. As Ferrovias de São Paulo - 1870/1940. 1981. p. 20-21; MATOS, Odilon Nogueira. Café e Ferrovias - A Evolução Ferroviária de São Paulo e o Desenvolvimento da Cultura Cafeeira. 1974. p. 55-91.

interior, facilitando a troca de informações com a Capital da Província; a urbanização foi estimulada, gerando-se um complexo de serviços de apoio à ferrovia e, de maneira mais geral, possibilitando a expansão da cafeicultura e das atividades urbanas correlatas, beneficiando a exportação da produção e o acesso da mão-de-obra imigrante às regiões cafeicultoras; e aproximou-se o mercado consumidor dos bens industrializados, favorecendo o desenvolvimento da atividade industrial. (41)

A rapidez nos transportes facilitou a disseminação das epidemias na década de 1890 pela zona cafeicultora, levando doentes e vetores a locais ainda não contaminados. O avanço seqüencial das epidemias - café, ferrovias e febre amarela - seguindo o trajeto das ferrovias, indicava para as autoridades sanitárias uma íntima relação entre o transporte ferroviário e a ocorrência das moléstias; daí a série de medidas profiláticas relacionadas às ferrovias, freqüentemente adotadas durante as epidemias, tais como a instalação de estufas nas estações ferroviárias para a desinfecção de roupas e bagagens dos passageiros e pulverizadores para os objetos que não pudessem ser submetidos àquele processo; o isolamento e a vigilância daqueles passageiros procedentes de locais onde grassava a doença; etc.

A reforma da legislação sanitária de 1896 incluiu dispositivos voltados à prevenção da propagação da febre amarela através das ferrovias, prevendo a implantação de três novos desinfectórios, em Santos, Campinas e Rio Claro, locais-chave para a disseminação da doença através do Estado, o

(41) FAORO, Raymundo. Os Donos do Poder - Formação do Patronato Político Brasileiro. 1989. p. 620. v. 2.
Trata-se, nesse momento, segundo Raimundo Faoro, de uma urbanização peculiar, ainda marcada pela influência dos interesses rurais, já que boa parte da população urbana exercia atividades voltadas às necessidades do campo.

porto de entrada dos imigrantes e entroncamentos ferroviários importantes, junto às principais regiões produtoras. Foi prevista também a instalação de postos quarentenários entre Santos e a Capital e outro junto à Estrada Central do Brasil, nos limites de São Paulo com o Rio de Janeiro, para observação e desinfecção dos imigrantes e suas bagagens. (42)

Em 1893 o Secretário do Interior historiava a íntima relação entre as epidemias de febre amarela, imigração e ferrovias, apresentando o conjunto de práticas sanitárias cuja implantação considerava imprescindível e que caracterizariam o modelo tecnológico campanhista-policiaI:

"O histórico das passadas irrupções ensinava-nos que ela caminhava com as estradas de ferro, para o interior do Estado; é assim que desde Campinas, Limeira, Rio Claro, Descalvado e até Itú e Jaú fez ela numerosas vítimas.

O seu percurso indicava ser importada ...

Como eram os imigrantes que, de ordinário, a transportavam para o centro, determinou-se que eles não seguissem para as fazendas, sem que passassem oito dias na Imigração; estabeleceu-se na Hospedaria respectiva uma estufa de Geneste e Hercher para por ela passarem-se as bagagens ligeiras; colocaram-se nas Estações de Estradas de Ferro pulverizadores utilizados com desinfetantes apropriados." (43)

Mais algum tempo e o engenheiro do serviço sanitário estadual, Theodoro Sampaio, de posse de observações mais detalhadas dos acontecimentos no Estado de São Paulo, estabelecia o elo que vinculava os imigrantes, as ferrovias e a febre amarela: a cafeicultura. A doença vinha acompanhando de perto o roteiro do café: as fazendas eram formadas, alguns anos depois chegavam em grande número os trabalhadores imigrantes, mais

(42) SÃO PAULO. Lei nº 432, de 3 de Agosto de 1896. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1896. 1897. p. 38-57.

(43) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Presidente do Estado de São Paulo pelo dr. Cesario Motta Junior Secretário do Interior em 28 de Março de 1894. 1894. p. V-VI.

algum tempo e o avanço da cultura por novas terras era seguido por ramais ou prolongamentos das linhas férreas já existentes. A veracidade dessas relações era comprovada pela situação oposta, completava Theodoro Sampaio: em localidades próximas a outras infectadas, mas onde não se cultivava o café, a febre amarela não vinha se desenvolvendo epidemicamente. (44)

Algumas vezes, em situações de grandes epidemias, o serviço sanitário estadual recorreu à interrupção da comunicação ferroviária entre dois trechos, proibindo baldeações de passageiros e cargas. Em novembro de 1895, mal começara a epidemia de febre amarela na região de Araraquara e o Diretor do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, dr. Silva Pinto, montava um esquema preventivo contra a explosão da doença em Jaboticabal e demais localidades vizinhas, onde vinham se refugiando muitos habitantes de Araraquara, através do transporte ferroviário. O dr. Silva Pinto solicitou à Secretaria do Interior que obtivesse da Companhia Paulista a desinfecção das bagagens embarcadas na estação de Araraquara e a notificação das autoridades municipais em Jaboticabal, então a última estação naquela linha, da relação dos passageiros procedentes de Araraquara, para que se fizesse a vigilância contra o desenvolvimento de casos de febre amarela. (45) Mais um mês e a Diretoria do Serviço Sanitário solicitava à Companhia Paulista

(44) SAMPAIO, Theodoro. *Relatório do dr. Theodoro Sampaio, Engenheiro Sanitário, ao Secretário do Interior*. In: SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Presidente do Estado de S. Paulo em 15 de Março de 1897 pelo Secretário do Interior Antonio Dino da Costa Bueno. 1897. p. 9, anexo I.

(45) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Diretoria do Serviço Sanitário. Ofício da Diretoria do Serviço Sanitário, de 7 de Novembro de 1895, ao Secretário do Interior e anexos. 1895.
Na virada do século, apesar da cafeicultura já ter se expandido mais ao Oeste, em manchas em meio à mata, Jaboticabal era a última localidade significativamente povoada na Paulista.

que reservasse um carro exclusivo para os passageiros que embarcassem na estação de Araraquara, que seria mantido fechado durante a viagem, a fim de evitar contato com os passageiros dos demais vagões da composição, só sendo aberto para dar saída aos que chegassem à estação de destino. (46) À exceção das desinfecções dos trens, uma ação sanitária que foi incorporada ao instrumental tecnológico da polícia sanitária, até onde pudemos averiguar, as demais medidas não foram implementadas nem solicitadas em outras epidemias além da de Araraquara, que foi muito marcante naquele momento, pela intensidade do processo e pela importância da cafeicultura da região.

A febre amarela, mantidas suas peculiaridades de incidência e mortalidade, atingiu em algum grau todas as camadas da população nas localidades afetadas. Os funcionários das ferrovias não eram exceção, havendo o temor, em alguns momentos, de que o grande número de mortes entre o pessoal da Companhia Paulista prejudicasse seu funcionamento. Na epidemia de 1889 em Campinas foi registrada a morte de noventa ferroviários, levando a direção da Paulista, apesar da inexistência de benefícios previdenciários naquele momento, a cogitar um auxílio para as viúvas de empregados que morreram em seu posto durante a epidemia, *sob a forma de esmola*, como forma de animar o pessoal no caso de um novo surto da *terrível febre de Campinas*. Em Limeira a direção da Companhia Paulista também recorreu a benefícios pecuniários na tentativa de reduzir a debandada de seus funcionários durante a epidemia de 1896, aumentando o salário dos empregados na estação da estrada de ferro enquanto houvesse

(46) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Diretoria do Serviço Sanitário. Ofício da Diretoria do Serviço Sanitário nº 1723, de 9 de Dezembro de 1895, ao Secretário do Interior. 1895.

casos de febre amarela. (47)

Durante a epidemia de cólera que atingiu a parte paulista do Vale do Paraíba no final de 1894, o governo central tomou a iniciativa de interromper o tráfego ferroviário entre os estados de São Paulo e Rio de Janeiro, na tentativa de evitar a propagação da doença à Capital Federal. Motivo de críticas, por prejudicar os negócios do comércio e da indústria, a interrupção do tráfego ferroviário permaneceu até o início do ano seguinte, apesar das tentativas da imprensa governista paulista de minimizar a importância da epidemia, buscando favorecer o rápido restabelecimento do trânsito entre as duas capitais. (48) Mesmo com a normalização do trânsito, permaneceram alguns cuidados: não se podia sair do Estado de São Paulo sem passaporte sanitário; ficava proibido o comércio através da ferrovia de gêneros relacionados à transmissão do cólera, como carne, leite, toucinho e queijo; os passageiros que tomassem a composição nas estações atingidas pela epidemia, como Guaratinguetá, Cachoeira, Cruzeiro e Queluz deveriam ser descontaminados antes de embarcar com a bagagem. (49)

- (47) SEGNINI, Liliana R. Petrilli. Ferrovia e Ferroviários. 1982. p. 36; LIMEIRA. O Estado de São Paulo, 12 jan. 1896. p. 1.
- (48) Para o Correio Paulistano, além de motivada por uma epidemia de pequena intensidade - "*Felizmente, desta feita foi maior o pavor que o mal causado, e a população pode-se considerar quite quase que unicamente com o susto*" - a interrupção do tráfego era prejudicial aos negócios de São Paulo, dando pretexto às quarentenas rigorosas que os navios procedentes de portos brasileiros vinham sofrendo no rio da Prata e no Paraguai . (ESTADO Sanitário. Correio Paulistano, 23 dez. 1894. p. 1)
 EPIDEMIA do Norte [A]. Correio Paulistano, 11 dez. 1894. p. 2; CONSELHOS Hygienicos - Directoria do Serviço Sanitário. Correio Paulistano, 14 dez. 1894. p. 1; COMUNICAÇÃO com o Rio. Correio Paulistano, 15 dez. 1894. p. 1; EPIDEMIA do Norte [A]. Correio Paulistano, 15 dez. 1894. p. 1; ESTADO Sanitário [O]. Correio Paulistano, 18 dez. 1894. p. 1; ESTADO Sanitário. Correio Paulistano, 23 dez. 1894. p. 1.
- (49) EPIDEMIA [A]. O Estado de São Paulo, 2 jan. 1895. p. 1.

Utilizando a interrupção do tráfego ferroviário como pretexto para mais uma de suas ácidas críticas à atuação da administração municipal de São Paulo nas questões de saúde pública, O Commercio de São Paulo esteve contra a corrente na questão da interrupção do tráfego ferroviário pelo governo federal, contrapondo o "louvável rigor" do governo federal à incúria da Intendência Municipal, que vinha se descuidando da fiscalização dos serviços de limpeza pública, da inspeção dos estabelecimentos coletivos, como cortiços, quartéis, restaurantes, colégios, hotéis e casas de pensão; aproveitando o ensejo, criticava a relutância da administração paulistana em estabelecer a lavagem das ruas com jatos de água fenicada, medida cuja ausência era agravada pelos hábitos alimentares inadequados da população, que incluíam a ingestão de frutas verdes, gelo e hortaliças, e pelas obras que vinham revolvendo o solo de locais considerados insalubres, como o Vale do Anhangabaú, tornando a cidade propícia ao desenvolvimento de doenças infecto-contagiosas. (50)

Outro aspecto da salubridade pública relacionado às ferrovias e que chegou a ser motivo de preocupação, foi o aumento da derrubada das matas para suprimento das locomotivas a vapor, fenômeno que se acentuou com a grande expansão da rede ferroviária do final do século XIX. Temendo conseqüências sobre a saúde pública e a lavoura, o governo estadual solicitou, em vão, a colaboração das administrações municipais na solução do problema:

"A devastação das matas que se vai operando no território do Estado está exigindo sérios cuidados e mais sérias providências dos poderes públicos.

Essa devastação que já era feita de modo inconveniente, está sendo agravada agora com o fornecimento de lenha às estradas de ferro, cujo consumo

(50) EPIDEMIA. O Commercio de São Paulo, 28 nov. 1894. p. 1.

tem sido tal que ameaça em pouco tempo, deixar inteiramente desprovidos d'esse benéfico elemento vastas extensões do território paulista.

Não careço insistir sobre os perigos que podem resultar da continuação desse estado de cousas, para a lavoura e para a salubridade pública; nem é preciso demonstrar quais as calamidades que nos aguardam em breve prazo, se não se prevenir os efeitos de tão perniciosa praxe.

O Governo do Estado empenha-se no estudo de medidas serventes a impedir as conseqüências desastrosas da devastação das matas, já regulando sua derrubada, já promovendo sua reconstituição. Mas em território tão vasto e tão diversamente povoado como o nosso, não se poderá conseguir os resultados desejados sem que os governos municipais igualmente se empenhem em essa tarefa." (51)

A vida no campo no período anterior à expansão cafeeira caracterizava-se pelo isolamento, inevitável diante da quase auto-suficiência das fazendas, que foi se perdendo diante das novas condições e necessidades geradas pelo predomínio da cafeicultura sob o trabalho livre. A presença de hábitos alimentares peculiares ao trabalhador estrangeiro, incluindo gêneros não produzidos nas propriedades agrícolas, como o vinho, a farinha de trigo e o azeite, ou de serviços religiosos, de educação e de assistência à saúde, favorecia o aumento do intercâmbio comercial com os núcleos urbanos regionais. Em especial nas extremidades das frentes de expansão agrícola o isolamento permaneceu por mais tempo, até a década de 1920 ou mais, já que a regra no Estado de São Paulo foi o avanço da cultura cafeeira preceder a extensão das ferrovias - ao contrário dos EUA e Canadá - a exceção ficando por conta da região de abrangência da Noroeste.

(51) SÃO PAULO. Secretaria da Agricultura. Ofício Circular da Secretaria da Agricultura, Commercio e Obras Públicas nº 21, de 19 de Julho de 1901, às Câmaras Municipais do Estado. 1901.

(52) Mesmo nas zonas de grande produção, como a Paulista e a Mogiana na década de 1890, o avanço do café não foi linear, as propriedades em produção com frequência estando cercadas por áreas de floresta, reservadas para futura expansão do cafezal. Em 1900, por exemplo, o município de Ribeirão Preto conservava 42% de seu território com matas nativas, Jaú com 29%, e Araraquara com 23% de mata e 46% de campos, e na zona cafeeira paulista como um todo, somente 19% da área estava plantada com café. (FIGURA 2) Em Jaboticabal, então a estação final da Companhia Paulista, a mata virgem ficava a 20 quilômetros das últimas plantações de café. (53) Esse padrão de ocupação do solo é um aspecto que até o momento foi pouco explorado nas investigações a respeito das doenças epidêmicas nesse período; especificamente quanto à febre amarela, ele certamente influenciou na epidemiologia da doença, ainda no momento de predominância da forma epidêmica urbana, até 1904, faltando determinar com exatidão esse papel. Uma possibilidade é que a sucessão de epidemias num mesmo município não tivesse sempre origem em casos importados de outras localidades afetadas, como acreditavam as autoridades sanitárias do período, os surtos podendo originar-se de casos de transmissão silvestre, quando houvesse condições para o seu desenvolvimento.

Apesar da existência de limitações ao contato dos trabalhadores rurais com o comércio dos núcleos urbanos regionais - havia cláusulas

(52) MONBEIG, Pierre. Pioneiros e Fazendeiros de São Paulo. 1984. p. 174 e 195; PETRONE, Maria Tereza Schorer. Imigração. In: FAUSTO, Boris (dir.) O Brasil Republicano - Sociedade e Instituições (1889-1930). 1985. p. 112. (História Geral da Civilização Brasileira, v. 9)

(53) HOLLOWAY, Thomas H. Imigrantes para o Café - Café e Sociedade em São Paulo, 1886-1934. 1984. p. 51-52; MONBEIG, Pierre. Pioneiros e Fazendeiros de São Paulo. 1984. p. 176-177; FRESCURA, Bernardino. Itinerarii Attraverso lo Stato di San Paolo. 1904. p. 61.

contratuais, alvo de permanentes queixas e conflitos, limitando o comércio do excedente da produção de subsistência, determinando a prioridade do armazém da propriedade nas compras e vendas dos colonos - era freqüente sua presença na cidade nas festas e cultos religiosos, na busca de assistência médica ou no comércio. (54) Pelo padrão predominante de divisão de atividades entre membros das famílias de colonos, as compras eram tarefa que cabia aos homens adultos, característica que certamente contribuiu para explicar a maior mortalidade masculina durante as epidemias de febre amarela, pelo maior contato com os núcleos urbanos contaminados.

Nas propriedades agrícolas era freqüente a autorização aos colonos para o plantio de gêneros de subsistência entre os pés de café em desenvolvimento, além da criação de animais em número limitado. (55) A produção de gêneros de subsistência garantia um consumo alimentar mínimo; os gêneros produzidos eram, em geral, os cereais, como o arroz, o feijão e o milho, cujo ciclo não coincidia com a colheita do café, quando era necessária a mão-de-obra de toda a família; farinha de trigo era um luxo e a carne se comprava poucas vezes ao ano. (56)

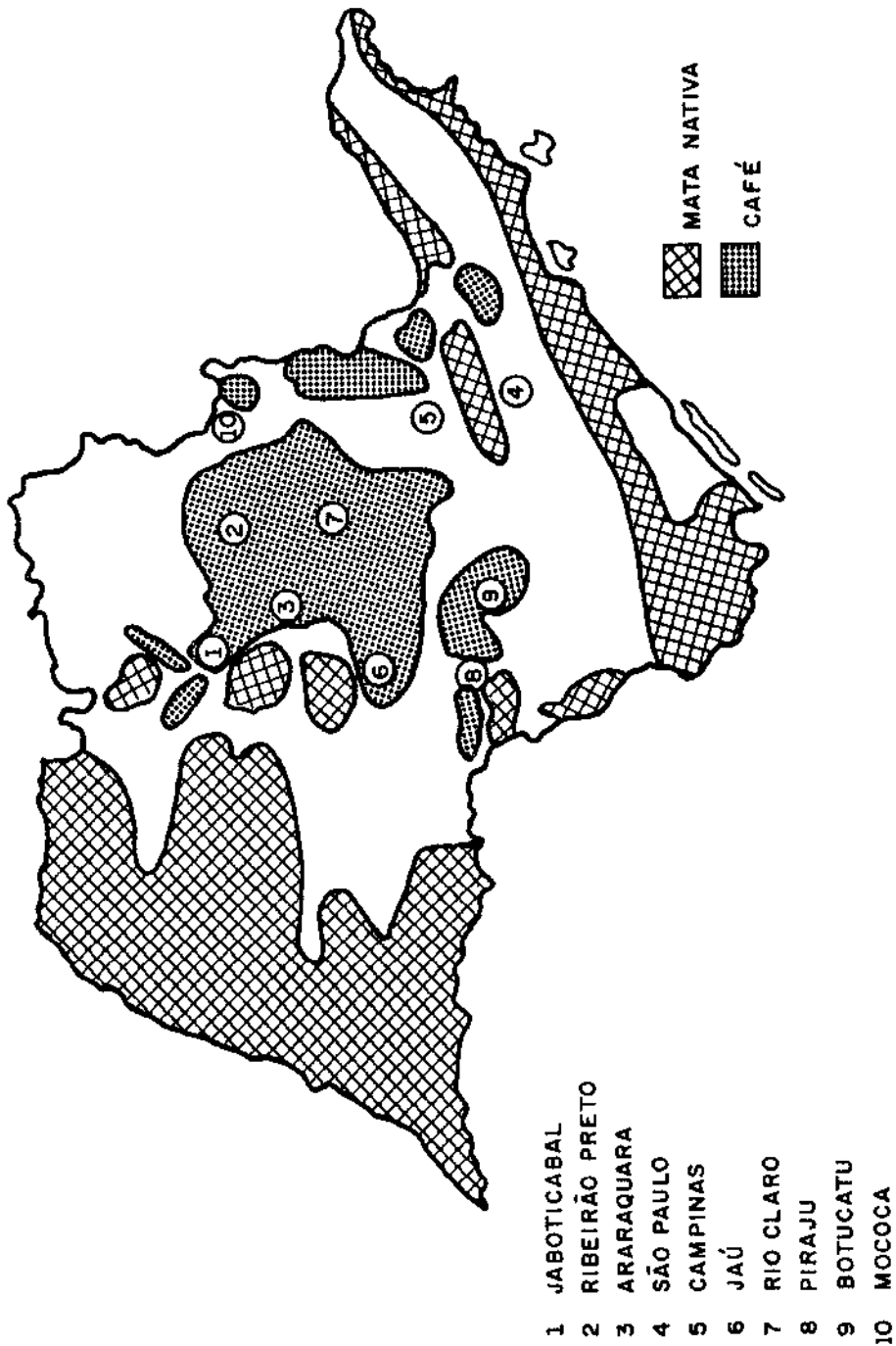
(54) QUEIROZ, Maria Isaura Pereira de. O Mandonismo Local na Vida Política Brasileira e outros Ensaios. 1976. p. 11-12.

(55) A produção não capitalista de gêneros de subsistência dentro de uma formação social capitalista reduzia o custo de reprodução da força de trabalho, retirando da remuneração acertada nos contratos de trabalho parte do dispêndio com a manutenção da família. (SILVA, Sérgio. Expansão Cafeeira e Origens da Indústria no Brasil. 1981. p. 23-24)

(56) DEAN, Warren. Rio Claro - Um Sistema Brasileiro de Grande Lavoura - 1820/1920. 1977. p. 168; SALLUM JUNIOR, Brasílio. Capitalismo e Cafeicultura - Oeste-Paulista: 1888-1930. 1982. p. 166.

FIGURA 2

Estado de São Paulo - Plantações de café e mata nativa - 1910



FONTE: SÃO PAULO. Carte Générale de l'État de São Paulo (Brésil). 1910

Apesar da monotonia da alimentação, não eram freqüentes problemas de saúde do tipo da desnutrição, ao contrário das zonas urbanas, em especial das cidades maiores, onde os gêneros de subsistência eram quase todos adquiridos no comércio. A existência de um padrão nutricional mais favorável nas regiões de cultura de subsistência - aí incluímos a zona cafeeira paulista, pela disseminação da cultura conjunta de gêneros de subsistência e do café ⁽⁵⁷⁾ - do que nas zonas urbanas de maior concentração populacional é anterior à República, observando-se já no Brasil Colônia. Essa situação é oposta à das áreas de economia de *plantations*, onde também existiam os cultivos de subsistência, mas as melhores terras iam para as culturas de exportação, a alimentação era mais desequilibrada e pobre, elevando-se a mortalidade, em especial de crianças e jovens. ⁽⁵⁸⁾

2. Condições sanitárias e assistência à saúde

Nas três primeiras décadas do período republicano, o rápido incremento populacional e a tendência à urbanização foram as características da dinâmica populacional mais marcantes no Estado de São Paulo. Enquanto em 1872 apenas a Capital da Província contava com mais de 30.000 habitantes, em 1920 as cidades nessa situação eram 34, sua população

(57) Para Brasílio Sallum as fazendas de café eram verdadeiras unidades policultoras e falar em monocultura do café seria tomar por cultura apenas a atividade capitalista. (SALLUM JUNIOR, Brasílio. Capitalismo e Cafeicultura - Oeste-Paulista: 1888-1930. 1982. p. 205)

(58) MARCÍLIO, Maria Luiza. *Sistemas Demográficos no Brasil do Século XIX*. In: _____. População e Sociedade - Evolução das Sociedades Pré-Industriais. 1984. p. 196-206.

aumentando 7.393% nesse período, contra um crescimento de 448% da população total de São Paulo. ⁽⁵⁹⁾ Ocorrendo com maior intensidade em São Paulo, o processo de urbanização foi extensivo ao país, sustentado pela imigração estrangeira: na década de 1890 o crescimento populacional médio do Brasil foi de apenas 2,2%, enquanto as cidades com mais de 50.000 habitantes tiveram sua população incrementada em 6,8%, e nos 30 anos que separam 1890 de 1920 seus moradores praticamente dobraram, passando de 12,4% para 23,2% do total, nas 22 maiores cidades do país. ⁽⁶⁰⁾

O aumento da população paulista na República foi alimentado pela corrente imigratória e por alterações demográficas que resultaram num crescimento vegetativo importante: com uma mortalidade geral sempre próxima aos 20 óbitos/1.000 habitantes e uma natalidade crescente, que ultrapassou os 35 nascimentos/1.000 habitantes na década de 1910 (TABELA 2) o saldo populacional foi sempre muito positivo. Em 1920, a diferença entre natalidade e mortalidade foi de 75.771 habitantes para o Estado, quase o triplo do saldo de 1900. Esse padrão demográfico, de aumento da natalidade com a manutenção de coeficientes de mortalidade também elevados, foi o responsável pela pequena variação na esperança de vida, que passou de 33,9 anos em média no período 1870-1890 para 39,3 anos entre 1890 e 1920. ⁽⁶¹⁾

(59) SILVA, Sérgio. Expansão Cafeeira e Origens da Indústria no Brasil. 1981. p. 99.

(60) CARDOSO, Fernando Henrique. *Dos Governos Militares a Prudente - Campos Sales*. In: FAUSTO, Boris (org.) O Brasil Republicano - Estrutura de Poder e Economia (1889-1930). 1985. p. 19-20. (História Geral da Civilização Brasileira, v. 8)

(61) MARCÍLIO, Maria Luiza. *A População do Brasil em Perspectiva Histórica*. In: COSTA, Iraci del Nero da (org.) Brasil: História Econômica e Demográfica. 1986. p. 24-25.

TABELA 2
Mortalidade e natalidade no
Estado de São Paulo: 1897/1920 (*)

| ANO | POPULAÇÃO ESTADO | COEF. MORTALI- DADE GERAL | COEF. NATALI- DADE |
|------------------|---------------------|------------------------------|-----------------------|
| 1897 | 2.309.720 | 19,6 | 27,0 |
| 1898 | - | - | - |
| 1899 | - | - | - |
| 1900 | 2.282.279 | 19,0 | 30,4 |
| 1901 | 2.385.082 | 22,0 | 31,4 |
| 1902 | 2.492.516 | 21,1 | 31,7 |
| 1903 | 2.604.789 | 18,9 | 31,0 |
| 1904 | 2.722.120 | 17,9 | 31,4 |
| <i>1900/1904</i> | - | <i>19,8</i> | <i>31,2</i> |
| 1905 | 2.844.736 | 20,3 | 33,7 |
| 1906 | 2.972.875 | 21,6 | 32,8 |
| 1907 | 3.106.785 | 17,8 | 34,1 |
| 1908 | 3.209.165 | 17,4 | 36,2 |
| 1909 | 3.329.355 | 16,6 | 34,2 |
| <i>1905/1909</i> | - | <i>18,7</i> | <i>34,2</i> |
| 1910 | 3.455.030 | 18,1 | 32,9 |
| 1911 | 3.250.000 | 19,8 | 36,0 |
| 1912 | 3.300.000 | 21,7 | 37,4 |
| 1913 | 3.360.000 | 20,6 | 38,0 |
| 1914 | 3.420.000 | 20,1 | 39,7 |
| <i>1910/1914</i> | - | <i>20,1</i> | <i>36,8</i> |
| 1915 | 3.500.000 | 18,9 | 41,6 |
| 1916 | 3.731.057 | 19,0 | 40,5 |
| 1917 | 3.705.091 | 20,7 | 39,2 |
| 1918 | 4.083.820 | 21,9 | 36,5 |
| 1919 | 4.218.136 | 19,4 | 33,8 |
| 1920 | 4.403.300 | 18,3 | 35,5 |
| <i>1915/1920</i> | - | <i>19,7</i> | <i>37,8</i> |

(*) Coeficientes por 1.000 habitantes

FONTES: BRASIL. Diretoria Geral de Estatística. Resumo Histórico dos Inquéritos Censitários Realizados no Brasil. 1986. p. 247 (pop. 1897); BRASIL. Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio. Anuário Estatístico do Brasil - 1908-1912. 1916. p. 258-259 (pop. 1900/1910); SÃO PAULO. Anuário Estatístico de São Paulo (Brasil) - 1906. 1908. p. 88-89 e 244-245 (óbit. e nasc. 1897 e 1900/1906); Anuário Estatístico de São Paulo (Brasil) - 1909. 1911. p. 69 e 114. (óbit. e nasc. 1907); Anuário Demográfico - 1917. 1919. p. 630 e 832 (ób. e nasc. 1908/1910); Anuário Demográfico - 1920. 1924. p. 1298-1299, 1536 e 1543. (pop., óbit. e nasc. 1911/1920)

No Estado de São Paulo, as médias do coeficiente de mortalidade geral na Primeira República foram inferiores às do Brasil, atingindo em média 19,6 óbitos/1.000 habitantes entre 1900 e 1920 contra 26,4/1.000 para o país no mesmo período. Os coeficientes de natalidade também eram superiores para o país, por volta de 45 nascimentos/1.000 habitantes no final do século XIX e primeiras décadas deste século, enquanto em São Paulo os valores mantiveram-se quase sempre na casa dos 30 no mesmo período. (62) No período republicano a cidade de São Paulo sempre apresentou coeficientes de mortalidade geral muito próximos aos do Estado, e caso esse padrão também tenha se verificado no período anterior, como acreditamos, houve uma redução significativa da mortalidade da então Província de São Paulo durante o século XIX: enquanto na virada do século XVIII para o XIX (1797-1801) a mortalidade média na cidade de São Paulo foi de 54,4 óbitos/1.000 habitantes, na primeira metade do século XIX o valor médio foi de 46/1.000 (63), contra 19,0 óbitos/1.000 para o Estado em 1900.

A República coincidiu em São Paulo com o início de um período de quinze anos de grandes epidemias de febre amarela, além da varíola e da

(62) BERQUÓ, Elza S. *Fatores Estáticos e Dinâmicos (Mortalidade e Fecundidade)*. In: SANTOS, Jair L. F., LEVY, Maria Stella Ferreira & SZMRECSÁNYI, Tamás (org.) Dinâmica da População - Teoria, Métodos e Técnicas de Análise. 1980. p. 24-25 e 32; MARCÍLIO, Maria Luiza. *A População do Brasil em Perspectiva Histórica*. In: COSTA, Iraci del Nero da (org.) Brasil: História Econômica e Demográfica. 1986. p. 24.

(63) Há que se considerar, evidentemente, o importante sub-registro de óbitos de escravos que, por serem pagãos, muitas vezes não eram enterrados nos cemitérios oficiais, católicos, de onde saíam as estatísticas de mortalidade anterior à República. (MARCÍLIO, Maria Luiza. A Cidade de São Paulo - Povoamento e População - 1750-1850. 1974. p. 173.

febre tifóide, de menor morbidade e mortalidade. Santos e as cidades cafeeiras do interior, nas zonas Central, Mogiana e Paulista, foram muito afetadas, e em menor escala a Capital do Estado e o Vale do Paraíba. A partir de 1889 a febre amarela passou a incidir regularmente em Santos e Campinas, daí se disseminando para o restante do Estado, em ondas logo identificadas pela administração sanitária com a entrada das levas de imigrantes e com o transporte ferroviário. Em 1891 praticamente toda a região da Paulista até São Carlos, o litoral sul e a vizinhança de Campinas foram afetadas pela febre amarela. Em 1892 a Capital apresentou casos da doença, ao lado, novamente, das zonas Paulista e Central; nesse mesmo ano ocorreram epidemias de varíola em todo o litoral, na zona Central e na Paulista, até Araraquara. No ano seguinte novamente as epidemias de febre amarela se sucederam a partir de Santos, avançando pelo interior, acompanhando o trajeto das ferrovias; o cólera irrompeu na Capital e Vale do Paraíba, permanecendo até o ano seguinte. (64)

A febre amarela continuou incidindo ano a ano em todo o Estado até o final do século, quando foi eliminada na maior parte dos municípios, permanecendo em Santos e na região da Mogiana até sua extinção na forma epidêmica, em 1904. Outras moléstias, como a varíola e a febre tifóide, continuaram apresentando-se endemicamente, com poucas epidemias,

(64) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Vice-Presidente do Estado de São Paulo pelo Secretário do Interior Vicente de Carvalho a 7 de Abril de 1892. 1892. p. 32-33; Relatório ao Presidente do Estado de São Paulo pelo dr. Cesario Motta Junior Secretário do Interior a 7 de Abril de 1893. 1893. p. XI; Relatório ao Presidente do Estado de São Paulo pelo dr. Cesario Motta Junior Secretário do Interior em 28 de Março de 1894. 1894. p. V-VI; Relatório ao Presidente do Estado de S. Paulo pelo dr. Cesario Motta Junior Secretário do Interior em 31 de Março de 1895. 1895. p. 9-15; Relatório ao Presidente do Estado de S. Paulo em 30 de Março de 1896 pelo Secretário do Interior Alfredo Pujol. 1896. p. 11.

em áreas cada vez mais limitadas e com menor virulência. Após a disseminação da vacinação, a varíola incidiu epidemicamente umas poucas vezes: em 1898, exclusivamente na Capital do Estado, em 1908 e 1912, na Capital e em alguns municípios do interior, e em 1913 e 1920, exclusivamente no interior do Estado.

A mortalidade pelas doenças transmissíveis chegou a responder por aproximadamente um terço dos óbitos do Estado em alguns momentos da década de 1890, ⁽⁶⁵⁾ reduzindo-se paulatinamente até os 15,3% no quinquênio 1915-1920. (TABELA 3) Aqui novamente os números da Capital são próximos aos do Estado, à exceção da segunda metade da década de 1910, quando a maior intensidade da gripe espanhola na cidade de São Paulo desequilibrou essa relação; expurgados os óbitos por gripe, entretanto, os números voltam a aproximar-se.

A paridade entre os coeficientes de mortalidade da Capital e do Estado manteve-se durante as primeiras décadas do século XX. Caso a semelhança dos valores seja extensiva à década de 1890, a redução nos coeficientes de mortalidade por doenças infecto-contagiosas entre 1894 e o quinquênio 1915-1920 terá sido de dois terços.

(65) Nesse estudo vamos trabalhar exclusivamente números de mortalidade, pois inexistiam dados sistemáticos e seriados de morbidade no período.

TABELA 3
Mortalidade por doenças transmissíveis na
Capital e Estado de São Paulo - 1894/1920 (*)

| ANO OU PERÍODO | ESTADO % TOTAL | CAPITAL % TOTAL | ESTADO OB/1.000 | CAPITAL OB/1.000 |
|----------------|-------------------|--------------------|--------------------|---------------------|
| 1894 | 34,5 | 24,6 | — | 6,93 |
| 1895 | 27,9 | 20,0 | — | 6,12 |
| 1896 | 22,4 | 21,9 | — | 6,35 |
| 1897 | 17,5 | 22,1 | — | 5,03 |
| 1898 | 18,3 | 25,4 | — | 4,96 |
| 1899 | 16,2 | 19,4 | — | 3,20 |
| 1894/1899 | 22,8 | 22,2 | — | 5,43 |
| 1900/1904 | 17,0 | 17,6 | 2,89 | 2,92 |
| 1905/1909 | 16,5 | 16,3 | 3,04 | 2,98 |
| 1910/1914 | 14,9 | 14,5 | 2,99 | 2,83 |
| 1915/1920 | 15,3 | 18,8 | 2,95 | 4,04 |
| 1915/1920(**) | 11,8 | 13,2 | 2,17 | 2,28 |

(*) % da mortalidade geral e coeficientes específicos de mortalidade (óbitos/1.000 habitantes)

(**) Indicadores recalculados após o expurgo dos óbitos adicionais da epidemia de gripe espanhola em 1918/1919; incluem valores correspondentes à média da mortalidade por gripe nos três anos anteriores.

FONTES: BRASIL. Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio. Anuario Estatístico do Brazil- 1908-1912. 1916. p. 258-259 (pop. Estado 1900/1910); SÃO PAULO. Anuario Estatístico de São Paulo (Brazil) - 1906. 1908. p. 244-245 (mort. Estado 1900/1906); Anuario Estatístico de São Paulo (Brazil) - 1909. 1911. p. 114 (mort. Estado 1907); Anuario Demographico - 1917. 1919. p. 832 (mort. Estado 1908/1910); Anuario Demographico - 1920. 1924. p. 77-78, 114-115, 1536, 1543 (pop. e mort. Estado 1911/1920 e pop. e mort. Capital 1894/1920)

Um erro que certamente afeta os números de mortalidade por causas do Estado de São Paulo nesse período, mas sem conseqüências para nossa análise, em decorrência da extensão da série, é o aumento da fração dos óbitos por moléstias transmissíveis e dos respectivos coeficientes específicos de mortalidade, inflados pelas doenças epidêmicas. A grande maioria das mortes não eram então assistidas por médicos, as causas sendo atestadas por leigos, com menor precisão. Quando se tratava de doenças epidêmicas, pelo contrário, uma maior proporção das mortes eram assistidas por médicos, em decorrência dos esquemas emergenciais montados pelo serviço sanitário estadual para atender essas emergências; havia ainda o fato de que o quadro clínico em geral exuberante das doenças epidêmicas, em associação aos fortes indícios epidemiológicos, tornava o diagnóstico por não-médicos mais seguro nesses casos. O empenho das autoridades sanitárias junto às administrações locais para uma notação cuidadosa dos óbitos durante os períodos epidêmicos, com a finalidade de elaboração de estatísticas fidedignas, também contribuía para aumentar a proporção dessas doenças na estatística geral de causas de morte.

Os coeficientes de mortalidade para as principais doenças infecciosas mostra que o peso dessas patologias na mortalidade geral não foi um critério preponderante na definição das prioridades sanitárias. A febre amarela foi a exceção: em sua forma epidêmica e urbana, ela era individualmente uma das principais causas de morte na década de 1890; entre 1895 e 1897 a febre amarela foi a doença que mais matou, com um pico de 8.557 óbitos ou 36,5% das mortes no Estado em 1896, período em que representou a grande prioridade da administração sanitária estadual.

A partir de 1898 a tuberculose se tornou a doença de maior peso individual entre as causas de morte no Estado de São Paulo, mas

mesmo assim antes de 1930 não se encontram ações estatais voltadas especificamente para o controle da doença, aspecto para o qual Nilson do Rosário Costa já chamou atenção. ⁽⁶⁶⁾ Mesmo matando entre duas e três vezes mais que a malária nos primeiros vinte anos do século XX, (TABELA 4) a tuberculose foi uma doença praticamente ignorada, ao contrário da febre amarela durante os anos das epidemias, e da malária a partir da década de 1910. Em 1898, o Secretário do Interior chamou atenção para o grande número de mortes por tuberculose no Estado, sem, no entanto, apresentar propostas de intervenção sobre o problema. Em 1909 Emílio Ribas, na condição de Diretor do Serviço Sanitário do Estado, mencionou a importância da tuberculose, valorizando as desinfecções dos domicílios, onde houvessem ocorrido casos, prática que atravessaria o período. ⁽⁶⁷⁾

(66) COSTA, Nilson do Rosário. Lutas Urbanas e Controle Sanitário - Origens das Políticas de Saúde no Brasil. 1985. p. 77.

Essa não foi uma situação específica de São Paulo: Evaristo de Moraes apresentava dados em 1920 demonstrando que nas duas décadas anteriores a tuberculose matara mais que a febre amarela, peste, varíola, sarampo, difteria e outras doenças infecciosas juntas no Rio de Janeiro. (PINHEIRO, Paulo Sérgio, HALL, Michael M. A Classe Operária no Brasil - 1889-1930 - Condições de Vida e de Trabalho, Relações com os Empresários e o Estado. 1981. p. 167-170. v. 2.)

(67) RIBAS, Emílio. A Higiene no Estado de S. Paulo. In: Revista Médica de S. Paulo, v. 12, n. 14, p. 276-282, 1909; SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao dr. Altino Arantes Presidente do Estado pelo Secretário do Interior Oscar Rodrigues Alves - Anno de 1917. [191?]. p. 182.

TABELA 4
Mortalidade por algumas doenças transmissíveis no
Estado de São Paulo - 1894/1920 (*)

| ANO OU PERÍODO | TUBERCULOSE | | ANCILOSTOMOSE | | LEPRA | | MALÁRIA | | FEBRE AMARELA | | TÉTANO | |
|----------------|-------------|-------|---------------|-------|-------|-------|---------|-------|---------------|-------|--------|-------|
| | % | COEF. | % | COEF. | % | COEF. | % | COEF. | % | COEF. | % | COEF. |
| 1894 | 1,6 | - | - | - | - | - | 1,1 | - | 4,3 | - | 0,6 | - |
| 1895 | 1,9 | - | - | - | - | - | 1,5 | - | 10,3 | - | 0,3 | - |
| 1896 | 2,4 | - | - | - | - | - | 2,0 | - | 36,5 | - | 0,2 | - |
| 1897 | 3,1 | - | - | - | - | - | 2,0 | - | 3,2 | - | 0,2 | - |
| 1898 | 3,8 | - | - | - | 0,2 | - | 2,6 | - | 2,8 | - | 0,3 | - |
| 1899 | 3,2 | - | - | - | 0,1 | - | 1,8 | - | 0,4 | - | 0,3 | - |
| 1894/99 | 2,7 | - | - | - | - | - | 1,8 | - | 9,6 | - | 0,3 | - |
| 1900/04 | 4,2 | 83,7 | 0,2 | 3,5 | 0,2 | 4,8 | 2,3 | 45,4 | 0,9 | 14,3 | 1,4 | 23,3 |
| 1905/09 | 4,6 | 85,1 | 0,8 | 15,4 | 0,3 | 5,6 | 1,5 | 28,2 | - | - | 1,7 | 30,7 |
| 1910/14 | 3,9 | 78,0 | 0,5 | 10,5 | 0,2 | 4,6 | 1,4 | 28,2 | - | - | 1,6 | 32,0 |
| 1915/20 | 3,5 | 69,1 | 0,3 | 5,9 | 0,2 | 3,3 | 1,6 | 32,4 | - | - | 1,0 | 19,8 |

(*) % da mortalidade geral coeficientes de mortalidade específica (6bitos/100.000 habitantes)

FONTE: SÃO PAULO. Anuario Demographico-1920. 1924. p. 1260-1261.

A iniciativa mais duradoura e sistemática contra a doença partiu da iniciativa individual do dr. Clemente Ferreira, inspetor do Serviço Sanitário do Estado, que fundou em 1899 a Associação Paulista de Sanatórios Populares para Tuberculosos, transformada três anos depois na Liga Paulista contra a Tuberculose, ambas instituições voltadas à arrecadação de fundos para a construção de sanatórios populares e atividades educativas. (68) Na falta de recursos para a criação de um sanatório, em 1904 foi fundado o Dispensário Clemente Ferreira, na Capital do Estado. Em 1908 aprovou-se legislação prevendo subvenção do erário estadual à criação de sanatórios privados para tuberculosos e três anos mais tarde voltou ao debate legislativo um projeto de 1899, que acabaria por ser arquivado, autorizando o governo a construir um sanatório de tuberculosos em Campos do Jordão. Sanatórios só foram criados mais tarde. (69)

Incidindo com grande freqüência entre a população mais pobre, (70) consumindo lentamente as forças do trabalhador mas não o impedindo de exercer suas funções ainda por um bom tempo, não afetando

(68) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório correspondente ao ano de 1898 apresentado ao Coronel Fernando Prestes de Albuquerque Presidente do Estado de S. Paulo pelo Secretário do Interior... [189?]. p. 8; Relatório ao Presidente do Estado de S. Paulo pelo Secretário do Interior em 31 de Dezembro de 1904.... 1905. p. 31; RIBEIRO, Maria Alice Rosa. História sem Fim... Um Inventário da Saúde Pública. São Paulo - 1880-1930. 1991. p. 143-144.

(69) SÃO PAULO. Lei nº 1163, de 30 de Dezembro de 1908. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1908. 1909. p. 92-93; CÂMARA DOS DEPUTADOS (São Paulo). Annaes da Sessão Extraordinária e Ordinária de 1911. 1912. p. 226 e 240.

(70) Em 1920, na cidade de São Paulo, entre os 639 óbitos registrados por tuberculose não havia nenhum médico, farmacêutico, dentista, juiz, advogado, engenheiro ou clérigo, e apenas 2 professores, 10 funcionários públicos e 16 militares; já operários havia 88 e lavradores, 33. (SÃO PAULO. Anuario Demographico - 1920. 1924. p. 189)

significativamente o desenvolvimento dos processos produtivos do complexo cafeeiro, no campo ou na cidade, a tuberculose não foi prioridade naquele momento.

O tétano é outro exemplo de doença infecciosa, de grande mortalidade, que não foi priorizada pelas ações sanitárias estaduais na Primeira República, por motivos idênticos aos apresentados para a tuberculose: apesar da incidência e letalidade elevadas, o tétano atingia principalmente os trabalhadores expostos a maiores riscos de ferimentos contaminados, não afetando os processos produtivos no todo. A lepra e a ancilostomose, doenças de pequena mortalidade e grande morbidade, além da malária, de grande morbi-mortalidade, e do tracoma, de mortalidade nula, mas causa importante de cegueira, são as doenças que, em grau variável, passaram a monopolizar as atenções da administração sanitária estadual a partir de 1905, em substituição às moléstias epidêmicas. (71) A exceção da lepra, que pode apresentar raros sintomas por um grande tempo, tratam-se todas de doenças debilitantes, de alta incidência, e que reduzem significativamente a capacidade do trabalhador rural. A malária apresentava uma peculiaridade em relação ao grupo de doenças, com picos epidêmicos de grande mortalidade, coincidindo provavelmente com a expansão mais intensa da lavoura cafeeira mata a dentro ou com a construção de ferrovias, como a

(71) A ancilostomose e a lepra foram estudadas por Adolfo Lutz em 1892, quando era sub-diretor do recém-fundado Laboratório de Bacteriologia de São Paulo. Tratou-se de iniciativa isolada, sem continuidade. Esses estudos não originaram uma linha de investigação nem ensejaram ações profiláticas ou curativas contra essas doenças. (SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Presidente do Estado de São Paulo pelo dr. Cesario Motta Junior Secretário do Interior Vicente de Carvalho a 7 de Abril de 1893. p. XVII)

Noroeste, que teve suas obras retardadas no trecho posterior a Araçatuba devido à malária. (72)

No início do século, entretanto, ainda era grande a mão-de-obra excedente na agricultura; a imigração extrapolava as necessidades do café, que mal começava a superar a longa crise de preços que se iniciara em 1895 e que seria resolvida por ora com a política de valorização do café do Convênio de Taubaté, em 1906. Isso explica a ausência de uma linha precisa das práticas sanitárias estaduais, numa tendência que permaneceu até a década de 1920, destacando-se um discurso que valorizava essas patologias e uma prática que ficou quase sempre distante de ações efetivas contra elas. A base econômica dessa contradição encontrava-se no fato dessas doenças não trazerem prejuízos substanciais à produtividade agrícola, pela possibilidade de fácil reposição dos trabalhadores doentes e debilitados. Mais tarde, quando entraram em cena outros fatores, como as mudanças políticas que se acentuariam na década de 1920, o crescimento do movimento nacionalista e uma conjuntura internacional favorável ao combate às doenças debilitantes em toda a América Latina, houve uma mudança efetiva na linha de ação estadual, cuja virada pode ser identificada com o Código Sanitário Rural de 1917. (73)

A lepra, doença de grande morbidade no país desde a Colônia, tornou-se alvo de maior preocupação na década de 1910, mantendo-se a

(72) MONBEIG, Pierre. Pioneiros e Fazendeiros de São Paulo. 1984. p. 195.

(73) SÃO PAULO. Lei n. 1696, de 20 de Dezembro de 1917. Coleção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1917. 1938. p. 124-165.

abordagem ancestral do isolamento dos doentes, sucedendo-se os projetos legislativos prevendo recursos para a construção de estabelecimentos com essa finalidade. Em 1913 foi apresentado um primeiro projeto, não aprovado, autorizando um crédito de 500 contos para a Santa Casa de São Paulo, a ser utilizado na construção de um hospital de morféticos. Somente em 1917 foi aprovado o primeiro desses projetos (74), as obras do sanatório avançando no tempo.

Apesar de existirem menções ao tracoma no Estado de São Paulo já em 1887, a doença só passou a preocupar e a receber a atenção da administração estadual no início do século XX, com a criação do primeiro de vários serviços de profilaxia e combate ao tracoma que se sucederam. A doença, que se não for tratada a tempo pode levar à cegueira, tomou vulto em especial na região Oeste do Estado: em Ribeirão Preto, por exemplo, 47,3% dos escolares examinados em 1907 eram portadores da doença. (75)

Além das doenças transmissíveis, algumas das principais causas que alimentavam os coeficientes de mortalidade na Primeira República eram as relacionadas à mortalidade infantil, a neo-natal por causas ligadas à assistência ao parto, e a tardia, por doenças infecto-contagiosas do primeiro ano de vida, os acidentes e as causas relacionadas aos distúrbios da nutrição. Tomando novamente a Capital como indicadora das tendências do

(74) CÂMARA DOS DEPUTADOS (São Paulo). Annaes da Sessão Ordinária de 1913. 1914. p. 905; SÃO PAULO. Lei nº 1582, de 20 de Dezembro de 1917. Colecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1917. 1938. p. 52-53.

(75) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao dr. Jorge Tibiriçá Presidente do Estado de São Paulo pelo Secretário do Interior dr. Gustavo de Oliveira Godoy - Anno de 1907-1908. 1908. p. 9.

Estado de São Paulo, encontramos uma redução importante na mortalidade infantil nos primeiros anos do século XX, que se interrompeu no início da década de 1910, quando os números superaram os do início da República. (TABELA 5). Com isso, aumentou a importância relativa dos óbitos infantis na mortalidade geral, passando de 1/4 na década de 1890 para 34,2% e 31,7% do total, respectivamente no primeiro e segundo quinquênios da década de 1910.

Apesar da importância da mortalidade materno-infantil no Estado durante a Primeira República, essa foi uma questão pouco abordada pelas autoridades sanitárias. Os estreitos limites do *liberalismo à brasileira*, com seus marcantes contornos de autoritarismo e exclusão – e mais a incipiência do desenvolvimento tecnológico da medicina clínica – não davam espaço para a elaboração de políticas sociais que incluíssem a assistência individual de setores da população. No plano científico, a bacteriologia, subjacente ao modelo tecnológico campanhista/policial, privilegiava a unicausalidade dos processos de saúde/doença, por agentes etiológicos específicos, não dando margem a considerações sobre a interferência do ambiente social na saúde da população. O primeiro dispositivo legal versando especificamente sobre um tema próximo à saúde materno-infantil foi o regulamento das amas de leite de 1905, porém sob uma perspectiva que privilegiava a proteção das famílias usuárias desse serviço, ficando em plano secundário a saúde das mães e das crianças pobres. (76)

(76) SÃO PAULO. Relatório ao Presidente do Estado de São Paulo pelo dr. Cesário Motta Junior Secretário do Interior a 7 de Abril de 1893. 1893. p. 197-205; Decreto nº 1294, de 19 de Julho de 1905.

TABELA 5
Mortalidade Infantil na
cidade de São Paulo - 1894/1920 (*)

| ANO OU PERÍODO | COEF. MORTALIDADE INFANTIL | % MORTALIDADE GERAL |
|------------------|----------------------------|---------------------|
| 1894 | 175,3 | 24,2 |
| 1895 | 198,5 | 25,2 |
| 1896 | 198,2 | 25,0 |
| 1897 | 182,9 | 26,9 |
| 1898 | 164,0 | 26,7 |
| 1899 | 120,5 | 24,5 |
| <i>1894/1899</i> | <i>173,3</i> | <i>25,4</i> |
| 1900 | 113,5 | 22,8 |
| 1901 | 130,8 | 24,0 |
| 1902 | 131,1 | 22,6 |
| <i>1900/1902</i> | <i>125,2</i> | <i>23,1</i> |
| //// | - | - |
| 1909 | 177,8 | 32,4 |
| 1910 | 173,1 | 31,8 |
| 1911 | 201,9 | 36,1 |
| 1912 | 213,5 | 33,9 |
| 1913 | 206,0 | 34,7 |
| 1914 | 182,6 | 34,6 |
| <i>1910/1914</i> | <i>195,4</i> | <i>34,2</i> |
| 1915 | 160,6 | 33,2 |
| 1916 | 164,2 | 34,1 |
| 1917 | 158,1 | 33,1 |
| 1918 | 236,4 | 26,8 |
| 1919 | 192,1 | 30,5 |
| 1920 | 186,8 | 32,9 |
| <i>1915/1920</i> | <i>183,0</i> | <i>31,8</i> |

(*) Óbitos de menores de 1 ano/1.000 nascidos vivos

FONTE: SÃO PAULO. Anuario Demographico-1920. 1924. p. 92-93.

Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1905. 1906. p. 101-103; SALUBRIDADE. O Comercio de São Paulo, 19 mar. 1895, p. 1; 15 mar. 1895, p. 1.

O interesse das autoridades sanitárias pela mortalidade infantil passava ao largo da visão humanitária que mais tarde cercou esse debate. Como não poderia deixar de ser, no início do período republicano a abordagem era a do prejuízo à economia cafeeira. Com índices tão elevados de mortalidade de crianças - os trabalhadores do futuro - o Estado tinha nulificado os investimentos com a imigração subsidiada:

"Todo esse sacrifício tem sido completamente nulificado, porquanto, se por um lado põem-se em contribuição todos os meios para atrairmos o braço, por outro - vemos escoar-se nos cemitérios o mais genuíno, o mais benéfico e eficaz povoador do nosso solo - a criança - que amanhã será um elemento poderoso de trabalho, e da melhor espécie, pois nasceu ou, pelo menos, cresceu sob este clima, habituou-se ao nosso viver e ao nosso gênero de trabalho ! É preciso pois, salvar a criança da voragem, seja qual for a soma de sacrifícios que tenha de ser despendida." (77)

Um estudo encomendado pelo Secretário do Interior a uma comissão de médicos, em 1892, para a identificação das causas da excessiva mortalidade infantil, indicou basicamente fatores relacionados aos pais e ao clima como os responsáveis pela mortandade: alimentação defeituosa (uso de mamadeiras, desmame precoce e amamentação mercenária, através de amas de leite), falta de higiene nos domicílios (fumaça de cachimbo, calor excessivo dos quartos, etc.), abuso do álcool, nascimentos ilegítimos, utilização dos préstimos de charlatães para o tratamento das doenças da dentição, da coqueluche e das febres eruptivas, etc. Como fatores relacionados ao clima, a comissão indicou as mudanças bruscas de temperatura e a umidade atmosférica. Em estudo semelhante realizado em 1894, as conclusões se

(77) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Presidente do Estado de São Paulo pelo dr. Cesario Motta Junior Secretário do Interior a 7 de Abril de 1893. 1893. p. 197.

repetiram. (78)

Entre as causas de mortalidade infantil, aquelas relacionadas ao aparelho digestivo eram muito freqüentes. Quando acometiam os filhos de imigrantes recém chegados, as conseqüências eram sempre mais funestas, segundo a comissão de médicos encarregada de estudar a questão em 1892. Novamente o Estado era inocentado de responsabilidades; não adaptados à dieta e ao clima, os abusos alimentares promovidos pelos pais das crianças causavam os distúrbios digestivos fatais:

"Chegados a esta Capital, acumulados no edifício da Imigração, tendo passado privações a bordo dos vapores, ou pelo menos, não encontrando ali tudo quanto a voracidade exige, acreditam dever recuperar o tempo perdido, dando aos filhos pela manhã alimentos de difícil digestão; ao meio dia - frutas verdes e esbraçadas pelo sol, e a noite - tudo quanto os carinhos dos pais julgam ainda dever dar aos filhos ! É facilimo tirar conseqüências de semelhante voracidade.

Uma perturbação de digestão, perfeitamente curável, longe disso, dentro de poucos dias é uma enterite, enterocolite, atrepsia e a morte, porque o único cuidado foi comer mais e a única precaução foi não ter nenhuma!"
(79)

Um dos mais sensíveis indicadores das condições de vida da população, o coeficiente de mortalidade infantil, apresentou um aumento na década de 1910, que provavelmente foi extensivo a todo o Estado de São

- (78) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Presidente do Estado de São Paulo pelo dr. Cesario Motta Junior Secretário do Interior a 7 de Abril de 1893. 1893. p. 197-200; Relatório ao Presidente do Estado de S. Paulo pelo dr. Cesario Motta Junior Secretário do Interior em 31 de Março de 1895. 1895. p. 19-22.

Nos documentos e relatórios do período em estudo a categoria *mortalidade infantil* não segue uma definição rígida, incluindo com mais freqüência os óbitos de menores de cinco anos, faixa etária que algumas vezes foi estendida até os sete anos. Muitas vezes as estatísticas não trazem explícita a definição que utilizaram, incluindo os óbitos de crianças sob a rubrica de *menores*.

- (79) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Presidente do Estado de São Paulo pelo dr. Cesario Motta Junior Secretário do Interior a 7 de Abril de 1893. 1893. p. 200.

Paulo. Respeitadas as peculiaridades da zona rural e das regiões menos urbanizadas do interior, essa elevação dos óbitos infantis desponta como resultado da degradação das condições de vida nos anos 10: apesar da expansão das redes de abastecimento de água e coleta de esgotos, estas não acompanharam o ritmo da intensa urbanização; o processo de industrialização, lançando a mulher no mercado de trabalho, dificultava o aleitamento materno, reduzindo o tempo disponível para os cuidados gerais com as crianças; as dificuldades econômicas da década de 1910, com a elevação dos preços e o achatamento dos salários, em especial no período correspondente à Primeira Guerra Mundial, piorava as condições gerais de subsistência da população pobre, contribuindo para a elevação do coeficiente de mortalidade infantil.

O quadro da mortalidade na Primeira República, no Estado de São Paulo, completava-se com uma série de afecções, principalmente dos aparelhos circulatório, respiratório, digestivo e gênito-urinário, além de causas ligadas ao parto e de mortes violentas. As mortes por câncer, mesmo considerando-se os problemas já apontados quanto aos registros vitais em geral e especificamente na notação das causas dos óbitos, e apesar do pequeno número absoluto, eram motivo de preocupação para o serviço sanitário estadual, pois aumentaram em mais de 450% nas duas primeiras décadas do século XX, passando de 0,6% dos óbitos por todas as causas em 1901 para 1,1% do total em 1920.(FIGURAS 3 e 4) Mesmo não sendo considerado doença transmissível, o câncer era combatido no final da década

de 1910 com desinfecções rigorosas, ao estilo da polícia sanitária. (80)

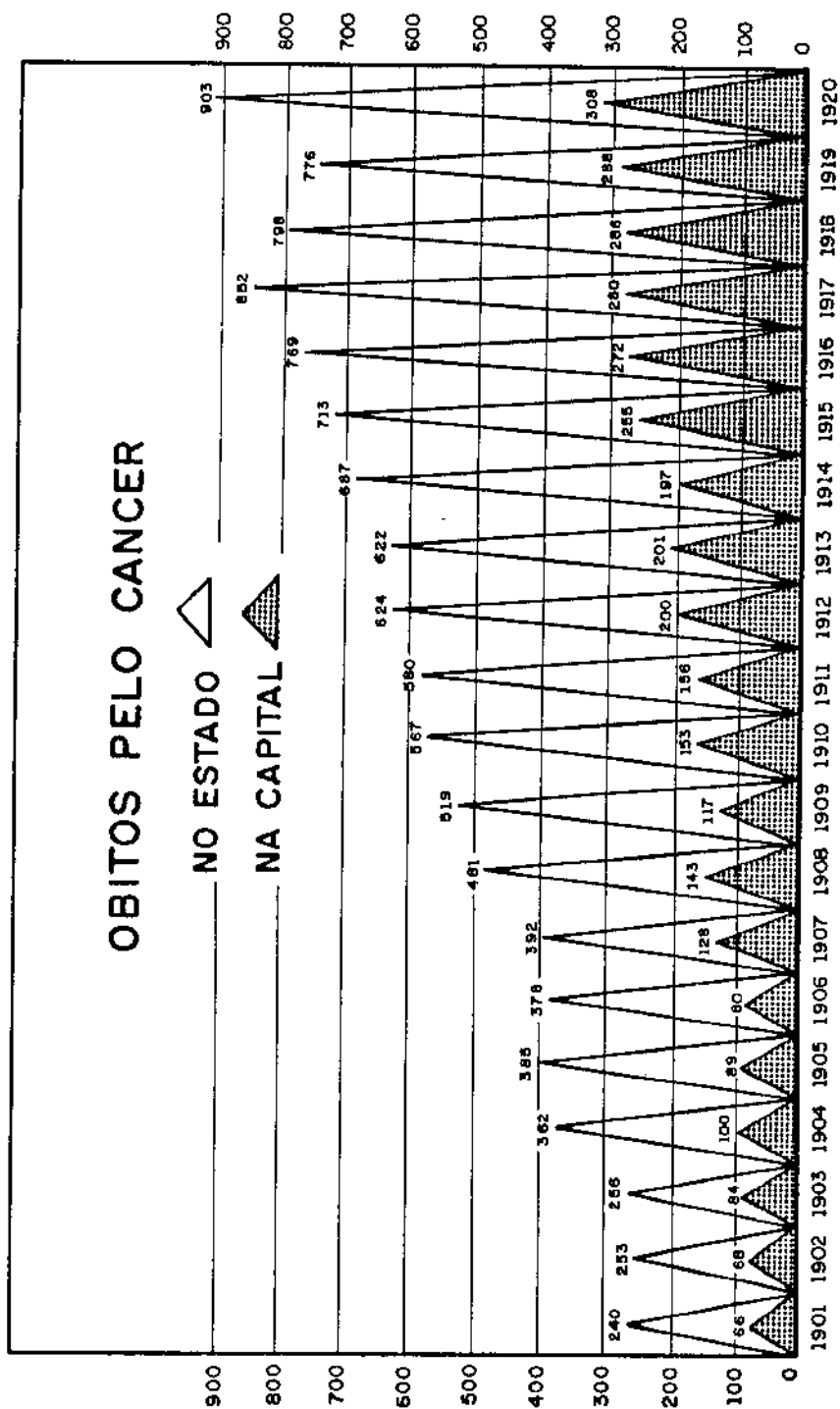
Mesmo não existindo números de mortalidade por grupos sociais, alguns aspectos da organização do processo de trabalho e das condições gerais de vida permitem inferências quanto às diferenças existentes. Afora a já citada incidência maior da tuberculose na população mais pobre das áreas urbanas, a mortalidade por febre amarela era mais elevada no interior, entre os homens em idade produtiva e estrangeiros, e menor entre as mulheres, velhos e crianças, em decorrência da maior mobilidade espacial do primeiro grupo, do campo para a cidade e dentro do núcleo urbano, os demais membros da família apresentando-se mais sedentários. A falta de contato anterior com o germe explica a maior suscetibilidade dos estrangeiros à febre amarela. Outra peculiaridade da incidência de doenças e causas de morte na população rural refere-se aos acidentes ofídicos, ao tétano e aos acidentes em geral, acometendo diferenciadamente os trabalhadores segundo seu papel no processo produtivo. A abertura das fazendas, incluindo a derrubada das matas para o posterior plantio do café, tarefa pesada e cheia de riscos, era reservada às famílias especializadas na função, em geral de brasileiros natos, enquanto a formação dos cafezais e os cuidados posteriores com as plantações ficavam com os imigrantes. (81)

(80) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao dr. Altino Arantes Presidente do Estado pelo Secretário do Interior Oscar Rodrigues Alves - Anno de 1918. [191?]. p. 226-227.

(81) DEAN, Warren. Rio Claro - Um Sistema Brasileiro de Grande Lavoura - 1820/1920. 1977. p. 164; SALLUM JUNIOR, Brasílio. Capitalismo e Cafeicultura - Oeste-Paulista: 1888-1930. 1982. p. 62.

FIGURA 3

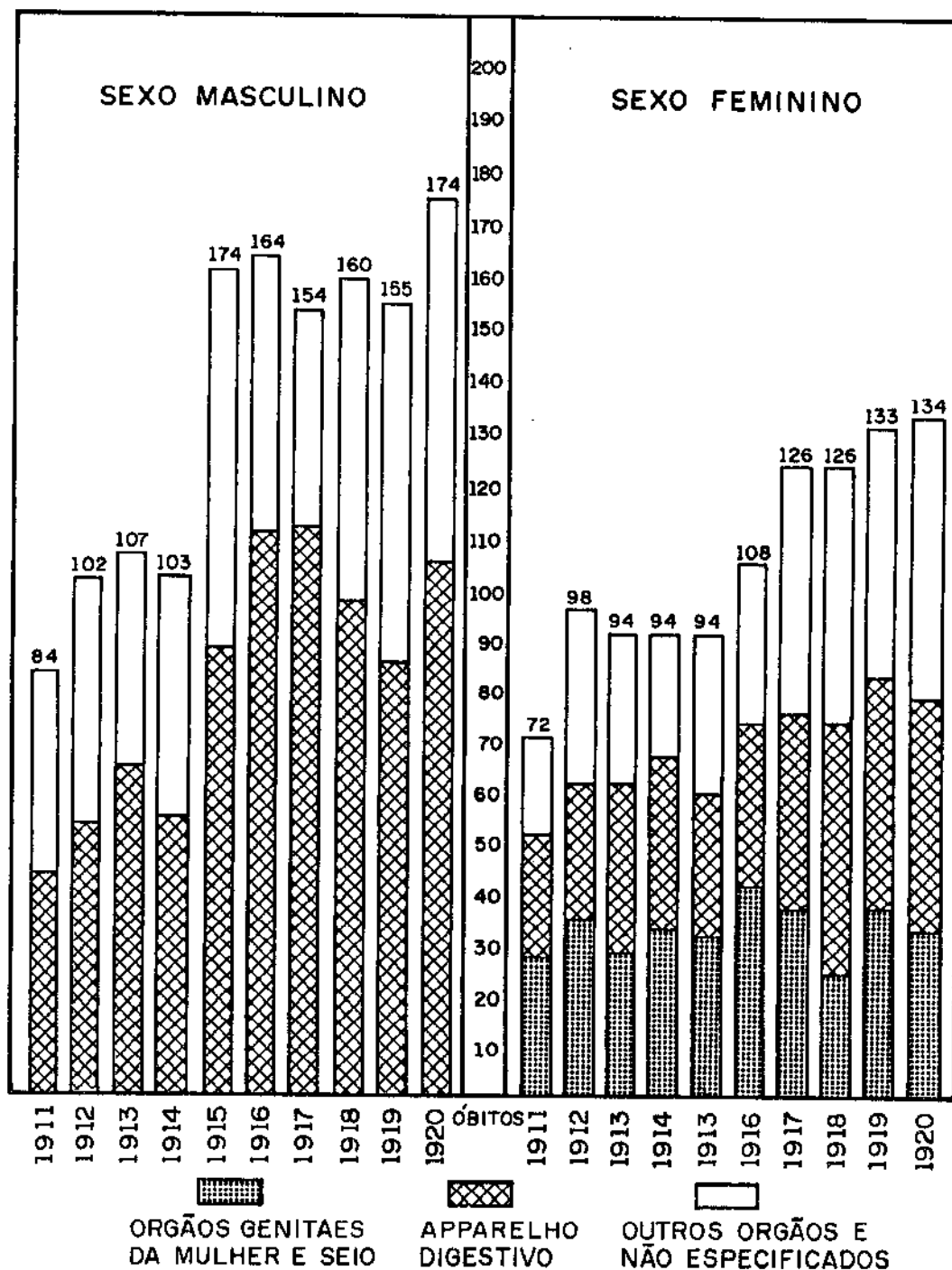
Mortalidade por câncer na Capital e no Estado de São Paulo - 1901/1920



FONTE: SÃO PAULO. Anuario Demographico - 1920. 1924. p. 200-201 (reprodução).

FIGURA 4

Mortalidade por câncer, segundo órgãos afetados
Cidade de São Paulo - 1911/1920



FONTE: SÃO PAULO. Anuario Demographico - 1920. 1924. p. 198-199 (reprodução).

A assistência ao parto nas cidades paulistas, à semelhança das áreas rurais, era realizada principalmente por parteiras práticas, parentes ou vizinhas da gestante. Eram poucos os médicos, e os honorários tornavam seus serviços inacessíveis à grande maioria da população, e os hospitais, apesar do grande aumento no número de serviços filantrópicos durante a Primeira República, eram insuficientes para atender uma parcela maior das gestantes. Como resultado, tanto no interior quanto na Capital do Estado, a quase totalidade dos partos ocorria no domicílio. (TABELA 6)

TABELA 6
Local de nascimento na Capital e no Estado de São Paulo (%) - 1901, 1906 e 1909

| LOCAL DO NASCIMENTO | ESTADO | | | CAPITAL | | |
|------------------------|--------|------|------|---------|------|------|
| | 1901 | 1906 | 1909 | 1901 | 1906 | 1909 |
| HOSPITAL | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 2,1 | 2,8 | 0,5 |
| DOMICÍLIO | 99,7 | 99,6 | 99,6 | 97,4 | 96,7 | 96,4 |
| OUTROS | - | 0,1 | 0,1 | 0,5 | 0,5 | 3,1 |

FONTE: SÃO PAULO. Anuario Estatístico da Repartição de Estatística e Arquivo de São Paulo - 1901. [190?]. p. 131; SÃO PAULO - Anuário Estatístico de São Paulo (Brazil) - 1906. 1908. p. 55. v. 1; SÃO PAULO. Anuario Estatístico de São Paulo (Brazil) - 1909. 1911. p. 63. v. 1

A atuação das parteiras práticas era associada, mesmo no período anterior à República, aos elevados coeficientes de mortalidade materna e infantil, em decorrência da utilização de técnicas pouco ortodoxas e da falta de higiene nos procedimentos. Um viajante francês criticou severamente, em 1882, o trabalho das parteiras, por utilizarem abusivamente o fórceps, realizando seus procedimentos sem a higiene e assepsia necessárias; eram práticas comuns o banho do recém nascido em cachaça, imediatamente após o parto, e a retirada da placenta do útero com as mãos, favorecendo as infecções puerperais e neo-natais. (82)

A comissão encarregada pelo Secretário do Interior, em 1892, de estudar as causas da excessiva mortalidade infantil também apresentava as parteiras como as grandes vilãs, responsabilizando o recurso indiscriminado a essas profissionais, em substituição aos médicos, por muitos óbitos neo-natais, desconsiderando as já citadas dificuldades de acesso à assistência médica:

"Parteiras, cuja prática ou conhecimento da arte dos partos é substituída por um bando de crendices e superstições, são muitas vezes chamadas a prestar socorros a pobres mulheres; desconhecem os mais preliminares preceitos da antisepsia; e põem em prática tudo quanto o seu espírito boçal inventa, e um talvez duplo assassinato se consuma entre as quatro paredes de uma alcova !

O médico caridoso não se nega a prestar os seus serviços à pobre mulher que no leito de dores apela para ele.

Corre a socorrê-la e todos os meios emprega para salvá-la, porém o meio é mau: habitação úmida e infecta, leito inconveniente, falta de higiene por toda a parte, nenhum cuidado das pessoas que a cercam, os remédios não são dados com a desejada regularidade - e uma

(82) FORT, J. A. A. *Parteiras*. In: LEITE, Míriam Moreira (org.) A Condição Feminina no Rio de Janeiro - Século XIX. 1984. p. 125-126.

infecção puerperal sela esta existência preciosíssima !
(83)

A existência de uma abundante legislação estadual regulamentando o exercício profissional das parteiras nas duas primeiras décadas da República, procurando sempre a redução de suas atribuições, é um indício de que a utilização de seus serviços continuava generalizada nesse período, hipótese reforçada pela ausência de alternativas ao parto. A legislação de 1892 determinava que em caso de distócia a parteira deveria reclamar sem demora a presença do médico, empregando, até que este se apresentasse, somente os meios conhecidos para prevenir qualquer acidente. Tratava-se, evidentemente, de um dispositivo de difícil aplicação e fiscalização, que desconsiderava serem poucos os médicos e elevados os seus honorários, a figura do *médico caridoso* de que fala o relatório de 1892 não parecendo ser a regra. Em 1908 foram acrescentados novos dispositivos restringindo as atividades das parteiras, proibindo-lhes a prática da ginecologia, fossem curativos ou pequenas operações, limitando sua atuação à prestação dos serviços indispensáveis às parturientes e recém-nascidos. (84)

A assistência médica e a cura individual não faziam parte do arsenal de práticas sanitárias do modelo tecnológico campanhista-policial e as incursões do serviço sanitário estadual nesse campo, como os hospitais de isolamento ou as campanhas para o tratamento em massa do tracoma e da

(83) SÃO PAULO. Relatório ao Presidente do Estado de São Paulo pelo dr. Cesario Motta Junior Secretário do Interior a 7 de Abril de 1893. 1893. p. 204-205.

(84) SÃO PAULO. Decreto nº 87, de 29 de Julho de 1892. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1892. 1897. p. 185-205; Lei nº 1134, de 7 de Outubro de 1908. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1908. 1909. p. 15-25.

ancilostomose, realizados a partir de 1905, tiveram sempre a perspectiva da campanha contra a doença e não do tratamento do doente. Tratava-se do combate às epidemias e endemias através da exclusão ou da cura dos doentes. A prestação de assistência individual à saúde pelo Estado, sob a forma de uma política social só viria muito mais tarde, com a criação dos institutos de previdência social.

A assistência sanitária individual aos pobres, na Primeira República, era quase exclusivamente privada, filantrópica. Em pequeno número após a Proclamação, em 1920 os estabelecimentos de saúde filantrópicos já estavam presentes em 114 dos 204 municípios do Estado. (85) A preocupação do Estado ao regulamentar o funcionamento dos hospitais centrou-se na proteção do meio urbano contra o foco de insalubridade representado por esses estabelecimentos, ficando em segundo plano a regulamentação dos aspectos relacionados ao conforto e ao tratamento dos doentes. A legislação de 1892 é muito pobre em normas sobre o funcionamento dos hospitais, determinando apenas a obrigatoriedade da notificação dos casos de doença transmissível ou puerperal e a abertura de um livro para o registro dos doentes.

No Código Sanitário de 1894 as prescrições se tornaram um pouco mais detalhadas, permanecendo inalteradas suas linhas gerais em toda a Primeira República: os hospitais deviam se localizar sempre afastados dos centros urbanos, construídos sobre terrenos secos, saneados e cercados por vegetação exuberante. Pelo perigo de contaminação da cidade circunjacente e do ambiente hospitalar, as enfermarias não podiam ser muito numerosas, com no máximo 30 leitos, os hospitais não excedendo os 500 leitos; para garantir

(85) SÃO PAULO. Anuario Demographico - 1920. 1924. p. 1608-1612. v. 2.

aeração e iluminação adequadas das enfermarias, devia ser respeitada uma distância mínima de 80 centímetros entre dois pacientes. (86)

Restava sempre a possibilidade do recurso à assistência sanitária particular, o que na prática se mostrava improfícuo. Havia poucos médicos no Estado, concentrados nos centros maiores. Em Ribeirão Preto, por exemplo, eram 10 médicos para 52.000 habitantes em 1906; em São Carlos, 6 médicos para 55.000 habitantes; 4 médicos para 34.000 em Araraquara e 4 para 38.000 habitantes em Rio Claro. (87) Considerando-se que a maior parte da população se encontrava dispersa numa extensa zona rural, e mais as dificuldades de transporte existentes entre as propriedades rurais e os núcleos urbanos regionais, além do alto custo da assistência, o impacto da assistência individual prestada pelos poucos médicos era reduzido, predominando o recurso aos curandeiros e a outros profissionais não institucionais de cura.

Com a imigração aumentou o exercício ilegal das profissões de cura, com muitos estrangeiros se dedicando a atender os membros de sua colônia sem o competente registro legal ou mesmo sem formação especializada em seus países de origem, como denunciava o Correio Paulistano. Em 1894 a Diretoria do Serviço Sanitário tentou regularizar a situação desses profissionais, convocando os médicos, farmacêuticos, dentistas e parteiras do Estado a registrarem seus diplomas. (88)

(86) SÃO PAULO. Decreto nº 87, de 29 de Julho de 1892. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1892. 1897. p. 185-205; Decreto nº 233, de 2 de Março de 1894. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1894. 1895. p. 9-43.

(87) ALVIM, Zuleika M. F. Brava Gente ! Os Italianos em São Paulo - 1870/1920. 1986. p. 161.

(88) EXERCÍCIO da Medicina. Correio Paulistano, 21 out. 1894. p. 1.

Um indicador da limitada abrangência da assistência hospitalar é a reduzida proporção dos óbitos ocorridos em hospital: no Estado ela nunca ultrapassou os 5%, e na Capital de São Paulo, onde a oferta de leitos era maior, atingiu 17% das mortes em 1909. (TABELA 7) Os elevados índices de mortalidade entre internados nos hospitais gerais são outro indicador, agora das limitações qualitativas da assistência prestada: quase sempre acima dos 20% das internações, algumas vezes ultrapassou os 40% em alguns estabelecimentos, na década de 1890. (TABELA 8) Diante desses números, não é de estranhar a resistência dos doentes e familiares à internação nos hospitais gerais, quase tão temidos quanto os hospitais de isolamento, que acabavam por adquirir a aura de *antecâmaras da morte*.

TABELA 7
Local de ocorrência dos óbitos (%)
Capital e Estado de São Paulo - 1901, 1906 e 1909

| LOCAL DO ÓBITO | ESTADO | | | CAPITAL | | |
|-------------------|--------|------|------|---------|------|------|
| | 1901 | 1906 | 1909 | 1901 | 1906 | 1909 |
| HOSPITAL | 3,7 | 4,8 | 5,8 | 14,8 | 15,9 | 17,2 |
| DOMICÍLIO | 95,7 | 94,6 | 93,5 | 83,7 | 81,2 | 82,0 |
| OUTROS | 0,6 | 0,6 | 0,7 | 1,5 | 2,9 | 0,8 |

FONTE: SÃO PAULO - Anuário Estatístico da Repartição de Estatística e Arquivo de São Paulo - 1901. [190?]. p. 296; Anuário Estatístico de São Paulo (Brazil) - 1906. 1908. p. 240. v. 1; Anuário Estatístico de São Paulo (Brazil) - 1909. 1911. p. 106. v. 1.

TABELA 8

Mortalidade em alguns hospitais do Estado de São Paulo - 1892/1897 (*)

| CIDADE | 1892 | 1893 | 1894 | 1895 | 1896 | 1897 |
|-------------------|------|------|------|------|------|------|
| SÃO PAULO | 20,8 | 19,3 | 19,0 | 14,5 | 17,2 | 12,8 |
| TAUBATÉ | 14,6 | 27,1 | 25,8 | 27,2 | 21,1 | 19,6 |
| CAMPINAS | - | - | - | 25,4 | 20,9 | 24,9 |
| ITU | 24,6 | - | - | - | 30,5 | 22,5 |
| SANTOS | - | 12,1 | 11,5 | 10,8 | 9,4 | 10,7 |
| CASA BRANCA | 19,2 | - | - | 19,8 | 28,6 | - |
| GUARATINGUETÁ | 24,3 | - | - | - | 27,0 | 22,8 |
| BANANAL | - | - | 42,3 | 29,7 | - | - |
| UBATUBA | - | - | - | 12,7 | 11,2 | 10,7 |
| JACARÉ | - | - | - | 26,7 | 28,6 | - |
| PIRACICABA | - | - | - | 8,3 | 15,5 | 19,2 |
| LORENA | - | - | - | 21,8 | 19,8 | - |
| PINDAMONHANGABA | - | - | - | 25,0 | 32,2 | - |
| BRAGANÇA PAULISTA | - | - | - | - | 19,6 | 20,0 |
| IGUAPE | - | - | - | - | 25,0 | 31,8 |

(*) Óbitos/100 internações

FONTES: SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Presidente do Estado de São Paulo pelo dr. Cesário Motta Junior Secretário do Interior a 7 de Abril de 1893. 1893. p. 75; Relatório ao Presidente do Estado de São Paulo pelo dr. Cesário Motta Junior Secretário do Interior em 28 de Março de 1894. 1894. p. 75-79; Relatório ao Presidente do Estado de S. Paulo pelo dr. Cesário Motta Junior Secretário do Interior em 31 de Março de 1895. 1895. p. 29-30; Relatório ao Presidente do Estado de S. Paulo em 30 de Março de 1896 pelo Secretário do Interior Alfredo Pujol. 1896. p. 35-40; Relatório ao Presidente do Estado de S. Paulo em 15 de Março de 1897 pelo Secretário do Interior Antonio Dino da Costa Bueno. 1897. p. 49-57; Relatório ao Vice-Presidente pelo Secretário do Interior em 31 de Março de 1898. 1898. p. 34-39.

2.1. Contando a população: a secularização dos registros civis

A secularização dos registros civis envolveu múltiplos conflitos após a Proclamação da República, indo de encontro à Igreja e a práticas arraigadas na população, ocorrendo no momento em que se estruturavam as administrações estaduais. Nos primeiros tempos esse complexo processo esteve intimamente relacionado à questão sanitária, voltado à identificação e correção dos problemas que punham em risco a manutenção do fluxo de imigração estrangeira para o Estado. Para os serviços sanitários eram fundamentais a secularização dos registros civis e a criação de rotinas para a coleta desses dados, bem como a elaboração de estatísticas vitais, quantificando e caracterizando a população paulista.

Exclusividade da Capital Federal desde meados do século, a criação de um sistema de registro de estatísticas demógrafo-sanitárias já era reclamada em São Paulo no final da Monarquia, mas só ocorreu com a República. O federalismo, descentralizando para os estados parte da estrutura administrativa central, e mais a secularização dos registros civis, no contexto da separação entre a Igreja e o Estado, são condições que emergiram com a República e viabilizaram a criação de uma estrutura estadual para o registro dos eventos vitais e a elaboração de estatísticas demográficas. O desenvolvimento da cafeicultura paulista e a imigração estrangeira em massa, a partir da segunda metade da década de 1880, coincidindo com o início do período em que o Estado foi assolado por epidemias, aumentou a urgência de dados que amparassem o combate científico às doenças e a quantificação da situação sanitária. O objetivo mais

imediate era a criação de indicadores a serem utilizados na propaganda da suposta salubridade do Estado junto aos países de origem do fluxo migratório. Em 1886 o Presidente da Província de São Paulo defendia a implantação de um sistema de estatísticas demógrafo-sanitárias, apresentando uma circular do Ministério do Interior italiano, encaminhada aos prefeitos dos municípios da Itália, desaconselhando a imigração para o Brasil, em especial para São Paulo, qualificada como das províncias mais inóspitas e insalubres, afirmação que não considerava verdadeira mas que não fora contestada na falta de números em contrário. ⁽⁸⁹⁾

A preocupação com a caracterização demográfica da população nacional vinha do Brasil Colônia, inicialmente com objetivos militares, pois a quantificação da população por regiões e municípios era necessária à organização e à defesa do território contra invasores estrangeiros, em especial para o recrutamento. A partir de 1761 a administração colonial passou a solicitar dados populacionais das capitâneas, e em 1776 foi realizado o primeiro censo, conjuntamente pelas autoridades civis e religiosas. ⁽⁹⁰⁾ Na segunda metade do século XIX a tarefa se tornou exclusiva das autoridades civis, dos juizes de paz e chefes de polícia dos municípios, agora com objetivos eleitorais, pois o número de eleitores era determinado pela extensão da população livre e adulta.

As principais falhas dos censos dessa primeira fase decorriam de subestimar o número de fiéis, pelos padres interessados em evitar

(89) SÃO PAULO. Presidência da Província. Relatório á Assembléa Legislativa Provincial de São Paulo pelo Presidente da Província João Alfredo Corrêa de Oliveira no dia 15 de Fevereiro de 1886. 1886. p. 27.

(90) BALHANA, Altiya Pilatti. *A População.* In: SILVA, Maria Beatriz Nizza (coord.). O Império Luso-Brasileiro - 1750-1822. 1986. p. 22-23. (Nova História da Expansão Portuguesa, v. 8)

desmembramentos de suas paróquias, das tentativas dos adultos livres em serem omitidos do censo, como forma de evitar o recrutamento, e de subestimar a população menor de sete anos, isenta de obrigações religiosas. Todos os censos antigos quantificavam a população residente e não a população presente, em conformidade com a dinâmica populacional de então, que dificultava a locomoção, favorecendo o sedentarismo. (91)

Até o primeiro quarto do século XIX os dados referentes à Província de São Paulo incluíam o atual Estado do Paraná, reduzindo a comparatibilidade nas séries que incluem dados desse período. Em 1782 a população contabilizada foi de 119.958 habitantes, para uma população nacional estimada entre 2,5 e 2,8 milhões. Para 1808 os dados são de 200.408 habitantes; em 1819, 238.323 e em 1823, 280.000 habitantes. Já com números correspondentes apenas ao atual Estado de São Paulo, os valores são de 500.000 em 1854 e 837.354 em 1872, ou 8% do total nacional. (92)

Os censos realizados entre 1872 e 1920 foram todos incompletos; o de 1872, por exemplo, não incluiu os indígenas e a população do interior do Pará, tendo sido realizado somente em 1874 nas Províncias de São Paulo, Mato Grosso e Minas Gerais. Em 1886 foi realizado um censo apenas na Província de São Paulo, cujos resultados são tidos como mais confiáveis que os do primeiro censo da República, em 1890. Nesse momento a população total de São Paulo já decuplicara em relação ao período colonial, e os números foram, respectivamente em 1886 e 1890, 1.221.380 e 1.384.753 habitantes. O

(91) IBGE. Estatísticas Históricas do Brasil - Séries Econômicas, Demográficas e Sociais de 1550 a 1895. 1987. p. 20-21. (Séries Estatísticas Retrospectivas, v. 3); MILLIET, Sérgio. Roteiro do Café e Outros Ensaio - Contribuição para o Estudo da História Econômica e Social do Brasil. 1982. p. 107.

(92) IBGE. Estatísticas Históricas do Brasil - Séries Econômicas, Demográficas e Sociais de 1550 a 1895. 1987. p. 28-9.

censo de 1900 também foi incompleto, pois 44 municípios não enviaram dados e as suas populações foram estimadas a partir dos números de 1898; em 1900 o total do Estado de São Paulo era de 2.279.608 habitantes ou 13% da população brasileira. O censo de 1920 é o mais seguro do período, apresentando 4.592.188 habitantes para o Estado, ou 15% do total nacional. O incremento da população de São Paulo elevou a sua densidade demográfica: em 1874 eram 1,86 habitantes/km², 4,07 hab./km² em 1886, 9,2 hab./km² em 1900 e 18,6 hab./km² em 1920. ⁽⁹³⁾

A elaboração de séries históricas por municípios ou regiões do Estado, mesmo que restritas somente ao período republicano, deve ser acompanhada de cautela, devido a mudanças que freqüentemente restringem a comparabilidade. O grande número de desmembramentos, que elevou os municípios de São Paulo de 172 em 1901 para 204 em 1920, é um dos aspectos a serem considerados nas séries mais extensas. Para reduzir os efeitos desse fenômeno, utilizamos sempre séries históricas globais para o Estado, considerando as tendências evolutivas dos indicadores, desprezando as pequenas variações em intervalos curtos de tempo.

Outros erros, relativos aos registros civis e que certamente afetam as estatísticas vitais desse período, são o sub-registro de óbitos e nascimentos, a notação errônea de idades e erros na definição de nati-mortos e óbitos infantis perinatais. Fenômenos de invasão e evasão de óbitos e nascimentos, entre estados ou entre municípios, não devem ter ocorrido senão em escala muito limitada, à exceção das regiões vizinhas aos principais municípios do Estado, como a Capital, Santos e Campinas. Como a maior parte dos eventos vitais ocorria nos domicílios e a assistência hospitalar era

(93) CAMARGO, José Francisco de. Crescimento da População no Estado de São Paulo e seus Aspectos Econômicos. 1981. p. 21-22 e 82.

limitada quantitativa e qualitativamente em todo o Estado, eram poucos os estímulos para se buscar assistência em outras localidades. Os dados publicados no período como referindo-se à *mortalidade infantil* devem ser analisados com cautela, devido à falta de padronização na elaboração do indicador, pois reúnem diferentes faixas etárias dos óbitos entre zero e sete anos, diferentemente da formulação atual, que inclui somente os óbitos de menores de um ano de idade.

A constituição de um sistema secular de registro dos eventos vitais é bem posterior aos primeiros censos, e no caso de São Paulo ele só seria funcional na segunda década da República, rompendo com o monopólio dos registros paroquiais, apesar das primeiras tentativas no final do período monárquico. No país só haveria registros regulares de estatísticas vitais na segunda metade do século XIX, no Rio de Janeiro. Em 1814 foi publicado um primeiro ato referente ao assunto, pelo qual o Príncipe Regente touxe para a alçada da saúde pública a compilação de estatísticas de mortalidade, encarregando a Junta de Saúde Pública do recolhimento de dados da Capital. Os primeiros números só apareceram depois de 1835, e somente em 1859 foram publicadas as primeiras estatísticas mortuárias bem organizadas do Rio de Janeiro, no Relatório do Ministério do Império de 1863. (94)

No período colonial a Igreja exercia atribuições de natureza administrativa importantes, como os registros de nascimento, de casamento e de morte; a assistência social e o ensino também tinham sua base na Igreja,

(94) BARBOSA, Plácido, REZENDE, Cassio Barbosa. Os Serviços de Saúde Pública no Brasil especialmente na Cidade do Rio de Janeiro de 1808 a 1907 (Esboço Histórico e Legislação). 1909. p. 34-45.

(95) atribuições que permaneceram com ela até a República. Nas décadas finais da Monarquia ocorreram choques entre o Estado e a Igreja católica: de um lado estava o liberalismo e o cientificismo da elite brasileira e de outro o movimento ultramontano, de características conservadoras, que predominou do papado de Pio IX até o final do século quando, sob Leão XIII, a Igreja tomou novos rumos, tentando reconciliar-se com o mundo moderno. Para o pensamento republicano a Igreja era uma instituição que representava o passado contra o progresso, aliada natural da Monarquia; na Constituição de 1891 foram aprovadas medidas de secularização das instituições, como o casamento civil, o ensino laico e cemitérios públicos. (96) Passados os primeiros tempos de conflitos com a República, pela perda de suas atribuições e prerrogativas, na última década do século a Igreja volta a aproximar-se do poder civil, agora republicano.

A união entre a Igreja e o Estado fora sancionada pela Constituição Imperial de 1824, mantendo-se uma situação herdada de Portugal. A limitação da liberdade representada pela religião oficial, cujos aspectos críticos eram a exclusão dos não católicos dos empregos públicos e a proibição do exercício de cargos de representação popular, como deputado e senador, eram motivo de críticas do pensamento liberal e republicano. A

(95) Do clero dependia toda a vida social da Colônia, ordenando as relações domésticas, promovendo as festas religiosas nos pátios dos templos, onde as populações dispersas confraternizavam. Com tantas atribuições, os reis dotavam as corporações religiosas de terras e escravos, dedicando-lhes rendas especiais, gastos vultosos só superados no princípio da colonização pelas despesas militares. (FAORO, Raymundo. Os Donos do Poder - Formação do Patronato Político Brasileiro. 1989. p. 198)

(96) OLIVEIRA, Lúcia Lipp. A Questão Nacional na Primeira República. 1990. p. 159-164.

falta de liberdade religiosa constituía limitação à imigração, e este é um aspecto abordado já na década de 1870 por Rui Barbosa:

"Enquanto não oferecermos ao imigrante senão direitos mutilados, evidente é que não há de trocar o gasalhado fraternal da União Americana pela condição capitis diminuída, a que nossos códigos o condenam (...) Equiparai o cidadão nato ao naturalizado; nivelai, sobretudo, o culto do imigrante ao culto da maioria; e, com certeza, a imigração, natural, suave, ininterrompida, abundantemente, buscará estas plagas cheias de sedução, de bênção e de futuro." (97)

Sob o Império a legislação já caminhava para a secularização dos registros civis. O decreto legislativo nº 1144, de 11 de setembro de 1861, tornava extensivos os efeitos civis dos casamentos celebrados na forma das leis do Império aos não católicos, determinando que fossem regulamentados o registro e provas destes casamentos, dos óbitos e dos nascimentos desses indivíduos e de seus filhos; definiu também as condições necessárias para que os pastores das religiões toleradas pudessem praticar os atos sujeitos ao registro civil. Em 1865, numa reviravolta nessa tendência secularizante, o Conselho de Estado decidiu que os casamentos celebrados somente na forma civil não teriam o reconhecimento legal, determinando as circunstâncias em que seriam permitidos os casamentos mistos, somente quando assegurado da parte protestante a educação dos filhos segundo o catolicismo.

As primeiras providências tornando os registros civis de casamento, nascimento e óbito obrigatórios são da década de 1870, através do decreto nº 5604, de 25 de abril de 1874, que por não ter sido implementado na sua parte penal, não invalidava o decreto nº 3069, de 17 de

(97) BARRROS, Roque Spencer M. de. *Vida Religiosa*. In: HOLANDA, Sérgio Buarque de, CAMPOS, Pedro Moacyr. O Brasil Monárquico - Declínio e Queda do Império. 1895. p. 330-331. (História Geral da Civilização Brasileira, v. 6)

abril de 1863, que mandou publicar nos jornais de maior circulação os nomes dos pastores e ministros registrados na forma da lei, sempre católicos, os únicos que podiam realizar os registros. Somente em 1888 foi aprovado um novo regulamento para o registro civil, que vigorou a partir do primeiro dia do ano seguinte. (98)

As primeiras tentativas de secularização dos cemitérios, eliminando-se os enterramentos nos templos, são anteriores, do início do século XIX, quando o saber médico já se opunha a essa prática. As juntas de higiene pública criadas a partir de 1840 foram as principais responsáveis pela campanha contra o enterramento nas igrejas, já proibido em 1828 pela lei de organização municipal, determinação reiterada em 1855-1856, com a ocorrência de uma série de epidemias de cólera e febre amarela. Foi somente a partir de então que se tornaram mais comuns cemitérios públicos, apesar das determinações legais anteriores. Na Província de São Paulo a Assembléia Provincial vinha cuidando de eliminar os sepultamentos em igrejas desde 1838, criando alguns cemitérios públicos, mas com poucos resultados práticos, encontrando forte resistência dos clérigos e da população. (99) Na vila de Araraquara, por exemplo, apesar da construção de um cemitério municipal em 1835, por exigência da Presidência da Província, os notáveis da comunidade continuaram a ser sepultados na igreja muito tempo depois, pois

(98) FLEIUSS, Max. História Administrativa do Brasil. [19??]. p. 216-17.

(99) NETTO, Americo R. O Caminho para a Formação do Serviço Sanitário de São Paulo de 1579 a 1891. Archivos de Higiene e Saúde Pública, v. 7, n. 14, p. 22, 1942.

Em algumas localidades, já no final do século XVII, escravos, pobres e leprosos eram enterrados em terrenos atrás dos hospitais ou em cemitérios laicos afastados. (SANTOS Filho, Lycurgo. História da Medicina no Brasil (Do século XVI ao século XIX). 1947. p. 306-307. v. 2)

"(...) um cristão não podia ser enterrado nos campos como cães". (100)

Com a República foi regulamentada a separação entre Estado e Igreja, a Constituição Federal de 1891 assegurando a todos os indivíduos o livre exercício de culto religioso, o reconhecimento pelo Estado somente do casamento civil e a secularização dos cemitérios, que passaram a ser administrados pelas câmaras municipais, garantindo o ensino laico nos estabelecimentos públicos:

"A Constituição assegura [no parágrafo 72] a brasileiros e a estrangeiros residentes no país a inviolabilidade dos direitos concernentes à liberdade, à segurança individual e à propriedade nos termos seguintes: (...) § 30 Todos os indivíduos e confissões religiosas podem exercer pública e livremente o seu culto, associando-se para esse fim e adquirindo bens, observadas as disposições do direito comum. § 40 A República só reconhece o casamento civil, cuja celebração será gratuita. § 50 Os cemitérios terão caráter secular e serão administrados pela autoridade municipal, ficando livre a todos os cultos religiosos a prática dos respectivos ritos em relação aos seus crentes, desde que não ofendam a moral pública e as leis. § 60 Será leigo o ensino ministrado nos estabelecimentos públicos. § 70 Nenhum culto ou igreja gozará de subvenção oficial, nem terá relações de dependência, ou aliança com o Governo da União, ou o dos Estados. (...)" (101)

Houve resistência por parte do clero católico já contra a primeira regulamentação do casamento civil em janeiro de 1890, que deixava a cargo dos cônjuges a escolha da seqüência de celebração dos atos civil e religioso. Novo regulamento, mais rigoroso, foi publicado meses depois, tornando obrigatória a realização prévia do ato civil, ficando o padre que transgredisse a regra sujeito a pena de prisão. Apesar da permanência do batismo e do registro paroquial, o registro civil tornou-se obrigatório,

(100) FRANÇA, Antonio M. (org.) Album de Araraquara. 1915. p. XXIV.

(101) BRASIL. Constituições do Brasil - 1824 (1834 - Acto Add.), 1891-1926 e 1934. [19??]. p. 282.

perdendo os demais atos o valor legal. ⁽¹⁰²⁾ A implementação da legislação republicana sobre os registros civis foi marcada por conflitos e desobediências, situação que permaneceu por algum tempo, mas que foi mais acentuada nos primeiros quinze anos após a Proclamação.

Se a Igreja não viu com bons olhos a secularização dos registros civis e se seus agentes procuravam criar toda espécie de dificuldades à sua implantação, por outro lado houve muitas vezes por parte da administração pública uma indisposição com a Igreja, que vinha de sua identificação com a Monarquia e dos atritos das últimas décadas entre agentes políticos e religiosos. Além de propostas mais radicais, não aprovadas na Constituinte Federal de 1891, como a confiscação dos bens da Igreja, encontram-se inúmeros indícios dessas incompatibilidades, mesmo no interior mais afastado. O Código de Posturas de 1902 de Jaboticabal, na região Paulista, é um bom exemplo: proíbe rezas e orações em voz alta, dentro das casas particulares ou nas ruas, sob pena de multa de 10\$000 ao dono da casa e de 5\$000 a cada um dos participantes. ⁽¹⁰³⁾ Outro exemplo do espírito anti-clerical desse momento encontra-se numa postura aprovada pela Câmara Municipal de Piracicaba, em 1905, proibindo o toque de sinos a finados e reduzindo a trinta segundos o seu tempo de repique, sob a justificativa de que os sinos eram desnecessários ao culto católico e a sua música desagradável; essa postura foi revogada, mais tarde, pelo Congresso Legislativo estadual por ser inconstitucional. Nos primeiros tempos da República o conflito Estado/Igreja assumiu sérias proporções, sendo

(102) CARONE, Edgard. A República Velha (Evolução Política). 1971. p. 11-12.

(103) JABOTICABAL. Lei nº 53, de 27 de Maio de 1902. Livro de Atas da Câmara Municipal de Jaboticabal - 1902. 1902. art. 55.

significativas do acirramento as palavras do Secretário da Justiça do Estado de São Paulo em 1893 sobre o casamento civil:

"(...) Continua o clero na provocadora atitude que assumiu desde o aparecimento da lei, chegando a desumanidade de muitos sacerdotes a estimular pessoas menos esclarecidas para que só efetuem a cerimônia religiosa. (...)

[Havia] constantes denúncias de que os vigários não recuavam até em iludir os contraentes para forçá-los a celebrar apenas as solenidades do rito católico, e de que ainda mais, publicamente, os ameaçavam com as penas espirituais, recurso que não falhava para a intimidação dos mais ingênuos (...)

Acrescia ainda, que, além de abusar daqueles que não dispunham da exata compreensão dos direitos respectivos e que desse modo se deixavam seduzir por funestos conselhos, levaram os párocos a crueldade, na campanha que moviam pela desorganização das famílias, ao ponto de, com relação aos próprios contraentes de menor idade, dispensar o consentimento dos pais e de tutores, só para assim mais facilmente conseguirem que os noivos comparecessem exclusivamente à igreja, comprometendo de maneira altamente responsável, os interesses dos cônjuges e da prole." (104)

Ainda nesse ano, o Secretário da Justiça ordenava ao juiz de paz e ao juiz de direito do município de Paraibuna, no Vale do Paraíba, que fossem considerados naturais os filhos de casamentos celebrados apenas pela igreja e que fosse instaurado processo-crime contra o sacerdote que contrariasse o código penal, celebrando o ato religioso antes do ato civil.

(105)

No Estado de São Paulo a lei nº 43, de 1892, definia como atribuição do serviço sanitário estadual a organização da estatística demógrafo-sanitária, mas somente na reorganização do serviço sanitário do ano seguinte foi criada uma Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária com

(104) TELAROLLI, Rodolpho. A Organização Municipal e o Poder Local no Estado de São Paulo, na Primeira República. 1981. p. 208-210.

(105) TELAROLLI, Rodolpho. A Organização Municipal e o Poder Local no Estado de São Paulo, na Primeira República. 1981. p. 211.

essa finalidade. As funções da nova seção eram organizar dados de mortalidade e dados meteorológicos, que explicassem a ocorrência e a evolução das epidemias e endemias e a frequência das causas de morte, produzindo relatórios sobre demografia estática e dinâmica e outros dados que servissem para determinar o grau de salubridade da Capital e demais municípios. Nas reformas seguintes da legislação sanitária permaneceram inalteradas as atribuições da Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária. (106)

Mais tarde, a elaboração das estatísticas demógrafo-sanitárias passou a ser compartilhada entre a Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária do Serviço Sanitário do Estado e a Repartição de Estatística e Arquivo do Estado de São Paulo. A falta de uma divisão precisa de atribuições entre as duas repartições foi motivo de divergências entre as repartições, pois tratando-se de órgãos estaduais com finalidades muito próximas, elas disputariam a primazia na elaboração das estatísticas do movimento da população, da migração interna e externa, e dos eventos vitais, os casamentos, óbitos e nascimentos. Em 1900 o diretor da Repartição de Estatística pleiteava que as estatísticas de demografia dinâmica fossem transferidas para o seu órgão, justificando que o Serviço Sanitário estava desempenhando com falhas essa atividade. Esses conflitos só cessaram mais

(106) SÃO PAULO. *Lei nº 43, de 18 de Julho de 1892. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1892.* 1897. p. 25-28. art. 30; . *Lei nº 240, de 4 de Setembro de 1893. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1893.* 1913. p. 160-178. art. 43-45.

A reunião, numa mesma Seção, da compilação de informações sobre demografia sanitária e meteorologia explica-se pela íntima relação entre os fenômenos do tempo e a saúde, segundo o modelo predominante de causalidade das doenças, que apresentava as chuvas e tempestades elétricas, a variação do ozônio na atmosfera, a circulação do ar, mudanças na temperatura, etc., como fatores que interferiam no ciclo dos micróbios ou miasmas, alterando a incidência das patologias e afetando a propagação das doenças.

tarde, com uma nova divisão das atribuições, permanecendo com a Seção de Estatística do Serviço Sanitário somente as investigações epidemiológicas e as estatísticas de mortalidade. (107)

A criação de um sistema de registro de estatísticas demógrfo-sanitárias, coincidindo com a implantação do serviço sanitário estadual, era apresentada pela administração paulista como acessória ao controle das epidemias, sendo comuns as motivações que levaram à institucionalização de uma e de outra atividade. Nas primeiras décadas da República as estruturas administrativas do serviço sanitário e do sistema de estatísticas demógrfo-sanitárias se confundiram numa só, e a produção de séries e indicadores a partir dos eventos vitais esteve a cargo de uma seção do Serviço Sanitário. Somente mais tarde o Departamento de Estatística e Arquivo do Estado de São Paulo encampou as estatísticas sobre a dinâmica da população.

A divulgação de dados favoráveis à salubridade de São Paulo era parte do esquema de propaganda montado pelo governo paulista para estimular a imigração européia, para contrabalançar os efeitos que a dramática situação de mortalidade durante as epidemias, verificada *in loco* pelas autoridades consulares ou relatada nas cartas de imigrantes a parentes na Europa, podiam assumir na redução do fluxo imigratório; problema que se tornou mais grave com a abolição da escravidão e a necessidade de manutenção de um permanente fluxo imigratório em massa. Era comum a presença de autoridades consulares ou seus enviados nas

(107) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Ofício da Repartição de Estatística e Archivo ao Secretário do Interior, de 10 de Setembro de 1900.

regiões cafeicultoras, investigando queixas referentes a problemas trabalhistas e sanitários, e em seus relatos às instâncias superiores freqüentemente constava a sugestão de interrupção da imigração para o Estado de São Paulo, como efetivamente ocorreu em alguns períodos.

Outro aspecto, que esteve subjacente à criação de um sistema de registro dos eventos vitais e à elaboração de estatísticas demógrfo-sanitárias, foi o de um incipiente eugenismo, tentativa de formação de uma raça com características favoráveis, através da manipulação da composição da população. Procurava-se eliminar o que era considerada uma excessiva presença de italianos no contingente de imigrantes subsidiados, preconizando-se um balanceamento das nacionalidades que formariam o povo brasileiro, possibilitando a assimilação de elementos de culturas variadas, segundo um ideal eugênico. Nos contratos com as firmas encarregadas da introdução de imigrantes no Estado, eram estabelecidos totais para cada nacionalidade e, no caso da Itália, para cada região do país, mas quase sempre os contratos não eram cumpridos, com a introdução de um maior número de italianos que o determinado. O grande espaço reservado nos anuários e publicações oficiais estaduais às tabulações de casamentos multinacionais, com ênfase aos matrimônios entre nacionais e estrangeiros, é um indicador dessa preocupação com a busca de uma raça brasileira resultante da miscigenação ideal. (108) Mais tarde, no final da década de

(108) Num contrato para a introdução de 40.000 imigrantes, celebrado pelo governo paulista em 1893 com a empresa encarregada da empreitada, estipulou-se um máximo de 15.000 italianos. Em contrato do ano seguinte, o total previsto era de 50.000 imigrantes e 10.000 italianos. Em 1896, em contrato para a introdução de 55.000 imigrantes, uma cláusula impunha um limite de 15.000 italianos e 10.000 espanhóis. (SÃO PAULO. Secretaria da Agricultura. Relatório ao Presidente do Estado de São Paulo pelo dr. Jorge Tibiriçá Secretário da Agricultura sobre os serviços no anno de 1893. 1894. p. 80-83; _____. Relatório da Secretaria da

1910, a legislação de imigração se tornou mais rigorosa, proibindo a introdução de indivíduos portadores de doenças transmissíveis ou com defeitos físicos. (109)

A administração estadual via no controle da utilização dos recursos municipais um motivo a mais para a elaboração de estatísticas, que auxiliassem na fiscalização das atribuições locais previstas na legislação sanitária em implantação. Em 1896 o Secretário do Interior queixava-se das câmaras municipais por abandonarem a manutenção dos serviços essenciais, que recaíam sobre o Estado, cujos recursos acabavam por ser desviados de outras aplicações consideradas mais urgentes e legítimas sob a ótica estadual, e reclamava um maior controle dos recursos locais com a criação de boletins sanitários encaminhados pelos municípios:

"Nestas condições, o Estado deve ter o direito de pedir exame da aplicação dos recursos do Município e da organização dos seus diversos ramos de serviço. Foi para atender a esse ponto que a nova lei estatuiu ou criou os boletins sanitários municipais que só agora algumas municipalidades têm remetido. É mister que todas os remetam, porque dos elementos estatísticos que neles se venham a colher muito dependerá a obtenção dos solicitados recursos por parte dos municípios." (110)

Em 1897 a Secretaria do Interior ainda não lograra a implantação do sistema de coleta de dados municipais, e em ofício circular endereçado aos presidentes e vereadores das câmaras municipais do Estado

Agricultura em 3 de Março de 1895 ao dr. Bernardino de Campos Presidente do Estado de São Paulo pelo dr. Jorge Tibiriçá. 1985. p. 38-45; _____ . Relatório de 1896 ao dr. Manoel Ferraz de Campos Salles Presidente do Estado pelo dr. Alvaro Augusto da Costa Carvalho Secretário da Agricultura. 1897. p. 92-93)

(109) SÃO PAULO. Lei nº 1596, de 29 de Dezembro de 1917. Coleção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1917. 1938. p. 124-165.

(110) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Presidente do Estado de S. Paulo em 15 de Março de 1897 pelo Secretário do Interior Antonio Dino da Costa Bueno. 1897. p. 23-24.

solicitava-se o preenchimento regular e a devolução dos boletins nos prazos estipulados, condição para a concessão de futuros auxílios estaduais aos municípios:

"Não deveis estranhar a insistência do Governo neste objeto. Ela traduz o desejo de bem conhecer os recursos de cada localidade no que diz respeito aos meios de defesa da saúde pública numa época em que as crises de saúde se amiúdam e por tão largo espaço se fazem sentir no interior do Estado.

O conhecimento desses recursos, muito importa aos interesses da própria localidade, porque daí maior facilidade lhe advêm na obtenção de auxílios porventura solicitados do Estado.

Algumas Câmaras Municipais mais diligentes ou mais bem orientadas têm conseguido com os próprios recursos, dentro do novo regime de autonomia que desfrutam, organizar serviços da mais sabida relevância, já canalizando água, fazendo calçamentos, drenagem superficial, mandando estudar um sistema de esgotos, mantendo um regular serviço de limpeza pública, de remoção de águas servidas; (...)

Servem os boletins sanitários para fazer conhecer tais recursos como para auxiliarem o Governo na vigilância cuidadosa que é mister manter-se para bem de todos."
(111)

As dificuldades do serviço sanitário com o não cumprimento dos prazos pelos encarregados locais dos registros civis eram anteriores à sua secularização. No período final da Monarquia já se acusavam atrasos na remessa pelos vigários dos mapas de óbitos, casamentos e nascimentos ao Ministério do Império. No final de 1893 a Seção de Estatística Demógrafa-Sanitária do Serviço Sanitário era ativa apenas na Capital do Estado, segundo seu diretor dr. Jayme Serva. Suas fontes de dados eram as listas de nascimento e óbitos fornecidas pelos escrivães do registro civil, e que não vinham sendo remetidas há tempos nem na Capital. Também na cidade de São Paulo o sub-registro de nascimentos era importante, e salvo exceções,

(111) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Ofício Circular da Secretaria do Interior, 1ª Sub-Directoria, 2ª Seção, de 29 de Maio de 1897, às Câmaras Municipais do Estado. 1897.

nem mesmo os nascimentos da maternidade da Capital vinham sendo registrados regularmente. Como as parturientes ficavam internadas por mais de três dias, na alta já havia se esgotado o prazo legal para o registro, tornando-se necessária licença do juiz de paz, pagamento de multa e outras formalidades que desestimulavam o registro. (112)

Menos obediência aos prazos e menor qualidade no preenchimento se esperava dos municípios do interior, onde muitas vezes sequer havia médicos. Em 1896 se davam praticamente nos mesmos termos as queixas quanto às irregularidades e atrasos no encaminhamento das relações dos registros de nascimentos, óbitos e casamentos pelos escrivães do registro civil no interior. Essa situação permaneceu inalterada por um bom tempo: em 1905, diante dos rotineiros atrasos, o dr. Emílio Ribas, na chefia da Diretoria do Serviço Sanitário, reclamava multas para os que não remetessem os dados em tempo hábil, e providências contra os funcionários locais que continuassem aceitando atestados firmados por testemunhas leigas em localidades onde existiam médicos, uma das *regalias do charlatanismo*, segundo ele. (113)

(112) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Repartição de Estatística e Arquivo. Ofício da Repartição deda Repartição de Estatística e Arquivo nº 278, ao Secretário do Interior, de 26 de Dezembro de 1898. 1898.

(113) SÃO PAULO. Presidência da Província. Relatório á Assembléa Legislativa Provincial de São Paulo pelo Presidente da Província João Alfredo Corrêa de Oliveira no dia 15 de Fevereiro de 1886. 1886. p. 28; SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Diretoria do Serviço Sanitário. Relatório do Director da Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária ao Director do Serviço Sanitário de São Paulo. 1893; _____ . Ofício do Médico Demografista ao Director do Serviço Sanitário, de 20 de Novembro de 1896. 1896; RIBAS, Emílio. Relatório ao dr. José Cardoso de Almeida, Secretário do Interior e da Justiça, pelo dr. Emílio Ribas, Director do Serviço Sanitário do Estado de S. Paulo. 1905, p. 13.

A imigração em massa para o Estado de São Paulo tornou rapidamente defasados os números de população encontrados nos censos realizados no período – em 1886, 1890 e 1900 – dificultando a elaboração dos indicadores demográficos e sanitários. O censo realizado em 1886 na então Província de São Paulo, conforme já foi citado anteriormente, seria o mais confiável do período, mas seus números em pouco tempo só podiam ser utilizados com grandes restrições, tornando-se rapidamente defasados pela entrada de um grande volume de estrangeiros.

Na implantação do sistema de registros civis uma dificuldade importante foi a falta de tradição dessa prática no país; prova disso é que o registro de nascimento ia melhor nos municípios onde predominava a população estrangeira originária de países onde a instituição do registro civil era mais antiga. Quanto ao casamento civil, uma queixa generalizada das autoridades locais e estaduais era a relutância do povo em aderir a essa instituição, que seria menor caso se contasse com a colaboração das autoridades eclesiásticas, que negavam legitimidade ao casamento civil, combatendo-o abertamente:

"(...) qual seja a relutância que uma boa parte da população nacional ainda oferece ao registro do nascimento dos seus filhos e de seus casamentos, relutância que só podemos atribuir à ignorância das vantagens e efeitos legais que dele decorrem, e em relação ao casamento civil, à forte influência do espírito religioso, para quem só é legítimo o casamento realizado perante a Igreja, teremos explicado a causa pela qual os nossos registros não acusam o número de assentamentos que deveriam acusar. (...)

Esta relutância seria quiçá facilmente removível se, da parte de todas as autoridades eclesiásticas que presidem ao casamento religioso, houvesse a verdadeira compreensão de que não existe de fato nenhuma incompatibilidade na coexistência dos dois atos e que no interesse dos próprios nubentes, da legitimidade da futura prole e da moral social, a Igreja e os seus representantes deviam agir de mãos dadas com os representantes da lei civil. Infelizmente assim não tem

sido entendido por uma grande parte do clero, a qual, quando não guerreia abertamente a instituição civil, abandona-a à ignorância popular (...)". (114)

Em todo o interior paulista as dificuldades para a implantação dos registros civis foram quase as mesmas, tanto nas regiões cafeeicultoras de maior dinamismo, como na Paulista, na Mogiana e na região de Campinas, quanto naquelas já decadentes, como o Vale do Paraíba, ou em ascensão, como a Araraquarense; essas dificuldades giravam em torno da não adesão das populações e do clero às novas práticas, pelo que eram sempre incompletos os números dos relatórios enviados à Capital do Estado e distorcidas as estatísticas demógrafo-sanitárias referentes aos municípios interioranos. Em muitas localidades as administrações municipais não tinham sequer cemitérios próprios e os enterros continuavam sendo realizados no cemitério da igreja católica, cujos responsáveis não exigiam o atestado de óbito civil para o sepultamento; nesses casos, apesar da legislação, poucos presidentes de Câmara ou vereadores se dispunham a entrar em conflito com o pároco pelo cumprimento da lei. Havia, além disso, a preferência da população pelo batismo e casamento religioso, em detrimento do registro de nascimento e do casamento civil, e o resultado é que dificilmente as estatísticas obtidas eram confiáveis. A inexistência ou o pequeno número de médicos em muitos municípios do interior paulista e o alto custo da assistência tornavam majoritários os óbitos sem assistência especializada, distorcendo as estatísticas de causas de morte, declaradas em sua maior parte por leigos, o que elevava a parcela dos óbitos por causa desconhecida.

(114) SÃO PAULO. Anuario Estatístico de São Paulo (Brazil) - 1906. 1908. p. VI, IX. v. 1.

No município de Bananal, Vale do Paraíba, foram freqüentes, nos últimos anos do século XIX, as queixas do oficial de registro civil ao Diretor da Repartição de Estatística do Estado de São Paulo contra a falta de notificação dos óbitos dos que eram sepultados nos cemitérios do município, sob a fiscalização e a responsabilidade da Câmara Municipal, o que tornava incompletas as estatísticas de mortalidade enviadas a São Paulo. Na vila de São José do Rio Preto, na Araraquarense, então a região limítrofe entre a cafeicultura e as matas, o início do sertão, o oficial de registro civil tinha dificuldades com os registros de óbitos, nascimentos e casamentos. Quanto aos óbitos, os problemas eram com o fabriqueiro do cemitério, que mandava os mortos à sepultura sem a notificação prévia das autoridades civis; sempre que era interpelado pelo Juiz de Paz, ele obedecia a lei por alguns dias, tudo voltando à situação anterior algum tempo depois. Existiam de seis a oito cemitérios nas redondezas, onde se enterrava sem registro de óbito, e apesar da exigência legal, não havia cemitério municipal na Vila. O resultado é que nos primeiros quatro meses de 1897 morreram mais de 200 pessoas e foram registrados somente quatro óbitos em cartório. Raríssimos eram os que faziam o registro civil de nascimento; quanto aos casamentos, a maioria casava-se somente perante a Igreja: em média somente 25% dos casamentos foram registrados em cartório entre 1896 e 1899. (115)

(115) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Ofícios de José Antonio da Cruz, Oficial de Registro Civil de Bananal, ao Director da Repartição de Estatística do Estado de São Paulo, de 12 de Junho de 1897, 19 de Janeiro de 1899, 19 de Janeiro de 1900 e 3 de Janeiro de 1900. 1897/1900; _____ . Ofícios do Oficial de Registro Civil da Vila de São José do Rio Preto ao Director da Repartição de Estatística do Estado de São Paulo, de 10 de Março de 1896, 28 de Abril de 1896, 13 de Maio de 1897 e 12 de Outubro de 1899. 1896/1899.

Em Jaú, na Paulista, as dificuldades do oficial de registro civil eram com os nascimentos e casamentos. Em 1899 a única estatística fidedigna era a de mortalidade, pois a Câmara Municipal não consentia o sepultamento sem o registro civil do óbito. Já as estatísticas de nascimentos e casamentos eram incompletas; a população mais pobre não tinha por hábito registrar seus filhos, e enquanto os padres continuassem a celebrar batismos e casamentos sem a certidão do ato civil, os dados continuariam parciais, queixava-se o oficial. Em Botucatu, na região da Sorocabana, eram comuns os sepultamentos no cemitério da Igreja sem o prévio registro do óbito em cartório; muitos nascimentos também não recebiam registro civil em 1899.

(116)

As queixas dos oficiais de registro civil se repetiam. Em Tietê, na zona Central do Estado, a resistência da população aos registros de óbito e casamento era relatada em 1893. Em Rio Claro, na Paulista, havia um cemitério onde se faziam sepultamentos sem o registro civil, prejudicando as estatísticas de mortalidade. Em Santa Izabel, no Vale do Paraíba, o problema eram os casamentos: mais de vinte foram celebrados nos primeiros três meses de 1900, nenhum deles registrado oficialmente. Em São José da Bela Vista, antigo distrito de Franca, na Mogiana, somente os boletins estatísticos de óbitos eram considerados confiáveis em 1899, os nascimentos e casamentos civis sendo pouco cotados, ao contrário dos batismos e casamentos religiosos. Ainda nesse ano, em Jardinópolis, na Mogiana, o oficial do registro civil

(116) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Ofício de Paulino de Oliveira Maciel, Oficial de Registro Civil de Jaú, ao Director da Repartição de Estatística do Estado de São Paulo, de 29 de Março de 1899. 1899; _____ . Ofício de João Valério de Oliveira, Oficial do Registro Civil de Bom Jesus de Ribeirão Grande, ao Director da Repartição de Estatística do Estado de São Paulo, de 2 de Outubro de 1899. 1899.

criticava os padres pelo menosprezo com que tratavam a legislação referente ao casamento, praticando inúmeras cerimônias religiosas antes do ato civil, com grande prejuízo para as famílias, argumentava, acarretando nascimentos ilegítimos. Na mesma época, em São Bento do Sapucaí, no Vale do Paraíba, a queixa se repetia, com o oficial local queixando-se do pequeno número de casamentos que oficiava, ao contrário do pároco: no segundo trimestre de 1899 haviam sido apenas três casamentos contra mais de vinte que ocorriam mensalmente na igreja, situação que seria diferente se houvesse maior boa vontade por parte dos noivos e caso o padre aconselhasse o casamento civil quando da cerimonia religiosa. (117)

Em Atibaia, na região Central do Estado, as dificuldades eram com os sepultamentos diários que o vigário da paróquia realizava sem o registro prévio do óbito, sob o pretexto de que se tratava de um cemitério da Igreja e que portanto o governo não podia impor suas leis; isso em 1900, portanto nove anos depois da secularização dos registros civis ! Em Morro Agudo, na Mogiana, o principal problema nas estatísticas vitais era

(117) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Ofício de João Krugener, Oficial do Registro Civil de Morro Pelado, Município de Rio Claro, ao Director da Repartição de Estatística do Estado de São Paulo, de 21 de Julho de 1897. 1897; _____ . Ofício de Antonio Duarte Novaes, Oficial do Registro Civil de Remédios da Ponte do Rio Tietê, ao Director da Repartição de Estatística do Estado de São Paulo, de 7 de Outubro de 1893. 1893; _____ . Ofício de Manoel Antonio Borges, Oficial do Registro Civil de Santa Izabel, ao Director da Repartição de Estatística do Estado de São Paulo, de 5 de Abril de 1900. 1900; _____ . Ofícios de Elias C. Oliveira, Oficial do Registro Civil de São José da Bela Vista, Município de Franca, ao Director da Repartição de Estatística do Estado de São Paulo, de 1º de Julho de 1899 e 1º de Outubro de 1899. 1899; _____ . Ofício de Joaquim Portugal, Oficial do Registro Civil de Jardinópolis, ao Director da Repartição de Estatística do Estado de São Paulo, de 8 de Julho de 1899. 1899; _____ . Ofício de Roberto Tavares, Oficial do Registro Civil de São Bento do Sapucaí, ao Director da Repartição de Estatística do Estado de São Paulo, de 1º de Julho de 1899. 1899.

decorrente das limitações da assistência médica; o oficial de registro civil justificava a ausência das causas do óbito em seus boletins de 1899 com o grande número de cidadãos que exerciam ilegalmente a medicina. (118) Quanto ao sub-registro de casamentos, ele defendia-se responsabilizando a população, que preferia casar-se somente na Igreja, faltando-lhe *educação cívica*. (119)

Somente bem mais tarde se consolidou na população a prática dos registros civis dos eventos vitais, cuja secularização acompanhou o nascimento da República. O casamento religioso, o batismo e o registro de óbito junto à igreja católica continuaram por um bom tempo com a preferência da população. Quanto às estatísticas vitais, elas ainda apresentariam graves deficiências muito tempo depois das primeiras tentativas de elaboração de dados no Estado de São Paulo. Em 1920 o dr. Carlos Meyer, diretor da Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária da Diretoria do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, ainda reclamava,

(118) Uma década mais tarde, era superior a 50% o índice dos óbitos no interior do Estado que apresentavam como causa moléstias mal definidas, a maioria dos atestados sendo firmada por leigos em medicina. (SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao dr. Jorge Tibiriçá Presidente do Estado de São Paulo pelo Secretário do Interior dr. Gustavo de Oliveira Godoy - Anno de 1907-1908. 1908. p. 11)

(119) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Ofício de Honorato Antonio da Cunha, Oficial do Registro Civil de Atibaia, ao Director da Repartição de Estatística do Estado de São Paulo, de 9 de Janeiro de 1900. 1900; _____ . Ofício de Monsueto Ferrari Sobrinho, Oficial do Registro Civil de São José do Morro Agudo, Município de Morro Agudo, ao Director da Repartição de Estatística do Estado de São Paulo, de 10 de Abril de 1899. 1899.

quase diariamente, com poucos resultados, dos oficiais de registro civil que não vinham remetendo os mapas de dados nos prazos regulamentares. (120)

3. Organização política

Derrubada a Monarquia, o regime nascente apresentaria algumas características que marcaram os limites da nova organização política e administrativa. Com um liberalismo *à brasileira*, limitado ao campo econômico, e a oligarquização do poder, o Estado republicano não teria políticas sociais nos moldes atualmente conhecidos. Na área da saúde, enquanto sob a Monarquia escravocrata cabiam ao proprietário os cuidados com escravos, o discurso liberal da República transferiu essas ações para a esfera individual, apesar das dificuldades que impossibilitavam o acesso da grande maioria da população as benfeitorias e serviços. Excluídas da participação política pela organização oligárquica que se forjava, e com uma possibilidade muito reduzida de consumo, pela concentração de renda, a população teria grande dificuldade para obter assistência à saúde, educação, etc. Intervindo sobre o meio urbano, onde se desenvolviam os processos epidêmicos, através de medidas localizadas, a ação estatal não incluía a assistência individual à saúde, exceto nas doenças epidêmicas, em que a cura era necessária ao controle da doença na sociedade.

Em São Paulo a ação pública se limitou às medidas necessárias ao controle das epidemias, através dos instrumentos que a tecnologia disponível, baseada na bacteriologia, punha à disposição da administração

(120) SÃO PAULO. Anuario Demographico de 1920. 1924. p. 7. v. 1.

estadual, ações de polícia médica e campanha sanitária. Sob o ponto de vista das prioridades do nascente serviço sanitário estadual, fica claro que estas obedeciam à lógica e às necessidades do complexo cafeeiro, que não poderia conviver por muito tempo com uma situação em que epidemias – especialmente as de febre amarela – afetavam suas atividades em quase todas as etapas do processo produtivo. Nem sempre ocorreu a situação que se verificou nos primeiros anos de República, de coincidência entre as doenças de morbidade e mortalidade mais elevadas e aquelas de maior impacto sobre a atividade econômica e, na verdade, essa seria uma situação de exceção.

Já a forma como as ações sanitárias foram administradas no Estado de São Paulo apresentou estreita relação com o modelo político, onde tiveram destaque o federalismo e a oligarquização. Os tradicionais ideais republicanos de autonomia municipal também se fizeram presentes, nos debates parlamentares sobre as relações entre os poderes estadual e municipal na nascente administração republicana, incluindo a questão da organização das práticas sanitárias. Isso explica as sucessivas mudanças na organização dos serviços sanitários estaduais até 1896, quando se cristalizou um modelo administrativo que permaneceu até a reforma sanitária de 1917/1918.

O princípio da autonomia municipal, um desdobramento doutrinário do federalismo, preconizava a extensão da descentralização política e administrativa aos municípios. A defesa da federação e a autonomia municipal não foram exclusividade dos republicanos, sendo incorporadas nos últimos tempos do Império pelo liberalismo monarquista, tratando-se de princípios que eram o resultado de transformações na estrutura econômica do país, mais amadurecidas no final da Monarquia. O liberalismo, indissolúvel

dos princípios do federalismo e da autonomia municipal quando se tratava do republicanismo, respondia à perfeição aos interesses dos setores agrários, mais especificamente da cafeicultura, ao contrário da indústria, que na Primeira República era anti-liberal no plano econômico, dependendo de mecanismos de proteção estatal para sua sobrevivência. No campo político o liberalismo republicano era excludente, funcionando apenas nas aparências, no campo retórico, à semelhança do princípio da autonomia municipal.

O domínio político das oligarquias cafeeiras, assentadas no Partido Republicano Paulista (PRP) teve como um dos sustentáculos o *pacto coronelista*, a contrapartida nas relações Estado-Municípios da *política dos governadores* no nível nacional, e responsável pelo paradoxal modelo de *autonomia municipal dependente* que vigorou na Primeira República. Essa hegemonia não foi total, sendo exercida com fissuras e dissidências, freqüentes principalmente nos primeiros anos, e que inevitavelmente imprimiram sua marca no arcabouço legal das práticas sanitárias. Os movimentos de dissidência no PRP algumas vezes tiveram origem em questões do ideário político, em outras tratando-se apenas da ruptura dos que haviam sido aliados do poder. Coincidindo com freqüência com as crises na cafeicultura, quando se acirravam os ânimos entre as partes do complexo cafeeiro, esses movimentos repercutiam no interior do Estado, ganhando adeptos entre as facções políticas municipais. Muitos dos conflitos entre autoridades locais e estaduais, à primeira vista nebulosos, que ocorreram durante as campanhas sanitárias no interior do Estado, estão contextualizados nesse processo, de consolidação das oligarquias cafeeiras no poder.

A dificuldade dos dissidentes em aprovar os projetos de lei ou emendas de sua autoria não impediu que os debates legislativos e muitas

das leis sobre saúde e saneamento incorporassem os seus pontos de vista. A questão da autonomia municipal, ponto programático do movimento republicano que permaneceu letra morta, foi retomada com freqüência, por oportunismo ou convicção, pelos opositores. O período em que o modelo administrativo dos serviços sanitários de São Paulo permaneceu indefinido, até 1896, alternando-se reformas na legislação de tendência estadualizante e municipalizante, coincide com aquele em que os embates políticos foram mais vigorosos, nos primeiros anos da República, antes que as oligarquias cafeeiras se consolidassem definitivamente no poder com Prudente de Moraes.

3.1. O modelo político republicano

A Proclamação da República foi o ponto culminante de um inexorável processo de declínio do Império em que estiveram envolvidas tendências federalistas, movimentos republicanos, crises religiosas, questões militares, problemas escravagistas, sucessão imperial, predomínio político de uma aristocracia decadente, ascensão de novas camadas oligárquicas, urbanização e renovação das instituições do Império. (121)

Em especial a partir da década de 1840 o crescimento econômico se acentuou, o país adquirindo um maior dinamismo social, já como resultado da riqueza do café. Com o fim do tráfico em 1851 foram liberados os recursos investidos nessa atividade, eliminando-se um foco de conflitos com a Inglaterra, e o capital financeiro passou a ter maior participação na vida econômica do país. O desenvolvimento da cafeicultura, entretanto,

(121) CARONE, Edgard. A República Velha (Evolução Política). 1971. p. 7.

permaneceu truncado pelos traços coloniais ainda presentes, como o latifúndio escravista. Quando o processo de modernização da Monarquia atingiu um certo nível, abriu-se uma fenda entre o regime e a sociedade, jamais soldada, e o Império, que estimulara o desenvolvimento econômico, acabaria sendo por ele negado. Nesse contexto social, o movimento republicano cresceu a partir da década de 1870, as forças sociais sobre as quais ele se assentava não necessitando de grandes mudanças para terem seus interesses contemplados. Na síntese de Marco Aurélio Nogueira,

"A República representou, antes de tudo, uma atualização da superestrutura jurídico-política (esclerosada pelo imobilismo do longo Segundo Reinado), sua adequação à nova realidade econômica e social do país." (122)

O setor cafeeiro se ressentia no Império de uma maior autonomia, que favorecesse um relacionamento com o mercado internacional sem a intermediação do poder central, o que a rígida centralização monárquica inibia. Com a abolição da escravidão em 1888, rompendo o elo que relacionava as diferentes unidades primário-exportadoras em vários estadios de evolução que formavam o país, não havia mais o que as unisse, cabendo à República a regulamentação jurídica de uma situação que a precedera historicamente. (123)

Com raras exceções, a República se instalou pacificamente nos Estados. Em São Paulo a implantação do novo regime se deu de forma segura, pois o Partido Republicano Paulista tinha uma longa tradição de

(122) NOGUEIRA, Marco Aurélio. Monarquia, Abolição, República - Joaquim Nabuco e as Desventuras do Liberalismo no Brasil. 1983. p. 169.

(123) SOUZA, Maria do Carmo Campello de. O Processo Político-Partidário na Primeira República. In: MOTA, Carlos Guilherme (org.) Brasil em Perspectiva. 1982. p. 163-164.

organização, ao contrário de outros pontos do país, onde houve rebeliões militares contra a República.

Entre a promulgação da Constituição federal republicana e as constituições estaduais houve um intervalo de tempo que foi de março a maio de 1891, em que, apesar de asseguradas as liberdades estaduais, a Federação continuaria a intervir nos Estados depondo lideranças, inclusive em São Paulo. Jorge Tibiriçá (10/1890 a 03/1891), próximo ao PRP, foi afastado, sendo substituído na Presidência do Estado por Américo Brasiliense (03/1891 a 12/1891), alinhado aos grupos federais.

Em novembro de 1891 o governo de Deodoro tentou o golpe, dissolvendo o Congresso Nacional, como resultado do processo de deterioração econômica e política atravessado pelo país. Formam-se núcleos de resistência nos Estados e Deodoro (1889-1891) renuncia, assumindo Floriano (1891-1894). Todos os governos estaduais foram depostos, à exceção do governador do Pará, o único que se posicionara contra o golpe. Com a deposição de Américo Brasiliense por Floriano, no final de 1891, os republicanos históricos paulistas retornaram ao poder - permanecendo até a Revolução de 1930 - agora articulados ao florianismo, apoiando o governo federal com tropas, armas e recursos financeiros no combate às revoltas armadas que atravessaram o período, como parte da estratégia para manter a autonomia de São Paulo e o poder nas mãos dos republicanos históricos, garantindo o apoio de Floriano ao grupo paulista na sucessão federal em 1894. (124)

A primeira década da República foi cheia de conflitos, entre civis e militares e entre as frações civis. A partir de Prudente (1894/1898),

(124) CARONE, Edgard. A República Velha (Evolução Política). 1971. p. 14-25 e 44-51.

com o progressivo afastamento entre o governo e os grupos identificados com o florianismo, as lutas políticas se limitaram a disputas localizadas entre o governo federal e governos estaduais ou suas oposições. Emergiu em seu governo a conformação política básica da República: o federalismo, sob a hegemonia de São Paulo.

Com Campos Sales (1898/1902) e a *política dos governadores* o quadro político nacional assumiu as características que permaneceram por toda a Primeira República: a) independência dos poderes, com preeminência presidencial; b) o Legislativo não governa nem administra e sua maioria deve ser dirigida; c) para solidarizar as maiorias do Legislativo com o Executivo, o voto que eleja um deve eleger também o outro poder; d) o governo federal não apóia dissidências estaduais, e em contrapartida as situações estaduais sempre apoiariam a política do Presidente; e) para tanto, foi alterado o sistema de reconhecimento das atas eleitorais, garantindo a continuidade dos grupos no poder de uma legislatura para a outra. (125)

Quando assumiu a Presidência em 1898, Campos Sales procurou criar uma situação de estabilidade política permanente, que evitasse novas disputas, através de modificações no mecanismo de validação das eleições, que garantissem a continuidade dos grupos estaduais no poder, os quais, por sua vez, permaneceriam sempre ao lado do governo federal:

"Este sistema de apoio às oligarquias vai significar, entretanto, a permanência daquelas que estão no poder. Não foi Campos Sales quem as criou; elas existiram na Colônia e no Império; na República reforçam-se porque obtêm o comando político municipal e estadual. Porém, é a 'política dos governadores' que solidificaria e estimularia os grupos oligárquicos, seguros do domínio permanente, onde a legalidade camufla a violência. As oposições

(125) CARDOSO, Fernando Henrique. *Dos Governos Militares a Prudente - Campos Sales*. In: FAUSTO, Boris (dir.) O Brasil Republicano - Estrutura de Poder e Economia (1889-1930). 1985. p. 47-8.

oligárquicas - algumas das quais em certos momentos haviam ocupado o situacionismo - agora não podem mais ter esperança de uma vitória legal, e às vezes, nem mesmo de um bom êxito revolucionário." (126)

Na formulação da *política dos governadores* Campos Sales utilizou-se de uma característica da vida política do período, a de que eram difusos os limites entre os grupos antagônicos locais e estaduais, ambos os lados potencialmente governistas. Um foco permanente de conflitos era a eleição de elementos de grupos políticos diferentes para a Presidência do Estado e para a bancada estadual junto ao Congresso Federal, realizadas em momentos distintos. Nesse período era o poder Legislativo e não o Judiciário o órgão que validava os resultados das eleições, diplomando os vencedores; controlar a comissão legislativa responsável pela *verificação de poderes* significava dominar as eleições, através da diplomação apenas ou quase tão somente dos aliados. Campos Sales modificou o sistema, para que pudesse governar sem oposições, como ocorria até então: seriam diplomados somente os candidatos eleitos pelas situações nos estados, não importante a que grupo pertencessem. (127)

Para operacionalizar essas mudanças, a comissão legislativa que fazia a validação das eleições teve o seu regimento modificado, garantindo a oligarquização dos grupos no poder. Até então essa comissão era dirigida pelo deputado mais idoso da legislatura anterior, que nomeava os demais membros, critério que excluía a intervenção do Poder Executivo. Ficava por conta do acaso da idade a facção a que pertencia o deputado mais velho no momento da formação da comissão de reconhecimentos dos poderes e, em

(126) CARONE, Edgard. A República Velha (Evolução Política). 1971. p. 178-179.

(127) FAORO, Raymundo. Os Donos do Poder - Formação do Patronato Político Brasileiro. 1989. p. 563-564.

conseqüência, a futura composição do Legislativo. A partir de então, a chefia da comissão seria da presidência interina da Câmara, ocupada pelo presidente da Câmara da legislatura anterior, eleito pela maioria com o apoio do poder Executivo. Estava garantida a continuidade dos grupos no poder, diplomando-se somente os parlamentares situacionistas em seus estados, e excluindo-se os oposicionistas.

Com o novo sistema, as grandes disputas políticas deslocavam-se do nível federal para os estados, a quem cabia apenas garantir maioria nos municípios, onde ocorriam as votações e se processava a etapa inicial das apurações:

"No sistema constituído, os verdadeiros protagonistas do processo político eram os Estados, os quais, dotados dos necessários suportes legais, dominavam a política nacional. Em troca da garantia de tal autonomia, sem intervenção da União e do direito de controlar as nomeações federais, os Estados davam apoio ao presidente da República, sem o qual este não subsistiria no poder."
(128)

No âmbito estadual a política dos governadores tinha continuidade no pacto coronelista, através do qual se garantia o controle do eleitorado pelas lideranças municipais, os coronéis:

"Nesse esquema estadual e da eleição sancionadora se insere o coronelismo. Ele se irmana à oligarquia das unidades federadas, num recíproco jogo de interações ativas. O comando do sistema caberá ao governador, isto é, ao grupo estadual por ele representado, intermediário dos favores e benefícios da União sobre as comunas. Entre o governador e o coronel a relação é de obediência, autoritariamente garantida pela milícia estadual e pelos instrumentos financeiros e econômicos que partem daquele." (129)

(128) SOUZA, Maria do Carmo Campello de. *O Processo Político-Partidário na Primeira República*. In: MOTA, Carlos Guilherme (org.). Brasil em Perspectiva. 1982. p. 185.

(129) FAORO, Raymundo. Os Donos do Poder - Formação do Patronato Político Brasileiro. 1989. p. 629.

Sob esse sistema as eleições se transformaram em barganha entre o poder estadual – controlando a polícia, os juízes, os cargos a serem distribuídos e os favores em geral, inclusive no campo da saúde pública – e os dirigentes políticos municipais, com seus votos de cabresto. Isso apesar da pequena participação política na Primeira República, quando menos de 6% da população total era eleitora, índice muito superior ao ínfimo eleitorado da Monarquia. Foi justamente essa ampliação do sistema representativo que possibilitou o *pacto oligárquico*, com a barganha de votos por benfeitorias e favores para o município. (130)

Através de uma organização constitucional que previa municípios autônomos, autonomia muito mais nominal do que real, com uma distribuição tributária que concentrava a arrecadação nos níveis federal e estadual, o município, pleno de atribuições, porém sem os recursos financeiros correspondentes, manteve-se dependente das inversões estaduais, o governo central limitando sua ação aos portos e à Capital Federal. Uma organização institucional com municípios fortes, legislando e administrando os assuntos de seu peculiar interesse, como os melhoramentos urbanos, o saneamento básico e as ações sanitárias, como previa a Constituição, só seria possível com autonomia política e uma estrutura tributária mais descentralizada, que destinasse recursos suficientes à esfera municipal.

A oligarquia paulista, munida de uma organização partidária forte e embasada no mandonismo dos chefes políticos locais, num eleitorado

(130) LOVE, Joseph. *Autonomia e Interdependência: São Paulo e a Federação Brasileira, 1889-1937*. In: Fausto, Boris (org.) *O Brasil Republicano - Estrutura de Poder e Economia (1889-1930)*. 1985. p. 56.

restrito e submisso, porque dependente, na utilização de fraudes eleitorais e numa relação de intimidade com o executivo hipertrofiado,

"montando um edifício civil e formalmente democrático, que mal escondia a argamassa autoritária (...)",

moldou um regime republicano federalista e oligárquico numa sociedade liberal e ao mesmo tempo excludente da grande maioria da população. (131)

A partir de 1895, coincidindo com a primeira grande crise do café no período republicano, as dissidências políticas no PRP se sucederam. Até então a crise política de maior importância fora aquela desencadeada por ocasião do golpe de Deodoro e o contragolpe dos florianistas, em 1891, com a substituição de Américo Brasiliense por seu vice-presidente, Cerqueira César, na presidência do Estado, dando ensejo à divisão dos republicanos de São Paulo.

A presença de grupos políticos em posições antagônicas ficou registrada nos anais dos debates no legislativo estadual, repercutindo nas discussões dos projetos de lei sobre saúde e saneamento, em especial nos que tratavam da reorganização do Serviço Sanitário, quando a disputa era mais candente. A defesa incondicional da autonomia municipal - com a delegação de mais atribuições políticas e administrativas e mais recursos financeiros para o município - pelos dissidentes, constituiu uma evidente estratégia para angariar adeptos, no interior do Estado, junto às oposições locais marginalizadas do processo político, em decorrência do contínuo acentuado pela *política dos governadores*, o que não exclui, evidentemente, o

(131) CASALECCHI, José Ênio. O Partido Republicano Paulista - Política e Poder (1889-1926). 1987. p. 184.

peso do princípio como questão doutrinária, defendido por um vasto grupo de parlamentares situacionistas e dissidentes.

Em março de 1895 foi formado o Partido Republicano de Oposição, contrapondo-se ao PRP. Em junho do mesmo ano, outro grupo também intitulado Partido Republicano de Oposição, agrupando os remanescentes de 1891 do grupo de Américo Brasiliense, conjuntamente com uma fração do PRP, lançou uma candidatura própria à presidência do Estado de São Paulo, contra Campos Sales, candidato oficial do Partido. A crise seguinte na política paulista veio em 1897, com o rompimento entre os republicanos do PRP e do Partido Republicano Federal (PRF) – que fora formado para aglutinar os partidos republicanos dos demais estados – e apoiara Prudente para a Presidência. Uma das disputas entre o PRF, de Francisco Glicério, e o PRP, se deu em torno de um projeto que tramitava na Câmara Federal e que ia de encontro às já reduzidas prerrogativas municipais; o governo paulista, utilizando seu poder de pressão, anulou a campanha municipalista em suas bases no interior, conseguindo que muitos municípios se solidarizassem com o governador Campos Sales. (132)

Na virada do século as dissensões políticas perderam força, em decorrência da nova sistemática eleitoral da *política dos governadores*, que praticamente impedia resultados eleitorais favoráveis aos dissidentes; já nas eleições municipais de 1901, estes venceram em apenas três municípios num total de 160, mesmo estando representados num grande número de

(132) CASALECCHI, José Ênio. O Partido Republicano Paulista - Política e Poder (1889-1926). 1987. p. 83-8.

localidades do interior. (133)

Com o sistema eleitoral criado por Campos Sales estava aberto o caminho para a oligarquização do poder político. Os legislativos federal e estadual se tornavam mais homogêneos, com uma formação sempre próxima ao Executivo, e as conseqüências logo se fizeram sentir na legislação sanitária estadual: os projetos sobre saúde e saneamento, alvo de intensos debates na década de 1890, passaram a ser aprovados em forma muito próxima àquela apresentada nos projetos do Poder Executivo. Há, evidentemente, o fato de nesse momento os serviços sanitários já estarem organizados, segundo um modelo que permaneceu até o fim da década de 1910, mas o aumento das dificuldades para o acesso das oposições ao Legislativo, com as novas práticas eleitorais, certamente deu a sua contribuição para a redução do calor dos debates parlamentares, com uma maior sujeição aos projetos do Executivo.

Antes do *Congraçamento*, no fim da gestão estadual de Jorge Tibiriçá (1904-1908), já havia sido deflagrada uma política de valorização do café cujo resultado foi o *Convênio de Taubaté*, consolidando as medidas de acomodação tomadas anteriormente pelo Presidente do Estado, fortalecendo a unidade das oligarquias. A crise atravessada pela cafeicultura desde a segunda metade da década de 1890 estava finalmente superada, após um período de depressão também da atividade industrial, com a redução da capacidade de importação de matérias primas e bens de produção, e a diminuição do mercado, em decorrência dos baixos níveis salariais impostos pela crise geral. Entre 1898 e 1901, em especial, a situação fora crítica: os

(133) CASALECCHI, José Ênio. O Partido Republicano Paulista - Política e Poder (1889-1926). 1987. p. 100-116; CARONE, Edgard. A República Velha (Evolução Política). 1971. p. 185-189.

preços externos do café caíram continuamente, tendência acompanhada pelos preços internos. Os salários da agricultura foram reduzidos em 30% até 1901, puxando para baixo os salários urbanos, comprimindo a demanda por bens de consumo. Sucedem-se greves e muitas indústrias pedem falência. (134)

Com a unidade e o fortalecimento decorrentes do Congraçamento, o PRP conseguiu passar incólume às tentativas do governo de Hermes da Fonseca (1910/1914) de intervenção no Estado de São Paulo. Hermes substituiu, em vários estados, as oligarquias no poder por suas oposições, no processo que ficou conhecido como as *salvações nacionais*. Em São Paulo o Partido Republicano Conservador, que apoiava Hermes da Fonseca - o PRP ficara com a candidatura de Rui Barbosa - lançou um candidato próprio à sucessão estadual, em contraposição a Rodrigues Alves (1912/1916), candidato do PRP, que foi eleito. Nova crise na política paulista ocorreria somente nas eleições seguintes para a Presidência do Estado, na sucessão de Rodrigues Alves, em 1915, quando foi eleito Altino Arantes (1916/1920), o candidato do PRP, cujo mandato foi atravessado por intensa movimentação social. (135)

O período presidencial seguinte ao de Hermes da Fonseca, sucedido na Presidência por Wenceslau Braz (1914/1918), foi marcado pela crise internacional da Primeira Guerra Mundial - o Brasil entrou no conflito em 1917 - acentuando as dificuldades econômicas internas, com o agravamento das condições de vida do trabalhador rural e urbano. Durante a Guerra, a agricultura paulista expandiu-se, às custas das culturas de

(134) CANO, Wilson. Raízes da Concentração Industrial em São Paulo. 1975. p. 121 e 144-145.

(135) CASALECCHI, José Ênio. O Partido Republicano Paulista - Política e Poder (1889-1926). 1987. p. 132-147; CARONE, Edgard. A República Velha (Evolução Política). 1971, p. 257-268.

subsistência, à exceção do café; quanto à indústria, apesar do incremento da produção e da redução na imigração, os salários foram comprimidos, a inflação corroendo os aumentos nominais nos vencimentos. (136)

Em 1910, na primeira campanha presidencial de Rui Barbosa, contra Hermes da Fonseca, o candidato então apoiado pelo PRP fez a defesa de mudanças para o fortalecimento do poder central, que acabaram por ser implantadas somente na reforma constitucional de 1926, mas que se fizeram sentir a partir do governo de Epitácio Pessoa (1919/1922), com o fortalecimento da autoridade presidencial. No campo econômico, o desenvolvimento das atividades do complexo cafeeiro, com o crescente peso que a indústria tomou a partir dos anos 10, solicitava um país com maior integração em torno de seu núcleo dominante, com um Estado de atuação nacional em lugar da ação sobre focos regionais. (137)

3.2. Nos domínios do *Coronel*: a política local

A maior autonomia na gestão política e financeira dos estados, baseada no princípio federalista, foi um dos temas mais polêmicos da Constituinte de 1891. O texto aprovado estipulava maiores prerrogativas para

(136) CANO, Wilson. Raízes da Concentração Industrial em São Paulo. 1975. p. 160-161.

(137) FAUSTO, Boris. A Crise dos Anos Vinte e a Revolução de 1930. In: _____ (org.) O Brasil Republicano - Sociedade e Instituições (1889-1930). 1985. p. 401-426.

Somente com a crise de 1929, entretanto, haveria condições para o deslocamento do eixo da acumulação capitalista do setor agro-exportador para o industrial, que buscava caminhos mais autônomos de desenvolvimento ao longo da crise dos anos 30. (CANO, Wilson. Raízes da Concentração Industrial em São Paulo. 1975. p. 62-63)

os estados que aquelas previstas no ante-projeto do Governo Provisório de Deodoro da Fonseca, que previa mais limitações à ação estadual. A Constituição Federal garantia o direito dos estados contraírem empréstimos no exterior, de decretarem impostos de exportação, de serem regidos por suas próprias constituições, terem corpos militares e códigos eleitorais e judiciários próprios.

O federalismo da Constituição republicana procurou dotar o país dos meios jurídicos para o funcionamento de uma estrutura que a precedera historicamente, pois no Brasil Colônia e Império o país já era um conjunto de unidades econômicas heterogêneas, com poucos laços entre si. O setor cafeeiro, mais dinâmico, contido pela rigidez centralizadora da Monarquia, necessitava de mais autonomia para o seu desenvolvimento, em especial para a importação de mão-de-obra e o contato com as fontes de financiamento e com o mercado externo, sem a intermediação do governo central. Em todos esses aspectos, na Primeira República a ação do Estado responderia melhor a essas necessidades, com a implantação de uma organização política federalista, liberal na forma e oligárquica no funcionamento. (138)

O federalismo implicou na descentralização para os estados de mais atribuições políticas e administrativas. O maior dinamismo econômico e social do Estado de São Paulo fez com que essa descentralização assumisse grandes proporções desde o início da República, incluindo as ações de saúde e saneamento, ponto de vista compartilhado por José Carlos Braga. Madel Luz é de opinião oposta, provavelmente em decorrência das limitações de sua recomposição histórica do período em estudo, dirigida para o Rio de Janeiro:

(138) SOUZA, Maria do Carmo Campello de. *O Processo Político-Partidário na Primeira República*. In: MOTA, Carlos Guilherme (org.) Brasil em Perspectiva. 1982. p. 163 e 167.

ao retratar a formação das instituições de saúde no país, indica o aumento da intervenção do governo central nos assuntos de saúde com a República, em contradição ao regime federalista. (139) Essa situação, entretanto, não valeu para São Paulo, onde até mesmo o saneamento do porto de Santos foi realizado pelo governo estadual, apesar da legislação federal reservar essa atividade para o governo central.

O incremento das prerrogativas estaduais se deu com o sacrifício da autonomia municipal, outro princípio historicamente defendido pelo pensamento republicano, correspondente ao federalismo nas relações Estado-Município. Pouca coisa mudou em comparação com a legislação anterior, de 1828, na distribuição dos poderes e atribuições entre estados e municípios. O artigo 68 da Constituição republicana de 1891 dispunha genericamente sobre a organização municipal:

"Os Estados organizar-se-ão de forma que fique assegurada a autonomia dos municípios em tudo quanto respeite ao seu peculiar interesse." (140)

Na falta de uma definição mais precisa para a expressão *peculiar interesse*, estava aberta a brecha para as freqüentes intervenções da administração estadual nos assuntos municipais, verificadas em todo o país.

Até 1860 a questão centralização versus descentralização - com seus pólos federalismo e autonomia municipal - concentrou grande atenção nos debates partidários; os republicanos a retomaram em seu Manifesto, o debate prolongando-se até a República. A retirada de poder político das instituições municipais é anterior, inserindo-se no quadro geral da

(139) BRAGA, José Carlos de Souza & PAULA, Sergio Goes de. Saúde e Previdência - Estudos de Política Social. 1981; LUZ, Madel. Medicina e Ordem Política Brasileira - Políticas e Instituições de Saúde (1850-1930). 1892. p. 33.

(140) BRASIL. Constituições do Brasil - 1824 (1834 - Acto Add.), 1891-1926 e 1934. [19??]. p. 276.

liquidação da herança colonial no Brasil, a grande autonomia municipal herdada da Colônia sendo reduzida pela legislação de 1828. (141) Ao mesmo tempo que criava uma câmara municipal em cada vila ou cidade, esse código atrelava os municípios aos conselhos gerais, órgãos antecessores das assembleias provinciais. As deliberações das câmaras municipais teriam que ser referendadas pelo Conselho Geral para vigorarem, as posturas municipais valendo por apenas um ano, podendo ser alteradas ou eliminadas na instância superior. Mesmo assim, as atribuições da câmara municipal especificadas na lei de 1828 ainda eram amplas, incluindo a polícia, melhoramentos urbanos, instrução, assistência e polícia sanitária, mas como as rendas para a execução dessas atividades não foram previstas na legislação, a sua efetiva realização era muito limitada. (142)

Com a República, apesar do peso que a tradição conferia ao princípio da autonomia municipal, adotado pelo republicanismo desde o início, as necessidades dos estados, mais especificamente São Paulo, falaram mais alto, ficando com eles o maior quinhão de poder político e econômico. O princípio federativo, consagrado na Constituição de 1891, coincidia com as necessidades dos vencedores de 1889, os cafeicultores paulistas, permitindo a criação das condições necessárias ao desenvolvimento da lavoura: a autonomia dos Estados possibilitava empréstimos do exterior sem a interferência central, viabilizando a imigração subsidiada, os subsídios à expansão ferroviária, as posteriores manobras de valorização do café, os

(141) HOLANDA, Sérgio Buarque. *A Herança Colonial - Sua Desagregação*. In: HOLANDA, Sérgio Buarque de, CAMPOS, Pedro Moacyr (dir.) Brasil Monárquico - O Processo de Emancipação. 1970. p. 19-26; CASALECCHI, José Ênio. O Partido Republicano Paulista - Política e Poder (1889-1926). 1987. p. 37-42.

(142) QUEIROZ, Maria Isaura Pereira de. O Mandonismo Local na Vida Política Brasileira e outros Ensaios. 1976, p. 65-66.

grandes desembolsos com saneamento e combate às epidemias na primeira década republicana, etc.

A Constituinte paulista de 1891 garantia genericamente a autonomia dos municípios no Estado:

"(...) a lei ordinária assegurará aos municípios a máxima autonomia governamental e independência econômica (...)".

A Constituição era mais específica quando se tratava de definir os limites do poder local, relacionando as situações em que as deliberações e atos do governo municipal podiam ser anulados pelo Congresso Estadual:

"(...) quando contrários a esta e à Constituição Federal; quando ofenderem direitos de outros municípios e estes reclamarem; quando forem exorbitantes das atribuições do governo municipal".(143)

A insuficiência dos recursos financeiros para as necessidades da vida municipal é que ditaria os limites práticos dessa autonomia. Financeiramente frágil, necessitando sempre de auxílio estadual para obras e serviços, o município atrelava-se ao Estado no processo eleitoral. Mesmo assim, comparativamente ao Império, as câmaras municipais tiveram um funcionamento no período republicano que poderia ser classificado como *"dotado de um elevado grau de vida própria"*, apesar dos entraves políticos e financeiros à autonomia municipal. As câmaras municipais passavam a ter agora competência legislativa plena, e suas posturas não dependiam mais da aprovação de uma instância legislativa superior. (144)

A Constituição federal de 1891 mantinha o padrão anterior de distribuição de verbas públicas, em que a maior parte da arrecadação ficava

(143) SÃO PAULO. Constituição do Estado de São Paulo promulgada a 14 de Julho de 1891. 1891. p. 19-20. (art. 52 e 54)

(144) TELAROLLI, Rodolpho. A Organização Municipal e o Poder Local no Estado de São Paulo, na Primeira República. 1981. p. 29-30 e 45.

com o governo central, uma parcela menor com as administrações estaduais e apenas uma pequena parte com os municípios. Quase sempre os orçamentos municipais foram inferiores ao mínimo necessário ao cumprimento de suas atribuições constitucionais, sendo indispensável a colaboração estadual, limitada pela permanente situação de déficit dos estados, mesmo daqueles de maior pujança econômica, como São Paulo. (145)

A insuficiência das receitas municipais e estaduais não significa que o erário nacional, por sua vez, estivesse em melhor situação:

"O panorama é de pobreza geral, na tríplice esfera tributária: quando os políticos e publicistas se referem à partilha leonina da nossa receita pública, isso não significa fartura para uns e sovínice para outros; é mera expressão comparativa, que traduz uma indevida proporcionalidade entre as diversas categorias de rendas: municipais, provinciais ou estaduais e gerais ou federais (...) Ainda assim, a divisão da pobreza poderia ter sido mais equitativa (...) A maior cota de miséria tem tocado aos municípios. Sem recursos para acorrer às despesas que lhes são próprias, não podia deixar de ser precária a sua autonomia política." (146)

A possibilidade do erário público local lançar e arrecadar novos tributos para suprir suas necessidades era dificultada pelas limitações próprias a uma economia local incipiente. Apesar do viço da economia cafeeira, como as atividades relacionadas à produção e exportação do café eram taxadas pelas esferas estadual e federal, restava aos municípios a arrecadação de impostos que possibilitavam uma arrecadação exígua, sempre inferior às necessidades. A principal fonte de recursos municipais foi, com

(145) LEAL, Victor Nunes. Coronelismo, Enxada e Voto - O Município e o Regime Representativo no Brasil. 1975. p. 143-148.

Algumas décadas depois a situação mantinha-se inalterada: entre 1925 e 1929, por exemplo, a parte correspondente à arrecadação municipal era de 10% em média; em 1933-34 a União arrecadava 63% do total de impostos, os Estados 28% e os municípios 9%. (p. 160)

(146) LEAL, Victor Nunes. Coronelismo, Enxada e Voto - O Município e o Regime Representativo no Brasil. 1975. p. 178.

pequenas variações, o imposto de indústrias e profissões, seguido pelos imposto predial e taxas de consumo de água e esgoto.

Exemplo da situação de penúria dos municípios encontra-se em Araraquara, 1890: em pleno auge da produção cafeicultora na Paulista, o Conselho de Intendência nomeou uma comissão de cidadãos influentes na cidade para cuidar dos problemas ligados à edificação de um prédio para o lazareto de variolosos. A comissão devia angariar donativos, que seriam somados aos 10 contos que havia no cofre da Intendência para aquele fim, dos quais 8 contos tinham sido concedidos pelo Governo do Estado. Após 40 dias, a comissão abriu mão da tarefa, segundo o relato da ata de reunião da Câmara Municipal de Araraquara,

"(...) vistas as condições precárias em que se acha a população desta infeliz cidade, onde não se pode absolutamente contar com elemento de ordem nenhuma (...)". (147)

O auxílio do poder estadual, concedido de várias maneiras, era a alternativa à precariedade dos recursos municipais, e sempre transformado em favor à liderança política local, que retribuía na forma de apoio político. O poder estadual não atendia pronta e prodigamente aos pedidos municipais, que eram muitos e em muitas localidades. Com problemas graves, os recursos do Estado de São Paulo no período republicano não eram suficientes. No campo da saúde e do saneamento, por exemplo, havia a necessidade de vultosos investimentos para o controle das epidemias de febre amarela e varíola, na última década do século; em 1896, 40% do orçamento estadual foi gasto com saneamento, serviços de higiene e assistência sanitária, e no decorrer da Primeira República esses serviços continuaram a onerar em

(147) TELAROLLI, Rodolpho. A Organização Municipal e o Poder Local no Estado de São Paulo, na Primeira República. 1981. p. 112.

menor escala, porém sempre com somas importantes, o tesouro estadual. A instrução pública, a construção de pontes sobre rios, a abertura e a conservação de vias de comunicação e transporte e a imigração subvencionada, eram dos serviços mais dispendiosos no período, encargo pesado mesmo para o tesouro estadual: dos 38 exercícios entre 1892 e 1929, em somente sete não haveria déficit. (148)

Sem o auxílio financeiro do Estado as administrações municipais não davam conta de suas necessidades; o Estado, por seu lado, tinha recursos limitados, insuficientes para todos os serviços, e que deviam ser cuidadosamente dosados na concessão dos favores de utilidade pública:

"O critério mais lógico, sobretudo por suas conseqüências eleitorais, é dar preferência aos municípios cujos governos estejam nas mãos dos amigos. É, pois, a fraqueza financeira dos municípios um fator que contribui, relevantemente, para manter o 'coronelismo', na sua expressão governista." (149)

Juntamente com a falta de autonomia municipal, o domínio da política local pelos coronéis completava o modelo de organização política municipal na Primeira República, a face local da *política dos governadores*. O fenômeno coronelista não era novo; novidade era sua ênfase estadualista, que acompanhava o federalismo republicano. Com a República, aumentou o eleitorado e o processo eleitoral foi municipalizado, com a qualificação, a tomada e a apuração dos votos sendo realizada pelas autoridades locais, sob

(148) TELAROLLI, Rodolpho. A Organização Municipal e o Poder Local no Estado de São Paulo, na Primeira República. 1981. p. 112-119 e 123.

(149) LEAL, Victor Nunes. Coronelismo, Enxada e Voto - O Município e o Regime Representativo no Brasil. 1975. p. 45.

a chefia da presidência da câmara municipal. A manutenção do município em situação de dependência dos erários estadual e federal, e a concessão de benfeitorias e serviços através do líder local, retribuía o apoio político às lideranças estaduais. As relações de reciprocidade entre o *coronel* e o eleitor também estavam presentes; este, conferindo o voto sob as indicações do líder; aquele, correspondendo com o paternalismo que sua condição social e econômica permitia, concedendo favores pessoais dos mais variados. Entre os favores mais freqüentes estava providenciar médico ou hospitalizações nas urgências, e caso o *coronel* fosse médico, ele mesmo prestava esses serviços, gratuitamente. Em São Paulo, ao contrário dos estados menos desenvolvidos, onde o domínio do *coronel* se baseava mais nos laços de solidariedade familiar, nos choques armados e em divisões de zonas de influência, o funcionamento de uma estrutura partidária suavizou e regulou o funcionamento do sistema. (150)

Entre a fraqueza política e orçamentária municipal e um poder local coronelista forte não havia incompatibilidade, como pode parecer à primeira vista. Na verdade, um aspecto era decorrência do outro, pois se os coronéis eram fortes dentro de sua jurisdição, eles deviam ser tornados dependentes do governo através da fraqueza do município. Como beneficiário exclusivo das graças do poder estadual, o *coronel* detinha o poder indefinidamente, carreando os votos indispensáveis à manutenção dos benfeitores estaduais no poder:

"O governo estadual tornava o 'coronel' credor de tudo perante todos na sua comunidade. Da nomeação de empregados públicos (...) à construção de escolas, hospital de isolamento, auxílio para a Santa Casa, assistência sanitária, execução das redes de água e

(150) CARONE, Edgar. A República Velha (Instituições e Classes Sociais). 1970. p. 264-271.

esgotos e prédios públicos, enfim, tudo que os parques recursos municipais não permitiam." (151)

O *coronel* estava sempre com o governo estadual e federal, permutando as obras e serviços estaduais, transformados em benesses, pelos votos que as oligarquias estaduais necessitavam para a permanência no poder. Caso contrário não receberia benfeitorias para a cidade, nem indicaria as nomeações para os cargos públicos, aspectos fundamentais à manutenção do esquema. Mesmo quando era oposição no município, o *coronel* e seu grupo estavam sempre com a situação nos níveis estadual e federal, pois afinal muito pouco ou quase nada separava as facções locais. O maior anseio era tornar-se situação no município, requisito para entabular as relações de troca com a administração estadual.

Se em conflito com o dirigente, as autoridades estaduais no município – policiais, judiciárias, de saúde, etc. – eram imediatamente removidas. Foi freqüente o afastamento de funcionários do serviço sanitário estadual em comissão nas localidades onde ocorriam epidemias, em decorrência dessas dificuldades: São Simão, Jaú, Rio Claro e São Carlos são alguns dos exemplos que se tornaram notórios de situações de conflito entre as lideranças locais e o pessoal do Serviço Sanitário estadual.

Com a definição, em 1896, de um modelo administrativo de orientação estadualista para o serviço sanitário, o seu corpo de funcionários foi constituído a partir de indicações do Executivo estadual, adquirindo um perfil profissional. Mesmo que as nomeações não fossem por indicação das administrações locais – a ação sanitária se dava através de comissões, que permaneciam provisoriamente nas localidades atingidas por epidemias – em caso de conflito com a câmara municipal, com o médico que se recusava a

(151) TELAROLLI, Rodolpho. Poder Local na República Velha. 1977. p. 15-16.

notificar os casos, dificultando as internações no hospital de isolamento, ou com comerciantes que não colaboravam com a higienização urbana, recusando-se a reconhecer a existência da epidemia com receio de prejuízos nos negócios, a regra era a substituição do funcionário ou mesmo de toda a comissão.

Quando solicitado, o funcionário do serviço sanitário estadual estava obrigado a colaborar com as lideranças políticas locais, mesmo nos assuntos que fugiam de seu campo específico de atuação. Exemplo típico dessa situação foi a utilização de uma epidemia de febre amarela no município de Araraquara em 1897, com fins de favorecimento político, e que numa etapa do processo contou com a cumplicidade do chefe da comissão sanitária estadual. Já debelada naquele momento, a epidemia foi apresentada como pretexto para a transferência da sede da comarca para uma pequena estação ferroviária vizinha, onde havia condições mais favoráveis para a manipulação do resultado do júri a que seria submetida uma importante liderança política local.

Com o processo de urbanização fortalecendo o papel de outros agentes sociais, o *coronel* paulatinamente abandonou a ação direta no cenário político, tendência que se acentuou nas primeiras décadas do século 20. As camadas médias surgem em cena, a princípio também subordinadas ao chefe político, mas conforme se adensam, passam a atuar autonomamente. A urbanização e o crescimento demográfico, que inicialmente haviam contribuído para aumentar o poder do coronel, com o tempo tornam-se a sua ruína, pois a cidade muito populosa foge ao seu controle, enfraquecendo a solidariedade vertical, fortalecendo os laços horizontais com os iguais. O *coronel*, que contava com um corpo de subalternos – o médico, o padre, o

advogado, o coletor, etc. - acabaria por ser substituído por eles mais tarde.

(152)

As mudanças na vida material, em especial a urbanização e a industrialização, ampliando e fortalecendo o papel de novos agentes sociais, e a tendência ao enfraquecimento da base federalista do regime a partir da segunda metade da década de 1910, são aspectos que enfraqueceram a atuação do *coronel*, reduzindo seu papel no esquema da *política dos governadores*, tornando menos vital e até dispensável sua intermediação:

"Na medida, entretanto, que a União comanda, com sobrançeria crescente, a política econômica e financeira, já na década de 20, o poder coronelista tende a se tornar obsoleto, como obsoletas serão as relações entre os sistemas estaduais e federal. A urbanização, sobretudo com o surto industrial expansivo, atinge o núcleo de comando dos chefes municipais, arredados das sedes municipais para os distritos, até que se tornem simples auxiliares dos chefes partidários. O que mata o coronel é o próprio exercício de suas funções, em certo momento inúteis, diante dos meios diretos de convívio do governo com o povo." (153)

Reformas legais conferem maior autonomia ao Poder Judiciário; a expansão das comunicações, aproximando os recantos mais afastados aos principais centros urbanos, e a presença de agentes sociais menos dependentes da ação coronelista, são fatores que induzem e acompanham as mudanças. Os juízes estaduais tornam-se inamovíveis em 1926, à semelhança dos juízes federais; parte das atribuições repressivas das câmaras municipais são retiradas, ficando inteiramente na órbita de uma polícia menos sujeita às ingerências locais; também foram retirados do controle das

(152) QUEIROZ, Maria Isaura Pereira de. *O Coronelismo numa Interpretação Sociológica*. In: FAUSTO, Boris (dir) *O Brasil Republicano - Estrutura de Poder e Economia (1889-1930)*. 1975. p. 182-186.

(153) FAORO, Raymundo. *Os Donos do Poder - Formação do Patronato Político Brasileiro*, 1989, p. 646-7.

câmaras, redutos dos *coronéis*, o alistamento eleitoral e a apuração das eleições, entregues ao Poder Judiciário em 1916.

CAPÍTULO 2

Fundamentos Tecnológicos do Modelo Sanitário e a Febre Amarela

Em abril de 1892, no primeiro relatório anual das atividades da recém-criada Secretaria dos Negócios do Interior ao Executivo estadual, o secretário Vicente de Carvalho apresentava um balanço da situação sanitária do Estado, apontando os problemas que seriam prioridade nas próximas décadas, e o conjunto de práticas sanitárias que formariam o arcabouço da ação estadual no período. Considerando-se o desconhecimento do governo estadual da situação social e material fora dos limites da Capital do Estado, Santos e Campinas, consequência da centralização administrativa no Rio de Janeiro sob a Monarquia, o Secretário do Interior apresentou um panorama lúcido da situação – sob o ponto de vista das oligarquias cafeeiras que assumiam o poder, evidentemente – realçando a importância das epidemias de febre amarela e a carência de saneamento básico nas cidades paulistas como os problemas sanitários no Estado que exigiam solução mais urgente:

"Mesmo em circunstâncias ordinárias, no gozo do clima tradicionalmente bom com que a natureza favorecia a generalidade do território paulista, a higiene devia preocupar seriamente a atenção dos poderes públicos. Era um dever de previdência opor todas as resistências da higiene à invasão da imundície humana, que acompanha a acumulação progressiva das populações, e que vinga mesmo contra as melhores condições naturais.

Desgraçadamente, não cabe já à nossa geração, o simples cumprimento dessa tarefa. É tarde para prevenir. A peste penetrou pelas portas escancaradas que o desleixo lhe facultou. Vimos encontrá-la vencendo na conquista do nosso território para a desolação e para a morte.

Não nos criemos ilusões inúteis e perigosas. Não fechemos os olhos diante da evidência. A febre amarela transpôs a barreira da Serra do Mar, que parecia opôr-

se-lhe; e revela-se domiciliada, senhora do terreno, no opulento Oeste do Estado.

Acredito que um enérgico esforço nesse sentido não será desaproveitado. A eliminação dos focos de infecção, pelo saneamento, e o exercício constante de uma rigorosa polícia sanitária, defender-nos-ão sem dúvida das invasões da peste." (1)

Ainda em 1892 a equipe do professor Fuentes, da Universidade de Cornell, EUA, foi convidada a estudar a situação sanitária de Santos. Segundo justificativa do Secretário do Interior, a preferência por um profissional norte-americano, o que havia motivado críticas, devia-se aos bons resultados obtidos no saneamento de Nova Orleans. Santos, o foco de onde se irradiava a febre amarela para o interior do Estado, apresentava uma situação sanitária preocupante, cogitando-se inclusive o seu abandono e instalação de um novo porto em substituição, em outra região do litoral paulista.

"Com relação a essa cidade, a situação é extrema, e só de dois alvitres extremos se nos oferece a escolha: ou o Estado cria outro porto que lhe permita dispensar para as suas relações comerciais com o exterior o de Santos, e abandona, no interesse da sua própria segurança aquele foco de infecção; ou enfrenta energeticamente com o saneamento definitivo da nossa principal cidade marítima.

Entre as duas soluções, não parece suscetível de dúvidas a preferência. [pela segunda opção] (...)

O problema é difícil; mas não me parece insolúvel. A eliminação das epidemias é uma questão de higiene, mais ou menos complexa pela importância variável das condições de meio a modificar. No caso vertente, essas condições são terrivelmente consideráveis. A natureza do solo pantanoso em que assenta a cidade, e que a circunda; a topografia deplorável que a priva de ventilação; o péssimo sistema das construções, a acumulação, em área estreita, de uma população em geral não aclimatada, sem hábitos de limpeza, vivendo de trabalho braçal pesadíssimo; a deficiência de um bom serviço de esgotos e de abundância d'água potável; a permanência de mais de duzentos navios despejando no porto as suas imundícies; a comunicação diária com o Rio de Janeiro, ninho de febre amarela; são condições

(1) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Vice-Presidente do Estado de São Paulo pelo Secretário do Interior Vicente de Carvalho a 7 de Abril de 1892. 1892, p. IV.

difíceis, mas não impossíveis, de remover ou de atenuar em seus efeitos." (2)

A Capital e o interior do Estado também eram motivo de preocupação para a administração estadual desde o início do período republicano. Assolados por epidemias que entravam com os imigrantes, tornavam inadiáveis, segundo o Secretário do Interior, a execução daquelas medidas que seriam o arcabouço da ação estadual daí em diante: a melhoria das condições da salubridade das cidades através de obras de saneamento básico e de uma polícia sanitária abrangente e atuante nas campanhas contra os processos epidêmicos, apoiada em hospitais de isolamento e serviços técnicos especializados:

"Mas a questão não se resume apenas no saneamento de Santos. É preciso, além disso, sanear a capital, que só um acaso feliz, com cuja constância seria absurdo contar, tem conservado a coberto de epidemias; e várias cidades do interior, onde o desenvolvimento da população tem feito ou ameaça fazer explodir o efeito de más condições naturais. Cumpre também generalizar para todas as cidades e vilas o abastecimento d'água e canalização de esgotos, abolindo o deplorável sistema de poços e fossas, vulgarmente adotado. (...)

Como medida de momento, que se deve promover imediatamente, antolha-se-me a construção de hospitais de isolamento e estufas de desinfecção nas várias localidades durante o verão corrente afetadas pela epidemia, e que é de temer o sejam no seguinte. Estes hospitais, impedindo o contágio, podem evitar o desenvolvimento epidêmico do mal; e, mesmo que falhem nessa missão, constituirão enfermarias bem montadas, por meio das quais, com a presteza dos socorros, diminuir-se-á a proporção da mortalidade. (...)

Entretanto, as mais completas obras de saneamento seriam improfícuas, se não se lhes juntasse uma boa organização da polícia sanitária.

A nossa higiene atual está desarmada de indispensáveis meios de ação. Falta-lhe, na parte científica, o auxílio de institutos bacteriológico e de análises químicas; na parte executiva, falecem-se-lhe

(2) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Vice-Presidente do Estado de São Paulo pelo Secretário do Interior Vicente de Carvalho a 7 de Abril de 1892. 1892, p. IV-VI.

órgãos apropriados e suficientes, e autoridade eficaz."
(3)

Esse primeiro relatório da Secretaria do Interior, onde Vicente de Carvalho identificava os problemas sanitários que seriam prioridade para a ação sanitária estadual nas primeiras décadas da República, apresentando os instrumentos que embasariam a ação sanitária sob o modelo tecno-assistencial campanhista-policial, teve continuidade na legislação sanitária estadual de 1892, a primeira a ser efetivamente implantada no período republicano. Dotando os serviços sanitários do Estado das características que permaneceram sem alterações significativas até a reforma sanitária de 1917/1918, enfatizava o controle das doenças transmissíveis através da ação sobre o espaço urbano, com a larga utilização da engenharia sanitária, e de ações de polícia médica em campanhas contra as epidemias, nos primeiros quinze anos, e mais tarde, as endemias.

A lei nº 43, de 1892, de organização dos serviços sanitários, apresentava resumidamente em um de seus objetivos aquele que seria o principal foco de atenção da Diretoria de Higiene, o recém-criado órgão estadual para a salubridade pública, em substituição à antiga Inspeção de Higiene:

"a adoção dos meios tendentes a prevenir, combater ou atenuar as moléstias endêmicas, epidêmicas e transmissíveis aos homens e aos animais".

Esse objetivo era acompanhado, na lei, de um conjunto amplo de práticas sanitárias, como a vacinação anti-variólica, a fiscalização do exercício da medicina e a organização de estatísticas demógrafo-sanitárias. Para o saneamento e a regulamentação da vida na cidade, a legislação previa a

(3) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Vice-Presidente do Estado de São Paulo pelo Secretário do Interior Vicente de Carvalho a 7 de Abril de 1892. 1892, p. VI-VII.

fiscalização da higiene das habitações e logradouros públicos; a inspeção sanitária de escolas, fábricas e oficinas, hospitais, hospícios, quartéis, prisões, estabelecimentos de caridade e asilos; a fiscalização da alimentação pública em geral, do fabrico e consumo de bebidas nacionais e estrangeiras, naturais ou artificiais, e do comércio e exploração de águas minerais; o controle rígido dos cemitérios e dos mortos, e de tudo aquilo que, direta ou indiretamente, pudesse influir na salubridade das cidades, vilas e povoações do Estado. (4)

1. Origens da polícia sanitária

O modelo tecnológico da *polícia sanitária* ou *polícia médica*, subjacente ao conjunto de práticas sanitárias utilizadas no Estado de São Paulo nas três primeiras décadas da República, tem raízes remotas no país, que nos remetem ao período colonial.

No Brasil Colônia, até o final do século XVIII, a ação estatal no campo da saúde se voltava quase exclusivamente ao combate da varíola, lepra e febre amarela, sob um enfoque distinto daquele que seria adotado mais tarde. A ação da administração colonial só se verificava quando ocorriam epidemias, não havendo continuidade fora desses períodos: sem um projeto de ação permanente, não se buscava a cura ou a profilaxia das doenças, mas a recuperação de um modo de vida positivo, anterior aos eventos sanitários, através da implantação provisória da quarentena - ou seja, a separação entre o doente e a cidade -, abandonada ao fim da

(4) SÃO PAULO. *Lei nº 43, de 18 de Julho de 1892. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1892.* 1897. p. 25-28.

epidemia, e outras medidas de natureza administrativa, baseadas num conhecimento imemorial da população, próximo ao senso comum, e na teoria dos miasmas. Segundo Roberto Machado, a medicina colonial aproximava-se de uma

"Perspectiva mais de combater o mal do que de cultivar um bem. A saúde não aparece como algo que possa ser produzido, incentivado, organizado, aumentado. Embora encerre o máximo de positividade, só é percebida negativamente pela presença da realidade representada pela doença." (5)

Numa tendência que se iniciou sob o vice-reinado do Barão do Lavradio, no final do século XVIII, acentuando-se com a vinda da Corte para o Brasil em 1808, modificou-se o padrão da ação pública em saúde. A presença da família real e o conseqüente aumento da população do Rio de Janeiro, e o incremento do comércio internacional, tornavam inadiáveis mudanças para uma cidade mais salubre, favorecendo sua defesa e desenvolvimento. O dinamismo social da vida urbana, propiciando a proximidade física de elementos de categorias sociais distintas e a propagação das doenças entre eles, é outro aspecto que levaria a uma nova medicina, de ações sanitárias permanentes, em substituição ao combate episódico e eventual da doença. Nascia nesse período, segundo Roberto Machado, a medicina social no Brasil. (6) Em lugar das ações localizadas e temporárias de natureza administrativa que constituíam a medicina colonial, o meio urbano foi incorporado à reflexão e à prática médicas, combatendo-se as supostas causas das doenças, procurando-se modificar tudo aquilo que favorecesse seu surgimento e desenvolvimento na sociedade.

(5) MACHADO, Roberto et al. Danação da Norma - Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil. 1978. p. 56.

(6) MACHADO, Roberto et al. Danação da Norma - Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil. 1978. p. 353.

Na Província de São Paulo o desenvolvimento da medicina social ocorreu posteriormente em relação à cidade do Rio de Janeiro, Capital do Império. Essa situação só mudou, observa Ricardo Bruno, com a aceleração do desenvolvimento capitalista da economia paulista, na década de 1880, quando a cafeicultura e os processos que a acompanharam se tornaram fundamentais para a sociedade brasileira. (7)

A ação da medicina social é mais científica, em contraposição ao emprego pela medicina colonial de um conhecimento tradicional, herdado de gerações anteriores, como consequência dos padrões diferentes de desenvolvimento tecnológico nos dois períodos.

Realizando um esquadrinhamento exaustivo do meio urbano, com a utilização de noções de topografia, estatística, demografia, geografia, etc., a medicina do século XIX deu ensejo a um rudimentar planejamento urbano. Regulamentaram-se o exercício e o saber médicos; buscou-se a modificação de hábitos anti-higiênicos e imorais da população; a urbanização, através do crescimento descontrolado da cidade, poluindo e prejudicando o fluxo do ar, recebeu atenção especial; construções mal elaboradas, pântanos, córregos sujos e tortuosos, a qualidade da alimentação, os cemitérios e sepultamentos, enfim, tudo o que pudesse favorecer a propagação das doenças, tornou-se objeto da ação transformadora da medicina. Para alcançar esses objetivos, o Rio de Janeiro do final do século XVIII e início do século seguinte recebeu benfeitorias públicas, sendo alvo de ações saneadoras, incorporadas daí em

(7) GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: Características Tecnológicas do Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. 1986. p. 142.

diante ao repertório das ações sanitárias no país, utilizadas no correr do século XIX e permanecendo em parte no período republicano. (8)

Apesar dos pontos em comum com a medicina do período anterior, as práticas sanitárias sob a República se diferenciaram: pela maior elaboração tecnológica, decorrente das descobertas bacteriológicas que vinham se sucedendo nas últimas décadas do século XIX; pela abrangência, atingindo todas as localidades do Estado com algum peso econômico, e não mais apenas São Paulo, Campinas e Santos, as duas últimas cidades em menor escala; pela natureza menos temporária das ações, extrapolando os períodos das epidemias; e por uma maior articulação com o campo político e econômico, conferindo organicidade às ações sanitárias.

As práticas sanitárias sob a República se embasavam tecnologicamente na bacteriologia, apresentando agentes causais próprios e únicos para cada patologia, com elementos da teoria miasmática, adaptada para a nova era das descobertas bacteriológicas. A intervenção do Estado nos problemas de saúde pública se daria através da utilização da engenharia sanitária e da polícia sanitária como instrumentos privilegiados para as intervenções sobre a cidade. Essas ações seriam organizadas através de sua centralização crescente na esfera estadual, com o predomínio de ações campanhistas, com intervenções sobre problemas sanitários específicos, quase sempre epidemias, na primeira década e meia de República.

O modelo de intervenção estatal em saúde a que se convencionou chamar de *polícia sanitária*, tem suas origens, na forma clássica, na Alemanha absolutista e cameralista do século XVIII, como resposta às demandas do poder nacional por uma população densa e

(8) MACHADO, Roberto et al. Danação da Norma - Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil. 1978. p. 143-147.

saudável, sob o controle do governo: registrar, proteger e regular a população, é o que pretende a *polícia*, mais sob a ênfase do aumento do poder do Estado que da melhoria das condições de vida da população. Modelo de intervenção estatal funcional nas sociedades mercantilistas, mas que logo estaria superado com o processo de industrialização, a polícia sanitária ainda permaneceu de modo limitado na Europa, não mais como um rudimento de política social mas como um amontoado de medidas com um objetivo específico, o controle administrativo das doenças transmissíveis, através da organização do pessoal médico, do saneamento do meio e da assistência aos indigentes. (9)

É com essa conformação mais localizada, não como um modelo completo de controle social – afinal trata-se de sociedades distintas, com situações políticas e econômicas muito diferentes – mas como um conjunto de técnicas de controle de epidemias, que se utilizará o modelo da polícia sanitária no Estado de São Paulo do início do período republicano. O modelo da polícia médica, em sua versão restrita, ainda era atual enquanto as epidemias, e mais tarde as endemias, fossem a prioridade da administração estadual, tornando-se anacrônico com as mudanças a partir da década de 1910, mais acentuadamente após a Revolução de 1930.

No São Paulo republicano a bacteriologia, embalada pelas recentes descobertas de Pasteur, Koch e Pettenkoffer, entre outros cientistas, foi o campo da ciência que conferiu maior subsídio teórico à elaboração do modelo tecno-assistencial. A participação dos miasmas no ciclo

(9) ROSEN, George. Da Polícia Médica à Medicina Social - Ensaio sobre a História da Assistência Médica. 1980. p. 143-169.

das doenças infecciosas era uma certeza há algum tempo; emanações pestilenciais exaladas da matéria orgânica em decomposição, presente no solo ou subsolo úmidos onde se reproduziam, os miasmas eram responsabilizados por doenças consideradas infecciosas, isoladamente ou associados aos germes. Alguns autores combinavam a teoria dos miasmas com a microbiologia, estabelecendo relações entre os dois tipos de agentes causais, nos casos em que haviam sido identificados os germes responsáveis por algumas doenças, como o cólera, a febre tifóide ou a malária (10). A partir de analogias com essas patologias cujos mecanismos de transmissão já haviam sido elucidados, faziam-se deduções sobre a febre amarela, doença que estaria no centro dos debates científicos da década de 1890, polêmica encerrada em meados da década seguinte com o acordo em torno da transmissão pelo mosquito. Pelo alcance que os debates científicos tiveram na década de 1890, com repercussões na sociedade civil, os acontecimentos no campo das práticas sanitárias envolvendo a febre amarela são representativos das tendências tecnológicas que estiveram envolvidas nesse período de elaboração e implantação do modelo sanitário campanhista/policial.

Havia duas teorias causais para a febre amarela, a *transmissão* ou *infecção*, e o *contágio*. Para o *contágio*, os agentes responsáveis pela doença passavam de pessoa a pessoa, através do contato de um corpo doente com outro são, pela pele, ou pelo ar, penetrando no organismo através do sistema respiratório. Segundo a teoria da *transmissão*, chamada eventualmente de *infecção*, havia uma etapa intermediária, em que os agentes causais permaneciam na natureza, no solo ou na água, penetrando no

(10) BARRETO, Octaviano de Mello. *Comunicação sobre Febre Amarela*. Bol. Soc. Med. e Cirurg. S. Paulo, v. 1, n. 9, p. 3-9, 1896; LOURENÇO, José. A Febre Amarela e o Regulamento de 3 de Fevereiro de 1886. 1886. p. 18-20.

organismo pelo aparelho digestivo. Os exemplos mais comuns de doenças contagiosas eram a difteria, a varíola, o sarampo e a coqueluche; de doenças transmissíveis, o cólera e a febre tifóide. (11)

Não houve consenso quanto à forma de propagação da febre amarela até a aceitação da transmissão pelo mosquito, no início do século XX. Havia os adeptos da transmissão exclusivamente hídrica da doença, cujo representante de maior prestígio seria o dr. Luiz Pereira Barreto, e os que acreditavam na transmissão da febre amarela por diversos meios - água, solo, sub-solo, etc. De outro lado, com a teoria mais aceita, havia os que defendiam a propagação da doença de forma mista, combinando mecanismos de contágio e transmissão, conferindo-lhe uma natureza *infecto-contagiosa*; essa foi a origem do conjunto heterodoxo de técnicas empregadas pela Diretoria do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo no combate às epidemias de febre amarela, resultado da adoção simultânea das duas teorias causais para a doença. A falta de definição da administração estadual por um dos modelos causais apareceria com clareza, por exemplo, no conjunto de instruções do Secretário do Interior aos membros da comissão encarregada de estudar as condições sanitárias das localidades afetadas pela febre amarela no interior do Estado, em junho de 1894, formada por Theodoro Sampaio, Vital Brazil e José Pereira Ferraz: suas atividades incluíam o levantamento de aspectos geográficos das cidades, dados sobre o solo superficial e profundo, as condições das águas e da atmosfera, e a higiene das habitações, combinando aspectos dos modelos da *transmissão* e do

(11) GODINHO, Victor. *A Febre Amarela no Estado de S. Paulo - Pathogenia, Transmissibilidade, Tractamento Racional. O Estado de São Paulo*, 18 mar. 1897, p. 3.

contágio. (12)

A administração estadual empregaria tanto medidas contra o *contágio* – como o isolamento hospitalar, as desinfecções dos domicílios onde houvesse ocorrido casos, a destruição dos objetos pessoais e roupas dos doentes e a vacinação, técnica específica para a profilaxia da varíola – quanto medidas para a prevenção da *transmissão*, como a fiscalização da alimentação pública e das construções e uma série de obras para a melhoria do saneamento urbano, como por exemplo, implantação de redes de água potável e coleta de esgoto, coleta de lixo, calçamento de logradouros públicos, drenagem de cursos d'água e pântanos, fiscalização e melhoria da limpeza pública e domiciliar, saneamento de cemitérios, irrigação das ruas, etc. (13)

A partir de 1895/1896 houve uma mudança no padrão da ação sanitária estadual. Até então a administração estadual concentrava sua intervenção ao período de ocorrência das epidemias, as *campanhas sanitárias*, com o predomínio de ações para a prevenção do contágio, como o isolamento dos doentes nos *lazaretos*, desinfecções domiciliares, além de medidas gerais de higiene urbana. A partir dessa data, ao menos nas localidades de maior peso econômico, a ação estadual manteinha as ações de campanha sanitária, avançando além dos períodos epidêmicos, com a

(12) SANEAMENTO do Estado. O Estado de São Paulo, 7 jun. 1894. p. 1.

(13) Mesmo os poucos autores que defendiam exclusivamente o contágio para a propagação da febre amarela, como Theodoro Reichert, quando apresentavam um modelo de intervenção contra a doença, tratavam de se resguardar, incluindo medidas correspondentes à profilaxia da transmissão, justificando que se tratava de favorecer a salubridade geral das cidades, com a prevenção de patologias reconhecidamente transmissíveis, como a malária e a febre tifóide. (REICHERT, Theodoro. *A Febre Amarela – Discurso pronunciado pelo dr. Theodoro Reichert na Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo*. O Estado de São Paulo, 13 jun. 1896, p. 1)

realização de obras de saneamento básico, compatíveis com a profilaxia da transmissão.

Mesmo tratando-se de manifestação isolada, merecem destaque, por seu pioneirismo, as teorias do dr. José Redondo, um médico de Rio Claro, município na região da Paulista, relacionando epidemiologia e mudanças na ocupação do espaço geográfico. Para esse médico o desenvolvimento das epidemias de febre amarela no interior de São Paulo eram decorrentes das mudanças causadas ao meio ambiente pela monocultura cafeeira, trazendo uma massa de imigrantes a regiões antes ocupadas por matas; devastando as florestas, modificava-se o clima, aumentando a temperatura e reduzindo-se as chuvas. Para minorar o problema, o dr. Redondo sugeria, além das medidas comumente indicadas para o controle da doença, o replantio das matas, onde fosse possível. Essa solitária identificação entre a organização do espaço geográfico e a incidência das doenças endêmicas e epidêmicas reapareceria, com maior elaboração e cientificismo, na epidemiologia mais recente. Constitui um bom exemplo dessa tendência o estudo da evolução da endemia chagásica no interior paulista, de Luiz Jacintho da Silva; em lugar da teoria tradicional que relaciona a incidência da doença às características dos domicílios, esse autor atentou para as modificações ocorridas na zona rural paulista após a Abolição, mais especificamente para o padrão de distribuição das habitações no universo rural paulista das fazendas de café sob o regime de mão-de-obra livre.

(14)

(14) REDONDO, José. *Collaboração - A Epidemia no Interior do Estado. Correio Paulistano*, 9 abr. 1896, p. 2; SILVA, Luiz Jacintho da. Evolução da Doença de Chagas no Estado de São Paulo. 1981.

No início do século XX, com o consenso em torno da transmissão da febre amarela pelo mosquito, verificou-se nova mudança no padrão da ação sanitária estadual, com o predomínio de ações para o controle do vetor, basicamente ações sobre os cursos e coleções de água. Essa tendência, de medidas mais específicas, direcionadas exclusivamente ao combate do vetor, após a descoberta e a aceitação da transmissão da febre amarela pelo mosquito, em substituição às ações gerais sobre o meio urbano, no início do século XX, constituiu-se numa tendência para a América Latina. (15)

Um aspecto subjacente à ação da *medicina social* sobre a cidade, apresentado para o contexto brasileiro por Roberto Machado, era o combate ao *contato desregulado*, segundo o qual na desordem da vida urbana estava a origem de muitas doenças, em especial quando de sua manifestação epidêmica. (16) O acúmulo de uma massa humana, poluindo a água com seus excrementos e resíduos, prejudicando a circulação do ar com construções irregulares, corrompendo a atmosfera com os gases da respiração, tornava insalubre o meio ambiente urbano; a heterogeneidade

(15) GARCIA, Juan Cesar. *Historia de las Instituciones de Investigación en Salud en América Latina, 1880-1930*. Educ. Med. Salud, v. 15, n. 1, p. 71-90.

(16) MACHADO, Roberto et al. Danação da Norma - Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil. 1978. p. 258-259 e 275-276. O receio ao *contato desregulado*, em função de um processo intenso de urbanização, esteve também na origem do desenvolvimento da versão francesa da medicina social, a *medicina urbana*, na segunda metade do século XVIII. O caos sanitário e a proximidade dentro do espaço urbano entre as classes sociais, aumentando a tensão social e favorecendo a propagação de doenças dos pobres para a nascente burguesia, deram ensejo à intervenção do Estado sobre a circulação do ar e da água, e medidas de controle sobre o espaço urbano. (FOUCAULT, Michel. Microfísica do Poder. 1982. p. 85-93)

social da cidade, pondo em contato ricos e pobres, estendia os riscos para toda a população. A vida no campo, por outro lado, apresentava os valores opostos: o ar e a água eram puros e circulavam adequadamente, e o contato ocorria preferencialmente entre os iguais. Sob esse ponto de vista, por acumular um grande número de pessoas num espaço reduzido, algumas instituições existentes nas cidades, como quartéis, escolas, prisões, hospitais, etc., eram consideradas muito perigosas, e tiveram seu funcionamento e as relações com a vida urbana detalhadamente normatizadas pelo poder público.

O temor à urbanização acelerada é um aspecto da *visão de mundo* do período que, juntamente com as condições sociais e políticas da sociedade paulista e a tecnologia disponível, foram os alicerces do modelo de intervenção sanitária no São Paulo republicano. A concentração da ação estatal sobre as áreas urbanas e a ausência de qualquer dispositivo legal ou ação sanitária voltada à zona rural cafeeicultora, até a reforma sanitária de 1917/1918, é um indicador dessa característica do modelo sanitário. A relação da medicina com a atividade industrial é outro ponto que se enquadra à perfeição nesse modelo: as fábricas são por definição nocivas à saúde, uma ameaça à vida na cidade, poluindo o ar e a água. (17) Apesar do perigo para a saúde dos operários, devido ao acúmulo de pessoas numa área física limitada, até a década de 1920 a organização do processo de trabalho enquanto fator comprometedor da salubridade foi abordada de modo secundário, a ação estatal limitando-se a medidas localizadas para a proteção da saúde do trabalhador, como o controle do arejamento e da iluminação dos

(17) MACHADO, Roberto et al. Danação da Norma - Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil. 1978. p. 345-347.

locais de trabalho. (18)

Reforçando a teoria da existência de um ideário que valorizava os perigos da urbanização crescente, a extensa legislação sanitária estadual na primeira década da República incluiu muitos dispositivos regulamentando a atividade fabril sob o enfoque de sua relação com a cidade, dispondo sobre sua localização espacial no meio urbano, para a proteção dos habitantes vizinhos da fábrica contra a poluição industrial. Segundo o *Regulamento de Higiene* de 1892, a primeira lei estadual tratando do trabalho industrial em São Paulo, estava entre as atribuições dos delegados de higiene estaduais a fiscalização das indústrias para a identificação de riscos para os moradores das imediações. A desobediência às intimações das autoridades para a remoção de fábricas consideradas nocivas à saúde das populações urbanas era das infrações mais graves, punida com multas das mais elevadas. Caso as instalações fabris fossem consideradas incômodas ou insalubres à vizinhança, pela natureza de suas atividades, a autoridade sanitária indicava os melhoramentos necessários ou, caso fossem impraticáveis, a remoção do estabelecimento para um prédio ou local conveniente. (19)

(18) A partir de 1894, durante todo o período republicano, a legislação sanitária incluiu dispositivos limitando o tipo e a jornada do trabalho infantil, feminino e noturno. Esses regulamentos apresentaram poucos resultados práticos, haja vista as freqüentes greves operárias por melhores condições de trabalho e pela redução da jornada de trabalho nas primeiras duas décadas do século e os abundantes registros pelos historiadores da vida social e pela imprensa operária do período das péssimas condições de trabalho e das jornadas excessivamente prolongadas, inclusive de mulheres e crianças. (FAUSTO, Boris. Trabalho Urbano e Conflito Social (1890-1920). 1976)

(19) SÃO PAULO. Decreto nº 87, de 29 de Julho de 1892. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1892. 1897. p. 185-205. (art. 10 e 11)

Em linhas gerais, estas disposições permaneceram inalteradas nas duas primeiras décadas de República, modificadas significativamente somente na reforma sanitária de 1917/1918. O primeiro *Código Sanitário* do Estado, incluiu, em 1894, um extenso capítulo regulamentando o funcionamento das fábricas sob a perspectiva do controle de um ramo de atividade que por definição era perigoso para a vida urbana. As indústrias foram classificadas segundo uma escala de valores negativos, como *incômodas, perigosas* ou *insalubres*. O lixo industrial e os esgotos das fábricas tiveram sua eliminação regulamentada minuciosamente, devendo ser tratados antes de lançados na atmosfera e nos rios, para minimizar os riscos de doença através da contaminação do ar e da água. (20)

1.1. Transmissão hídrica x transmissão mista

A teoria que defendia a transmissão da febre amarela exclusivamente pela via hídrica deu origem a um longo debate no início de 1896, a partir da publicação na imprensa paulista de uma série de artigos assinados pelo dr. Luiz Pereira Barreto, apresentando a boa qualidade da água da Cantareira, utilizada para o abastecimento da população da Capital, como a responsável pela ausência de epidemias na cidade de São Paulo, o "*baluarte inexpugnável para a febre amarela*". (21) Lançada através da

(20) SÃO PAULO. *Decreto n. 233, de 2 de Março de 1894. Collecção das Leis e Decretos do Estado de S. Paulo de 1894*. 1895. p. 9-43. (art. 149 a 183)

(21) *Epidemiologia. O Estado de São Paulo*, 7 jan. 1896. p. 1. Apesar de não estar explícito nas publicações de sua autoria, fica a impressão de que dr. Pereira Barreto utilizou-se de raciocínio indutivo, para a construção da sua *teoria hídrica*, a partir da

imprensa geral, a polêmica sobre a teoria hídrica é esclarecedora dos fundamentos científicos que estiveram por trás das ações sanitárias sob o modelo campanhista-policial.

Em pouco tempo as discussões se tornaram acaloradas e em dois meses a disputa alcançou as páginas da imprensa especializada, com a publicação de uma *Moção a propósito das Epidemias de Febre Amarela*, apresentada à Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo pelo dr. Luiz Pereira Barreto, seu presidente, que buscava apoio na classe médica para sua teoria. (22) Responsabilizando a má qualidade das águas pela febre amarela que vinha assolando o Estado, ele tomou Campinas como exemplo, cuja sucessão de surtos epidêmicos iniciados em 1889 se interrompeu em 1891, após a conclusão das obras para suprimento de água potável e encanamento de esgotos; a doença retornou apenas em 1892, depois de um acidente com o reservatório de água local, quando a população voltou a utilizar a água dos poços, cedendo novamente com a conclusão das obras no sistema de abastecimento de água. Por raciocínio indutivo, a partir da sucessão de coincidências em Campinas, o dr. Barreto concluía pela generalidade do mecanismo hídrico da transmissão da febre amarela. Como a doença recrudesceu a partir da metade da década de 1890, ele sugeria

transmissão da febre tifóide pela água. Bernardo de Magalhães faria uma crítica nesses termos, reclamando bom senso no uso da indução, na série de artigos que publicou contra a *teoria hídrica*. (MAGALHÃES, Bernardo de. *Epidemiologia - Notas de Contribuição para a Hygiene Deffensiva contra a Febre Amarella. O Estado de São Paulo*, 26 mai. 1896. p. 1)

- (22) Luis Pereira Barreto foi o primeiro presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. Republicano prestigioso, presidiu a Assembléia Constituinte estadual de 1891, tendo se afastado mais tarde da vida política, desencantado com o desenrolar da República. (RIBEIRO, Maria Alice Rosa. História sem fim ... Um Inventário da Saúde Pública. São Paulo - 1880-1930. 1991. p. 175-176)

medidas para a melhoria da qualidade da água, como a desapropriação das cabeceiras dos mananciais hídricos utilizados no abastecimento de Campinas, o esvaziamento e a desinfecção periódica dos reservatórios, a solicitação à Companhia Paulista do fornecimento aos pobres de água fervida em locomotivas a vapor, o aconselhamento a favor do uso da água fervida, a revisão dos encanamentos de água e esgoto, e a fiscalização da produção do pão e da cerveja, que poderiam veicular a doença quando elaborados com água contaminada. (23)

Durante a polêmica sobre a propagação da febre amarela pela via hídrica, o dr. Luiz Pereira Barreto esteve sozinho como defensor da teoria da transmissão *exclusiva* da doença pela água, os demais cientistas apresentando a água como um dos múltiplos veículos da febre amarela, posição coincidente com a da Diretoria do Serviço Sanitário: à água combinavam-se elementos ligados à circulação do ar, ao solo, à alimentação, aos fenômenos da natureza, como a direção dos ventos, as descargas elétricas, a temperatura, o regime das chuvas (que modificaria o teor de O² do ar, afetando a respiração humana e a biologia dos micróbios), a altitude, o tipo de solo (a terra roxa das zonas cafeeiras era considerada mais insalubre), o clima em geral, a maior ou menor presença de estrangeiros na

(23) BARRETO, Luis Pereira. *Moção a Proposito das Epidemias de Febre Amarella*. Bol. Soc. Med. e Cirurg. S. Paulo, v. 1, n. 9, p. 1-3, 1896.

Na epidemia de febre amarela que assolou Campinas em 1889 a Companhia Paulista efetivamente pôs suas locomotivas à disposição da administração provincial para suprir a população com água fervida. (SÃO PAULO. Presidência da Província. Exposição com que o dr. Pedro Vicente de Azevedo passou a Administração da Província de S. Paulo ao dr. Barão de Jaguára no dia 11 de Abril de 1889. 1889. p. 33).

população, o trânsito de cargas e passageiros entre localidades, entre outros fatores. (24)

Apesar da publicação, na imprensa médica, de diversos artigos onde se debatiam os mecanismos causais da febre amarela, foi na imprensa diária que a polêmica tornou-se mais acalorada, dando ensejo, por quase um ano, a inúmeros artigos onde os debatedores esmiuçaram a questão. Caminhando por ataques e contra-ataques que no calor das discussões atingiriam o nível da crítica pessoal, foram debatidos aspectos da geologia, química e meteorologia que porventura pudessem estar envolvidos na gênese das epidemias. O jornal O Estado de São Paulo, que se abriu para a publicação dos primeiros artigos do dr. Barreto, não se posicionou inicialmente em relação à sua polêmica teoria, justificando tratar-se de uma questão científica, que melhor cabia à Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo esclarecer. (25) Após algum tempo os artigos do dr. Barreto passaram a ser publicados por O Commercio de São Paulo, publicação monarquista, rival d'O Estado de São Paulo e de opiniões opostas nas questões de política e de salubridade pública. A partir de então, O Estado de São Paulo passou a uma posição editorial de crítica cáustica à teoria hídrica, abrindo suas páginas a críticos não menos candentes, alimentando

(24) MAGALHÃES, Bernardo. *Epidemiologia - Notas de Contribuição para a Hygiene Deffensiva contra a Febre Amarella*. O Estado de São Paulo, 28 mai. 1896, p. 1.

(25) Assinalando as dificuldades dos médicos em definir as formas de transmissão da febre amarela, o jornal lamentava a disparidade de opiniões dentro da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo: "*Infelizmente, nessa douta e respeitável corporação não se agitassem tantos argumentos e não se chocassem tantas opiniões quantos são os membros que a compõem (...)*". (*Epidemiologia*. O Estado de São Paulo, 7 jan. 1896. p. 1)

uma polêmica que durou quase um ano. (26)

O prestígio pessoal do dr. Luiz Pereira Barreto e a ampla divulgação que as questões de saúde pública recebiam na imprensa geral, levando a um grande número de leitores as últimas novidades científicas, como as descobertas da transmissão do cólera e da febre tifóide pela água, davam crédito às palavras do dr. Barreto junto à população paulista. Tornou-se comum, por exemplo, que as famílias mais abastadas, quando em viagem ferroviária ao interior do Estado, levassem um farnel de água mineral de Minas Gerais, para prevenir-se contra a febre amarela; foi o que fez, por exemplo, o Presidente do Estado durante visita a Campinas. O dr. Victor Godinho, um crítico assíduo da teoria hídrica, lamentava-se da forma como calaram fundo no povo do interior os preceitos do dr. Barreto, citando o exemplo de Dois Córregos, onde fora inspetor sanitário: a população se descuidara dos preceitos de higiene geral, considerando-se protegida da febre amarela desde que durante as visitas aos doentes no hospital de isolamento não ingerissem a água das torneiras do prédio. (27)

Uma sucessão de episódios foram levantados pelos adversários da teoria hídrica para combater a validade de precauções com a água de

(26) *Epidemiologia. O Estado de São Paulo*, 12 mai. 1896. p. 1; *Epidemiologia. O Estado de São Paulo*, 17 mai. 1896. p. 1; GODINHO, Victor. *A Febre Amarella No Estado de S. Paulo - Pathogenia, Transmissibilidade, Tractamento Racional. O Estado de São Paulo*, 21 mar. 1897. p. 2.

(27) GODINHO, Victor. *A Febre Amarella no Estado de São Paulo - Pathogenia, Transmissibilidade, Tractamento Racional. O Estado de São Paulo*, 17 mar. 1897. p. 1; GODINHO, Victor. *A Febre Amarella no Estado de S. Paulo - Pathogenia, Transmissibilidade - Tratamento Racional pelo dr. Victor Godinho. 1897. p. 34.* Por analogia com a febre tifóide, cogitou-se, no período, a transmissão da febre amarela por moscas que pousassem nas fezes e contaminassem as águas. (DANTAS, Olyntho. *Epidemiologia. Correio Paulistano*, 30 jun. 1896. p. 2.

beber. Relatavam-se casos de famílias inteiras que só utilizavam água fervida e que mesmo assim tinham sido vitimadas pela febre amarela. O episódio do *Lombardia* foi dos mais rumorosos; cruzador de bandeira italiana que aportara no Rio de Janeiro em novembro de 1895 para apoiar as reclamações diplomáticas dos súditos italianos, quase toda sua tripulação seria vítima da febre amarela, que num prazo de dois meses matou mais da metade dos marinheiros, mesmo que no navio só se consumisse água fervida. Para que a embarcação pudesse retornar, o governo italiano enviou nova tripulação, que também foi vítima da doença, agora porém menos mortífera.

(28)

Não parece exagero supor que a teoria hídrica, mesmo marginal entre os estudiosos da febre amarela, tenha influenciado a administração estadual na definição das formas de combate às epidemias. Até 1896, antes da polêmica envolvendo a teoria hídrica, a ação da Diretoria do Serviço Sanitário estadual no saneamento urbano foi voltada principalmente para a melhoria da higiene pública e particular, com medidas para o incremento da coleta de lixo e da limpeza de logradouros públicos, a fiscalização dos domicílios, etc, concentradas nos principais municípios. As obras estaduais de água encanada e de coleta de esgotos, que nos primeiros anos da década limitavam-se aos municípios da Capital, Santos e Campinas, e que em 1895 estenderam-se a uns poucos municípios do interior, aumentaram a partir de 1896, coincidindo com a polêmica sobre a importância da transmissão da febre amarela pela água. Apesar das muitas contestações pelos médicos, fica

- (28) MAGALHÃES, Bernardo de. *Epidemiologia - Notas de Contribuição para a Higiene Defensiva contra a Febre Amarela. O Estado de São Paulo*, 10 jun. 1896. p. 1; SILVADO, Jaime. *A Febre Amarela a bordo do "Lombardia" - Notas Críticas para Servirem á História da Epidemia. Revista Medica de S. Paulo*, v. 6, n. 15, p. 317-324, 1903.

a impressão de que o impacto da teoria hídrica na opinião pública e a falta de resultados positivos com as medidas até então adotadas, voltadas exclusivamente à urbanização, à melhoria na limpeza pública e privada, e ao isolamento hospitalar dos doentes, contribuíram para o incremento das obras estaduais de água e esgoto.

O debate principal sobre a forma de propagação da febre amarela - se exclusivamente hídrica ou mista - ocorreu paralelamente à discussão sobre a natureza do germe causador da doença, se anaeróbio (que sobrevive sem a presença de oxigênio) ou aeróbio facultativo (ao qual era indiferente o teor de oxigênio do ar), classificação sugerida por Pasteur. O dr. Pereira Barreto, apoiando-se nos experimentos de Koch, acreditava que o micróbio da febre amarela era um germe anaeróbio, semelhante ao do cólera e da febre tifóide, que se propagavam pela água, dispensando o oxigênio para sua sobrevivência. Já para seus críticos, baseados nos experimentos do bacteriologista alemão Pettenkoffer, que defendia a disseminação desses micróbios pelo ar e solo úmido contaminado por fezes, era indiferente a presença de oxigênio para sua sobrevivência e reprodução, tratando-se de aeróbios facultativos. (29)

No debate da causalidade da febre amarela, se exclusivamente hídrica ou mista, estiveram presentes, além dos conhecimentos então disponíveis em bacteriologia, elementos da epidemiologia da doença. A forma como a doença se propagava dentro de um município, rápida ou lentamente;

(29) FEBRE Amarella [A] - Meios de Vehiculação. O Estado de São Paulo, 22 mai. 1896. p. 1; MAGALHÃES, Bernardo de. *Epidemiologia - Notas de Contribuição para a Hygiene Deffensiva contra a Febre Amarella*. O Estado de São Paulo, 6 jun. 1896. p. 2; 7 jun. 1896. p. 1.

a sucessão dos casos, próximos ou afastados de um foco inicial, e a ausência da febre amarela em municípios vizinhos de outros onde ocorria uma epidemia, foram aspectos epidemiológicos freqüentemente abordados nos debates. Aos adversários da teoria hídrica parecia que, caso a propagação da febre amarela se desse exclusivamente pela água, era de se esperar que a doença se espalhasse mais rapidamente, com a ocorrência de muitos casos próximos ao foco inicial, numa analogia à forma como o líquido se espalha quando derramado. Por outro lado, caso a propagação da doença incluísse outros veículos além da água, como o ar e o solo, e o contágio pessoa-a-pessoa, a febre amarela progrediria mais lentamente, na dependência de uma série de fatores, com a ocorrência de casos à distância, como efetivamente se verificava na maioria das epidemias. Na falta de um método epidemiológico, os debates se desenvolviam a partir de episódios isolados, incidentais, de epidemias específicas, pretendendo-se por inferência e indução a comprovação das respectivas teorias.

As relações entre as epidemias de febre amarela e a implantação da água encanada em Campinas, Santos e Ribeirão Preto, em meados da década de 1890, foram exaustivamente analisadas durante o debate da teoria hídrica. A discussão mais interessante se deve ao dr. Olyntho Dantas, clínico de Santos, que polemizou com o dr. Pereira Barreto nas páginas do Correio Paulistano entre maio e junho de 1896, que apresentava como argumento mais forte, contrário à transmissão hídrica exclusiva da febre amarela, a ausência de casos nas localidades vizinhas a Santos, supridas pelos mesmos mananciais de água, como Cubatão, São Vicente e Guarujá. Enquanto para o dr. Pereira Barreto havia diferenças na qualidade da água de abastecimento público, o dr. Dantas explicava as diferenças epidemiológicas da febre amarela nos municípios vizinhos através da interação de uma série de

fatores, como a natureza do solo de Santos, a falta de uma ventilação adequada na cidade e a composição da população, fixa, aclimatada e resistente nas cidades vizinhas. Em Santos, por outro lado, a população era sempre alimentada com estrangeiros recém-chegados, suscetíveis à doença, não havendo diferença na qualidade da água dos outros municípios. Segundo o dr. Dantas, a recorrência do padrão de propagação da doença, sempre a partir de navios ancorados ao largo do porto, também contraindicava a teoria hídrica de Pereira Barreto - "*sempre o mal começou, dizem os moradores em Santos, no mar (...)*" - falando em favor da transmissão pelo ar. Como argumento definitivo a seu favor, apresentava o menor número de casos nas epidemias anteriores a 1889, quando inexistia água encanada em Santos e a população servia-se de chafarizes ou comprava água em potes e barricas, quando o esperado seria a relação inversa. (30)

Em 1900 o dr. Nicolau Vergueiro apresentava uma nova teoria para a febre amarela, que se assentava sobre a premissa de que a doença era gerada no sub-solo imundo, numa atualização da antiga teoria miasmática: do sub-solo, onde eram gerados, os agentes causais subiam à superfície e eram então aspirados. O trabalho de Vergueiro é exclusivo por se tratar da única tentativa no período para explicar as diferenças da incidência da doença entre o campo e a cidade. Tanto nas áreas urbanas quanto na zona rural, as casas, os habitantes, o clima, as moscas, a água, eram idênticos; o que mudava era o sub-solo, imundo nas cidades, pelo acúmulo de matérias fecais e resíduos orgânicos em putrefação, as latrinas e

(30) DANTAS, Olyntho. *Epidemiologia*. Correio Paulistano, 2 jun. 1896. p. 1; 3 jun. 1896. p. 2; 5 jun. 1896. p. 2 7 jun. 1896. p. 2; 16 jun. 1896. p. 2; *Epidemiologia*. O Estado de São Paulo, 25 mai. 1896. p. 1.

fossas infiltrando o sub-solo. Como profilaxia, Vergueiro indicava a limpeza e desinfecção do sub-solo, das redes de esgoto e a coleta regular do lixo. (31)

Outra abordagem científica da febre amarela na década de 1890 apresentava como elemento central os aspectos clínicos da doença. Por ter um quadro clínico que incluía elementos característicos da malária e da febre tifóide - daí a freqüente sinonímia de *tifo icterióide* - buscavam-se pontos comuns aos organismos responsáveis por essas três patologias. Sob esse prisma, as opiniões do Barão de Torres Homem eram muito respeitadas, tendo sido citadas à exaustão até o final do século, ponto de partida para a discussão sobre a etiologia da doença: a febre amarela era causada por um miasma misto e complexo, somatória dos miasmas tífico e paludoso.

As semelhanças entre os quadros clínicos da febre amarela e da febre tifóide e da malária, doenças para as quais havia pouco se descobriam os agentes causais e os mecanismos de transmissão, eram elementos muito considerados no diagnóstico e na definição das formas de tratamento da doença. Devido ao polimorfismo do quadro clínico da febre amarela, que por vezes se confundia com a malária, alguns autores acreditavam na penetração simultânea dos germes da febre amarela e do impaludismo; outros iam mais longe, negando a existência da febre amarela como uma doença autônoma, apresentando-a como uma forma mais grave da malária. Em 1894 chegou-se a questionar, inclusive, a natureza da epidemia que assolava o interior de São Paulo, supondo-se não se tratar realmente de febre amarela, ao contrário do Rio de Janeiro e Santos, tamanhas as

(31) VERGUEIRO, Nicolau P. de C. *Considerações sobre a Etiologia, Propagação e Profilaxia da Febre Amarela*. Revista Médica de S. Paulo, v. 3, n. 4, p. 59-65, 1900.

diferenças clínicas identificadas. (32) Permanecia uma certeza: a falta de resposta ao quinino era característica patognomônica da febre amarela. (33)

Para os adeptos do contágio, a porta de entrada dos germes no organismo era a superfície corporal, enquanto pela transmissão ela podia se dar pelo aparelho digestivo, com a participação ou não do aparelho respiratório. Segundo a teoria da transmissão hídrica, a penetração dos germes só se dava pelo estômago, através da ingestão de água poluída; para os que viam na água mais uma das formas de transmissão da doença, a entrada dos germes podia ocorrer também pelos pulmões: os micróbios, depois de inalados, voltavam à boca pela expiração, sendo então deglutidos. A voz discordante foi o dr. Sanarelli, cientista italiano que anteriormente estudara o cólera e a febre tifóide e que se radicara em Montevideu, pesquisando a doença no Rio de Janeiro. Esse autor, que tinha grande prestígio na época, defendia a idéia da febre amarela como uma afecção do sangue e não do aparelho digestivo, por encontrar o germe que julgava causador da doença - o *bacilo icteróide* - no sangue e nunca no estômago ou intestinos nas autópsias que realizou. (34)

(32) EPIDEMIAS no Interior [As]. O Commercio de São Paulo, 12 mai. 1894. p. 1; Febres no Interior [As]. Correio Paulistano, 13 mai. 1894. p. 1; VEIGA, Evaristo da. *A Epidemia do Oeste - Breves Considerações sobre sua Natureza, Meios de Propagação e Prophylaxia*. Bol. Soc. Med. e Cirurg. S. Paulo, v. 1, n. 9, p. 20-23; v. 1, n. 10, p. 9-12; v. 1, n. 11, p. 5-9, 1896.

(33) DANTAS, Olyntho. *Febre Amarella Typhica ou Malarica ?* Brazil-Médico, v. 8, n. 31, p. 241-243; v. 8, n. 33, p. 257-261, 1894.

(34) Dr. Sanarelli [O]. O Estado de São Paulo, 21 nov. 1896. p. 1; SANARELLI, Giuseppe. *A Febre Amarella - Conferencia do dr. Sanarelli*. Correio Paulistano, 11 jun. 1897. p. 1-2; FEBRE Amarella [A]. O Estado de São Paulo, 11 jun. 1897. p. 1; SANARELLI, Giuseppe. *Conferência lida perante a Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, em 8 de Março de 1898...* Revista Medica de S. Paulo, v. 1, n. 2, p. 19-27, 1898.

1.2. A disputa pela descoberta do agente causal

A disputa pela primazia na descoberta do micróbio causador da febre amarela tornou-se mais acirrada na segunda metade da década de 1890, com a crença de que, muito breve, com o progresso da ciência e instrumentos como a bacteriologia e o microscópio, o germe responsável pela febre amarela seria finalmente visualizado. A descoberta do micróbio revestia-se de grande importância, pois havia a expectativa de que seria o primeiro passo para a vacina e um soro terapêutico para os doentes.

Havia a crença de que a febre amarela produzia uma toxina, responsável pelos sintomas mais graves da doença, como a anúria, teoria certamente desenvolvida em analogia à recente descoberta da toxina diftérica. (35) O anúncio da descoberta do pretense germe causador da febre amarela pelo dr. Sanarelli em junho de 1897, foi discutido em sessão da Academia Nacional de Medicina do Rio de Janeiro e o material analisado pelo Instituto Bacteriológico de São Paulo, causando grande impacto e desencadeando uma disputa com cientistas brasileiros, que negavam seu mérito e afirmavam ter realizado anteriormente tal descoberta.

O germe apresentado pelo dr. Sanarelli, o *bacilo icteróide*, transmitido de várias maneiras, permaneceria para muitos autores brasileiros

(35) Entre as técnicas e produtos empregados no tratamento da febre amarela, os mais comuns eram os que provocavam a sudorese. O seu uso embasava-se na tentativa de eliminar as toxinas pelo suor, já que os rins estariam comprometidos pela doença, como indicava a presença de albumina na urina, e na fase final da doença, a anúria. (DANTAS, Olyntho. *Febre Amarella Tyfica ou Malarica ? Brazil-Médico*, v. 8, n. 31, p. 241-243; v. 8, n. 33, p. 257-261, 1894)

como o causador da febre amarela por um bom tempo, rivalizando mais tarde com a teoria havanesa da transmissão pelo mosquito. (36) A teoria de Sanarelli foi apoiada por vários cientistas brasileiros de prestígio, entre outros, Carlos Seidl, Victor Godinho, Arthur Mendonça e Adolfo Lutz – este último, diretor do Instituto Bacteriológico, enviado oficial do governo paulista a Montevideú para acompanhar a conferência em que o cientista italiano comunicava ao mundo sua descoberta –, que realizariam estudos no Brasil para testar sua veracidade. (37) O dr. Artur Mendonça, que vinha procurando há algum tempo no Instituto Bacteriológico de São Paulo o micróbio responsável pela febre amarela, capitulou diante do *bacilo icteróide* de Sanarelli, aderindo à teoria do novo germe. Pesquisando o *bacilo* em doentes do hospital de isolamento do município de São Carlos, na região da Paulista, em parceria com o dr. Vital Brazil, Arthur Mendonça não foi bem sucedido no desenvolvimento do almejado soro curativo, que se mostrou ineficaz. (38)

- (36) FEBRE Amarella. O Estado de São Paulo, 25 jul. 1897. p. 1.
A permanência das idéias de Sanarelli por um bom tempo, abandonadas somente diante dos experimentos da comissão norte-americana em Cuba, deveu-se ao rigor da metodologia utilizada pelo cientista em seus estudos, segundo o que existia de mais atual na ciência na época.
- (37) LUTZ, Adolpho. A Febre Amarella em S. Paulo. Brazil-Medico, v. 12, p. 416-417, 1898; SEIDL, Carlos. A Serotherapia da Febre Amarella. Brazil-Medico, v. 12, n. 5, p. 44-45, 1898; GODINHO, Victor. A Febre Amarella - Notas Hygienicas. Revista Medica de S. Paulo, v. 1, n. 8, p. 131-134, 1898; MENDONÇA, Arthur, TOLEDO, Bonilha de. Um Bacillo Encontrado nas Fezes de Doentes de febre Amarella. Bol. Soc. Med. e Cirurg. S. Paulo, v. 3, n. 26, p. 7-13, 1897; MENDONÇA, Arthur. Pesquisa do "Bacillo Icteroide" em S. Carlos do Pinhal. Revista Medica de S. Paulo, v. 1, n. 5, p. 84-87, 1898.
- (38) MENDONÇA, Arthur, TOLEDO, Bonilha de. Um Bacillo Encontrado nas Fezes de Doentes de Febre Amarella. Bol. Soc. Med. e Cirurg. S. Paulo, v. 3, n. 26, p. 7-13, 1897; MENDONÇA, Arthur. Pesquisa do "Bacillo Icteroide" em S. Carlos do Pinhal. Revista Medica de S. Paulo, v. 1, n. 5, p. 84-87, 1898.

A descoberta do *bacilo icteróide* foi um marco na investigação da causalidade da febre amarela, incluindo uma nova explicação para o suposto polimorfismo da transmissão da doença, através da água, do ar e do contato com objetos, alimentos, papéis de correspondências, etc.: os bolores presentes nos locais úmidos transportavam os *bacilos*, mecanismo que facilitava sua entrada no organismo, pela inspiração; a invariável remissão das epidemias no inverno decorria da redução da umidade nos meses de frio, que dificultava a reprodução dos bolores, e por conseguinte a propagação dos *bacilos icteróides*. Esse mecanismo oferecia uma explicação racional para alguns episódios marcantes na época, como a morte do Presidente da Província do Ceará em 1889, creditada à abertura de envelopes de correspondência enviados de Campinas, ou a morte de dois italianos em Juiz de Fora, que teriam contraído a doença ao desmanchar colchões velhos, de antigos doentes de febre amarela, guardados há mais de 15 anos. (39)

Pouco tempo depois do anúncio do bacilo icteróide por Sanarelli, o dr. Caldas, um médico gaúcho, alegando ter descoberto anteriormente o micróbio causador da febre amarela e desenvolvido um soro curativo para a doença, dando origem a uma polêmica que se encerrou somente com os experimentos de Cuba, comprovando a transmissão pelo mosquito, com o que o dr. Caldas foi definitivamente desacreditado. Dois

(39) LACERDA, João Baptista de. *Factos Concordantes e Provas Indirectas da Interferencia dos Bolores na Propagação da Febre Amarella*. *Brazil-Medico*, v. 13, n. 22, p.212-214, 1899; SANARELLI, Giuseppe. *Conferência lida perante a Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, em 8 de março de 1898 ... Revista Medica de S. Paulo*, v. 1, n. 2, p. 19-27, 1898; RIBAS, Emilio. *Campanhas Sanitárias - Febre Amarela (Conferência pronunciada pelo dr. Emilio Ribas no Centro Acadêmico 'Oswaldo Cruz' em Novembro de 1922, 1962*; NAVA, José. *A Febre Amarella e os Mosquitos*. *Brazil-Medico*, v. 17, n. 18, p. 179, 1903.

meses antes do anúncio oficial das descobertas de Sanarelli, foram divulgados na imprensa os experimentos realizados pelo dr. Caldas no Hospital São Sebastião, no Rio de Janeiro, de um soro curativo desenvolvido a partir de um germe que isolara no ano anterior, em culturas de partes da mucosa do estômago de cadáveres e do vômito negro de doentes de febre amarela. Os primeiros resultados foram promissores, pois de quatro pacientes tratados três haviam se salvado. Na esteira do sucesso do soro anti-diftérico, a soroterapia tornara-se uma técnica da moda, acreditando-se na possibilidade da cura de um grande número de moléstias a partir de soros específicos, testando-se no mundo todo uma série de produtos, contra o câncer, a varíola, a escarlatina, a sífilis, o reumatismo articular agudo, a coqueluche, a lepra, etc. (40)

Um mês depois do anúncio da descoberta do dr. Caldas na imprensa geral, o assunto entraria em pauta na Academia Nacional de Medicina. Nesse episódio, assim como já acontecera no debate sobre a transmissão hídrica da febre amarela, foi intensa a luta pela conquista da opinião pública através de artigos na imprensa geral. (41) No fim de abril de 1897 o dr. Caldas seguia para São Paulo para a divulgação de seu soro; as autoridades sanitárias paulistas, entretanto, não consideraram garantidos os processos utilizados no preparo do produto, que poderia se contaminar por algum microorganismo patogênico, hipótese que não se confirmou após a análise de algumas ampolas do soro, que se mostrou inócuo. O jornal O

(40) SEIDL, Carlos. *A Proposito da Serumtherapia da Febre Amarella, segundo o Methodo do dr. Caldas (do Rio Grande)*. Brazil-Medico, v. 11, n. 21, p. 182-185, 1897; _____. *Serumtheraphia da Febre Amarella*. Brazil-Médico, v. 12, n. 21, p. 187-188, 1898.

(41) TRATAMENTO da Febre Amarella pelo Serum Anti-Amarillico [Seção Livre]. Correio Paulistano, 13 abr. 1897. p. 4; SERO Anti-Amarillico [0]. O Estado de São Paulo, 8 mai. 1897. p. 1.

Estado de São Paulo se empenhou pela utilização do soro Caldas em São Paulo, em artigo de 14 de maio de 1897, acusando a Diretoria do Serviço Sanitário de *indisciplina e indelicadeza*, por não divulgar oficial e rapidamente os resultados das análises realizadas, liberando logo o soro para uso, pois as indicações experimentais de sua inocuidade já estariam disponíveis há algum tempo, e se não havia garantias de que o produto curava a febre amarela, ao menos ele não era nocivo à saúde; para o jornal, essa atitude do governo paulista era indício de má vontade para com o trabalho do dr. Caldas. (42) No dia seguinte à publicação da matéria, o dr. Adolpho Lutz, diretor do Instituto Bacteriológico de São Paulo e responsável pelas análises do soro anti-amarílico, apresentava réplica n' O Estado de São Paulo acusando amigos do dr. Caldas no meio médico de fazer propaganda do soro através de artigos anônimos, comportamento que considerava inadequado em se tratando de questões científicas; defendia as cautelas do Instituto de Bacteriologia, em função do pequeno número de casos tratados e do que considerava otimismo excessivo do dr. Caldas. Crítico isolado do nacionalismo que impregnava amplos setores da imprensa e da classe médica e que vinha contagiando a discussão sobre o soro Caldas, Adolfo Lutz concluía:

"A eficácia do serum pode só ser decidida por observação demorada e criteriosa por homens que vêm nisso uma questão de ciência e não de patriotismo. Este último, em nossa opinião, consiste em não ridicularizar a 'nossa pátria comum' por meio de trabalhos que nada têm de sério e apenas são caricaturas de investigação científica." (43)

(42) SORO Caldas [O]. O Estado de São Paulo, 14 mai. 1897. p. 1.

(43) LUTZ, Adolpho. *O Soro Caldas*. O Estado de São Paulo, 15 mai. 1897. p. 1.

O grupo do Instituto Bacteriológico de São Paulo, acabou por contraindicar a utilização do soro Caldas, numa das muitas polémicas que o dr. Lutz travou com a classe médica e a a imprensa no final do século XIX.

(44) A descrição do produto foi considerada genérica, dando margem a temores quanto à sua utilização e à técnica de isolamento do germe, defeituosa, por não respeitar as normas da moderna bacteriologia, levantando suspeitas de que o soro fora preparado a partir de um caldo de germes e não de um micróbio específico. (45)

Em 1901 encerrou-se a fugaz trajetória do soro Caldas. Em 1898 a Academia Nacional de Medicina já criticara o produto, considerando-o ineficaz; além disso, o dr. Caldas não vinha obedecendo aos princípios mais elementares da bacteriologia e da epidemiologia em seus procedimentos. Depois dos experimentos demonstrando a transmissão da febre amarela pelo mosquito, o dr. Caldas contactou a comissão do exército norte-americano responsável pelos trabalhos em Cuba, que se comprometeu a nomear uma nova comissão para estudar o seu soro. Era intenção do Dr. Caldas realizar experimentações utilizando os fatos novos demonstrando a transmissão da febre amarela pelo mosquito, para comprovar que a doença era causada pelo

(44) Os episódios mais polémicos em que Lutz, então à frente do Instituto Bacteriológico de São Paulo, enfrentou-se com a opinião pública e parcelas importantes dos médicos da época, referem-se a três situações: um surto de cólera na Hospedaria dos Imigrantes em 1893, as chamadas *febres paulistas*, que grassavam na Capital do Estado em meados da década, confirmadas como febre tifóide, e a peste em Santos, em 1899. (ANTUNES, José Leopoldo Ferreira, NASCIMENTO, Cláudia Barleta do, NASSI, Lúcia Castilho. *Laboratório de Saúde Pública (1892-1925): Cronologia Histórica*. In: ANTUNES, José Leopoldo Ferreira et al. (org.) Instituto Adolfo Lutz - 100 Anos do Laboratório de Saúde Pública. 1992. p. 47-62)

(45) LUTZ, Adolpho, MENDONÇA, Arthur, TOLEDO, Bonilha de. *Serum contra a Febre Amarela Proposto pelo dr. Philippe Caldas- Parecer dos Autores, do Instituto Bacteriologico do Estado de São Paulo*. Brazil-Medico, v. 11, p. 268-269, 1897.

micróbio que empregava na elaboração de seu soro. Inicialmente pretendia testar uma vacina que desenvolvera contra o germe: ele imunizaria pessoas sabidamente sãs e depois as submeteria a picadas de mosquitos infectados; entretanto, como não detalhou os processos envolvidos na produção da vacina, a comissão recusou-se a participar dos experimentos, limitando-se a facilitar o que fosse possível e a fiscalizar as provas.

Foram contratados quatro imigrantes remunerados para os experimentos, e logo de saída o primeiro adquiriu uma forma grave de febre amarela. A reação inicial do dr. Caldas foi negar que o quadro desenvolvido pelo voluntário fosse febre amarela, tratando-se de uma infecção séptica. Diante da oposição firme da comissão fiscalizadora, que firmara o diagnóstico de febre amarela nesse paciente, ele mudou sua opinião quanto à transmissão da doença pelo mosquito, que aceitara anteriormente, levando-o até Cuba, passando a negar o mecanismo demonstrado pelo exército norteamericano em Cuba. A seguir, a comissão ordenou a suspensão dos experimentos e o dr. Caldas retornou desmoralizado ao Brasil, declarando à imprensa e aos colegas não ter realizado em Cuba os experimentos pretendidos por falta de doentes. Com a publicação na imprensa médica do Rio de Janeiro de um artigo revelando os verdadeiros acontecimentos de Cuba, o dr. Caldas e seu soro foram relegados ao ostracismo. (46)

O tom nacionalista, que marcou as questões científicas no período republicano e que transpassou a discussão do soro Caldas, mostrou-se mais claramente na discussão de um outro episódio da disputa pela

(46) HARVARD, V. *A Vacina e o Serum do dr. Phelippe Caldas contra a Febre Amarella*. *Brazil-Medico*, v. 15, n. 6, p. 456-457, 1901.

primazia da descoberta do germe causador da febre amarela, o *criptococo xantogênico* de Domingos Freire. Um mês depois do anúncio do soro do dr. Caldas, em maio de 1897, e também precedendo a conferência de Sanarelli, em Montevidéu, o dr. Freire foi à imprensa geral fazer a defesa do *criptococo xantogênico*, micróbio que propusera como causador da febre amarela já na década de 1880, e que agora seria alvo de investigação de uma comissão científica nomeada pelo governo federal. (47)

Mais algum tempo e Domingos Freire promoveria uma conferência no Rio de Janeiro, à qual compareceram o Presidente e o Vice-Presidente da República, dr. Prudente de Moraes e dr. Manoel Victorino, entre muitas outras autoridades, e que recebeu grande cobertura da imprensa. Fez uma crítica completa aos trabalhos de Sanarelli, incluindo os métodos clínicos e epidemiológicos, e à conduta ética do cientista italiano, por inocular um germe sabidamente patogênico em indivíduos sãos, ciente de antemão que eles morreriam. Além do mais, o germe de Sanarelli seria na verdade um stafilococo, e os casos da doença induzida experimentalmente com a inoculação do *bacilo icteróide*, septicemias e não febre amarela; e o verdadeiro agente causal da febre amarela, o micróbio por ele descoberto, o *micrococo xantogênico*. (48)

A presença de autoridades do porte do Presidente da República em palestra tratando de assunto de natureza científica não era fortuita, representando o apoio oficial a um cientista brasileiro que pretendia ter

(47) ESTUDOS sobre a Febre Amarella. Correio Paulistano, 17 mai. 1897. p. 1.

(48) FEBRE Amarela [A]- A Conferencia do Professor Freire. O Estado de São Paulo, 21 jun. 1897. p. 1; FREIRE, Domingos. Conferencia sobre a Febre Amarella. Correio Paulistano, 30 jun. 1897. p. 1; 19 jul. 1897. p. 1-2.

descoberto o agente causal da febre amarela, sobrepujando a ciência estrangeira. Nesse momento as questões científicas relacionadas à saúde pública em geral, mais especificamente à febre amarela e ao seu agente causal, recebiam tratamento de *questão de Estado*, e era desejo oficial que a glória das descobertas ficasse com um cientista brasileiro. Trata-se de elementos de um nacionalismo com características ufanistas que já impregnava as questões científicas em saúde na última década do século XIX, e que mais tarde, tendo na publicação do livro de Afonso Celso em 1902 - *Por que me Ufano do meu País* - um marco, assumiu a forma de movimento, o *ufanismo*. (49)

No campo das instituições médicas, os trabalhos de Freire foram investigados pela Diretoria Geral de Saúde Pública do Rio de Janeiro, que nomeou uma comissão para reproduzir os experimentos com o *criptococo xantogênico*. Os resultados dessa comissão, entretanto, foram recusados pela Academia Nacional de Medicina pelo fato de seus membros não terem experiência anterior em bacteriologia nem terem trabalhado com a necessária liberdade, já que haviam sido indicados pelo dr. Freire, que acompanhara de perto os trabalhos, policiando eventuais resultados desfavoráveis. A Academia acabou por solicitar ao poder público a proibição da vacina de Freire - que já vinha sendo empregada no Rio de Janeiro e no Estado de São Paulo em larga escala - por ser nociva à saúde. (50)

(49) LEITE, Dante Moreira. O Caráter Nacional Brasileiro - História de Uma Ideologia. 1983. p. 211-212.

(50) PAZ, Campos da, et al. *Verificação dos Estudos Experimentaes do dr. Freire sobre a Febre Amarella*. Brazil-Medico, v. 12, n. 8, p. 71-72; v. 12, n. 9, p. 78-81, 1898; RAMOS, Afonso. *Etiologia e Tratamento da Febre Amarella*, in: Brazil-Medico, v. 12, n. 45, p. 403-405, 1898; ANDRADE, Nuno de. *Pathogenia da Febre Amarella*. Brazil-Medico, v. 12, n. 48, p. 429-431, 1898.

Após os primeiros experimentos em Cuba, realizados pela Comissão do Exército Norte-Americano, comprovando a transmissão da febre amarela pelo mosquito, em 1900, desenvolvidos a partir da teoria apresentada por Finlay, em 1881, a reação da maior parte dos cientistas nacionais foi de incredulidade com a nova doutrina. (51) Aqui novamente pesou o nacionalismo dos homens de ciência brasileiros: tratava-se de desabonar tudo o que até então havia sido realizado no país no combate à febre amarela, sob sua idealização - e com bons resultados, cumpre ressaltar, pois as grandes epidemias da década de 1890 haviam sido controladas com o conjunto de medidas empíricas adotadas - por uma teoria apresentada por estrangeiros, cuja aplicação excluía as tradicionais ações sobre a salubridade urbana. Havia também o temor de que, ao se abandonarem práticas gerais de higiene urbana, cuja importância já estava introjetada no imaginário popular, por ações dirigidas exclusivamente ao combate ao mosquito, conforme preconizava a comissão norte-americana em Cuba, haveria um aumento na imundície das cidades e um retorno a hábitos pessoais insalubres, com conseqüências catastróficas. (52)

(51) FINLAY, Carlos J. *El Mosquito Hipoteticamente considerado como Agente de Transmision de la Fiebre Amarilla*. In: EL Desafio de la Epidemiologia - Problemas y Lecturas Seleccionadas. 1988. p. 63-68

(52) MENDONÇA, Arthur. *Os Trabalhos da Comissão Norte-Americana*. Revista Medica de S. Paulo, v. 4, n. 8, p. 131-132, 1901; PINTO, Jorge. *Propagação da Febre Amarella pelos Mosquitos*. Brazil-Medico, v. 17, n. 7, p. 59-61; v. 17, n. 8, p. 71-73; v. 17, n. 9, p. 81-82; v. 17, n. 11, p. 109-110, 1903; TORRES, Theophilo. *Prophylaxia da Febre Amarella - Sessão em 31 de Julho de 1902 da Academia Nacional de Medicina*. Brazil-Medico, v. 16, n. 31, p.309-310, 1902.

O grande choque com a teoria da transmissão pelo mosquito foi que, como a comissão norte-americana apresentou esse mecanismo como a forma *exclusiva* de propagação da doença, esta podia ser controlada apenas com medidas dirigidas ao extermínio do inseto, em lugar do vasto arsenal de ações gerais de saneamento urbano até então empregadas. Em outras palavras, tratava-se da reação à transição de um modelo *multicausal* até então associado à febre amarela, implicando na aplicação de um conjunto de medidas sanitárias sobre múltiplos aspectos da vida urbana, por uma causa única para a febre amarela, combatida exclusivamente através do controle do vetor.

A transmissão eventual da febre amarela pelo mosquito, uma entre várias formas, era possibilidade aceita pelos médicos brasileiros, mas nunca a exclusividade da transmissão pelo vetor, o que implicaria numa mudança radical do modelo de intervenção sanitária até então adotado. A idéia de um vetor para a febre amarela não era novidade, afinal já fazia vinte anos que Finlay lançara sua teoria, e nesse intervalo alguns médicos brasileiros haviam cogitado a existência de um inseto como agente acessório da transmissão da doença. (53)

O dr. Jorge Pinto, um crítico impiedoso da nova teoria, considerando-a simplória, por substituir as ações sanitárias pela mera perseguição aos mosquitos, fazia ironia com a sugestão apresentada por Guilherme Álvaro, de se criar um grande número de sapos nas cidades, que comeriam os mosquitos, como a consumação da transformação da medicina

(53) FERREIRA, M. J. *Emilio Ribas (Conferencia pronunciada no III Congresso Brasileiro de Hygiene, realizado em São Paulo, em 1926)*. Archivos de Hygiene e Saude Publica, v. 1, n. 1, p. 23-35, 1936; GODINHO, Victor. A Febre Amarella no Estado de S. Paulo - Pathogenia, Transmissibilidade - Tratamento Racional pelo dr. Victor Godinho. 1897. p. 65.

num ramo da zoologia, no caso da adoção dos pressupostos da teoria havanesa:

"Ninguém mais do que eu a deseja ver triunfante, vitoriosa, incontrastável, unanimemente aceita, firmando as bases de uma profilaxia fácil, banal, elementaríssima contra o temeroso morbo. Sim, porque o combate ao tifo icteróide se limitará a uma simples guerra ao mosquito rajado: cortinas para a defesa - pó de píretro e petróleo para a agressão. Nada mais cômodo. Um passo mais para converter a ciência médica em ramo da zoologia." (54)

Havia os que eram contra a nova teoria por coerência à anterior adesão ao bacilo de Sanarelli; concordar com a teoria havanesa era reconhecer o erro incorrido nos últimos anos, a crença num micróbio inexistente. Esse foi o caso do dr. Nicolau Vergueiro, diretor do Serviço de Higiene do Estado do Rio de Janeiro, que duvidava de que a doença provocada pela picada do mosquito fosse a febre amarela, pois faltava a demonstração do *bacilo icteróide* nos casos de febre amarela experimental. (55) O fato de a quase totalidade dos casos produzidos experimentalmente serem benignos deu origem a críticas semelhantes, herdadas da crença na produção de uma toxina pelo agente causal da febre amarela: nos casos experimentais o mosquito não estaria transmitindo o agente etiológico, mas somente a sua toxina. (56)

- (54) PINTO, Jorge. *Propagação da Febre Amarella pelos Mosquitos*. Brazil-Medico, v. 17, n. 7, p. 59-61; v. 17, n. 8, p. 71-73; v. 17, n. 9, p. 81-82; v. 17, n. 11, p. 109-110, 1903; ALVARO, Guilherme. *Propagação da Febre Amarella pelos Mosquitos*. Brazil-Medico, v. 17, n. 11, p. 109-110, 1903.
- (55) VERGUEIRO, Nicolau P. de C. *A Febre Amarella e sua Supposta Transmissão pelo "Stegomyia Fasciata"*. Revista Medica de S. Paulo, v. 6, n. 6, p. 105-112, 1903.
- (56) BANDI, Ivo. *Sobre o valor das Experiencias Realizadas no Hospital de Isolamento de S. Paulo, para Demonstrar a Veracidade da Theoria da Transmissão da Febre Amarella pelos Pernilongos do Genero "Stegomyia Fasciata"*. Brazil-Medico, v. 17, n. 24, p. 233-236, 1903; MENDONÇA, Arthur. *Qual a Natureza da Molestia Produzida pela*

O dr. Arthur Mendonça foi outro cientista que continuou ainda por algum tempo defendendo a teoria do *bacilo icteróide* de Sanarelli em contraposição à transmissão pelo mosquito, polemizando em 1901 com Adolpho Lutz, exonerando-se do Instituto Bacteriológico por discordar da adesão de seu diretor à nova teoria. Juntamente com Emílio Ribas, Lutz fora enviado em missão oficial do governo paulista à famosa conferência de Montevideú, em 1897, aceitando com ressalvas o bacilo de Sanarelli. (57) Foi um dos primeiros cientistas brasileiros a aderir à teoria da transmissão da febre amarela, repetindo com sucesso, à frente do Instituto Bacteriológico de São Paulo, os experimentos realizados em Cuba, o que granjeou grande prestígio à sua equipe e à instituição. (58)

Arthur Mendonça discordava de Adolfo Lutz por ver no combate ao mosquito uma atividade secundária no controle da febre amarela, creditando os resultados positivos obtidos em Cuba às medidas adotadas concomitantemente para a melhoria do saneamento local. Via na aceitação do modelo cubano o desprestígio de tudo aquilo de positivo que a ciência brasileira alcançara até então com uma intervenção ampla sobre o saneamento e a organização da vida urbana:

Picada do Mosquito Alimentado com o Sangue de Febre Amarella ?
Revista Medica de S. Paulo, v. 6, n. 10, p. 199-222, 1903.

- (57) ANTUNES, José Leopoldo Ferreira, NASCIMENTO, Cláudia Barleta do, NASSI, Lúcia Castilho. *Laboratório de Saúde Pública (1892-1925): Cronologia Histórica*. In: ANTUNES, José Leopoldo Ferreira et al. (org.) Instituto Adolfo Lutz - 100 Anos do Laboratório de Saúde Pública. 1992. p. 64; SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Diretoria do Serviço Sanitário. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 1287, ao Secretário do Interior, de 4 de Agosto de 1897 e anexos. 1897.
- (58) A descrição completa dos experimentos realizados pelo Instituto Bacteriológico na Capital do Estado e em São Simão encontra-se em SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Diretoria do Serviço Sanitário. A Febre Amarella e o Mosquito. Archivos de Hygiene e Saude Publica, v. 1, n. 1, p. 121-142, 1936.

"Amesquinhar os triunfos obtidos no nosso Brasil para fazer brilhar os resultados colhidos em Cuba é que não posso fazer.

O relatório oficial de Cuba demonstra que ao lado do extermínio do mosquito foi também empregada uma série de medidas, que com certeza influíram na profilaxia da febre amarela, como das outras moléstias infecciosas."
(59)

A principal crítica metodológica que se fez aos experimentos de Cuba, aceita inclusive por seus adeptos, decorria do fato de Havana localizar-se numa zona endêmica para a febre amarela, possibilitando a contaminação acidental dos voluntários antes ou durante os experimentos, falhas que Lutz e sua equipe corrigiram repetindo os experimentos em São Paulo, cidade reconhecidamente indene à febre amarela epidêmica. Esses novos experimentos, por terem sido cercados de maiores cuidados metodológicos e realizados por brasileiros, contribuíram para reduzir as resistências à teoria no país. Outra contribuição dos experimentos do Instituto Bacteriológico de São Paulo foi que, enquanto a comissão do exército norte-americano em Cuba apenas comprovou a transmissão da doença através do mosquito, Lutz demonstrou a não contagiosidade da febre amarela através do vômito, fezes e roupas usadas pelos doentes. Em 1903 uma comissão do Instituto Pasteur, de Paris, veio ao Rio de Janeiro para a realização de novos experimentos com a transmissão da febre amarela pelo mosquito, detalhando novos aspectos até então ainda não estudados nem pela comissão norte-americana nem pela equipe do Instituto Bacteriológico de São Paulo, reforçando junto aos médicos a crença na nova teoria. (60)

(59) MENDONÇA, Arthur. Febre Amarella - A Doutrina Bacteriana de Sanarelli - Os Trabalhos da Comissão Norte-Americana - As Experiências do Hospital de Isolamento de São Paulo pelo dr. Arthur Mendonça, 1903.

(60) LUTZ, Adolpho. Febre Amarella - Resposta. Revista Medica de S. Paulo, v. 4, n. 4, p. 65-67, 1901; MENDONÇA, Arthur. Febre

Em meio a tantas vozes discordantes, em janeiro de 1901 Emílio Ribas lançava as bases do que seria o combate e a profilaxia da transmissão da febre amarela em São Paulo e Rio de Janeiro a partir de então: evitar águas estagnadas e, quando não fosse possível, lançar querosene nas coleções de água parada; proteção aos doentes com cortinados; utilização de pós inseticidas nos domicílios; isolamento das habitações com telas de pano nas janelas e tela metálica na porta principal; evitar as casas onde houvessem ocorrido casos de febre amarela até que elas fossem pulverizadas por inseticidas; e a proteção dos hospitais de isolamento contra os mosquitos. (61) À frente da Diretoria do Serviço Sanitário desde 1898, as campanhas sanitárias em Ribeirão Preto, São Simão, Sorocaba e outras cidades do Estado, embasadas no novo modelo, foram um sucesso, possibilitando a rápida extinção da febre amarela epidêmica e urbana no Estado de São Paulo em 1904. (62) O combate à febre amarela em Ribeirão Preto exclusivamente através de medidas de controle do mosquito, sem as

Amarella - Resposta ao snr. dr. Adolpho Lutz. Revista Medica de S. Paulo, v. 4, n. 4, p. 67-70, 1901; _____ . Os Trabalhos da Comissão Norte-Americana. Revista Medica de S. Paulo, v.4, n. 8, p. 131-132, 1901; MARCHOUX, Emile, SIMOND, P. L. A Febrè Amarella - Relatório da Missão Franceza constituida pelos srs. drs. Marchoux, Salimbeni e Simond. Brazil-Medico, v. 17, n. 48, p. 473-496, 1903.

- (61) RIBAS, Emilio. *O Mosquito como Agente da Propagação da Febre Amarella. Brazil-Medico, v. 15, n. 34, p. 331-334; v. 15, n. 42, p. 411-415, 1901.*
- (62) O relato do combate às epidemias de Ribeirão Preto, São Simão, Sorocaba e outras cidades do Estado de São Paulo segundo o novo método que previa o controle ao vetor da febre amarela, encontram-se em RIBAS, Emilio. *Prophylaxia da Febre Amarella. Brazil-Medico, v. 17, n. 35, p. 343-347; v. 17, n. 36, p. 353-357; v. 17, n. 37, p. 363-364; v. 17, n. 38, p. 374-376; v. 17, n. 39, p. 383-384; v. 17, n. 40, p. 395-400, 1903; _____ . A Extinção da Febre Amarela no Estado de S. Paulo (Brasil) e na Cidade do Rio de Janeiro. In: SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Em Memória de Emílio Ribas no Cinquentenário de sua Morte. 1975.*

tradicionais intervenções sobre o saneamento e a higiene do meio urbano seria mais uma prova confirmando a nova teoria, abrindo caminho para as campanhas sanitárias de Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro. (63)

Estava decretada a morte do modelo de intervenção estatal que se forjara durante a década de 1890, de uma medicina social em sua vertente urbana, voltada ao controle do contato desordenado que o caos da vida na cidade propiciava, substituída pelo controle do vetor da febre amarela. Abandonavam-se os resquícios da teoria dos miasmas que ainda havia no modelo de intervenção sanitária gestado sob a chefia do dr. Silva Pinto na Diretoria do Serviço Sanitário de São Paulo, e em lugar de um complexo de medidas de saneamento urbano, para o controle da circulação do ar e da água, e da *quarentena* dos doentes, com seu isolamento nos *lazaretos*, adotava-se em sua plenitude o modelo bacteriológico: para uma doença cuja causa era conhecida e única, nada mais adequado que soluções dirigidas e específicas, de fácil aplicação, por não depender de alterações mais profundas na organização da vida urbana. Iniciava-se o período de transição do modelo tecno-assistencial campanhista/policial, que predominou absoluto até a reforma sanitária de 1917/1918, quando começou a delinear-se um novo padrão de organização das práticas sanitárias no Estado de São Paulo.

(63) BRAZIL, Vital. *Emilio Ribas*. Archivos de Hygiene e Saúde Pública, v. 1, n. 1, p. 7-12, 1936.

2. O modelo campanhista/policial em ação

O conjunto de práticas sanitárias que integravam o modelo sanitário campanhista/policial, delineado no Estado de São Paulo no início da República, apresentava como uma de suas características básicas a ambigüidade de contemplar os dois mecanismos de propagação das doenças epidêmicas - *o contágio e a transmissão* - característica decorrente das incertezas sobre os mecanismos de propagação das doenças epidêmicas. O panorama era completado por um complexo de ações para o controle da circulação do ar e do fluxo das águas nas áreas urbanas, onde as alterações podiam causar doenças. Essa era uma perspectiva herdada da medicina colonial, que permanecera na vertente urbana da medicina social no Brasil, acrescida do cientificismo próprio do período republicano.

A água impura era fator de insalubridade, bem como o ar ou o solo úmidos, presentes nas proximidades dos cursos d'água ou decorrentes da transpiração animal, aumentada nas grandes cidades, especialmente nas casas mal construídas e nos cortiços. O fluxo insuficiente do ar, que por sua vez apresentava-se quase sempre acompanhado da umidade excessiva nas cidades de praia, encravadas entre o oceano e as montanhas, como Santos e Rio de Janeiro, seria especialmente nocivo. Daí a importância conferida à abertura de grandes avenidas perpendiculares ao mar, que trouxessem à terra as brisas salgadas, contribuindo para a circulação do ar e o dessecamento do solo da cidade. (64) Outra medida indicada para a melhoria

(64) SÃO PAULO. Secretaria da Agricultura. Relatório da Secretaria da Agricultura, Commercio e Obras Públicas ao Presidente do Estado

da qualidade do ar e do solo era o plantio de um grande número de árvores nas áreas urbanas, para a redução da umidade da atmosfera, do solo e subsolo, prática comum em muitos municípios afetados por epidemias. As árvores preferidas para essa finalidade eram os eucaliptos. (65)

As prescrições para uma boa iluminação das construções privadas e públicas, freqüentes e detalhadas em toda a legislação sanitária do período, deviam-se à crença no poder germicida da luz solar e à tentativa de garantir, através de portas e janelas amplas e paredes elevadas, uma boa ventilação dos cômodos, eliminando-se o ar viciado, a umidade e os bolores.

Também acreditavam que o solo úmido e contaminado, fonte potencial de miasmas e depositário de germes, podia ser contaminado pelo gás de iluminação pública, a partir de vazamentos nos encanamentos subterrâneos. (66) A contaminação do solo pela deposição de sujeiras no leito das ruas era apontada como fator de poluição do ar pela fermentação dos detritos, que lançavam gases na atmosfera. Receio especial causavam a urina e as fezes dos animais e habitantes depositados nos vãos dos paralelepípedos. Como profilaxia indicava-se a irrigação das ruas com água pura ou acrescida de desinfetantes, cuja alegada insuficiência na Capital do

pelo dr. Theodoro Dias de Carvalho Junior - 1895. 1898. p. 189-190.

(65) Em 1895, o que era considerado pelo editor d'O Comercio de São Paulo como descuido com a arborização da Capital, em contraposição ao trabalho em executado pela prefeitura de Paris, modelo a ser seguido, era motivo para mais uma cáustica crítica do jornal contra a administração municipal paulistana. (Salubridade. O Comercio de São Paulo, 5 mar. 1895, p. 1; Salubridade. O Comercio de São Paulo, 7 mar. 1895, p. 1)

(66) SÃO PAULO. Secretaria da Agricultura. Relatório ao Presidente do Estado de São Paulo pelo dr. Jorge Tibiriçá Secretário da Agricultura, Comércio e Obras Públicas em 4 de Abril de 1893. 1893. p. 19-24.

Estado era um dos motes para as críticas d' O Commercio de São Paulo à administração municipal. (67)

Como os casos de febre amarela aumentavam depois de chuvas seguidas de sol, outra possibilidade era que a doença transmitia-se pelo ar, contaminado pelo vapor levantado do solo contaminado. (68) Como questão também relacionada à água, eram motivo de grande preocupação os rios e riachos poluídos que cortavam as cidades, o córrego Anhumas em Campinas e o rio Tietê em São Paulo sendo exemplos, escolhidos entre muitos, que receberam grande atenção do poder público no início da República. A retificação e a limpeza de suas margens, as medidas mais reclamadas pelos serviços sanitários, destinavam-se a aumentar a velocidade do fluxo, para evitar as águas paradas e impedir a contaminação do solo, sub-solo e lençol freático pela vegetação e resíduos de lixo depositados nas margens, causas das tão temidas *fermentações palustres*.

A contaminação do ar e das águas subterrâneas pelos micróbios das doenças infecto-contagiosas era uma possibilidade preocupante quando da instalação dos hospitais de isolamento. O debate, em 1896, entre Emílio Ribas e Theodoro Sampaio sobre a localização do hospital de amareletos em Campinas contém os principais elementos desses temores: Ribas considerava suficiente a adaptação do antigo hospital de variolosos, proposta considerada temerária pelo engenheiro sanitário Theodoro Sampaio, pois esse hospital situava-se acima da cidade e as águas da chuva que caíam em suas proximidades desciam percorrendo as principais ruas de Campinas; por isso

(67) *Salubridade*. O Commercio de São Paulo, 2 mar. 1895, p. 1; 16 mar. 1895, p. 1.

(68) GODINHO, Victor. A Febre Amarella no Estado de S. Paulo - Pathogenia, Transmissibilidade - Tratamento Racional pelo dr. Victor Godinho. 1897. p. 2.

Theodoro Sampaio defendia a construção de um novo hospital de isolamento, em local mais baixo, isento de riscos para a cidade. (69)

Os cuidados rigorosos com a localização dos cemitérios, com os corpos e seu sepultamento, estavam fundados tecnologicamente no receio da contaminação dos lençóis freáticos subterrâneos, pelos germes presentes nos mortos por doenças epidêmicas e pela matéria orgânica originária da putrefação. Havia ainda a possibilidade de contaminação da atmosfera e o risco para os funcionários envolvidos nessas atividades, os últimos a se retirarem das cidades durante as epidemias. A criação de cemitérios de isolamento para os mortos por doenças infecto-contagiosas, nos quais os cuidados com a localização e as prescrições para os sepultamentos eram ainda mais rigorosas, foi das medidas mais freqüentemente utilizadas para a prevenção da contaminação do solo e da água, tendo sido eles implantados na maior parte dos municípios atingidos por epidemias de febre amarela e varíola. Os terrenos eram escolhidos somente depois de um minucioso estudo, buscando-se a redução do trânsito dos corpos e cortejos fúnebres pelo centro dos núcleos urbanos; de preferência eles deviam ficar afastados da cidade, para desestimular o acompanhamento aos féretros e as visitas, reduzindo os riscos de contágio. (70)

O *Regulamento de Higiene* de 1892 e o *Código Sanitário* de 1894 incluíam dispositivos regulando aspectos do funcionamento e instalação dos

(69) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Diretoria do Serviço Sanitário. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 2848, ao Secretário do Interior, de 10 de Novembro de 1896 e anexos. 1896.

(70) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Inspeção de Higiene. Ofício da Inspectoria de Hygiene do Estado de São Paulo nº 1067, de 5 de Abril de 1892. 1892; SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Diretoria de Higiene. Ofício da Directoria de Hygiene do Estado de São Paulo nº 1871, de 25 de Novembro de 1892. 1892.

cemitérios e rotinas para os sepultamentos, que foram sendo detalhados na legislação sanitária subsequente. Alguns dos aspectos abordados inicialmente foram a construção dos cemitérios, que deviam ser instalados em terrenos elevados, para proteger os lençóis de água, e dotados de muros de ao menos dois metros de altura; afastados ao menos 300 metros das habitações mais próximas; postados de modo que os ventos levassem para longe da cidade suas emanações; cercados de vegetação, presente também nas alamedas internas; as prescrições detalhadas para os sepultamentos, com a profundidade e o espaçamento entre as covas, e a adição de substâncias corrosivas, como a cal virgem, sobre os corpos dos mortos por moléstias epidêmicas; o transporte desses corpos, que devia se dar em veículos próprios, desinfetados após sua utilização, proibindo-se o emprego de carros particulares. (71)

O sepultamento dos mortos por doenças epidêmicas nos cemitérios de contagiados era uma prescrição seguida rigorosamente e sua desobediência era motivo de preocupação, como é possível constatar num episódio ocorrido em São Paulo em 1892, quando o cadáver de um varioloso encontrado no centro da cidade foi sepultado no cemitério comum, em decorrência do preenchimento inadequado do atestado de óbito; esse único fato, que em outro momento poderia facilmente passar despercebido, mobilizou o Delegado de Higiene da região da Consolação, o Chefe de Polícia da Capital, o Inspetor de Higiene do Estado e o Secretário da Justiça de São

(71) SÃO PAULO. *Decreto nº 87, de 29 de Julho de 1892. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1892.* 1897. p. 185-205; _____. *Decreto nº 233, de 2 de Março de 1894. Collecção das Leis e Decretos do Estado de S. Paulo de 1894.* 1895. p. 9-43.

Paulo, na tentativa de identificação e punição dos culpados. (72)

Os cuidados com os sepultamentos incluíam medidas compatíveis com as duas teorias causais existentes, da *transmissão* e do *contágio*. A minuciosa legislação estabelecendo a manipulação dos corpos respondia à prevenção do *contágio*, enquanto os cuidados com a localização do cemitério e as precauções tomadas durante o sepultamento correspondiam à teoria da *transmissão*, ao receio da poluição do ar e dos lençóis freáticos pelos germes e matéria putrefeita liberada dos corpos. Essas prescrições se fizeram sentir com clareza, por exemplo, na construção de um cemitério para contagiados em Santos, em terreno alagadiço, sobre um lençol de água superficial, que seria motivo de grande preocupação para as autoridades sanitárias estaduais durante a primeira metade da década de 1890.

O receio de poluir as águas subterrâneas e o sub-solo, através dos corpos enterrados em abundância nos cemitérios durante as epidemias, devia-se à teoria que apresentava a putrefação e a produção de matéria orgânica como capazes de gerar os miasmas associados às mesmas doenças epidêmicas, perpetuando-as. Foi freqüente a procura de explicações para a ocorrência de epidemias de febre amarela na sujeira e no mau cheiro do solo até o início do século XX, antes da identificação da transmissão da doença pelo mosquito. Essa conjunção de temores e crenças deu origem, em 1897, a um conflito no município de Capivari, muito esclarecedor sobre esses mecanismos. O vigário da igreja local deu início a obras sob o piso da igreja, que servira de local para sepultamentos por muitos anos; a Câmara Municipal, com receio da febre amarela – afinal, das escavações haviam sido

(72) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Inspeção de Higiene. Ofício da Inspeção de Higiene do Estado de São Paulo ao Secretário da Justiça, de 15 de Julho de 1892 e anexos. 1892.

retiradas algumas ossadas e dizia-se na cidade que após os primeiros movimentos de terra desprenderam-se gases com mau cheiro - interveio para impedir o prosseguimento do serviço, apesar dos enterramentos no local já terem cessado há mais de 40 anos. Como o vigário insistisse na continuidade das obras, a Câmara local solicitou a intervenção da Diretoria do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, que nomeou um médico e um engenheiro sanitário para estudar o caso. O parecer do dr. Evaristo Bacellar, inspetor sanitário enviado a Capiravi, foi taxativo quanto aos perigos dos cemitérios, apresentando os principais elementos do conhecimento contemporâneo a respeito do assunto:

"De um modo geral julgo que não se deve revolver o solo dos cemitérios pelo perigo iminente a que fica exposta a população da localidade, porque o terreno dos cemitérios está impregnado, permanentemente, de infiltrações que, pela influência das chuvas, umidade do ar, etc., podem se espalhar não só à superfície como às camadas mais profundas do solo, estendendo-se ao lençol d'água. Embora alegue o sr. vigário de Capivari que os enterramentos no interior e no adro da igreja dessa cidade cessaram há mais de quarenta anos, em todo caso há opiniões de mestres de higiene pública de que os venenos provenientes do solo dos cemitérios podem conservar qualidades virulentas de uma maneira indefinida, durante anos e mesmo durante séculos !" (73)

Como solução para o conflito, a Diretoria do Serviço Sanitário achou por bem autorizar a continuidade das obras mediante desinfecções superficiais e profundas do solo e sub-solo, técnicas profiláticas muito empregadas no período contra os perigos da terra.

Como recurso extremo contra o perigo representado pelos corpos havia a cremação, possibilidade aventada mas nunca utilizada no período com essa finalidade. Em Santos a situação sanitária era de tal

(73) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Diretoria do Serviço Sanitário. Ofício da Diretoria do Serviço Sanitário, de 12 de Novembro de 1897 e anexos. 1897.

gravidade que a equipe do engenheiro Fuertes, que fora encarregada de estudar medidas para a melhoria da salubridade daquele porto, indicou, além das medidas usualmente empregadas, como a limpeza e o saneamento urbano, melhorias na ventilação, quarentenas rigorosas, calçamento das ruas, etc., a cremação dos corpos, que não chegou a ser utilizada. (74)

As discussões legislativas do período, provavelmente em decorrência dessa sugestão, incluíram um debate sobre a cremação dos mortos nas epidemias. Um dispositivo legal mais tarde derrubado, previa que todos os mortos por doenças transmissíveis fossem submetidos à cremação, salvo quando pessoas da família reclamassem o corpo, casos em que o enterramento se daria em caixão de zinco. Todos os cemitérios públicos teriam que mandar construir fornos próprios para cremação e nenhum outro seria inaugurado sem o equipamento. Em 1892 foi enviado um projeto ao Senado estadual – que apesar de aprovado em terceira discussão na Câmara não se converteu em lei – autorizando o governo a dispendar até 200 contos na construção de fornos crematórios em São Paulo, Santos e Campinas, para a implantação da cremação facultativa. A polêmica mais candente se deu em torno da obrigatoriedade ou não da cremação dos mortos por doenças epidêmicas, sendo consenso a sua inviabilidade nas condições sociais do Estado. O deputado Pereira dos Santos – participante ativo nos debates sobre os temas de saúde pública, quase sempre defendendo os projetos e os pontos de vista oficiais – apesar de manifestar-se pessoalmente favorável à cremação como uma medida positiva no combate às epidemias, acreditava que a instituição da cremação obrigatória enfrentaria forte resistência da população, à semelhança de quando foram proibidos os sepultamentos nas

(74) *MELHORAMENTO Sanitário na Cidade e Porto de Santos. O Estado de São Paulo*, 26 jun. 1894. p. 1.

igrejas. Já o deputado Luiz Piza, com quem polemizou sobre as cremações, considerava o projeto totalmente inadequado, por desrespeitar a moralidade do povo e impedir o culto aos mortos, concluindo que o mais aconselhável era o saneamento dos cemitérios, através da melhoria de suas condições sanitárias, ponto de vista que saiu vencedor. No Código Sanitário de 1894 o tema foi pela última vez abordado na legislação do período, tornando-se facultativa a construção e utilização de fornos crematórios. (75)

As prescrições individuais para a prevenção das moléstias infecto-contagiosas, cujo embasamento se encontra nos preceitos e crenças tradicionais, herdados de um passado longínquo na Europa e das culturas tradicionais africanas e indígenas, foram muito valorizadas pela medicina colonial. (76) Nas indicações profiláticas, do dr. Ferreira da Rosa, por exemplo, o médico português que serviu na primeira epidemia de febre amarela registrada no Brasil, em Pernambuco, no final do século XVIII, esse padrão de conhecimento apareceria em sua plenitude: basicamente, foram indicadas medidas para a limpeza das casas, com a eliminação de tudo aquilo

(75) CÂMARA DOS DEPUTADOS (São Paulo). Annaes da Sessão Ordinária e Extraordinária de 1892 da Câmara dos Deputados do Estado de São Paulo. 1893. p. 570, 609, 677-686; SÃO PAULO. Decreto nº 233, de 2 de Março de 1894. Collecção das Leis e Decretos do Estado de S. Paulo de 1894. 1895. p. 9-43. (art. 502)

(76) Para a febre amarela essas prescrições ainda estavam muito presentes em meados do século XIX, além de outras, já praticamente ausentes na medicina do período republicano, relacionando os fenômenos da natureza, como trovoadas, relâmpagos e ventos, à incidência da doença. (SOLEDADE, Eutychio. Febre Amarella. 1871; FRANCO, Odair. História da Febre Amarela no Brasil. 1976. p. 44; LALLEMANT, Roberto. Observações ácerca da Epidemia de Febre Amarella do anno de 1850 no Rio de Janeiro, colhidas nos Hospitaes e na Polyclinica pelo dr. Roberto Lallemant. 1851. p. 33-43)

que tivesse mau cheiro, e a modificação dos *péssimos costumes* da população, denominação genérica que o autor utilizava para o que considerava como hábitos sexuais desregrados. A prostituição devia ser reprimida com todo vigor, punindo-se as mulheres e os homens que com elas se relacionassem, com penas que iam da prisão ao degredo, conforme a reincidência; o sexo com as escravas ficava terminantemente proibido, e o trânsito noturno das mulheres pelas ruas tornava-se objeto de controle pelo poder público, vedado às escravas, as mulheres livres só podendo sair acompanhadas pelos pais ou maridos. O amancebamento de soldados e oficiais, situação muito freqüente, tornava-se proibido. (77) Fica transparente, nesse conjunto de proposições, a vinculação da epidemia a um castigo divino, pelos erros e vícios dos homens.

No início do período republicano ainda eram comuns as prescrições baseadas na *medicina tradicional*, mas que paulatinamente elas foram rareando, praticamente desaparecendo no século XX. Durante os períodos epidêmicos da década de 1890 foi comum a publicação na imprensa das indicações mais díspares de tratamentos contra a febre amarela, incluindo-se elementos da higiene pessoal ou do comportamento. Eram relacionados como fatores debilitantes da resistência individual contra as doenças epidêmicas, a fadiga, os excessos em geral; em especial as indigestões por abusos de comida e bebida, o medo, enfim, tudo o que excitasse a circulação. Em nenhum momento, entretanto, os órgãos de saúde

(77) STUDART, Guilherme. Pathologia Historica Brasileira: Documentos para a História da Pestilência da Bicha ou Males. 1895. Pretextando falta de autorização do Rei de Portugal, a Câmara de Olinda recusou os gastos com a implantação desse conjunto de medidas.

pública cogitaram ou fizeram aprovar leis ou regulamentos voltados a modificações nesses hábitos.

Essas prescrições para o tratamento e prevenção da febre amarela, quando indicadas no início do período republicano, receberam algumas vezes uma justificativa tecnológica, tornando-as mais aceitáveis para o cientificismo do final do século XIX: para o dr. Victor Godinho, por exemplo, o *medo*, entre outros fatores individuais, favorecia o acometimento por doenças transmissíveis, ao comprometer a imunidade, paralisando a fagocitose, processo fisiológico que se desenvolveria na dependência dos hemisférios cerebrais. (78) A assepsia da boca com água morna, dentifrícios ou antissépticos, indicada generalizadamente, fazia a eliminação dos germes existentes no ar, que se depositariam na boca e seriam mais tarde deglutidos. (79)

Coincidindo com o aumento do conhecimento sobre a epidemiologia e a fisiopatologia das doenças, reduziu-se na República a preocupação com esse tipo de prescrição, correspondente a mudanças morais ou nos hábitos pessoais. Apesar disso, em 1896 o dr. Silva Pinto, autoridade maior da Diretoria do Serviço Sanitário, fez algumas prescrições contra a febre amarela que grassava em Santos e no interior do Estado, que em alguns pontos estão próximas das medidas indicadas por Ferreira da Rosa, no Recife do século XVIII, tendo pouca relação com a moderna bacteriologia de que a administração estadual afirmava estar se valendo contra as

(78) GODINHO, Victor. *A Febre Amarella - Notas Hygienicas*. Revista Medica de S. Paulo, v. 1, n. 8, p. 131-134, 1898.

(79) FREITAS, Cesario de. *Epidemiologia*. O Estado de São Paulo, 11 jun. 1896. p. 2; GODINHO, Victor. *A Febre Amarella no Estado de São Paulo - Pathogenia, Transmissibilidade, Tractamento Racional*. O Estado de São Paulo, 11 mar. 1897. p. 2; *Conselhos Sanitários*. O Commercio de São Paulo, 5 dez. 1894. p. 1.

epidemias: evitar fadigas, vigílias repetidas e prolongadas, abuso dos prazeres, excessos de todo gênero, que pudessem enfraquecer o organismo, tornando-o mais suscetível à doença; e evitar desvios do regime alimentar, abuso de álcool, ingestão de frutas verdes ou decompostas, alimentos crus ou mal preparados, ou de má qualidade, que pudessem causar perturbações digestivas. ⁽⁸⁰⁾

O alcoolismo, um problema que esteve muito presente nos debates sanitários até o início da República, foi em seguida relegado ao esquecimento, até o final da década de 1910. Sob o modelo tecnológico do campanhismo o alcoolismo era tomado como uma característica individual que enfraquecia o corpo e o espírito, favorecendo o desenvolvimento das doenças epidêmicas. Mais tarde, o alcoolismo, sob a perspectiva agora de um hábito nocivo ao organismo humano e deletério à personalidade, era retomado no contexto do novo modelo tecno-assistencial que se forjava, em substituição ao campanhismo. Ainda como um atributo pessoal, o alcoolismo foi agrupado, sob o novo modelo sanitário, a outras condições debilitantes como o amarelão e a malária e associado à baixa produtividade do trabalhador brasileiro, sendo apontado como um fator de degeneração social e familiar, de natureza hereditária, e favorecendo o desenvolvimento da loucura. ⁽⁸¹⁾

- (80) SILVA PINTO, Joaquim José. *Relatório ao Dr. Secretario do Interior pelo dr. Joaquim José da Silva Pinto, Director do Serviço Sanitário em 5 de Janeiro de 1897*. In: SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Presidente do Estado de S. Paulo em 15 de Março de 1897 pelo Secretário de Estado dos Negócios do Interior Antonio Dino da Costa Bueno, 1897. [anexo I]. Seis anos mais tarde essas indicações foram novamente prescritas, quase sem alterações, pelo dr. Felício dos Santos, contra a febre amarela. (SANTOS, Felício dos. *Causas das Manifestações Epidêmicas da Febre Amarella. Brazil-Medico*, v. 17, n. 25, p. 246-247, 1903)
- (81) DERNER, A. *Guerra ao Alcool. Revista do Brasil*, v. 1, n. 1/4, p. 73-74, 1916; PENNA, Belisario. *Alcoolismo, Opilação e Impaludismo. Revista do Brasil*, v. 6, n. 21/24, p. 443-445, 1917; ROCHA, Franco

Entre as prescrições individuais para a prevenção de doenças, chamam a atenção, por seu grande número e pela permanência ao longo do período, aquelas referentes à produção e ao consumo de alimentos. Havia os gêneros considerados inadequados ao consumo humano e aqueles cuja venda sofria severa fiscalização, pela importância na dieta e o temor das conseqüências negativas quando ingeridos adulterados ou deteriorados. Nessa última categoria estavam as frutas, especialmente temidas quando consumidas verdes, e os sorvetes e o gelo ⁽⁸²⁾; em muitos municípios do Estado e na legislação estadual havia dispositivos proibindo o comércio desses gêneros, mais perigosos se consumidos em períodos de epidemias de febre amarela. Em dezembro de 1894 O Commercio de São Paulo reclamava providências nos seguintes termos:

"Gelados - Todos os higienistas aconselham a abstenção do gelo, como medida preventiva na quadra anormal que atravessamos.

Pois em todas as ruas andam os carrinhos em que uns marmanjões, aptos para a lavoura, vendem sorvetes, avidamente saboreados pelo zé-povinho.

Não haverá meio de proibir este abuso ?" (83)

da. Alcoolismo e Loucura. Revista do Brasil, v. 8, n. 29/32, p. 494-495, 1918; SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao dr. Altino Arantes Presidente do Estado pelo Secretário do Interior Oscar Rodrigues Alves - Anno de 1919, [191?]. p. 148.

- (82) Reclamações Sanitárias. O Commercio de São Paulo, 11 dez. 1894, p. 1; Campinas. Correio Paulistano, 18 abr. 1895, p. 2.
O receio das frutas verdes parece ter várias origens: o caráter tradicionalmente indigesto imputado a esses alimentos, a utilização abundante de água, que poderia estar contaminada, em sua produção, e a procedência desses alimentos, produzidos muitas vezes em municípios onde ocorriam epidemias, motivos que também valiam para as restrições menos freqüentes ao consumo de hortaliças nos períodos epidêmicos. Para as restrições ao consumo de sorvetes (os *gelados*) e de gelo, a origem parece semelhante: o senso comum dos malefícios da ingestão de alimentos gelados, e a utilização de água em sua produção.
- (83) Reclamações Sanitárias. O Commercio de São Paulo, 11 dez. 1894, p. 1.

Os receios e os problemas da administração estadual com a qualidade da alimentação constituíam mais uma frente de problemas cuja origem assentava-se na rápida e progressiva urbanização de São Paulo, culminando com a criação do Laboratório de Análises Químicas, para a fiscalização das fraudes alimentares. ⁽⁸⁴⁾ A urbanização se fez acompanhar do aumento do consumo de gêneros alimentícios manufaturados ou vendidos com a intermediação de estabelecimentos retalhistas, como açougues e mercados, e da abertura de um grande número de estabelecimentos para a venda de alimentos preparados, como restaurantes, padarias e botequins, favorecendo a ocorrência de um sem número de fraudes e adulterações. As bebidas - licores, vinhos artificiais e águas minerais, em especial - eram os alimentos mais visados pela legislação, identificados com a água, veículo de transmissão de doenças.

Os mercados de São Paulo eram motivo de permanente preocupação, pela venda de alimentos adulterados e estragados; por sua importância no cardápio, e pelas inúmeras possibilidades de falsificação, o pão, o leite e a carne eram os mais fiscalizados. Bebidas, conservas, águas

(84) O Secretário do Interior, dr. Cesario Motta Junior, em sua apresentação de motivos, ao Presidente do Estado, para a criação do Laboratório de Análises Químicas, fazia um balanço dos principais problemas relacionados à alimentação pública que preocupavam a administração estadual:
"Ninguém ignora quanto é prejudicada a saúde pública pela improbidade dos fornecedores; cervejas falsificadas e para cuja conservação os fabricantes usam de matérias nocivas; vinhos que deles só conservam os nomes; manteigas, onde só se encontram margarina e outros corpos graxos nocivos; conservas em que entram substâncias tóxicas; doces coloridos com tintas venenosas; tudo isso entra francamente no Comércio: para impedi-lo, só haveria um meio, uma repartição em que tais substâncias fossem analisadas, e um regulamento em que fossem fortemente multados os envenenadores da saúde pública." (SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Presidente do Estado de São Paulo pelo dr. Cesario Motta Junior Secretário do Interior a 7 de Abril de 1893. 1893. p. XVII.

minerais produzidas com substâncias nocivas ou com rótulos falsos, sem a indicação de que se tratavam de bebidas artificiais, eram algumas das irregularidades mais freqüentemente encontradas. (85) A alimentação pública era um dos assuntos mais abordados nas cáusticas críticas d'O Commercio de São Paulo à administração municipal de São Paulo; o jornal reclamava, em 1895, da grande quantidade de alimentos falsificados, vendidos livremente em decorrência da falta de fiscalização, razão da alta mortalidade por doenças infecciosas e do aparelho digestivo na Capital paulista, chamada na matéria de "*capital artístico-desintérica*", porque "*(...) os paulistas, como os peixes, morrem pela boca*":

"Se não fora ela, a Municipalidade, não se apascentaria a parte ignara da população em frutas verdes e cucurbitáceas; não se refestelaria a sua parte letrada em peixes, mariscos, caças e salsichas 'faisandées' (...)". (86)

2.1. O modelo de perto: algumas práticas e instituições

Alguns aspectos do modelo campanhista/policial, por sua representatividade tecnológica no conjunto de práticas sanitárias, pelo impacto social e pela riqueza de detalhes disponíveis do processo de implantação, receberão destaque especial, sendo detalhados a seguir.

(85) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Diretoria do Serviço Sanitário. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 331, de 8 de Fevereiro de 1897. 1897; SÃO PAULO. Presidência da Província. Relatório do Inspector de Higiene da Província de São Paulo ao Inspector Geral de Higiene do Império, referente a 1887. Archivos de Hygiene e Saude Publica, v. 1, n. 1, p. 93-105, 1936.

(86) Salubridade. O Commercio de São Paulo, 12 mar. 1895. p. 1.

A salubridade urbana, ou seja, as condições de higiene e saneamento das cidades e das casas é o primeiro desses aspectos; os cortiços, pelo grande número e atenção que receberam das autoridades sanitárias, serão destacados. Os hospitais de isolamento, instituição de papel fundamental no controle das epidemias e prevenção do *contágio*, onde estão presentes muitos elementos tecnológicos do campanhismo, também serão enfatizados, em especial quanto às suas características físicas e modo de funcionamento. A vacina obrigatória, aplicada em massa somente contra a varíola nesse período, suscitando resistência e originando conflitos, pouco estudados para o Estado de São Paulo, será a outra prática sanitária detalhada.

2.1.1. A salubridade urbana. As casas e os cortiços

Nos núcleos urbanos, onde vivia uma pequena parte da população na segunda metade do século XIX, o cenário era de construções simples, casas de taipa, ruas lamacentas e sem iluminação, com animais domésticos soltos nas ruas. As zonas urbanas interioranas eram verdadeiras extensões da zona rural; as casas muitas vezes ficavam fechadas toda a semana, os moradores vivendo no campo e comparecendo à cidade somente nos finais de semana e dias de festa, para as compras e cerimônias religiosas. Os edifícios de maior destaque eram as igrejas e conventos, a cadeia e a câmara. Com um precário abastecimento de água, os moradores utilizavam-se de poços e chafarizes, quando havia. Imediatamente após a expansão de redes de água encanada pelo interior paulista, a distribuição se

dava apenas através de torneiras instaladas em logradouros públicos, que muitas vezes eram deixadas abertas, inundando as ruas. ⁽⁸⁷⁾

As casas seguiam um padrão de construção uniforme nas cidades: eram pequenas, com poucos cômodos, sem forro, teto baixo, e piso de terra, mesmo nos centros maiores como Campinas. Desde o início do período republicano a administração estadual se empenhou na regulamentação das construções nas áreas urbanas, dentro do esforço geral de normatização e controle da vida na cidade. Há um grande número de dispositivos regulando as construções e o uso do solo urbano, as habitações individuais e coletivas, a higiene das casas e quintais. As casas insalubres podiam ser demolidas ou reformadas por ordem das autoridades sanitárias estaduais, o que constituiu um foco permanente de atritos com a população e as administrações municipais. Prescrevia-se a calaçaõ das casas, a instalação de pisos impermeáveis, como assoalho – para impedir a infiltração de água – a elevação da altura do teto e o rebocamento das paredes, para garantir a melhoria da circulação do ar e a redução da umidade e dos bolores, favorecendo as desinfecções domiciliares, prejudicadas nas casas de construção muito precária. ⁽⁸⁸⁾

(87) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Diretoria do Serviço Sanitário. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 2293, de 31 de Agosto de 1896, ao Secretário do Interior e anexos. 1896.

(88) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Diretoria do Serviço Sanitário. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário de 8 de Outubro de 1895, ao Secretário do Interior e anexos. 1895; _____ . Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 1452, de 27 de Maio de 1896, ao Presidente e membros da Câmara Municipal de Araraquara. 1896; _____ . Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 2293, de 31 de Agosto de 1896, ao Secretário do Interior e anexos. 1896; _____ . Ofício da Directoria do Serviço Sanitário de 11 de Dezembro de 1896 ao Secretário do Interior e anexos. 1896; _____ . Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 1941, de 4 de Novembro de 1897, ao Secretário do Interior e anexos. 1897.

Em todo o Estado grande parte das residências era inadequada do ponto de vista da legislação sanitária, mas em algumas localidades a situação tornava-se dramática: de um lado havia as epidemias, demandando intervenções sobre a salubridade urbana segundo o modelo tecnológico vigente, e de outro a impossibilidade da virtual interdição de todo um núcleo urbano, como ocorreria em Ribeirão Bonito, em 1896, caso se fizesse valer a legislação, conforme o relato do inspetor sanitário em comissão:

"Mas fazer uma obra de verdadeiro saneamento ali seria arrasar por assim dizer, toda a vila, que conta cerca de duzentas casas. Os mesmos defeitos que se nota nas construções acabadas, achei em duas que estavam em via de concluir-se. Dessas nenhuma tinha a altura de 4 metros além de outros defeitos. Em vista disso chamei a atenção do Intendente para esse ponto da higiene, lembrando a conveniência de tomar por norma o Código Sanitário." (89)

Na falta de redes de esgoto, os dejetos seguiam para os ribeirões ou o mar, freqüentemente escoando pelo meio das ruas; a iluminação pública era à base de óleo de peixe. Com as comunicações precárias existentes antes das ferrovias, os mascates e tropeiros eram o principal elo entre as cidades do interior e o resto do mundo. A vila ou cidade, quase sempre dominada por um ou mais grupos familiares, apresentava uma distribuição espacial que reproduzia sua estrutura social: no centro a Matriz, cercada nas ruas adjacentes pelas casas das famílias de maior prestígio, próximas aos edifícios públicos; caminhando para a periferia as casas iam se tornando mais modestas, alojando os moradores mais pobres, numa configuração que foi geral para o Brasil. (90)

(89) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Diretoria do Serviço Sanitário. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 2011, de 19 de Agosto de 1896, ao Secretário do Interior e anexos. 1896.

(90) COSTA, Emília Viotti da. Da Monarquia à República: Momentos Decisivos. 1985. p. 201-202; QUEIROZ, Maria Isaura Pereira de. 0

Essas características permaneceram no interior paulista nos primeiros tempos republicanos, o que fica patente nas determinações dos códigos de posturas da maioria dos municípios, pelos dispositivos regulamentando aspectos do funcionamento urbano, como a eliminação das águas servidas, a criação de animais em áreas urbanas, a higiene doméstica, etc.

No período correspondente ao início da expansão cafeeira, as casas dos colonos apresentavam um padrão semelhante ao das zonas urbanas interioranas, mas que foi se modificando gradativamente: construções de pau-a-pique, chão de terra batida, paredes às vezes caiadas, divisão interna em cruz, delimitando cozinha, sala e dois quartos, um deles servindo de local de banho de bacia. Em geral sem água encanada, a privada era externa e na grande maioria das fazendas as casas dos colonos não dispunham de banheiros. Mesmo quando construídas em alvenaria e não madeira, quase sempre as casas nas fazendas apresentavam condições precárias de higiene.

(91) U. Tedeschi, vice-cônsul italiano no Estado de São Paulo, constatou em suas visitas à zona cafeeira que muitas casas eram senzalas reaproveitadas ou edificações construídas segundo o modelo das habitações dos escravos, descrevendo-as de maneira impressionista:

Coronelismo numa Interpretação Sociológica. In: FAUSTO, Boris (dir.) O Brasil Republicano - Estrutura de Poder e Economia (1889-1930). 1985. p. 180-81. (História Geral da Civilização Brasileira, v. 8)

- (91) PINHEIRO, Paulo Sérgio, HALL, Michael M. A Classe Operária no Brasil - 1889-1930 - Condições de Vida e de Trabalho, Relações com os Empresários e o Estado. 1981. p. 166-68. v. 2; RIBEIRO, Maria da Conceição Martins, STOLF, Maria Ignez. *A Moradia do Trabalhador na Fazenda de Café Paulista* In: ANAIS DO II CONGRESSO DE HISTÓRIA DE SÃO PAULO. Revista de História, v. 49, p. 135-152, 1975. Edição especial; SALLUM JUNIOR, Brasílio. Capitalismo e Cafeicultura - Oeste-Paulista: 1888-1930. 1982. p. 101.

"Quase sempre as casas componentes de uma colônia são construídas e dispostas em torno de uma só linha, a cerca de dez metros de distância uma da outra, proporcionando um aspecto monótono e triste; se diria quase as casinhas de uma colônia de detentos; e tal impressão é confirmada pelo sistema de vida em que os colonos se conduzem (...) encostado a cada uma das casas está uma cabana de folhas e ramos, construída pelos colonos, que serve de depósito para os utensílios rurais e o milho, de poleiro, de estábulo e de chiqueiro. Tais cabanas, sendo vizinhas às habitações e desprovidas de qualquer pavimentação, escoamento ou esgoto, nada mais podem que constituir perigosos centros de infecção. (...)

Para completar o que já foi descrito, e já por si mesmo pouco atraente, é preciso acrescentar que muitíssimas colônias (...) não têm à sua disposição nem nascentes, nem poços de água boa, sem que os colonos devam conduzir-se para atingir água em localidade muito longínqua das suas habitações e muitas vezes, para evitar a fadiga e a perda de tempo necessária, preferem beber água pouco salubre, com grave perigo para as suas saúdes." (92)

Em todo o Estado, incluindo Campinas e Santos, era quase regra no final do século a inexistência de serviços de limpeza pública regulares, situação que se tornaria preocupante quando da ocorrência das epidemias de febre amarela na década de 1890. Há uma vasta correspondência entre os médicos que estiveram em comissão nas cidades afetadas pela febre amarela e varíola, e a direção do Serviço Sanitário em São Paulo, reclamando do acúmulo de lixo nos quintais, do descuido das administrações municipais com o asseio das ruas e praças públicas, e da falta de serviços regulares de coleta de lixo; Campinas, São Carlos, Pirassununga, Jaboticabal e Araraquara são apenas algumas das cidades mais freqüentemente citadas. A existência de áreas pantanosas e de cursos d'água de fluxo lento também era generalizada nos municípios do interior, problema cuja resolução estava na drenagem do solo, limpeza das margens e na

(92) TEDESCHI, U. *Le Condizioni Sanitarie degli Emigranti Italiani nello Stato di San Paolo*. Bollettino dell'Emigrazione, n. 2, p. 107-109, 1907.

retificação dos córregos e riachos, conforme já se referiu anteriormente, como efetivamente ocorreu com o ribeirão Anhumas em Campinas, obra iniciada em 1894.

Quase sempre as vias públicas apresentavam-se esburacadas e enlameadas, pela inexistência de drenagem ou abaulamento para as águas domésticas servidas e águas pluviais, favorecendo a contaminação e o encharcamento do solo e sub-solo, prejudicando a salubridade urbana, segundo o conhecimento vigente. O calçamento dos passeios, ruas e praças era a medida preconizada para combater o problema, mas devido ao do alto custo somente o centro das cidades foi contemplado nos primeiros tempos.

Mesmo na Capital do Estado a situação não era muito diferente. Apesar de já dispor de uma pequena rede de esgoto na década de 1880, ela nem sempre era utilizada, pois muitos proprietários e inquilinos evitavam usar as latrinas com receio de entupí-las, situação em que incorriam numa multa de 30\$000, aumentando a preferência pelas antigas cloacas, simples poços abertos na terra. (93)

No final do século XIX, bairros italianos de São Paulo, como o Brás, Barra Funda e Bela Vista, bem retratados pela imprensa operária da época, apresentavam ruas enlameadas e mal cheirosas, sendo sede de surtos de doenças transmissíveis, como a escarlatina, varíola, malária e febre tifóide. Em 1894 O Estado de São Paulo transcrevia um relatório do inspetor sanitário do Brás, reclamando do abandono do bairro, com uma descrição que se aproximava da apresentada acima para as cidades do interior: ruas esburacadas, com lama formada pelas águas do esgoto doméstico, chegando

(93) VIEIRA, Francisco Borges. *Primeiros Tempos da Administração Sanitária Paulista e seus antecedentes no País*. Archivos de Higiene e Saude Publica, v. 8, n. 17, p. 33-44, 1943. p. 42.

algumas vezes a impedir o trânsito, faltando arruamento, guias e abaulamento em muitas ruas. (94)

Na primeira metade da década de 1890 sequer a cidade de São Paulo dispunha de um serviço de coleta de lixo que funcionasse segundo as expectativas. O preconizado pela tecnologia disponível na época era a coleta regular dos detritos para posterior incineração. A desobediência às normas deu origem, em 1893, a um conflito envolvendo a Diretoria de Higiene do Estado de São Paulo, a Intendência Geral da Câmara Municipal da Capital e a Empresa de Limpeza Pública, um serviço privado contratado para a coleta do lixo e que vinha utilizando os detritos para aterrar áreas próximas ao Bom Retiro, bairro operário na zona central da cidade, ao invés de incinerá-lo, como previsto em contrato. (95)

Em algumas cidades do interior - Jaú é um exemplo, entre muitos semelhantes - a ausência de recursos financeiros próprios e o auxílio insuficiente do governo estadual numa situação em que eram muitos os gastos com o combate às epidemias de febre amarela, eram as justificativas para a inexistência, em 1895, de serviços regulares de coleta de lixo. Na mesma região e na mesma época, em Araraquara, o inspetor sanitário em comissão durante o primeiro surto de febre amarela, das muitas que ainda assolariam o município, criticava a Câmara Municipal por ter suspenso as atividades do serviço de remoção de lixo há algum tempo, atribuindo a

(94) PINHEIRO, Paulo Sérgio, HALL, Michael M. A Classe Operária no Brasil - 1889-1930 - Condições de Vida e de Trabalho, Relações com os Empresários e o Estado. 1981. p. 24-25. v. 2; HYGIENE Publica. O Estado de São Paulo, 7 jul. 1894. p. 1.

(95) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Diretoria de Higiene. Ofício da Directoria de Hygiene do Estado de São Paulo nº 2898, de 28 de Junho de 1893, ao Secretário do Interior. 1893.

doença, surpreendentemente, ao revolvimento durante o transporte dos detritos. (96)

Na segunda metade da década de 1890, numa tendência que se iniciou com as epidemias e prosseguiu nas duas primeiras décadas do século XX, favorecida pela riqueza gerada pelo café, as principais cidades do interior do Estado foram dotadas de benfeitorias e serviços urbanos, como calçamento e limpeza das vias públicas, esgoto e água encanada, coleta de lixo, iluminação elétrica e comunicação telefônica. Em 1920, das 388 localidades do Estado, distribuídas em 204 municípios, 96 (24,7%) tinham água encanada, 75 (19,3%) água e esgoto, 250 (64,4%) iluminação elétrica e 308 (79,4%) telefone. (97)

Até 1896, quando as epidemias de febre amarela se generalizaram pela zona cafeeira do Estado, a ação estadual em saneamento urbano limitava-se praticamente à Capital, Santos e Campinas, os locais de maior peso político e importância para as atividades do complexo cafeeiro. Em 1892 foi aberto um crédito suplementar de 50 contos para os estudos preliminares para a organização de um plano de saneamento de Santos e São Paulo. Três anos mais tarde foram destinados 3.000 contos para o saneamento da Capital, Santos e Campinas, restando para os demais municípios do Estado somente 1.000 contos, quando eram necessários ao

(96) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Diretoria do Serviço Sanitário. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 1839, de 24 de Dezembro de 1895, ao Secretário do Interior e anexos. 1895; _____ . Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 2293, de 31 de Agosto de 1896. 1896.

(97) SÃO PAULO. Anuario Demographico - 1920. 1924. p. 1603-1607. (Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária, v. 2)

menos 9.000. ⁽⁹⁸⁾ Com a doença afetando grande parte das zonas produtoras, a administração estadual aumentou, a partir do ano seguinte, o desembolso com as obras de água e esgoto no interior, com a expectativa de uma reversão na incidência da febre amarela, mantendo-se, entretanto, a mesma ordem de prioridades nos investimentos. O dr. Theodoro Sampaio defendia, em 1896, uma ordem de prioridades para a intervenção estadual em saneamento que tornava explícitas as relações entre a ação sanitária e as necessidades do complexo cafeeiro: 1º) Santos; 2º) Capital; 3º) Campinas; 4º) Limeira, Rio Claro, Descalvado, Mogi-Mirim, Pirassununga, Araraquara, Jaú e São Carlos; 5º) demais cidades. ⁽⁹⁹⁾

A construção das habitações foi regulamentada pela primeira vez no Código Sanitário de 1894, incluindo o saneamento do solo, a eliminação de esgotos e águas servidas, e as especificações técnicas das edificações. O terreno teria obrigatoriamente que ser saneado previamente, com a remoção das matérias orgânicas e a drenagem dos solos úmidos, proibindo-se as obras em terrenos pantanosos. Como o elemento terra era tido como potencialmente contaminado, as casas deveriam sempre incluir porões, que não podiam ser habitados, separando-as do solo. Encanamentos,

- (98) SÃO PAULO. Secretaria da Agricultura. Relatório da Secretaria da Agricultura, Commercio e Obras Publicas ao Presidente do Estado pelo dr. Theodoro Dias de Carvalho Junior - 1895. 1898. p. 191-192; SÃO PAULO. Decreto nº 53, de 25 de Abril de 1892. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1892. 1897. p. 118.
- (99) SAMPAIO, Theodoro. Relatório do dr. Theodoro Sampaio, Engenheiro Sanitário, ao Secretário do Interior. In: SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Presidente do Estado de S. Paulo em 15 de Março de 1897 pelo Secretário do Interior Antonio Dino da Costa Bueno. 1897. p. 8-9, anexo I.

chaminés e materiais de construção em geral foram regulamentados, assim como o abastecimento e as cotas diárias de água, e a proteção dos mananciais hídricos. A higiene domiciliar também foi alvo da legislação: o lixo devia ser prontamente removido dos domicílios, proibindo-se lançá-lo às ruas; cocheiras e estábulos, somente fora das habitações, excluindo-se as aglomerações de animais e a criação de porcos dentro das cidades, (100) a fim de proteger a atmosfera domiciliar e urbana contra a contaminação pelos gases da respiração animal.

Delimitando a atuação do Serviço Sanitário na normatização da vida urbana privada, o legislador criou a figura da *habitação insalubre*, cuja definição mereceu um capítulo do *Código Sanitário de 1894*, orientando a busca da cidade sadia. Quando consideradas saneáveis, deviam ser tomadas as providências para eliminar a insalubridade da habitação; caso contrário, o imóvel seria condenado e demolido ou interditado.

"Serão consideradas insalubres as habitações:

- 1º Quando não obedecerem às regras pré-estabelecidas para as habitações em geral.
- 2º Quando o solo sobre o qual estiverem colocadas for úmido ou alagadiço.
- 3º Quando todos os compartimentos não forem convenientemente arejados e iluminados.
- 4º Quando houver falta de asseio no interior e em suas dependências.
- 5º Quando nos pátios e quintais houver acúmulo de lixo e imundície.
- 6º Quando houver pouco cuidado na conservação das latrinas e esgotos.
- 7º Quando não for abastecida de água suficiente para todos os misteres.
- 8º Quando as latrinas interiores e esgotos não puderem ser lavados com água abundante, lançada de modo intermitente a jorro forte.

(100) SÃO PAULO. *Decreto nº 233, de 2 de Março de 1894. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1894.* 1895. p. 9-43. (art. 27-93, 95-102 e 311-334)

- 90 Quando todos os encanamentos das instalações higiênicas não forem separados da canalização de esgotos por interceptores hidráulicos.
- 100 Quando o número de indivíduos domiciliados for superior à sua capacidade, determinada por cubação.
- 110 Quando conviverem promiscuamente na habitação homens e animais." (101)

As habitações coletivas – pensões, hotéis, quartéis, internatos e prisões – receberam destaque na legislação, pelo potencial contaminador da combinação explosiva entre aglomeração e pobreza. Em 1892, na primeira regulamentação do Serviço Sanitário do Estado, foram definidos os aspectos mais gerais do funcionamento, como as condições de higiene e a lotação, prevendo-se a intervenção das autoridades sanitárias nas modificações necessárias e nas desinfecções, quando ocorressem casos de doenças transmissíveis. No *Código Sanitário de 1894* a regulamentação das habitações coletivas foi detalhada, especificando-se as normas para uma adequada circulação do ar, o suprimento de água e uma boa iluminação. Os cortiços, nomeados no Código Sanitário como *habitações das classes pobres*, receberam um capítulo próprio, primeiro de uma série de dispositivos legais que regularam o controle e a repressão a esse tipo de moradia específico da pobreza, num processo que se estendeu por um longo período na Primeira República. Os cortiços foram sumariamente proibidos, e as vilas operárias e os *familistérios*, apresentados como alternativas de moradia para os pobres, devendo ser estabelecidos fora do núcleo urbano. (102)

(101) SÃO PAULO. *Decreto nº 233, de 2 de Março de 1894. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1894.* 1895. p. 9-43. (art. 146-148)

(102) SÃO PAULO. *Decreto nº 87, de 29 de Julho de 1892. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1892.* 1897. p. 185-205; _____ . *Decreto nº 233, de 2 de Março de 1894. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1894.* 1895. p. 9-43.

Especialmente em Santos e na Capital do Estado os cortiços apresentavam-se em grande número, representando uma alternativa de moradia muito utilizada pelas camadas mais pobres, associada pelas autoridades sanitárias, por suas condições insalubres, com a propagação epidêmica das doenças transmissíveis. Eram construções com muitos quartos, pequenos e hermeticamente fechados, onde dormiam inúmeros trabalhadores. Erguidos muitas vezes com tábuas e cobertos de zinco, sua interdição ou demolição trazia poucos resultados práticos, queixava-se um inspetor sanitário em Santos, pois resultava em maior aglomeração em outras construções, transformadas em casas de cômodos. Como a corrente imigratória repunha ininterruptamente os óbitos, era sempre muito grande a demanda por esse tipo de habitação, responsabilizada pelo crescimento da febre amarela:

"Se é verdade que as más condições do meio têm fornecido elementos para a manutenção das epidemias, também estas têm concorrido, em parte, para a indiferença de muitos proprietários. Estes, desejando subtrair-se com suas famílias aos perigos das epidemias de febre amarela e variola, mudaram-se para outras cidades e deixaram suas propriedades alugadas a intermediários que as sublocam pelo maior preço possível, transformando-as em casas de alugar cômodos. Urge, portanto, que sejam tomadas providências, no sentido de facilitar às classes proletárias habitações salubres e mais ao alcance de seus minguados recursos, numa cidade onde as outras necessidades da vida já são excessivamente oneradas pela carestia.

Subtraí-las à especulação gananciosa, fornecer-lhes moradias compatíveis com os preceitos que a higiene aconselha e onde não paguem tão pesado tributo à miséria e à morte, é seguramente, concorrer poderosamente não só para o saneamento desta cidade, como para a prosperidade dessas classes que não pouco

Familistérios eram galpões provisórios onde a população ficaria alojada após a eliminação dos cortiços, aguardando a construção das vilas operárias.

contribuem também para o engrandecimento do Estado."
(103)

Em 1894 ocorreram dez casos de febre amarela em apenas três cortiços de Santos, de onde foram desalojados 500 moradores, numa situação que não foi única no período. O controle da lotação pela fiscalização sanitária era difícil, pois num cômodo onde durante o dia havia apenas uma cama, à noite inúmeras pessoas eram admitidas, dormindo sobre trapos ou esteiras. Como em todas as cidades portuárias, era grande o fluxo de forasteiros em trânsito em Santos, aumentando a demanda por moradias de baixo custo:

"Quando fecha-se um desses cortiços, toda essa gente desalojada corre por todos os pontos da cidade à procura de cômodos. A notícia correndo de boca em boca traz sobre a Comissão [Sanitária] pragas e maldições, porquanto a maior parte dessa gente considera Santos uma cidade de acampamento, uma cidade em que eles devem estar sempre de pé no estribo, e por isso, sujeitando-se a todas as agruras e oscilações da sorte, só esperam reunir um pequeno pecúlio que lhes garanta a subsistência em outra parte. A prova disso, é que em Santos nada é tão variável como a população dessas pocilgas, que não é a mesma de seis em seis meses."
(104)

A ausência de uma moradia permanente trazia como consequência uma grande mobilidade urbana, dificultando a ação do Serviço Sanitário, em especial na vacinação anti-variólica, quando a Secretaria do Interior requeria freqüentemente o auxílio da polícia. A ocorrência de casos

(103) SILVA PINTO JUNIOR, Joaquim José. Relatório ao Secretário do Interior pelo dr. Joaquim José da Silva Pinto Junior - 1895. [s.n.], [189?]. p. 53.

Os relatos das autoridades sanitárias sobre a vida nos cortiços de Santos e da Capital, apresentados na seqüência, assumiam um tom de denúncia social, mesmo que não fosse esse o objetivo, tão lastimáveis eram as condições das moradias.

(104) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Presidente do Estado de São Paulo pelo Dr. Cesario Motta Junior Secretário do Interior em 31 de Março de 1895. 1895. p. 75.

de febre tifóide era relacionada diretamente às condições higiênicas das habitações, um tema estudado pelo então inspetor sanitário, dr. Clemente Ferreira: esgotos mal instalados nas residências, sem sifões nas pias e banheiros, favorecendo o refluxo de emanações fecais; a utilização de manilhas, no lugar de canos de ferro fundido, aumentavam os vazamentos na rede de esgoto; e banheiros com pouca luz e arejamento também eram considerados muito nocivos. (105)

Havia também a certeza da relação entre a incidência epidêmica do cólera morbus na Capital do Estado e os cortiços,, mediada pela pobreza. O acúmulo de miseráveis favorecia a promiscuidade, pondo em risco a sociedade, a família e a moral, prejudicando o desenvolvimento econômico futuro do Estado:

"A predileção do cólera-morbus pelas habitações imundas, o extermínio da população miserável em todas as partes onde tem grassado essa epidemia, as vantagens que resultam do asseio doméstico, despertam no higienista a necessidade de intervir com todo o rigor com o fim de sanear a habitação pobre. (...)

Quer no ponto de vista social, quer sanitário, a higiene domiciliar merece detido exame dos poderes públicos. (...)

São as casas imundas o berço do vício e do crime.

O socialismo destruidor e pernicioso para o progresso de uma nação, encontra nesses antros das grandes cidades, uma atmosfera favorável para seu engrandecimento.

Os indivíduos que vivem na miséria e abrigados aos pares, em cubículos escuros e respirando gases mefíticos, que exalam de seus próprios corpos não asseados, perdem de uma vez os princípios da moral e atiram-se cegos ao crime e ao roubo de forma a perderem sua

(105) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Diretoria do Serviço Sanitário. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário, de 4 de Agosto de 1897, ao Secretário do Interior. 1897.

liberdade ou a ganharem por essa forma meios de se alimentarem ou dormirem melhor." (106)

O padrão de construção dos cortiços no final do século apresentava pouca variação em relação às construções brasileiras da primeira metade do século XIX, dotadas de janelas e portas pequenas e estreitas, oferecendo uma insuficiente iluminação e circulação de ar; alcovas úmidas, escuras e sufocantes, corredores estreitos, salas quentes e abafadas e cozinhas sujas onde se despejavam os detritos da casa, completavam suas características. (107) A semelhança de padrões ficava bem caracterizada no relato do dr. Tolentino Filgueiras, Chefe da Comissão do Serviço Sanitário em Santos:

"A maior parte dessas casas não tem soalho e nem atijoladas são; porém, baixas, estreitas, úmidas, escuras e mal arejadas. Paredes velhas, fendidas, esburacadas, sujas: áreas e pátios lamacentos e o chão em natureza. Muitas não têm esgoto.

Salas e quartos, já naturalmente acanhados, ainda se reduzem por divisões de madeira formando outros compartimentos.

O espaço limitado pelo forro e teto aproveita-se para dormitório, abrindo-se no forro um buraco por onde entram os que o ocupam.

Já vi retirar-se, puxado pelas pernas, de um desses dormitórios singulares, um doente de febre amarela em grave estado e um outro saiu de um quarto que era depósito de alfafa. (...)" (108)

A imigração estrangeira chegou a ser apontada como um fator que favorecia a sujeira e a imoralidade na cidade de São Paulo, por

(106) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Presidente do Estado de São Paulo pelo Dr. Cesario Motta Junior Secretário do Interior em 28 de Março de 1894. 1894. p. 92.

(107) COSTA, Jurandir Freire. Ordem Médica e Norma Familiar. 1983. p. 111; NETTO, Americo R. O Caminho para a Formação do Serviço Sanitário de São Paulo de 1579 a 1891. Archivos de Higiene e Saúde Pública, 7, n. 14, p. 7-34, 1942. p. 22.

(108) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Presidente do Estado de São Paulo pelo dr. Cesario Motta Junior Secretário do Interior em 28 de Março de 1894. 1894. p. XIII e 75.

aumentar a população pobre nos cortiços da cidade. A solução recomendada era unânime: a construção, pelas administrações municipais, de vilas operárias ou *familistérios*, sempre afastados do centro da cidade, onde pudessem permanecer os trabalhadores desalojados dos cortiços. A instalação da população pobre em casas mono-familiares nas vilas operárias era a alternativa preferida, apresentando múltiplos benefícios, eliminando focos da insalubridade e da decadência moral associadas à aglomeração de muitas famílias num mesmo espaço:

"A população italiana calculada em 70.000 almas, só na Capital, composta na maior parte de indivíduos recém chegados e de operários paupérrimos é um fato grave perante a higiene do Estado.

Basta, como nos tem inúmeras vezes acontecido, penetrar na habitação aglomerada de italianos para se depreender desde logo, que o menor preceito de higiene e de moral, que é a base do edifício social, ali não existe. (...)

No Largo da Memória, na Ladeira do Piques, na Rua da Consolação e em várias ruas desta florescente Capital, são inúmeros os casarões abrigando durante a noite centenas de pessoas sem luz, sem ar e que fazem durante o dia a cozinha em alcovas escuras, por meio de fogareiros volantes envenenando ainda mais essa atmosfera, já deletérea e perniciososa.

A cor escura das paredes, as elevações do assoalho, os utensílios e roupas esparsos pelo quarto, tudo revela, a maior imundície, que se pode imaginar. (...)

Para corrigir esse mal o único meio que vemos e que nos parece fácil por oferecer igualmente moderado juro ao capital empregado, são as 'Vilas Operárias', tão em uso na Europa toda e já introduzidas na Capital Federal."

(109)

Em Santos, como a administração local não favorecesse a eliminação dos cortiços e a construção de vilas operárias, motivo de permanente atrito com o serviço sanitário estadual, o poder estadual cogitou da construção de familistérios pelo Estado, idéia logo abandonada por ir de

(109) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Presidente do Estado de São Paulo pelo dr. Cesario Motta Junior Secretário do Interior em 28 de Março de 1894. 1894, p. 93-4.

encontro às prerrogativas de autonomia de um município cujas relações com o Estado já eram muito difíceis. (110)

Por sua importância na salubridade pública, o arcabouço legal para o controle das condições de habitação e da higiene nos domicílios começou a ser constituído antes mesmo da promulgação da lei de 1892, que reorganizou o serviço sanitário estadual – a primeira efetivamente implantada – com a criação meses antes de uma comissão para a verificação das condições higiênicas nos prédios das cidades do Estado. A comissão iniciou suas atividades, como não poderia deixar de ser, pela cidade de Santos, verificando as condições de arejamento e iluminação, abastecimento de água e esgotos, umidade dos pátios e quintais de cada prédio. (111)

Mudança significativa na legislação estadual referente às habitações ocorreria somente em 1917, quando as construções receberam especificações técnicas mais detalhadas e a legislação passou a prever que todas as casas alugadas que vagassem fossem visitadas pela autoridade sanitária, para desinfecção e verificação de suas condições de higiene, antes de serem novamente habitadas. (112)

(110) SILVA PINTO JUNIOR, Joaquim José. Relatório ao Secretário do Interior pelo dr. Joaquim José da Silva Pinto Junior - 1895. [s.n.], [189?]. p. 53; SÃO PAULO. Relatório ao Presidente do Estado de São Paulo pelo dr. Cesario Motta Junior Secretário do Interior em 31 de Março de 1895. 1895. p. 75; _____. SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Presidente do Estado de S. Paulo em 15 de Março de 1897 pelo Secretário do Interior Antonio Dino da Costa Bueno. 1897. p. 390.

(111) SÃO PAULO. Decreto nº 64, de 23 de Junho de 1892. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1892. 1897. p. 156-157.

(112) SÃO PAULO. Decreto nº 394, de 7 de Outubro de 1896, in: Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1896. 1897. p. 395-

Santos, Campinas e a Capital, respeitando-se as peculiaridades de um porto de grande movimento e de centros urbanos de maior porte, são representativas, nesse momento, do restante das cidades do Estado, com uma situação sanitária e um conjunto de soluções que pouco variou, em grau mas não em qualidade, em todo o interior paulista, sofrendo um conjunto de intervenções que se tornou o padrão sob o modelo tecno-assistencial campanhista/policial.

A situação sanitária de Santos foi das mais dramáticas no Estado e o conjunto de medidas saneadoras dos mais complexos, exigindo obras de maior envergadura, mas cujos fundamentos tecnológicos seriam os mesmos para todas as localidades do Estado. Em 1892 já estava delineado o conjunto de intervenções sanitárias que atingiriam Santos ao longo da década. Iniciadas no ano seguinte, as obras tomaram vulto a partir de 1894: ruas perpendiculares à praia foram abertas, levando as brisas do mar à cidade, o que, juntamente com a construção de valas, esperava-se que contribuiria para dessecar a vasta planície em que o porto se situava. Outras medidas foram o aterramento de brejos, eliminando focos de água estagnada; a mudança do cemitério recém construído sobre um terreno pantanoso e úmido, com um lençol freático superficial, para um local mais apropriado; a melhoria do sistema de esgoto, que dispunha de pouca água para sua lavagem; a implantação de um serviço eficiente de coleta de lixo; a expansão do porto, impedindo a aglomeração de tantos navios num pequeno ancoradouro; a limpeza das valas de águas pluviais transformadas em condutos de fezes; a limpeza das habitações, ruas e praças, com o calçamento permanente; a melhoria do sistema de encanamento de gás de

430;_____. *Lei nº 1596, de 29 de Dezembro de 1917. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1917.* 1938, p. 124-165.

iluminação, cujos vazamentos acreditavam contaminar o solo; a eliminação dos cortiços. (113)

Em Campinas tiveram prioridade as obras para aumentar o suprimento de água potável, garantindo abundância para a população e para a lavagem da rede de esgotos em instalação, além de obras de drenagem profunda do sub-solo e retificação do córrego Anhumas. Até então a quase totalidade da população utilizava-se da água de poços contaminados pelas fossas próximas. Sem tampa ou revestimento de tijolo que os protegesse, e na ausência de um sistema para a drenagem das águas pluviais - a maior parte das vias públicas não apresentava calçamento ou sequer abaulamentos laterais - os poços apresentavam uma água escura, mal cheirosa, com abundante matéria orgânica. (114)

Na cidade de São Paulo os problemas que preocupavam a administração sanitária eram semelhantes aos apontados para Campinas e Santos: falta de drenagem superficial do solo, ruas lamacentas, quase todas sem calçamento e sem sarjetas, com águas servidas escoando lentamente pelas vias, casas mal construídas, ausência de ventilação das ruas, etc. A região do Vale do Anhangabaú, incluindo a Sé e a Santa Efigênia, duas

(113) SÃO PAULO. Secretaria da Agricultura. Relatório ao Presidente do Estado de São Paulo pelo dr. Jorge Tibiriçá Secretário da Agricultura em 4 de Abril de 1893. 1893. p. 19-24; _____. Relatório ao Presidente do Estado de São Paulo pelo dr. Jorge Tibiriçá Secretário da Agricultura sobre os serviços no ano de 1893. 1894. p. 38-41; _____. Relatório da Secretaria da Agricultura ao Presidente do Estado pelo dr. Theodoro Dias de Carvalho Junior - 1895. 1898. p. 189.

(114) SÃO PAULO. Secretaria da Agricultura. Relatório ao Presidente do Estado de São Paulo pelo dr. Jorge Tibiriçá Secretário da Agricultura sobre os serviços no ano de 1893. 1894. p. 66-67; _____. Relatório da Secretaria da Agricultura apresentado em 3 de Março de 1895 ao dr. Bernardino de Campos Presidente do Estado de São Paulo pelo dr. Jorge Tibiriçá. 1895. p. 14-19 e 38-41.

áreas muito populosas, era motivo de preocupação pela pestilência das margens do córrego, convertidas em depósitos de lixo dos quintais fronteiriços, e pelas águas empoçadas que desciam das encostas úmidas do morro do Chá. Essa região da Capital sofria mais intensamente as conseqüências de uma particularidade da cidade de São Paulo, fonte permanente de preocupações: o rio Tietê, que com seu fluxo lento favorecia as emanações de gases provenientes da grande descarga de esgotos do núcleo urbano mais densamente povoado do Estado:

"A várzea do Tietê abre-se-lhe defronte com uma superfície de muitos hectares, onde a lama preta, fétida e carregada de detritos em decomposição, é um laboratório perene do impaludismo e de quanta enfermidade pode engendrar a incúria humana.

A boca da coleta dos esgotos ali jaz perto e a montante sem os meios preventivos contra os gases mefíticos que exala, empestando o ar em largo âmbito e despejando 'in natura' as fezes de uma cidade de 100.000 almas, num rio cuja corrente é quase imperceptível e cujo volume não excede de 15 metros cúbicos d'água por segundo.

Considera-se que laboratório de tifo não é esse trecho do Tietê, fronteiro do Bom Retiro, onde a água do rio quase sem velocidade, fazendo meandros caprichosos, mantém em suspensão uma massa abundante e gordurosa das dejeções de esgoto, aqui aderente às raízes que pendem das margens, acolá formando ilhas flutuantes do mais repugnante aspecto !" (115)

As grandes obras de saneamento eram realizadas quase sempre com a intervenção do Estado, com queixas freqüentes da administração estadual por um suposto desinteresse dos municípios em investir em melhorias de saneamento, desconsiderando a limitada capacidade de arrecadação dos municípios. O poder estadual era especialmente crítico com a

(115) SAMPAIO, Theodoro. Relatório ao Secretário do Interior do Estado de São Paulo. [189?].

administração municipal de Santos, atitude que não era recente nem se limitava ao campo da saúde. A municipalidade santista, desde o início da República se batia pela defesa de sua autonomia, tentando a promulgação de uma constituição municipal em 1891, e alinhando-se com as forças oposicionistas nos episódios da Revolução Federalista e da Revolta da Armada, contra a orientação oficial do PRP. Em Santos, segundo crítica do diretor da comissão sanitária estadual, as questões de saúde pública acabavam sendo relegadas a segundo plano, em consequência da politização dos debates na Câmara Municipal:

"Não vos repetiremos quais as dificuldades à boa marcha da higiene pública nesta cidade (...) simplesmente vos diremos que se houvesse mais patriotismo e capacidade e menos política nas ilustres edilidades, muitas causas, que colocam Santos em más condições sanitárias teriam desaparecido. (...)

A municipalidade diz ter código de posturas e no entanto, dizemos sem reбуço porque podemos prová-lo, são raras as vezes em que estas são cumpridas; a municipalidade tem contratos sujeitos a sua fiscalização há longos anos e, no entanto, nada tem sido fiscalizado e o provam os vários abusos que se tem observado por parte dos diversos contratantes e que são do conhecimento da população." (116)

Os altos custos das obras de saneamento urbano impediam quase sempre sua realização pelas administrações locais. Mesmo que se dispusessem a contratar empréstimos, as obras continuariam inacessíveis aos recursos municipais, pois pela Lei Orgânica dos Municípios não mais que 1/4 do orçamento municipal podia ser comprometido com o pagamento de juros e amortizações de empréstimos. Em Araraquara, por exemplo, a rede de água encanada custou 509 contos e a de coleta de esgotos 703 contos, quando o orçamento votado para o município em 1896, ano da conclusão das obras, foi

(116) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Presidente do Estado de S. Paulo em 30 de Março de 1896 pelo do Secretário do Interior Alfredo Pujol. 1896. p. 4-5, anexos.

de apenas 390 contos, mesmo tratando-se de município da região da Paulista, onde a cafeicultura era das mais produtivas. (117) Em Santos, o professor Fuentes, engenheiro norte-americano convidado pelo governo estadual para estudar a situação sanitária do município, indicou obras como a construção de uma estação de quarentena, ampliação das redes de abastecimento de água e esgotos, construção de um sistema de drenagem e de forno incinerador, enxugamento de pântanos, e calçamento de ruas, num custo total de quinze milhões de contos, valor muito superior ao orçamento municipal e que representava 41% do orçamento total do Estado de São Paulo em 1896. (118)

As críticas estaduais não eram homogêneas contra as administrações municipais em geral: ao contrário da Câmara Municipal de Santos, as câmaras do interior do Estado eram mais poupadas, transferindo-se, muitas vezes, a responsabilidade dos problemas sanitários à população:

"Encontram-se, na verdade, pessoas de bom grado empenhadas, dedicadíssimas aos trabalhos municipais; esses porém quase se acham isolados, quando se trata de transformar hábitos inveterados e dos quais dificilmente se arreda a maioria do que se chama - o povo." (119)

- (117) SÃO PAULO. Secretaria da Agricultura. Relatório da Secretaria da Agricultura ao Presidente do Estado pelo dr. Theodoro Dias de Carvalho Junior - 1895. 1898. p. 175-176; _____ . Relatório de 1896 ao dr. Manoel Ferraz de Campos Salles Presidente do Estado pelo dr. Alvaro Augusto da Costa Carvalho Secretário da Agricultura. 1987. p. 266; ARARAQUARA. Lei nº 1, de 7 de Fevereiro de 1896. Leis e Regulamentos da Câmara Municipal de Araraquara, 1896. p. 3-4.
- (118) SÃO PAULO. Secretaria da Agricultura. Relatório de 1896 ao dr. Manoel Ferraz de Campos Salles Presidente do Estado pelo dr. Alvaro Augusto da Costa Carvalho Secretário da Agricultura. 1987. p. 249-251; SÃO PAULO. Lei nº 380, de 23 de Setembro de 1895. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1895. 1896. p. 78-102.
- (119) SÃO PAULO. Secretaria da Agricultura. Relatório da Secretaria da Agricultura de S. Paulo apresentado em 3 de Março de 1895 ao dr.

Mesmo ressaltando o que considerava um excessivo zelo na defesa da autonomia municipal, impondo dificuldades à ação da administração sanitária estadual, reconhecia-se algum zelo das autoridades locais em assuntos de higiene. Em 1895 um inspetor sanitário que estivera em comissão em várias cidades do oeste paulista relatava:

"Observei, no entanto, que as câmaras, sem exceção, tinham verdadeiro interesse pela salubridade dos municípios, que recebiam minha visita com o cavalheirismo próprio de todas as corporações dirigentes e que aceitavam de quem quer que fosse qualquer opinião, que pudesse trazer vantagem à segurança e defesa sanitárias de seus munícipes." (120)

Como veremos no **Capítulo 3**, era nas situações de crise epidêmica que os ânimos se acirravam, aflorando os conflitos latentes entre as autoridades estaduais e municipais, decorrentes dos limites imprecisos das atribuições sanitárias locais e estaduais, próprios a um momento de consolidação do poder político e da criação da máquina administrativa republicana.

2.1.2. Hospitais de isolamento: os Lazaretos

Os hospitais de isolamento, ao lado do Serviço Geral de Desinfecções, constituíam o arcabouço institucional para a execução das medidas de polícia sanitária voltadas à profilaxia do contágio, atingindo quase que exclusivamente a parcela mais pobre da população, com o recurso

Bernardino de Campos Presidente do Estado de São Paulo pelo dr. Jorge Tibiriçá. 1985. p. 77-78.

(120) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Presidente do Estado de S. Paulo em 30 de Março de 1896 pelo do Secretário do Interior Alfredo Pujol. 1896. p. 164.

freqüente a ações violentas, podendo contar com o auxílio das forças policiais.

Objetivando principalmente ao controle da febre amarela e da variola, mas recebendo eventualmente doentes de outras moléstias infecto-contagiosas, como difteria, escarlatina e febre tifóide, pretendia-se com o isolamento hospitalar prevenir o contato entre os indivíduos doentes, seus objetos de uso pessoal e seu ambiente domiciliar, repletos dos agentes patogênicos - fossem miasmas ou micróbios - e os indivíduos sãos. Isolados os afetados em hospital, e garantida a desinfecção de seus pertences e domicílio, pouco se fazia pelos doentes, já que não havia tratamentos eficientes para essas doenças, que reduzissem a mortalidade dos casos sob tratamento hospitalar, apesar da variada gama de terapias propostas. (121)

Os hospitais de isolamento do período republicano tinham mais pontos de semelhança com os antigos lazaretos coloniais e menos afinidade com os hospitais gerais filantrópicos que se generalizaram no Estado a partir do início da década de 1890, cujo objetivo, respeitadas as limitações tecnológicas da época, era a cura dos doentes, como nos hospitais contemporâneos. Em comum com os hospitais gerais de sua época, as santas casas de misericórdia, os hospitais de isolamento apresentavam a peculiaridade de serem voltados ao atendimento da população mais pobre; os primeiros, entretanto, eram financiados pela filantropia com o auxílio das câmaras municipais, enquanto os *lazaretos* eram uma iniciativa pública, parte da estratégia formulada para o combate às epidemias sob o modelo campanhista/policial. Nos *lazaretos* coloniais isolavam-se os doentes de lepra,

(121) A raiva e a difteria eram as exceções, pois no início do período republicano já estavam disponíveis, sendo muito utilizados, os soros específicos para essas doenças.

combatendo-se os leprosos e não a lepra, almejando não a cura ou a prevenção da doença através da cura, mas somente a retirada do convívio social de seres desviantes que representavam um risco para a coletividade. (122) Dos pontos em comum com o estabelecimentos de isolamento do período colonial veio a sinonímia dos hospitais de isolamento republicanos, fossem exclusivos para a varíola ou febre amarela, ou para as doenças infecto-contagiosas em geral, denominados *lazaretos*.

Apesar dos objetivos diferentes dos hospitais gerais e dos *lazaretos*, na ausência de instalações para os hospitais de isolamento em muitas cidades do interior, o prédio da santa casa local foi utilizado como hospital de isolamento; foi o que ocorreu, por exemplo, em 1896 em São Carlos, quando, durante uma epidemia, a Santa Casa local foi transformada em *lazareto* para a febre amarela. Outras vezes, quando as epidemias atropelavam os cronogramas das obras dos *lazaretos*, estes eram instalados em casas alugadas, alternativa muitas vezes difícil de ser implantada, pois muitos proprietários relutavam em alugar seus imóveis para esse fim. Afora Santos, Campinas e a Capital, quase todos os hospitais de isolamento foram inaugurados a partir de 1896, quando a febre amarela grassou em grande parte da zona cafeeicultora do interior paulista. Contudo, desde 1892 já havia a intenção, por parte do poder estadual, de mandar construir estabelecimentos, com cemitérios anexos para os contagiados, nas cidades afetadas pelas febre amarela. (123)

(122) MACHADO, Roberto et al. Danação da Norma - Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil. 1978. p. 82.

(123) A mesma comissão, já citada, que fora encarregada de estudar e propor soluções para a situação sanitária de Santos e da Capital, recebeu como atribuição a elaboração de plantas para hospitais de isolamento nas localidades do interior do Estado onde no verão anterior a febre amarela tivesse se manifestado epidemicamente.

Outra alternativa foi a utilização dos antigos hospitais de isolamento de variolosos, agora para a febre amarela; foi o que aconteceu, por exemplo, em Rio Claro, em 1894. Todas essas iniciativas eram muito criticadas por não se tratar de instalações planejadas para o isolamento de doentes, instaladas em locais inadequados quanto ao fluxo do ar e da água, favorecendo a propagação das moléstias epidêmicas e a contaminação dos demais doentes internados. (124)

O regulamento dos hospitais de isolamento previa um funcionamento intermitente, apenas durante as epidemias. Não havia corpos médico e de enfermagem permanentes para cada instituição, mas apenas um almoxarife, um porteiro e um servente. Quando se tornava necessário, eram transferidos para os hospitais nas localidades afetadas um ou mais médicos, enfermeiros, um farmacêutico, um maquinista e um foguista, os dois últimos profissionais sendo encarregados do manuseio da estufa empregada nas desinfecções de roupas e outros materiais e utensílios. (125) Nos períodos em que ocorriam epidemias simultâneas em muitas localidades do Estado, como entre 1895 e 1897, o pessoal dos quadros da Diretoria do Serviço Sanitário foi insuficiente para garantir o funcionamento adequado dos

(SÃO PAULO. *Decreto nº 53, de 25 de Abril de 1892. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1892.* 1897. p. 118)

(124) MELLO, Balthazar Vieira de. A Epidemia na Limeira e no Rio Claro - Relatório ao Director Geral do Serviço Sanitário em 30 de Junho de 1894 pelo dr. Balthazar Vieira de Mello, Chefe das Comissões. 1894; SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Diretoria do Serviço Sanitário. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário, de 18 de Dezembro de 1896, ao Secretário do Interior e anexos. 1896.

(125) SÃO PAULO. *Decreto nº 266, de 31 de Outubro de 1894. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1894.* 1895. p. 177-184; _____ . Decreto nº 412, de 2 de Dezembro de 1896. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1896. 1897. p. 38-57.

hospitais de isolamento, problema agravado com a morte de muitos funcionários pelas doenças epidêmicas.

A permanência no hospital trazia pouco benefício para o doente. A limitação de pessoal, a internação simultânea de um grande número de doentes num pequeno espaço de tempo, e a falta de tratamentos eficazes, elevava as taxas de mortalidade nos *lazaretos*, acirrando a resistência da população às internações. Como conseqüência, com freqüência os índices de mortalidade em muitos hospitais de isolamento do Estado de São Paulo ultrapassaram os 50% dos internados, em alguns anos da década de 1890.

(TABELA 9)

Como conseqüência do reduzido conhecimento da fisiopatologia de doenças como a febre amarela ou a varíola, os médicos utilizavam as mais díspares terapias para essas doenças, quer se tratassem de pacientes tratados em domicílio ou nos hospitais de isolamento. Estão relatadas técnicas como o jejum e a utilização de soro fisiológico endovenoso, para correção da desidratação e combate à anúria; chás medicinais, os mais cotados sendo os preparados à base de eucalipto; fármacos diuréticos, purgativos e sudoríparos, com a finalidade de eliminação das supostas toxinas produzidas pela febre amarela e a estimulação do funcionamento dos rins do doente em anúria; dietas, incluindo freqüentemente vinho do Porto e caldo de galinha; sangrias; compostos à base de arsênico, quinino, etc. (126)

- (126) DANTAS, Olyntho. *Febre Amarella Typhica ou Malarica ?* Brazil-Medico, Rio de Janeiro, v. 8, n. 31, p. 241-243; v. 8, n. 33, p. 257-261, 1894; MAGALHÃES, Francisco Hora. *Nova Theoria da Febre Amarella - Sua Prophylaxia e seu Tratamento*. Bol. Soc. Med. e Cirurg. S. Paulo, v. 2, n. 17, p. 3-7, 1896; GODINHO, Victor. *A Febre Amarella - Notas Hygienicas*. Revista Medica de S. Paulo, v. 1, n. 8, p. 131-134, 1898; REICHERT, Theodoro. *Febre Amarela. O Estado de São Paulo*, 18 jun. 1896. p. 1; ROCHA, Ismael. *A Febre Amarella - Tractamento pelo Acido Arsenioso*. O Estado de São

TABELA 9
Mortalidade em alguns hospitais de isolamento para
febre amarela no Estado de São Paulo - 1892/1896 (*)

| CIDADE | ANO | | | | |
|-----------|------|------|------|------|------|
| | 1892 | 1893 | 1894 | 1895 | 1896 |
| SÃO PAULO | 69,7 | 63,1 | - | 69,0 | 61,2 |
| SANTOS | - | 50,3 | 48,7 | - | 50,3 |
| LIMEIRA | - | - | 44,1 | - | - |
| RIO CLARO | - | - | 65,6 | - | - |

(*) Óbitos/100 internações

Fontes: MELLO, Balthazar Vieira de. A epidemia na Limeira e no Rio Claro - Relatório ao Director Geral do Serviço Sanitário em 30 de junho de 1894 pelo dr. Balthazar Vieira de Mello, Chefe das Comissões. 1894; SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Presidente do Estado de São Paulo pelo dr. Cesario Motta Junior Secretário do Interior a 7 de Abril de 1893. 1893. p. 46-47; _____ . Relatório ao Presidente do Estado de São Paulo pelo dr. Cesario Motta Junior Secretário do Interior em 28 de Março de 1894. 1894. p. X; _____ . Relatório ao Presidente do Estado de S. Paulo pelo dr. Cesario Motta Junior Secretário do Interior em 31 de Março de 1895. 1895. p. 40-41; _____ . Relatório ao Presidente do Estado de S. Paulo em 30 de Março de 1896 pelo Secretário do Interior Alfredo Pujol. 1896. p. 21; _____ . Relatório ao Presidente do Estado de S. Paulo em 15 de Março de 1897 pelo Secretário do Interior Antonio Dino da Costa Bueno. 1897. p. 13-14.

Paulo, 9 dez. 1896. p. 1; GODINHO, Victor. A Febre Amarella no Estado de São Paulo - Pathogenia, Transmissibilidade - Tractamento Racional. O Estado de São Paulo, 6 mar. 1897, p. 1; 11 mar. 1897, p. 2; 17 mar. 1897, p. 1; 18 mar. 1897, p. 3; 21 mar. 1897 2.

Além da ausência de tratamentos eficazes, a internação tardia dos doentes, escondidos pelas famílias e encaminhados aos hospitais de isolamento já agonizantes, contribuíam para os índices de mortalidade dos internados, freqüentemente superiores aos dos doentes tratados em domicílio, aumentando o temor da internação hospitalar. A falta de notificação pelos médicos dos pacientes portadores de moléstias epidêmicas era uma atitude corriqueira que também conduzia à internação tardia dos doentes. O tratamento e ocultamento de doentes por curandeiros também era prática comum, motivando queixas das autoridades sanitárias. A legislação prescrevia a notificação pelos proprietários de hotéis e pensões dos casos suspeitos entre seus hóspedes, dispositivo que também foi freqüentemente burlado.

Até a administração estadual reconhecia que a origem da repugnância aos hospitais de isolamento e das fugas de doentes estava na deficiência das instalações, excessivamente simples, quase rústicas, com falta de acomodações adequadas, em especial camas confortáveis; situavam-se em locais de difícil acesso, servidos por estradas mal conservadas, o que dificultava a visita aos doentes; o pessoal insuficiente para a manutenção da higiene e conservação dos prédios, era o toque final prejudicando a adesão da população à internação nesses estabelecimentos. Situação extrema foi a do hospital de isolamento de Guaratinguetá, no Vale do Paraíba, que apresentava todos os problemas possíveis, praticamente inviabilizando o isolamento hospitalar dos doentes de febre amarela:

"O lazareto é absolutamente inqualificável e bem desumano será quem se lembrar de enviar para ali um enfermo qualquer. Só tem um quarto assoalhado e forrado, um ou dois forrados somente, e tudo mais é tosco. As paredes estão estragadas e quase em ruínas, e mesmo que tudo estivesse em boas condições, a posição do edifício, a cavaleiro da Cidade e como que dominando-

a parece torná-lo impropício para hospital de moléstias contagiosas." (127)

Com a elevadíssima mortalidade nos hospitais de isolamento para febre amarela, não raro aproximando-se dos 70% (TABELA 9), forjou-se no imaginário popular a certeza de que a internação de um doente nesses estabelecimentos representava morte certa, daí eles serem apontados como verdadeiras "*antecâmaras da morte*", (128) havendo inclusive a crença de que os doentes removidos para o hospital eram maltratados ou mesmo mortos deliberadamente. Muitos acreditavam que no hospital de contagiauos da Capital se administrava veneno aos doentes com menor chance de cura, como forma de reduzir as despesas e o incômodo para a administração do hospital, e muitos doentes recusavam-se obstinadamente à ingestão de quaisquer medicamentos. Não foi exclusiva desse momento a idéia que associava a morte certa com a internação hospitalar durante períodos de epidemia; ela retornaria mais de vinte anos depois quando da grande epidemia de gripe espanhola em 1918-1919. (129)

(127) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Diretoria do Serviço Sanitário. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário, de 18 de Dezembro de 1896, ao Secretário do Interior e anexos. 1896.

(128) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Presidente do Estado de S. Paulo em 15 de Março de 1897 pelo Secretário do Interior Antonio Dino da Costa Bueno. 1897. p. 28 e 322.

(129) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Diretoria de Higiene. Ofício da Directoria de Hygiene do Estado de São Paulo nº 2967, de 10 de Julho de 1893, ao Secretário do Interior e anexos. 1893.

Falava-se em experiências com medicamentos, maus tratos e negligência médica nos hospitais da Capital do Estado durante a epidemia de gripe espanhola. Havia a crença no *chá da meia noite*, oferecido na Santa Casa de São Paulo aos doentes mais graves como forma de liberar vagas àqueles com maior chance de sobrevivência. Já os sãos viam o hospital com maus olhos, por tratar-se de um foco da doença. (BERTOLLI FILHO, Claudio. Epidemia e Sociedade - A Gripe Espanhola no Município de São Paulo. 1986. p. 290-299).

Desde o Império estava previsto que as internações nos hospitais de isolamento, daqueles doentes que não fossem indigentes, seria paga, através de uma diária arbitrada previamente ou do rateio das despesas do hospital entre os internados pagantes, a administração provincial ficando livre do ônus da manutenção do estabelecimento. Essa norma permaneceu no período republicano, o paciente pagante, também chamado de *pensionista* ou *doente de primeira classe*, tendo o direito de escolher o médico que o trataria, ficando autorizada a permanência em seu aposento de um familiar durante a internação. (130)

A legislação sanitária de 1892 foi a mais liberal quanto às normas para o isolamento hospitalar dos casos de doenças epidêmicas, restringindo-o às situações em que o tratamento no domicílio não fosse possível por *carência de recursos*, critério maleável que não recebeu uma definição mais precisa. No ano seguinte o isolamento hospitalar foi estendido às situações em que o domicílio não apresentava as condições técnicas necessárias para garantir a execução do procedimento. Em 1896 a legislação estadual tornou obrigatório a internação de todos os doentes de moléstias epidêmicas, à exceção das localidades onde não houvesse um estabelecimento hospitalar. (131)

(130) SÃO PAULO. Presidência da Província. Relatório apresentado á Assembléa Legislativa Provincial de São Paulo pelo Presidente da Província dr. Pedro Vicente de Azevedo no dia 11 de Janeiro de 1889. 1889. p. 30; SÃO PAULO. Decreto nº 394, de 7 de Outubro de 1896. Colleção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1896. 1897. p. 534-543. art. 143.

(131) SÃO PAULO. Decreto nº 87, de 29 de Julho de 1892. Colleção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1892. 1897. p. 185-205. art. 23; _____ Decreto nº 219, de 30 de Novembro de 1893. Colleção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1893. 1894. p. 294-317. art. 37; _____ Decreto nº 394, de 7 de Outubro de 1896. Colleção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1896. 1897. p. 395-430. art. 143.

Apesar do crescente rigor da legislação, na prática o isolamento hospitalar se restringiu aos mais pobres, constituindo exceções os pacientes de maior poder aquisitivo. Mesmo depois da reforma da legislação sanitária de 1896, prevendo a internação geral dos atingidos pelas doenças epidêmicas, foram freqüentes as críticas contra a falta de rigor do poder estadual em fazer valer para todos o isolamento hospitalar. (132) O dr. Evaristo da Veiga, que estivera em comissão em diversos municípios do interior afetados pela febre amarela, apresentava as lacunas no isolamento dos doentes como o ponto fraco da ação estadual, reconhecendo a impossibilidade de se conseguir a internação dos indivíduos mais influentes das comunidades:

"Tenho em várias comissões observado que o isolamento do indivíduo de certa posição é impossível, ora porque seu médico amigo diz assumir a responsabilidade, se limitando a isso os cuidados de isolamento domiciliar, ora porque é influente e poderoso na governamentação local". (133)

Um episódio que ocorreu em Limeira, em 1894, é o exemplo mais típico dessa afirmação do dr. Evaristo da Veiga: como o irmão de um médico da cidade que havia contraído a febre amarela não foi isolado em hospital, não restou alternativa para a comissão sanitária, diante do precedente, a não ser tornar facultativo o isolamento para toda a população. (134)

(132) ASSIS, Esteves de. *Prophylaxia da Febre Amarella*. Bol. Soc. Med. e Cirurg. S. Paulo, v. 1, n. 10, p. 1-7, 1896; GODINHO, Victor. *Notas Hygienicas*. Revista Medica de S. Paulo, v. 1, n. 6, p. 99-103, 1898.

(133) VEIGA, Evaristo da. *A Epidemia do Oeste - Breves Considerações sobre sua Natureza, Meios de Propagação e Prophylaxia*. Bol. Soc. Med. e Cirurg. S. Paulo, v. 1, n. 11, p. 7, 1896.

(134) MELLO, Balthazar Vieira de. *A Epidemia na Limeira e no Rio Claro - Relatório ao Director Geral do Serviço Sanitário em 30 de Junho de 1894 pelo dr. Balthazar Vieira de Mello, Chefe das Comissões*. 1894.

Tornar facultativo o isolamento hospitalar foi um artifício algumas vezes empregado para evitar a completa desmoralização da comissão sanitária, diante da resistência generalizada da população às internações, o que na prática representou sua substituição pelo isolamento domiciliar. Isso apesar das inúmeras manifestações contrárias dos médicos do serviço sanitário estadual, contraídicando o isolamento em domicílio, pela dificuldade técnica em executar adequadamente as desinfecções nas casas mais pobres, construídas fora dos padrões legais, e pela certeza da desobediência às normas de isolamento pelos familiares.

Os conflitos entre autoridades sanitárias estaduais e a administração municipal foram comuns, em decorrência de divergências em diversos aspectos da atuação das comissões sanitárias, não raro questões relacionadas ao funcionamento e gerência dos *lazaretos*, agravadas pelas divergências pessoais ou por aspectos da dinâmica política municipal. A conduta das autoridades locais incompatibilizadas com a comissão sanitária ou com o inspetor sanitário responsável pelo hospital de isolamento era quase sempre solicitar à administração estadual sua substituição. Em 1893, em Bocaina, Vale do Paraíba, ocorreu uma disputa entre a Câmara Municipal e o inspetor sanitário lotado na cidade, ilustrativa desses conflitos. À sua revelia, a Câmara dispensou o inspetor da tarefa de cuidar dos variolosos internados no *lazareto* local, sob acusação de negligência para com os doentes, afirmando que alguns até estariam apresentando *bicheiras*. Em sua defesa junto ao diretor de higiene do Estado de São Paulo, o médico não fez menção a essas acusações, criticando a Câmara local por omissão dos reais motivos de sua exoneração, igualmente não explicitados por ele. Dando a

entender que suas diferenças se situavam na esfera da política municipal, o médico avançou em suas críticas, num ácido julgamento da Câmara, taxando-a de pouco representativa da população local:

"Seria melhor que a tal corporação compreendesse a alta missão que foi-lhe confiada pelo eleitorado e soubesse cumprir o seu mandato, zelando pelos proventos do município e não deixando que o seu cofre, outrora rico, sirva hoje para guardar papéis sem importância e eivados de vícios. Para saberdes o que é a Câmara Municipal desta Vila, é bastante dizer-vos que um dos vereadores só obteve um voto na eleição !!! E é esta Câmara que representa a opinião do Município !!!" (135)

Em Cunha, também no Vale do Paraíba, o delegado de higiene lotado na cidade defendia-se de críticas de truculência no exercício de suas funções e da acusação de descaso para com os doentes, publicadas na imprensa local, procurando desacreditar quem o criticara: tratava-se de querelas políticas, acusava, calúnias publicadas por um jornal que não era digno de crédito, oposicionista, e que não perdia oportunidade de guerrear o governo. (136)

As epidemias em geral, e a implantação e funcionamento dos hospitais de isolamento em particular, eram oportunidades aproveitadas por indivíduos inescrupulosos para toda espécie de negociatas, evidenciadas nas prestações de contas dos recursos dispendidos nessas atividades; a partir das fontes de dados consultadas, não foi possível evidenciar uma eventual

(135) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Diretoria de Higiene. Ofício da Directoria de Hygiene do Estado de São Paulo nº 3101, de 12 de Agosto de 1893, Ao Secretário do Interior e anexos. 1893.

(136) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Inspeção de Higiene. Ofício do Delegado de Hygiene em Cunha, de 26 de Agosto de 1892, ao Secretário do Interior e anexos. 1892.

participação ou cumplicidade de funcionários das comissões sanitárias nesses episódios.

Foi o caso, por exemplo, da comissão sanitária em Araraquara no primeiro semestre de 1896, quando uma prestação parcial de contas foi questionada pela Diretoria do Serviço Sanitário, que exigia esclarecimentos sobre a compra de móveis de um hotel local por preços elevados, acima dos de mercado, para o hospital de isolamento. Essa aquisição foi justificada pelo médico chefe da comissão como uma exigência do proprietário do hotel para que cedesse *generosa e gratuitamente* seu prédio para a instalação do hospital de isolamento. Em Rio Claro o inspetor chefe da comissão sanitária que esteve na cidade em 1896 queixava-se das pressões de fornecedores locais que apresentavam contas excessivamente altas, ultrapassando muito os valores de mercado, na tentativa de obter lucros abusivos com a epidemia. Em Leme, as contas apresentadas pela comissão sanitária que esteve em 1894 na cidade combatendo uma epidemia de febre amarela, foram questionadas pelo poder estadual, devido à despesas consideradas excessivas com as diárias do pessoal e com indenizações por roupas inutilizadas durante a desinfecção na estufa. (137)

(137) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Diretoria do Serviço Sanitário. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário, de 22 de Junho de 1896, ao Secretário do Interior anexos. 1896; _____. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 1000, de 25 de Julho de 1895, ao Secretário do Interior e anexos. 1895; SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Presidente do Estado de S. Paulo em 15 de Março de 1897 pelo Secretário do Interior Antonio Dino da Costa Bueno. 1897, p. 281-283, anexos;
As irregularidades detectadas eram relatadas ao Secretário do Interior e ao Presidente do Estado, mas em todos os episódios descritos, após o registro da situação e a justificativa das autoridades envolvidas, as contas foram pagas integralmente pela administração estadual.

Em 1892 as contas apresentadas pela administração municipal de Santos, solicitando o reembolso pela Diretoria do Serviço Sanitário de gastos com o tratamento de doentes de febre amarela e varíola, também apresentaram irregularidades: apesar da possibilidade de suprimento de medicamentos pela farmácia do Estado, apareceu um valor elevado referente a receitas aviadas em farmácias particulares. Relativa ao consumo mensal de apenas uma das enfermarias do hospital de isolamento, havia uma nota de 2.200 litros de leite; o aluguel de um carro para o transporte de doentes apresentava um preço superior ao que seria dispendido com a aquisição do veículo; chamava atenção o consumo elevado de bebidas alcoólicas diversas no hospital, como vinho, conhaque, champagne, que não eram rotineiramente empregadas na terapia das doenças, como era o caso do vinho do Porto. Em 1893, pedidos de vinho do Porto pelo diretor do *lazareto* de variolosos da Capital, considerados excessivos, não foram atendidos pelo Laboratório Farmacêutico do Estado, cujo diretor insinuava que o produto fornecido não vinha se destinando exclusivamente aos doentes. (138)

Outra irregularidade, que parece ter se limitado a Santos, foi a cobrança, por funcionários ou intermediários, de taxas por serviços normalmente prestados gratuitamente pelos hospitais de isolamento. Alguns capitães de navios pagaram taxas pela internação de marujos doentes em enfermarias comuns, e diárias de até 20\$000 para os quartos particulares,

(138) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Inspetoria de Higiene. Ofício da Inspectoria de Hygiene do Estado de São Paulo nº 1185, de 26 de Abril de 1892, ao Secretário do Interior e anexos. 1892; SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Diretoria de Higiene. Ofício da Inspectoria de Hygiene do Estado de São Paulo nº 2868, de 19 de Junho de 1893, ao Secretário do Interior e anexos. 1893.

quando a tabela indicava 10\$000. De outros se exigia 5\$000 para a expedição da certidão de óbito, que era gratuita. (139)

A notificação dos casos de doenças epidêmicas e as desinfecções domiciliares eram as medidas de polícia sanitária complementares ao isolamento hospitalar: identificada a *ameaça* (o doente) através da notificação pelos médicos, farmacêuticos, proprietários de hotéis, pensões, etc., este era isolado no *lazareto*, até a resolução de sua situação através da cura ou da morte. Consumada a internação hospitalar, as autoridades procuravam apagar os rastros de contaminação deixados pelo doente antes do isolamento, e potencialmente perigosos para a sociedade, através da desinfecção de seu domicílio e de seus objetos pessoais.

Na segunda lei estadual de organização dos serviços sanitários sob o regime republicano, em 1892, tornou-se obrigatória a notificação dos casos, sob pena de multa para os omissos, e regulamentadas as desinfecções. Essa legislação previu a situação em que, por motivos técnicos, a casa deveria evacuada para a adequada desinfecção, não havendo menção sobre o auxílio do poder público para o alojamento temporário de seus moradores. Tratava-se de uma medida arbitrária, que ao ser implementada certamente foi motivo de conflito com as autoridades sanitárias, indo contra o princípio legal da *inviolabilidade do lar*. Certamente para prevenir os inevitáveis atritos com a população, o Regulamento do Serviço Geral de Desinfecções, de 1893, determinava expressamente aos chefes de turma de desinfectadores que procurassem agir com a máxima *urbanidade* e *delicadeza* no exercício de suas

(139) Santos. Correio Paulistano, 16 mai. 1895. p. 1.

atribuições. (140) Entretanto, há mais relatos de episódios de resistência contra o isolamento hospitalar do que de atritos decorrentes das desinfecções domiciliares, que contavam com maior adesão da população, estando de acordo com a visão popular da propagação das moléstias epidêmicas.

Apesar da legislação rigorosa contra a falta de notificação dos casos de moléstias epidêmicas e contra os óbitos atestados com causas falsas, o apoio das autoridades municipais aos médicos da cidade em detrimento das autoridades estaduais, e a falta de empenho dos responsáveis pela coletoria de rendas em cobrar as multas, eram das principais dificuldades enfrentadas para fazer valer essas determinações legais. Em algumas localidades, diante da força da resistência contra o isolamento hospitalar, a comissão do serviço sanitário estadual optou pelo isolamento exclusivamente domiciliar dos doentes, como em Rio Claro em 1896. (141)

A resistência da população às medidas de polícia sanitária era quase sempre creditada pelas autoridades à ignorância do povo, despreparado para entender sua real importância. Em 1896 o Secretário do Interior relatava ao Presidente do Estado essas dificuldades, solicitando instrumentos legais mais enérgicos que amparassem a ação das autoridades sanitárias:

"A polícia sanitária, por via de regra, difícil na sua sagrada missão, não raro provoca, entre as populações

(140) SÃO PAULO. Decreto nº 87, de 29 de Julho de 1892. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1892. 1897. p. 185-205. art. 23; _____. Decreto nº 219, de 30 de Novembro de 1893. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1893. 1894. p. 294-317. art. 66.

(141) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Presidente do Estado de S. Paulo em 15 de Março de 1897 pelo Secretário do Interior Antonio Dino da Costa Bueno. 1897. anexos.

pouco afeitas a medidas compulsórias, reações das mais perigosas conseqüências. Recebida como uma afronta aos sentimentos da família ou como um vexame odiosamente inútil, a polícia sanitária tem primeiro de educar e preparar o espírito público antes de poder merecer-lhe o acatamento e proteção a que tem direito como o principal agente da salvação comum.

Medidas de proteção aos agentes da saúde pública contra possíveis e desarrazoadas resistências, e até agressões pessoais, vão se tornando necessárias em vista da maior latitude que se deu ao policiamento sanitário, e da freqüência com que tais incidentes se repetem." (142)

A subnotificação dos casos de doença epidêmica pelos médicos foi generalizada em todo o Estado. Fosse para atender aos anseios do paciente, com quem mantinha vínculos pecuniários (com receio de ver prejudicada a relação com o restante da clientela), por discordar tecnicamente da necessidade ou da forma como se dava o isolamento hospitalar, ou por atritos pessoais com os médicos do serviço sanitário estadual que respondiam pela direção do *lazareto*, o certo é que a recusa à notificação e seu subproduto, os atestados de óbito com causas falsas, foram generalizadas no período das epidemias. Em Santos, a falta de notificação e o ocultamento de doentes de febre amarela parece ter tomado maiores proporções que no restante do Estado (143), talvez como conseqüência da gravidade assumida pela doença, com uma sucessão de graves epidemias atravessando a década de 1890, ou de outros fatores próprios à dinâmica social de um importante porto.

O preenchimento de um atestado de óbito com causa alterada esteve na origem de um dos mais violentos episódios do período no interior do Estado, envolvendo uma comissão sanitária e um médico local. Durante a

(142) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Presidente do Estado de S. Paulo em 15 de Março de 1897 pelo Secretário do Interior Antonio Dino da Costa Bueno. 1897. p. 23-24.

(143) FEBRE Amarela. Correio Paulistano, 24 mar. 1895, p. 1.

epidemia de febre amarela de 1897 em Jaú, na Paulista, dr. Amorim, um clínico radicado na cidade que já encabeçara um motim contra a comissão sanitária chefiada pelo dr. Emílio Ribas em 1896, recusava-se a notificar os casos de febre amarela, apesar das muitas solicitações e multas anteriores. Em maio de 1897, quando apresentou um novo atestado de óbito com causa falsa, omitindo que se tratava de febre amarela, ele foi novamente multado pelo inspetor sanitário em comissão na cidade. O dr. Amorim, que anteriormente já ameaçara o inspetor de *"por o talão de multa dentro do cano de um revólver e lhe dar um tiro"*, em caso de uma nova autuação, agrediu-o com chicote e bengala. Mesmo sem contar com o apoio de parte das autoridades locais, como o vigário, o juiz de direito e o delegado, o dr. Amorim continuou se manifestando, recebendo a solidariedade da população e angariando assinaturas num documento que exigia a retirada do inspetor sanitário de Jaú: ou ele era removido pelo governo estadual ou então seria assassinado. A situação só foi resolvida algum tempo depois com o envio, pelo Presidente do Estado, de uma força militar e a sufocação do que se transformou numa revolta popular contra a comissão sanitária e as medidas de polícia médica. (144)

Apesar de creditados a iniciativas de médicos locais, movidos por interesses menores, ou à exagerada preocupação das câmaras municipais com sua autonomia, o certo é que os freqüentes episódios de rebeldia contra as comissões sanitárias estaduais nas localidades do interior sempre

(144) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Diretoria do Serviço Sanitário. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 1119, de 5 de Maio de 1897 ao Secretário do Interior e anexos. 1897.

Caso o médico da cidade tivesse conseguido a coesão das autoridades municipais em torno de si, provavelmente o desfecho do episódio seria mais rápido e simples: a substituição do inspetor sanitário pelo poder estadual.

contaram com a adesão e participação ativa da população, como forma de resistência ao autoritarismo das ações de polícia sanitária. A epidemia de febre amarela de 1897 em São Carlos é um exemplo típico desse tipo de situação, com as autoridades estaduais em comissão no município enfrentando a hostilidade da administração local, que recusava a sua presença na cidade. Se os motivos subjacentes ao conflito entre as autoridades sanitárias estaduais e a administração local não estão registrados nos relatórios oficiais, o certo é que a reação contra a comissão contou com a participação e o apoio da população, revoltada com a truculência empregada no isolamento hospitalar dos doentes. A gota d'água parece ter sido a violência com que um italiano foi recolhido ao *lazareto*, ensejando a solidariedade de seus compatriotas, que realizaram um *meeting* contra o inspetor sanitário, aos gritos de *morra*. (145)

Os conflitos entre autoridades sanitárias estaduais e as administrações locais envolvendo os hospitais de isolamento, com frequência assumiram uma forte conotação política. Como a ação sanitária sob o modelo tecnológico campanhista/policial incluía ações da comissão sanitária estadual sobre praticamente todos os aspectos da vida urbana, durante as epidemias os municípios sofriam o que se aproximava de uma intervenção do poder estadual na sua administração. Eram tênues os limites aceitáveis da intervenção estadual sobre a autonomia municipal a bem da saúde pública, variando segundo a época e o lugar. Em 1896, num conflito que assumiu grandes proporções, no município de São Simão, na Mogiana, a querela inicial se deu em torno da direção do hospital de isolamento. Sua administração, que inicialmente esteve com um médico da cidade nomeado

(145) EPIDEMIA em S. Carlos do Pinhal [A]. Correio Paulistano, 19 mai. 1897, p. 1.

pela Câmara Municipal, foi requisitada pela comissão sanitária estadual, como efetivamente veio a ocorrer, já que o poder estadual vinha arcando com sua manutenção. Sentindo-se ferida em suas prerrogativas administrativas, a Câmara Municipal não se deu por vencida, fazendo publicar na imprensa da Capital do Estado notas de crítica ao novo diretor do hospital, denunciando-o como excessivamente violento ao realizar a internação dos doentes. Como alguns desses doentes eram estrangeiros, queixando-se mais tarde às autoridades consulares, que tomavam suas providências, o episódio em torno do *lazareto* de São Simão acabou por assumir os contornos de uma crise diplomática. (146)

Os conflitos envolvendo a notificação dos casos e o funcionamento dos hospitais de isolamento incluem especificidades ditadas pelas personagens envolvidas em cada episódio, as lideranças e os grupos políticos, os médicos e a população da cidade. A identificação dessas particularidades certamente acrescentariam mais subsídios ao entendimento desses episódios, mas fogem ao objetivo deste estudo. A instância fundamental nessas situações de conflito encontra-se no padrão de relações entre o poder estadual e o poder local, sob a nascente República, com óbvias repercussões sobre os rumos das práticas sanitárias. No capítulo 3 serão abordadas com mais detalhes essas relações, entre a organização política e sanitária no Estado de São Paulo no período de constituição do Estado republicano.

(146) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Presidente do Estado de S. Paulo em 15 de Março de 1897 pelo Secretário do Interior Antonio Dino da Costa Bueno. 1897. p. 352, anexos.

2.1.3. A vacina obrigatória

Depois da febre amarela a varíola foi a doença epidêmica com maior número de surtos nos primeiros quinze anos da República, incidindo na Capital e em todo interior do Estado de São Paulo. Houve uma redução importante na mortalidade pela varíola, coincidindo com a observação dos dispositivos legais que tornaram obrigatória a vacinação. Constituem exceções as epidemias que assolaram a cidade de São Paulo em 1898 e 1912, com um número elevado de óbitos.

No final da Monarquia a varíola era uma das principais doenças no quadro nosológico da Província, ao lado das febres eruptivas em geral, da malária e das entero-colites. O cólera, que grassava nas repúblicas do Prata, era outra grande preocupação; como ele ainda não penetrara em São Paulo, uma canhoneira permaneceu por algum tempo no porto de Santos, na década de 1880, para impedir que navios procedentes dos portos infectados no sul atracassem. (147)

A vacina anti-variólica foi introduzida no Brasil em 1804, pouco tempo depois de sua descoberta, no final do século XVIII, mas somente em 1811 ela passou a ser empregada com regularidade, e apenas no Rio de

(147) SÃO PAULO. Presidência da Província. Inspetoria de Higiene. *Relatório do Inspector de Higiene da Província de São Paulo ao Inspector Geral de Higiene do Império, referente a 1887*. Archivos de Hygiene e Saude Publica, v. 1, n. 1, p. 93-105, 1936; SÃO PAULO. Presidência da Província. Exposição com que o Visconde de Parnahyba passou a Administração da Província ao dr. Francisco Paula Rodrigues Alves Presidente desta Província no dia 18 de Novembro de 1887. 1888. p. 40.

Janeiro. Em 1846 a vacina tornou-se obrigatória em todos os municípios do país pelo Decreto Imperial nº 464, mas as dificuldades materiais foram tantas que inviabilizaram sua implantação. A vacina animal, que possibilitaria a expansão da imunização por ser isenta dos principais riscos de contaminação existentes para a vacina humana, apresentando um processo simples de produção, foi introduzida no país em 1887. Em São Paulo a vacina tornou-se obrigatória em 1891, antes da Capital Federal, em 1904. Em 1893 foi criado o Instituto Vacinogênico, encarregado da cultura e distribuição da vacina animal contra a varíola, subordinado à Diretoria do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. (148)

A vacina anti-variólica em sua forma moderna foi desenvolvida por Jenner, em 1796, apesar da existência de referências a experiências muito anteriores de vacinas semelhantes bem sucedidas. Ela foi criada a partir da constatação empírica de que a *cow-pox*, uma forma bovina da doença, conferia imunidade contra a varíola quando contraída pelo homem. Mais tarde se descobriu que o vírus da *cow-pow* era uma cepa atenuada do agente causal da varíola. Foram desenvolvidas duas técnicas para a produção e aplicação da vacina: a primeira, mais primitiva, a *braço-a-braço*,

(148) SANTOS FILHO, Lycurgo de Castro. História da Medicina no Brasil (Do Século XVI ao Século XIX). 1947. p. 317-320; BARBOSA, Plácido, REZENDE, Cassio Barbosa. Os Serviços de Saúde Pública no Brasil especialmente na Cidade do Rio de Janeiro de 1808 a 1907 (Esboço Histórico e Legislação). 1909. p. 56 e 424-425; VIEIRA, Francisco Borges. Primeiros Tempos da Administração Sanitária Paulista e seus Antecedentes no País. Archivos de Higiene e Saude Publica, v.8, n.17, p. 33-44, 1943; SÃO PAULO. . Lei n º 240, de 4 de Setembro de 1893. Colleção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1893. 1913. p. 160-178. art. 11.

Em 1808, entretanto, já se aplicava esporadicamente a vacina anti-variólica na cidade de São Paulo. (HOLANDA, Sérgio Buarque. São Paulo. In: HOLANDA, Sérgio Buarque, CAMPOS, Pedro Moacyr (dir) O Brasil Monárquico - Dispersão e Unidade. p. 426. (História Geral da Civilização Brasileira, v. 4)

constituindo-se na inoculação do material de uma pústula humana, o *pús vacínico*, criada com o vírus da varíola bovina; ela foi empregada por Jenner, permanecendo em uso no Brasil até o final do século XIX. Suas principais limitações estavam na possibilidade de transmissão da sífilis simultaneamente à vacina, e no transporte da vacina de um lugar para o outro, que só podia se dar através de pessoas, transferindo-se as pústulas de uma para outra, já que depois de algum tempo havia a cura espontânea da lesão. Foi assim que a vacina veio de Portugal para o Brasil, transferindo-se o pús entre sete escravos durante a viagem, de braço-a-braço. Com a técnica da *vacina animal* inoculava-se um animal com o material de uma pústula humana, dando origem à *linfa vacínica*; após purificação do soro animal, obtinha-se a vacina. Apesar de falar-se em *vacina animal* em contraposição à técnica *braço-a-braço*, na verdade as duas vacinas tinham sua origem na cepa bovina da doença. (149)

A vacina obrigatória contra a varíola foi a segunda lei estadual em saúde, aprovada dez dias depois da primeira organização do serviço sanitário do Estado. Apesar da a obrigatoriedade da vacina não ter provocado conflitos de monta no Estado de São Paulo, como ocorreria no Rio de Janeiro uma década mais tarde, ela desencadeou uma acirrada polêmica em torno dos limites entre o respeito às liberdades individuais e as prerrogativas do Estado em saúde pública. A discussão sobre a validade da intervenção estatal na vida privada não se deu exclusivamente em torno da vacina obrigatória; ao liberalismo presente no movimento republicano deve-se a presença dessa questão em diversos debates, no campo da saúde e

(149) OLIVEIRA, Antonio Bernardes de. A Evolução da Medicina até o Início do Século XX. 1981. p. 330-331; SANTOS FILHO, Lycurgo. História da Medicina no Brasil (Do Século XVI ao Século XIX). 1947. p. 317-320.

saneamento, e fora dele. De um lado, os preceitos liberais, condenando a intervenção do Estado nas questões sociais, e de outro, setores mais pragmáticos do movimento republicano, que apesar de adeptos de uma política de liberalismo econômico, defendiam a ação estatal nos aspectos necessários à reprodução do complexo cafeeiro.

Os debates que acompanharam a implantação da vacina obrigatória são importantes no estudo da organização das práticas sanitárias em São Paulo por se tratar da primeira de uma série de discussões sobre as restrições às liberdades individuais em nome da intervenção estatal no campo da saúde pública. Envolvendo a própria essência do modelo tecnológico campanhista/policial – a intervenção do Estado na normatização de aspectos do cotidiano da vida urbana, através de ações de polícia médica – a oposição entre as necessidades do modelo sanitário e as liberdades individuais surgiriam novamente com toda a força em dois outros momentos: na autorização para a demolição de cortiços, em 1893, e na questão da entrada das autoridades sanitárias nos domicílios sem prévia autorização judicial, na reforma sanitária de 1917/1918.

A resistência da população contra a vacina já estava presente quando ocorre sua introdução no país, nos primeiros anos do século XIX. (150) Já no São Paulo republicano, exceto pelas poucas representações ao Legislativo, são raros os sinais de resistência à vacinação obrigatória, ao contrário do Rio de Janeiro de dez anos mais tarde, quando se conjugaram os fatores políticos e sociais, fartamente estudados e que originaram a

(150) SANTOS FILHO, Lycurgo. História da Medicina no Brasil (Do Século XVI ao Século XIX). 1947. p. 317-320; BARBOSA, Plácido, REZENDE, Cassio Barbosa. Os Serviços de Saúde Pública no Brasil especialmente na Cidade do Rio de Janeiro de 1808 a 1907 (Esboço Histórico e Legislação). 1909. p. 87.

Revolta da Vacina. A oposição à vacinação foi localizada, limitando-se a episódios isolados por ocasião de epidemias, em que a situação de caos social fazia-se acompanhar da resistência às ações de polícia sanitária, em especial o isolamento hospitalar e, raramente, a vacinação. É o que ocorreu, por exemplo, em Piedade, na zona central do Estado, durante a epidemia de varíola de 1893. Tratava-se de um incipiente núcleo urbano, com casas espalhadas, suas rústicas habitações não possuindo as condições indispensáveis para proteger os doentes contra as intempéries. Eram choupanas cobertas de capim, com paredes barreadas e esburacadas por onde penetravam o vento e a chuva; os moradores sãos e os doentes acomodavam-se em poucas camas, reunidos num ambiente sem ar nem luz. Por serem impróprias à desinfecção, as casas onde ocorriam casos iam sendo queimadas, desalojando os seus habitantes. Para piorar, não foi possível conseguir instalações para um hospital de isolamento, os doentes tendo forçosamente que permanecer em domicílios de amigos e parentes. Em meio a tantas dificuldades, só conseguiram vacinar vinte pessoas, em consequência, nas palavras do médico chefe da comissão sanitária em Piedade, *"do terror que tinha-se apoderado do espírito fraco daquele povo"*, creditando o fracasso à

"Ignorância do povo, envolvido em prevenções descabidas sobre a vacinação em épocas epidêmicas (...)". (151)

(151) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Diretoria de Higiene. Ofício da Directoria de Hygiene apresentando cópia do relatório do dr. Pedro Bandeira de Gouvea ao Secretário do Interior, em 17 de Novembro de 1893. 1893.

O projeto que originou a lei nº 13, ⁽¹⁵²⁾ de 1891, tornando obrigatória a vacinação no Estado de São Paulo, foi apresentado pelo deputado Paulo Egydio em nome da comissão de saúde pública da Câmara dos Deputados. Apesar do deputado manifestar-se quase sempre contrário às medidas que pudessem representar algum tipo de tutela do cidadão, ele defendia a vacina obrigatória como uma medida fundamental à manutenção da vida, traçando um paralelo com a obrigatoriedade da educação, estratégica para garantir a instrução. Já o deputado Alberto Kuhlmann se manifestou contra o projeto: considerando inconclusivas as provas científicas da eficácia da vacina, acreditava que, com as emendas aprovadas no Senado Estadual (mais tarde derrubadas na Câmara dos Deputados), impondo restrições ao exercício de algumas profissões aos não vacinados – militar, cocheiro, professor, etc. – e multas aos infratores, o projeto se tornara injusto e vexatório. ⁽¹⁵³⁾ Tanto o deputado Paulo Egydio quanto Alberto Kuhlmann eram próximos ao Presidente do Estado em 1891, Américo Brasiliense, e suas diferentes perspectivas no debate da vacina obrigatória explicam-se por visões pessoais distintas quanto aos limites toleráveis da intervenção do Estado nos assuntos de interesse individual. ⁽¹⁵⁴⁾

(152) SÃO PAULO. *Lei nº 13, de 7 de Novembro de 1891. Coleção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1889-1891*. 1938. p. 234-235.

(153) CÂMARA DOS DEPUTADOS (São Paulo). *Annaes da Sessão Ordinária de 1891*. 1895. p. 159 e 715-716.

(154) Algum tempo depois as trajetórias desses deputados seguiriam caminhos distintos: após a tentativa de golpe de Deodoro em novembro de 1891, com a dissolução do Congresso Nacional, Alberto Kuhlmann se manteve fiel a Américo Brasiliense, permanecendo junto ao grupo que mais tarde originou uma das primeiras dissidências políticas no PRP, enquanto Paulo Egydio ficou do outro lado, com

Aprovada a lei da vacina obrigatória no Estado de São Paulo, restava definir qual vacina seria ministrada, a *braço-a-braço* ou a *animal*. Com receio de conflitos entre a população e as autoridades sanitárias, devidos ao medo de contágio pela sífilis e à repugnância que a vacina humana suscitava, o Congresso Estadual tratou de eliminar a dúvida, aprovando nova lei em 1892, restringindo a obrigatoriedade à vacina *animal*. A confusão entre as duas vacinas permaneceu na população ainda por algum tempo, como demonstra uma representação popular encaminhada à Câmara dos Deputados em 1894 solicitando a revogação da vacinação obrigatória, justificando que se tratava de prática ineficaz, atentatória à liberdade individual, e prejudicial à saúde pública, por transmitir a sífilis. O primeiro Código Sanitário estadual manteve a obrigatoriedade da vacina animal, em 1894, permanecendo facultativa a vacinação *braço-a-braço*, acrescentando dispositivos com restrições ao ingresso nas fábricas, colégios, institutos e quaisquer estabelecimentos de habitação coletiva aos que não estivessem com a vacina em dia. (155)

No final de 1893 o debate envolvendo a vacina obrigatória ainda se dava em torno dessas duas abordagens: os efeitos colaterais da vacina e a limitação da liberdade individual em função das necessidades sanitárias. Exemplares dessa discussão são as palavras do Secretário do Interior

os que declararam fidelidade à Constituição Federal, manifestando-se contra o golpe. (CÂMARA DOS DEPUTADOS (São Paulo). Annaes da Sessão Ordinária de 1891. 1895. p. 883)

- (155) CÂMARA DOS DEPUTADOS (São Paulo). Annaes da Sessão Ordinária e Extraordinária de 1892. 1893. p. 263-265; _____. Annaes da Sessão Ordinária de 1894. 1895. p. 280-283; SÃO PAULO. Lei nº 37, de 19 de Julho de 1892. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1892. 1897. p. 21; _____. Decreto nº 233, de 2 de Março de 1894. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1894. 1895. p. 9-43.

Cesario Motta Junior, apresentando a questão ao Presidente do Estado Bernardino de Campos, no início do ano seguinte:

"Este meio profilático só tem encontrado duas objeções sérias: a primeira relativa à ação coercitiva dos poderes públicos em atos de mera utilidade individual; a segunda, a que diz respeito à possibilidade de transmissão da moléstia.

(...) A verdade é, que a sua ação coercitiva [do Estado], a bem da sociedade, não tem limites absolutamente invariáveis e fixos.

Diminuí-la o quanto possível até o seu total desaparecimento é o ideal da política; trabalhar, porém, para que a evolução se faça lógica, natural e convenientemente, não impede que se vá por modo prático demonstrando os benefícios dos atos, cuja obrigatoriedade só transitoriamente a lei o exige (...)

Que tais disposições coercitivas sejam eliminadas da lei é o nosso desejo; mas só nos animaríamos a propô-lo, quando o povo procurasse espontaneamente a vacinação contra a varíola e contra a ignorância.

Terão razão os que apresentam o segundo argumento, a transmissibilidade da moléstia ?

Também não. Se se tratasse da vacina humanizada, de braço a braço, como chamam, a objeção poderia ter valor, por quanto não está definitivamente estatuída a inocuidade da transmissão da linfa vacínica, embora o afirmem mui abalizados médicos.

O que, porém, não apresenta dúvida, é que a vacina animal, o 'Cowpox' cultivado em vitelos, é perfeitamente inofensivo e além de eficaz é incontestavelmente isento de perigo." (156)

A organização e a direção dos serviços de vacinação em São Paulo acompanhou de perto, nos primeiros tempos, a orientação geral do serviço sanitário. Em 1892, em conformidade com a ênfase estadualizante da legislação sanitária, a vacinação ficou com o serviço sanitário estadual. No ano seguinte, a vacinação foi definida como atribuição municipal, seguindo a

(156) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Presidente do Estado de São Paulo pelo dr. Cesario Motta Junior Secretário do Interior em 28 de Março de 1894. p. XLVI-XLVII.

tendência municipalizante da reforma sanitária desse ano. A partir de então, a vacinação permaneceu com a administração municipal, indiferente às mudanças na organização dos serviços sanitários. (157) A aplicação da vacina era domiciliar, os funcionários dos serviços sanitários visitando as casas uma a uma, ao contrário da Europa, onde a tendência era de postos fixos de vacinação. (158)

Definida como atribuição municipal em 1893, a falta de sanção legal da obrigatoriedade da vacinação anti-variólica por parte das posturas municipais passou a ser o principal entrave à sua disseminação. Em 1894 essa regulamentação havia sido feita por poucas câmaras municipais. O Secretário do Interior queixava-se das administrações locais, (159) habituadas, segundo ele, a esperar providências estaduais no combate à varíola, pouco fazendo por conta própria, apesar do ofício circular solicitando maior empenho na vacinação:

"Tendo a lei nº 37, de 19 de julho de 1892, tornado obrigatória em todo o Estado a vacinação e revacinação contra a varíola, por meio da vacina animal, e como compete às municipalidades a organização e direção desse serviço, conforme dispõe o art. 40 da lei nº 240, de 4 de setembro de 1893, que reorganizou o serviço sanitário, espero que essa municipalidade se esforçará, lançando mão dos recursos que possui para que desapareça, de uma vez para sempre, desse município a possibilidade de invasão de tão pernicioso mal, organizando desde já esse serviço, para o que se acha o Estado habilitado a fornecer a linfa necessária às municipalidades que a requisitarem. A extinção da varíola é um dever de

- (157) SÃO PAULO. *Lei nº 43, de 18 de Julho de 1892. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1892.* 1897. p. 25-28; _____ . *Lei nº 240, de 4 de Setembro de 1893. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1893.* 1913, p. 160-178.
- (158) SALUBRIDADE Pública. *Correio Paulistano*, 16 set. 1894. p. 1.
- (159) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. *Relatório ao Presidente do Estado de S. Paulo em 30 de Março de 1896 pelo Secretário do Interior Alfredo Pujol.* 1896. p. 11.

humanidade em que se empenham todos os povos cultos podendo hoje se avaliar o seu atraso pela irrupção dessa epidemia em seu território." (160)

Em 1895 o novo Secretário do Interior, Alfredo Pujol, solicitava novamente das câmaras municipais o cumprimento de suas atribuições legais no campo da vacinação anti-variólica, cobrando-lhes maior empenho em função do que considerava aumento das rendas municipais decorrente das alterações aprovadas na lei de organização municipal de 1891. Essas atitudes de cobrança apareceram com freqüência nas relações entre os poderes estadual e local nesse período, não resistindo a uma análise mais demorada da relação desproporcional entre o montante de recursos disponíveis para os municípios e a envergadura das atividades no campo da saúde:

"Competindo às Câmaras Municipais velar pela saúde pública em suas respectivas circunscrições em face das leis nº 16 de 13 de novembro de 1891 que organiza as municipalidades, tornando-as autônomas e com recursos suficientes para suas despesas, não só pelos impostos criados e que podem criar, como ainda pelo reforço levado à sua receita pelo imposto de indústria e profissões; e nº 240 de 4 de setembro de 1893 que reorganiza o serviço sanitário, resolveu o Governo fazer lembrar essa atribuição às Câmaras, cabendo apenas ao Estado a tarefa de auxiliá-las em casos extraordinários de grandes calamidades. (...)

Conviria mesmo que as Câmaras Municipais legislassem a respeito desse assunto que intimamente se relaciona com os mais altos interesses do Município e do Estado."
(161)

A exceção de uns raros municípios, como Piraju, na Alta Sorocabana, cujo Código de Posturas de 1884 já tornava obrigatória a vacina, sob pena de multa, a grande maioria das localidades do Estado de

(160) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Presidente do Estado de S. Paulo pelo dr. Cesário Motta Junior Secretário do Interior em 31 de Março de 1895. 1895. p.37.

(161) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Ofício Circular da 2ª Secção da Secretaria do Interior às Câmaras Municipais do Estado de São Paulo, de 31 de Agosto de 1895. 1895.

São Paulo regulamentou a vacinação anti-variólica somente a partir da segunda metade da década de 1890: Dois Córregos, em 1896, Araraquara, em 1898, e Jaboticabal, em 1902, são alguns, dentre muitos exemplos semelhantes.

(162)

- (162) LEMAN, Constantino. Piraju, seu Passado e seu Presente. [19??]. p. 82; DOIS CÓRREGOS. Lei nº 4, de 4 de Maio de 1896. Posturas Codificadas da Villa de Dous Córregos e seu Município. 1896. p. 71-74; ARARAQUARA. Lei nº 15, de 17 de Janeiro de 1898. Livro de Leis, Decretos, Regulamentos e Resoluções da Câmara Municipal de Araraquara - 1896/1907. 1907. p. 66; _____. Lei nº 58, de 31 de Dezembro de 1902. Lei nº 58, de 31 de Dezembro de 1902 - Posturas Municipaes. 1903; p. 11; JABOTICABAL. Lei nº 53, de 27 de Maio de 1902. Livro de Atas da Câmara Municipal de Jaboticabal - 1902. 1902.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Ciências Médicas

RODOLPHO TELAROLLI JUNIOR

**Poder e Saúde:
A República, a Febre Amarela e a
Formação dos Serviços Sanitários
no Estado de São Paulo**

Volume 2

CAMPINAS

1993

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

0315593

Rodolpho Telarolli Junior

**Poder e Saúde:
A República, a Febre Amarela e a
Formação dos Serviços Sanitários
no Estado de São Paulo**

TESE DE DOUTORAMENTO APRESEN-
TADA AO DEPARTAMENTO DE MEDICINA
PREVENTIVA DA FACULDADE DE CIÊN-
CIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE DE
CAMPINAS

Orientadora:
Prof^a Dr^a Ana Maria Canesqui

CAMPINAS
1993

ÍNDICE

| | |
|--|------------|
| APRESENTAÇÃO | 1 |
| CAPITULO 1 - A Sociedade Paulista na Primeira República: Vida Material e Política | 20 |
| 1. A expansão cafeeira modifica o cenário | 21 |
| 1.1. Imigração estrangeira | 26 |
| 1.2. As ferrovias: o fim do isolamento | 44 |
| 2. Condições sanitárias e assistência à saúde | 57 |
| 2.1. Contando a população: a secularização dos registros civis | 86 |
| 3. Organização política | 109 |
| 3.1. O modelo político republicano | 112 |
| 3.2. Nos domínios do <i>coronel</i> : a política local | 123 |
| CAPITULO 2 - Fundamentos Tecnológicos do Modelo Sanitá- rio e a Febre Amarela | 136 |
| 1. Origens da Polícia Sanitária | 140 |
| 1.1. Transmissão hídrica x transmissão mista | 152 |
| 1.2. A disputa pela descoberta do agente causal ... | 163 |
| 2. O modelo campanhista/policial em ação | 179 |
| 2.1. O modelo de perto: algumas práticas e insti- tuições | 193 |
| 2.1.1. A salubridade urbana. As casas e os cortiços | 194 |
| 2.1.2. Hospitais de Isolamento: os <i>laza-</i> retos | 216 |
| 2.1.3. A vacina obrigatória | 236 |

| | |
|--|-----|
| CAPITULO 3 - Fundamentos Políticos da Organização Sanitária | 247 |
| 1. As Origens, na Monarquia | 249 |
| 2. Em busca de um modelo: 1891-1895 | 254 |
| 3. Consolidação do modelo administrativo: 1896-1911 .. | 289 |
| CAPITULO 4 - Uma Campanha contra a Febre Amarela no Interior Paulista: um Estudo de Caso | 328 |
| 1. O Cenário. Situação sanitária na década de 1890 ... | 330 |
| 2. A epidemiologia da <i>Peste</i> | 345 |
| 3. O cotidiano sob a Epidemia | 359 |
| 4. A Febre Amarela e a Administração Municipal | 387 |
| 5. A epidemia a serviço do <i>coronel</i> | 398 |
| 6. Papel da imprensa nas epidemias | 405 |
| 7. A cidade depois da <i>peste</i> | 412 |
| CONCLUSÕES | 421 |
| BIBLIOGRAFIA | 427 |
| RESUMO | 464 |
| ABSTRACT | 466 |

ÍNDICE DE TABELAS

| | | |
|-----|---|-----|
| 1. | Imigração para o Estado de São Paulo: 1887/1920 | 35 |
| 2. | Mortalidade e natalidade no Estado de São Paulo: 1897/1920 | 59 |
| 3. | Mortalidade por doenças transmissíveis na Capital e Estado de São Paulo - 1894/1920 | 63 |
| 4. | Mortalidade por algumas doenças transmissíveis no Estado de São Paulo - 1894/1920 | 66 |
| 5. | Mortalidade Infantil na cidade de São Paulo - 1894/1920 | 72 |
| 6. | Local de nascimento na Capital e no Estado de São Paulo (%) 1901, 1906 e 1909 | 79 |
| 7. | Local de ocorrência dos óbitos (%) - Capital e Estado de São Paulo - 1901, 1906 e 1909 | 84 |
| 8. | Mortalidade em alguns hospitais do Estado de São Paulo - 1892/1897 | 85 |
| 9. | Mortalidade em alguns hospitais de isolamento para febre amarela no Estado de São Paulo - 1892/1896 | 221 |
| 10. | Doenças de notificação compulsória (C) e facultativa (F) no Estado de São Paulo - 1891/1917 | 319 |
| 11. | Mortalidade por sexo em Araraquara - 1890/1899 | 336 |
| 12. | Mortalidade por sexo e idade em Araraquara - 1890/1899 | 337 |
| 13. | Cobertura da assistência médica, local de ocorrência e nacionalidade dos óbitos em Araraquara - 1896/1899 | 340 |
| 14. | Causas de morte no município de Araraquara - 1890 | 341 |
| 15. | Óbitos por febre amarela no município de Araraquara - 1895/1898 | 348 |
| 16. | Óbitos por febre amarela em Araraquara - Valores médios, por sexo e faixa etária - 1895/1898 | 351 |
| 17. | Óbitos por febre amarela, segundo a nacionalidade, em Araraquara - 1896/1898 | 353 |

| | | |
|-----|--|-----|
| 18. | Local de ocorrência dos óbitos em geral e por febre amarela em Araraquara - Valores médios - 1896/1898 | 355 |
| 19. | Sexo, nacionalidade e idade dos casos de febre amarela na epidemia de Porto Ferreira - 1892 | 358 |
| 20. | Cobertura da assistência médica e utilização do <i>lazareto</i> para febre amarela em Araraquara ~ 1895/1898 | 371 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | | |
|----|--|-----|
| 1. | Imigração para o Estado de São Paulo: 1887/1920 | 36 |
| 2. | Estado de São Paulo - Plantações de café e mata nativa - 1910 . | 56 |
| 3. | Mortalidade por câncer na Capital e no Estado de São Paulo - 1901/1920 | 77 |
| 4. | Mortalidade por câncer, segundo órgãos afetados - Cidade de São Paulo - 1911/1920 | 78 |
| 5. | Óbitos por febre amarela em Araraquara, SP - 1895/1898 | 349 |

CAPÍTULO 3

Fundamentos Políticos da Organização Sanitária

Tendo por ponto de partida os poucos serviços sanitários herdados da Monarquia, sob a República foi criada uma complexa estrutura administrativa para a execução do conjunto de práticas sanitárias requeridas pelo modelo tecnológico campanhista/policial, basicamente atividades de polícia sanitária e saneamento urbano.

Com a descentralização que acompanhou o federalismo republicano, tornava-se necessária a criação de uma estrutura administrativa que atendesse às novas atribuições estaduais. No campo da saúde pública, a primeira legislação paulista foi a de 1891, posterior à promulgação da constituição estadual. Várias mudanças se sucederam até a reforma administrativa de 1896, cujas linhas gerais só vieram a ser modificadas na reforma de 1917/1918.

Em lugar da rígida centralização monárquica, que concentrava todas as ações sanitárias da Província na Inspetoria de Higiene, a administração republicana implantou uma rede de instituições, subordinada à Secretaria do Interior. A maior parte das atividades foi absorvida pela Diretoria do Serviço Sanitário, criada em 1893, incluindo a gerência dos hospitais de isolamento, a formação e o suprimento das comissões sanitárias encarregadas do combate às epidemias, a polícia sanitária, a elaboração de estatísticas vitais, etc. Já as obras de saneamento básico, apesar das críticas da Diretoria do Serviço Sanitário e do Escritório do Engenheiro Sanitário da Secretaria de Estado do Interior, eram executadas pela Secretaria de Estado

da Agricultura e Obras públicas. Seriam criados alguns laboratórios técnicos para auxiliar os serviços sanitários, nas respectivas áreas de atuação.

O modelo tecno-assistencial subjacente às práticas sanitárias tinha seus limites na tecnologia e conhecimento científico disponíveis na época, nos perfis de morbi-mortalidade dos grupos sociais e nas necessidades da reprodução do complexo cafeeiro. Já as formas sucessivas como as ações sanitárias foram organizadas tiveram suas bases no complexo panorama político da Primeira República, onde se enfrentavam o pragmatismo das oligarquias cafeeiras (no poder no Estado de São Paulo, com o PRP, a partir de 1892), na defesa de seus interesses econômicos, e a ortodoxia programática de setores do republicanismo, destacando-se a defesa dos princípios liberais da autonomia municipal e da superioridade do indivíduo sobre o Estado.

Regulando as relações entre os poderes estadual e municipal, inclusive no campo da saúde e saneamento, havia o *pacto coronelista*, característico do esquema político que atravessou a Primeira República. Nos debates do congresso legislativo estadual, em especial através das diferenças entre os projetos apresentados e as leis aprovadas, evidencia-se a relação entre a organização das práticas sanitárias e a dinâmica política do período. Tomou vulto, nos primeiros anos do período republicano, o debate em torno do princípio da *autonomia municipal*, ou seja, a intervenção do poder estadual nos assuntos municipais, com a delegação de mais ou menos atribuições políticas e administrativas às câmaras municipais.

O período que vai da Proclamação da República até 1895 foi marcado no Estado de São Paulo pela aprovação de sucessivas reformas da organização dos serviços sanitários, em 1891, 1892 e 1893, cuja implantação seria sempre parcial, as legislações ficando rapidamente superadas pelas

condições políticas e materiais da época. Até 1895 foi pequena a ação estadual nos municípios do interior, restringindo-se à Capital e a Santos, e em menor escala a Campinas, mesmo quando a legislação preconizava a concentração das ações sanitárias com o poder estadual, como na reforma de 1892. Ao fim dessa primeira fase já estaria razoavelmente definido o padrão tecnológico da ação pública nos processos sanitários que galvanizavam as atenções, as epidemias.

A partir de 1895 o poder estadual aumentaria dramaticamente sua intervenção no campo das práticas sanitárias, atropelando a divisão de atribuições prevista na legislação, recorrendo à dubiedade de alguns de seus dispositivos. Com a reforma de 1896 estava cristalizada uma tendência para a administração dos serviços sanitários, com a centralização da gerência junto com ao poder estadual, que inicialmente teve uma ação direta importante nos municípios, decrescendo com o fim das epidemias e as reformas posteriores na legislação sanitária. Em suas linhas gerais, esse padrão de organização dos serviços sanitários permaneceria até a reforma de 1917/1918, verificando-se antes disso duas mudanças na legislação, em 1906 e 1911, que não modificaram a essência do modelo administrativo.

1. As origens, na Monarquia

A organização sanitária herdada do período anterior era extremamente débil por ocasião da Proclamação da República, em decorrência da fragilidade e da centralização da estrutura administrativa da Monarquia, que concentrava suas ações na Corte e nos portos. Com as epidemias de febre amarela no porto de Santos e na região de Campinas na fase final da

Monarquia e o rápido desenvolvimento da cafeicultura em São Paulo, a ação da Inspetoria de Higiene da Província de São Paulo – repartição subordinada à administração central, responsável pelos assuntos de salubridade pública – ficava permanentemente aquém das necessidades decorrentes da nova realidade epidemiológica e social. Entretanto, somente depois da promulgação da Constituição estadual de 1891 existiriam as condições para a organização de um serviço sanitário no âmbito do Estado de São Paulo, dentro do esforço geral de criação de uma estrutura administrativa compatível com a complexidade da vida social e econômica sob a economia cafeeira, viabilizada pela organização republicana federalista.

Até meados do século XIX as principais funções médico-sanitárias eram de responsabilidade das câmaras municipais, como a profilaxia das doenças contagiosas, o saneamento das cidades e a fiscalização dos alimentos, cabendo à administração central até 1828 a fiscalização do exercício das artes de curar, atividade que com a reestruturação administrativa desse ano também foi transferida aos municípios. (1)

Com as epidemias de febre amarela que assolam o Rio de Janeiro e outros portos do país a partir de 1849, o governo central reorganizou a

(1) Um histórico pormenorizado da administração sanitária no Brasil Colônia e Império encontra-se em: BARBOSA, Plácido, REZENDE, Cassio Barbosa. Os Serviços de Saúde Pública no Brasil, especialmente na Cidade do Rio de Janeiro de 1808 a 1907 (Esboço Histórico e Legislação). 1909; FLEIUSS, Max. História Administrativa do Brasil. [19??]; MACHADO, Roberto et al. Danação da Norma - Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil. 1978; NETTO, Americo R. O Caminho para a Formação do Serviço Sanitário de São Paulo de 1579 a 1891. Archivos de Higiene e Saude Publica, v. 7, n. 14, p. 7-34, 1942; SANTOS Filho, Lycurgo de Castro. História da Medicina no Brasil (Do século XVI ao século XIX). 1947; SINGER, Paul, CAMPOS, Oswaldo, OLIVEIRA, Elizabeth M. de. Prevenir e Curar - O Controle Social através dos Serviços de Saúde. 1978; VIEIRA, Francisco Borges. Primeiros Tempos da Administração Sanitária Paulista e seus antecedentes no País, in: Archivos de Higiene e Saude Publica, v. 8, n. 17, p. 33-44, 1943.

administração sanitária nos moldes que permaneceram até o final da Monarquia. A legislação de 1850/1851 criou uma Junta Central de Higiene Pública, à qual se subordinavam as comissões e provedorias de saúde pública implantadas nas províncias, com funções de controle da vacinação, polícia sanitária e fiscalização do exercício das artes de curar, numa tendência de centralização da administração sanitária nas mãos dos governos central e provincial e de diminuição das atribuições municipais.

Nas províncias pouco mudaria após as alterações de 1828, permanecendo com as câmaras municipais a resolução dos problemas sanitários, dentro de suas limitações técnicas e financeiras, a reforma da legislação em 1850/1851 apresentando maior repercussão apenas no Rio de Janeiro. Somente em situações de grande crise sanitária, e apenas nas cidades mais importantes, podia-se contar com o auxílio do governo central, como nas epidemias de febre amarela de Campinas e Santos em 1889, quando foi enviada do Rio de Janeiro uma comissão sanitária formada por médicos e estudantes de medicina; (2) nas demais situações, não se fazia sentir a intervenção da Corte nos problemas sanitários das Províncias. Nas situações em que o auxílio implicasse um maior dispêndio de recursos, a atuação do governo central era discreta; um exemplo foi a negativa ao pedido de recursos do dr. Marcos Arruda, chefe da Junta de Higiene e Saúde Pública em São Paulo no final da Monarquia, para a prevenção, através do saneamento da cidade de São Paulo e demais portos da Província, contra o cólera que grassava no sul do país. Apesar da justificativa do dr. Arruda,

(2) SÃO PAULO. Presidência da Província. Exposição com que o dr. Pedro Vicente de Azevedo passou a Administração da Província de S. Paulo ao dr. Barão de Jaguára no dia 11 de Abril de 1889. 1889. p. 31-34; _____. Exposição com que o dr. Barão de Jaguára passou a Administração da Província de S. Paulo ao General dr. José Vieira Couto de Magalhães no dia 10 de Junho de 1889. 1889. p. 17.

de que as câmaras não dispunham de recursos nem de capacitação técnica para a empreitada, os recursos foram negados, sob a justificativa de que o saneamento era um assunto de exclusiva competência das câmaras municipais.

(3)

A reduzida inversão de recursos do governo central na epidemia de Campinas e Santos em 1889 é outro episódio típico do padrão de atuação da Monarquia no campo da saúde pública, apresentado nos debates parlamentares entre republicanos e monarquistas ainda muito tempo depois da Proclamação, como um argumento contrário à centralização da Monarquia. Em 1889, quando a febre amarela se espalhava a partir de Santos e Campinas para outros municípios do interior paulista, a oposição republicana distribuía panfletos na cidade de São Paulo contra a Monarquia, criticando a atuação sanitária do governo central:

"Ao Povo

A Febre Amarela

A Inspetoria de Higiene reclama do governo auxílios para impedir a propagação da epidemia. E O GOVERNO NEGA-OS ! - O calor aumenta ! Teremos a febre amarela ! Que o povo exija socorros, é necessário. Os exemplos de Campinas e Santos servem de experiência. Que triste experiência ! O governo descuida-se criminosamente, deixa que o mal se propague, porquê quem vem a sofrer é o povo que ficará sem recursos ! Os LÓIOS, do governo, alegres, fartos, felizes, reunir-se-ão em palácio para rirem-se das misérias da CANALHA ! Não se descuide o povo. Mostre um pouco de energia ... ao menos para defender sua vida, já que "O governo brinca e diverte-se em Caxambu." (4)

(3) SÃO PAULO. Presidência da Província. *Relatório do Inspector de Higiene da Província de São Paulo ao Inspector Geral de Higiene do Império, referente a 1887*. Archivos de Higiene e Saude Publica, v. 1, n. 1, p. 93-105, 1936. p. 94.

(4) SANTOS, Filho, Lycurgo de Castro. História da Medicina no Brasil (Do Século XVI ao Século XIX). 1947. p. 78. v. 2.

A Junta Provincial de Saúde Pública de São Paulo foi criada em 1886, com uma atuação centrada na Capital, restrita à fiscalização do exercício das profissões farmacêutica, médica e demais ofícios de curar, ao combate da varíola e à elaboração de estatísticas demógrafo-sanitárias, tendo funcionado precariamente durante o seu curto período de existência, sem as instalações físicas e o pessoal adequado ao desempenho de suas atribuições.

(5) Essa primeira estrutura administrativa de saúde pública em São Paulo foi o ponto de partida para o gerenciamento das práticas sanitárias no período republicano, pois apesar do fim do regime em 1889, houve a continuidade nos principais aspectos da vida econômica, social e no perfil epidemiológico paulista, verificando-se uma tendência à acentuação de alguns desses processos, com uma maior articulação entre saúde e sociedade: a sociedade continuava a ser predominantemente agrária, sobressaindo como principal atividade econômica a monocultura cafeeira para a exportação; a presença maciça do imigrante já vinha do final da Monarquia; as doenças que marcavam o perfil epidemiológico da Província e do Estado de São Paulo eram as mesmas, em especial a varíola e a febre amarela, a partir de meados de 1889. Algumas ações de saneamento urbano e polícia sanitária, que o modelo tecnológico que se desenvolveu na República tornaria centrais, já eram ensaiadas no final da Monarquia; elas se tornariam progressivamente mais científicas, em conformidade com as idéias predominantes no fim do século.

(5) SÃO PAULO. Presidência da Província. *Relatorio do Inspector de Higiene da Província de São Paulo ao Inspector Geral de Higiene do Império, referente a 1887*. Archivos de Higiene e Saude Publica, v. 1, n. 1, p. 93-105, 1936. p. 93-95.

2. Em busca de um modelo: 1891-1895

Anterior ao decreto federal que passou aos estados os serviços de higiene terrestre nos respectivos territórios, a primeira tentativa de organização de um serviço sanitário estadual em São Paulo é de outubro de 1891. A lei nº 12, de redação sucinta, previa a criação de um Conselho de Higiene para atuar juntamente com a Inspetoria de Higiene, autorizando um dispêndio de até 300 contos com esse objetivo, ⁽⁶⁾ mas como sua regulamentação pelo Presidente do Estado acabou não se verificando, essa lei permaneceu *letra morta*. O projeto de lei foi apresentado ao Legislativo pela Comissão de Higiene da Câmara dos Deputados, com a justificativa da necessidade de organização de um serviço sanitário estadual eficiente, para evitar a ocorrência na Capital do Estado e em outros locais do interior de São Paulo de epidemias de febre amarela como as de Campinas e Santos. ⁽⁷⁾

A Secretaria do Interior do Estado de São Paulo, à qual estiveram subordinados durante toda a Primeira República os serviços e laboratórios de saúde pública, defendia em 1891 a rápida reorganização do serviço sanitário estadual, pois a Inspetoria de Higiene, herdada da administração provincial, vinha se mostrando incapaz de fazer frente à invasão da febre amarela no interior. O Secretário do Interior advogava o aumento das atribuições estaduais, com uma maior autonomia do serviço

(6) SÃO PAULO. *Lei nº 12, de 28 de Outubro de 1891. Coleção de Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1889-1891*. 1938. p. 233-234.

(7) CÂMARA DOS DEPUTADOS (São Paulo). *Annaes da Sessão Ordinaria de 1891 da Câmara dos Deputados do Estado de São Paulo*. 1895. p. 151.

sanitário estadual frente às autoridades municipais, em moldes só aprovados na reforma administrativa de 1893, possibilitando uma ação mais efetiva no que eram considerados os principais problemas sanitários:

"Cumpre, por outro lado, tornar efetiva a autoridade dos órgãos da higiene pública, dando-lhes a faculdade de agir por si, sem a dependência apertada em que se acham para com o poder municipal. O Estado não pode deixar de intervir diretamente contra a fabricação de gêneros alimentícios deteriorados e falsificados (...); no sistema das construções dentro do perímetro das cidades e vilas, o qual deve obedecer às prescrições higiênicas; no asseio dos prédios habitados, e demolição dos inabitáveis por contrários à higiene; no isolamento de contagiados." (8)

Em 1892 foi promulgada nova legislação organizando o serviço sanitário estadual, a primeira efetivamente implantada no São Paulo republicano. O projeto foi apresentado à Câmara dos Deputados por Cazemiro da Rocha, que o justificou como necessidade decorrente do agravamento das condições sanitárias do Estado, enfatizando a situação de Santos, repetidamente atingido por epidemias de varíola e febre amarela, que punham em risco o fluxo de imigrantes estrangeiros. (9) Trata-se de uma lei ambiciosa, prevendo a concentração de um sem número de atribuições com o serviço sanitário estadual, a serem realizadas por um amplo quadro de pessoal, que incluía ao menos um delegado de higiene e um fiscal desinfector em cada vila ou cidade. Em lugar dos cinco funcionários existentes na Inspetoria de Higiene no final da Monarquia, a nova organização sanitária previa um corpo de 337 funcionários para a Diretoria

(8) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Vice-Presidente do Estado de São Paulo pelo Secretário do Interior Vicente de Carvalho a 7 de Abril de 1892. 1892. p. VIII.

(9) SÃO PAULO. Lei nº 43, de 18 de Julho de 1892. Collecção de Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1892. 1897. p. 25-28; CÂMARA DOS DEPUTADOS (São Paulo). Annaes da Sessão Ordinaria e Extraordinaria de 1892 da Câmara dos Deputados do Estado de São Paulo. 1893. p. 205-207.

de Higiene, criada em substituição. O Estado foi dividido em quatro seções, evidenciando mais uma vez o cuidado especial da administração com São Paulo, Santos e Campinas: uma seção para a Capital, outra para Santos e Campinas, outra para as demais cidades e a última para as vilas do Estado. Essa lei de organização dos serviços sanitários foi implantada apenas parcialmente, pelas dificuldades decorrentes principalmente da fragilidade financeira do erário paulista no início da República, (10) num momento em que era grande o dispêndio com outras atividades, como a imigração, a educação, o auxílio ao governo federal no combate aos movimentos revolucionários e o saneamento de Santos e São Paulo. Outra dificuldade para a implantação da lei de 1892 de organização sanitária era o flagrante conflito entre a centralização acentuada das atribuições com o poder estadual, e os ideais de autonomia municipal, muito fortes no início do período republicano.

A organização dos serviços sanitários segundo a legislação de 1892, por esses motivos, foi prejudicada. Mesmo conferindo uma orientação estadualizante à organização sanitária, a nova lei não implicou uma presença marcante do Estado no campo da saúde pública, permanecendo indefinidos os limites entre as atribuições do Estado e municípios. Apesar de terem sido nomeados delegados de higiene para muitos municípios do Estado logo em 1893, não haveria maior impacto nas condições sanitárias do interior, por eles não disporem de suporte técnico e financeiro que possibilitasse uma atuação efetiva.

(10) BLOUNT, John Allen. *A Administração da Saúde Pública no Estado de São Paulo: o Serviço Sanitário, 1892-1918*. Revista de Administração de Empresas, v. 12, n. 4, p. 40-48, 1972. p. 41-42.

Foram definidos como atividades da esfera estadual praticamente todos os aspectos relacionados ao saneamento e à salubridade pública, em franca contradição com a lei orgânica dos municípios recém-aprovada, que reservava para a alçada municipal todos os assuntos que dissessem respeito à higiene local, ao abastecimento de água, esgoto, hospitais, serviços de socorro aos indigentes, e cemitérios. (11) A legislação sanitária apresentava como incumbências da diretoria de higiene estadual: o saneamento das localidades e habitações; a prevenção e o combate às moléstias epidêmicas; a assistência pública aos necessitados; a inspeção sanitária de escolas, fábricas, hospitais, etc.; a fiscalização da alimentação pública; a fiscalização do exercício da medicina e farmácia; a polícia sanitária do que influísse direta ou indiretamente na saúde pública das localidades do Estado; a fiscalização sanitária dos cemitérios e obras que interessassem à saúde pública; a organização da estatística demógrafa-sanitária. (12) Não havia dispositivos na lei de organização do serviço sanitário definindo uma relação de subordinação entre os serviços municipais e estaduais de saúde pública, o que tornava o modelo dúbio, pois ao mesmo tempo que ficavam definidas amplas atividades para o nível estadual, nada indicava que elas também não pudessem ser desenvolvidas pelos municípios, face aos dispositivos da lei de organização municipal.

A lei de organização dos serviços sanitários de 1892 contemplou um aspecto que era fundamental do ponto de vista tecnológico para o desenvolvimento das práticas sanitárias segundo os preceitos da bacteriologia, tornando-as mais científicas: a criação de laboratórios técnicos,

(11) SÃO PAULO. *Lei nº 16, de 13 de Novembro de 1891. Collecção de Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1889-1891.* 1938. p. 248-258.

(12) SÃO PAULO. *Lei nº 43, de 18 de Julho de 1892. Collecção de Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1892.* 1897. p. 25-28.

ficando o governo estadual autorizado a dispender até 200 contos na estruturação dessas instituições. Regulamentados somente no ano seguinte, ao Laboratório de Bacteriologia do Estado caberiam os estudos da etiologia das epidemias, endemias e epizootias mais freqüentes no Estado e os exames microscópicos necessários aos diagnósticos clínicos; o Laboratório de Análises Químicas tinha por objetivo as análises de substâncias alimentícias, bebidas, drogas e fórmulas medicinais, ficando o Laboratório Farmacêutico com o preparo e o suprimento de medicamentos para as enfermarias dos estabelecimentos hospitalares custeados pelo Estado e o fornecimento de ambulâncias para os serviços de socorros públicos. Ao Instituto Vacinogênico cabiam os trabalhos de cultura da vacina animal contra a varíola. (13)

Esses serviços técnicos, em especial o Laboratório de Bacteriologia, teriam uma linha de atuação que incluía, além das respectivas atividades de polícia sanitária, o desenvolvimento dos conhecimentos necessários ao combate das epidemias através de pesquisas. A trajetória do Laboratório de Bacteriologia correria paralela e indissociável à das epidemias que assolaram São Paulo na década de 1890, em especial a febre amarela. Esse seria o período de destaque do Laboratório de Bacteriologia: extinta a febre amarela na sua forma urbana, em 1904, a instituição não receberia mais da administração paulista os mesmos recursos de antes, entrando em decadência. Uma característica do Laboratório de Bacteriologia era sua

(13) SÃO PAULO. *Decreto nº 158, de 28 de Fevereiro de 1893. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1893.* 1913. p. 57-59; _____. *Decreto nº 159, de 28 de Fevereiro de 1893. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1893.* 1913. p. 59-63; _____. *Decreto nº 157, de 28 de Fevereiro de 1893. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1893.* 1913. p. 52-57; _____. *Lei nº 240, de 4 de Setembro de 1893. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1893.* 1913. p. 160-178.

natureza instrumental, de amparar a ação do poder estadual contra os eventos sanitários que prejudicavam o complexo cafeeiro. Apesar das tentativas de desenvolvimento de conhecimento básico durante a década de 1890, o forte do Laboratório seriam as ações direcionadas ao combate das epidemias. Na década de 1910 houve uma tentativa de resgatar o prestígio do laboratório, tornando-o um foco gerador de conhecimento e prestação de serviços para as doenças endêmicas, sem sucesso. Em 1925 o Laboratório de Bacteriologia foi extinto como unidade autônoma e incorporado ao Instituto Butantan; em 1931 ele foi reaberto, com o nome de Instituto Adolfo Lutz. (14)

Nos debates que acompanharam a tramitação da legislação de 1892 já estavam presentes as divergências quanto aos limites da autonomia municipal – ou seja, o princípio que preconizava o aumento das atribuições administrativas e políticas dos municípios – que permearam as discussões parlamentares dos assuntos de saúde pública no início da República: um dispositivo do projeto de lei prescrevia que

"As posturas municipais relativas a assuntos que direta ou indiretamente possam interessar à saúde pública, não serão postas em vigor sem aprovação da Inspetoria de Higiene",

numa clara tentativa de subordinar as administrações municipais ao poder estadual nos assuntos de saúde e higiene, num retorno à situação jurídica de 1828, quando as posturas municipais tinham que ser validadas pela Assembléia Provincial. Esse dispositivo foi eliminado durante os debates, e no decreto regulamentando a execução dessa lei não ficou definida com

(14) CAMARGO, Ana Faccioli. *Instituto Bacteriológico (1892-1934): Tendências Políticas*. In: ANTUNES, José Leopoldo Ferreira et al. Instituto Adolfo Lutz - 100 Anos do Laboratório de Saúde Pública. 1992. p. 98-101; SANT'ANNA, Vanya. Ciência e Sociedade no Brasil. 1978. p. 31-36, 68-71.

precisão a relação entre as administrações locais e estaduais no campo da saúde pública, determinando, vagamente, que

"as autoridades municipais e policiais ficam obrigadas a prestar todo o auxílio de que carecerem as autoridades sanitárias para fiel e pronta execução das presentes disposições de lei". (15)

O contraste radical entre o dispositivo apresentado para discussão, subordinando totalmente as administrações locais ao governo estadual nos assuntos de higiene, e a amenidade daquele aprovado posteriormente, é ilustrativo da profundidade das divergências quanto à aplicação no campo da administração sanitária do princípio da autonomia municipal. Mais que isso, é um prenúncio dos embates que estavam por vir.

Nos debates do projeto da lei de organização sanitária de 1892 a contraposição da defesa da autonomia municipal ao aumento progressivo da presença do Estado nos municípios, em nome do combate às epidemias, não apareceu com toda a força que viria a ter, como um dos elementos mais característicos das discussões parlamentares nos assuntos de saúde pública nos primeiros anos da República. Provavelmente em decorrência da urgência imposta pela grave situação epidemiológica e pela inexistência de uma estrutura administrativa prévia minimamente compatível com os problemas sanitários que o Estado de São Paulo vinha enfrentando, a discussão dessa legislação passou ao largo da questão da gerência dos serviços sanitários. A prioridade, naquele momento, era a criação das bases institucionais para o combate às epidemias, o que explica a ausência de resistências ou objeções

(15) CÂMARA DOS DEPUTADOS (São Paulo). Annaes da Sessão Ordinaria e Extraordinaria de 1892 da Câmara dos Deputados de São Paulo. 1893. p. 837; SÃO PAULO. Decreto nº 87, de 29 de Julho de 1892. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1892. 1897. p. 185-205.

significativas ao projeto na Câmara dos Deputados e no Senado de São Paulo.

O debate mais candente durante a tramitação desse projeto de lei referiu-se a uma emenda, derrotada, que autorizava aos delegados de higiene ordenar a demolição dos prédios de cortiços. Como se tratava de um assunto muito atual, em função do grande número de moradores em cortiços, especialmente em Santos, um fator associado à recorrência da febre amarela na cidade, o tema galvanizou as opiniões na Câmara dos Deputados entre os que consideravam a medida válida em nome da defesa da saúde pública e os defensores da liberdade individual acima de tudo. (16) Esse debate retornaria em termos semelhantes na reforma administrativa de 1917/1918, contrapondo-se a inviolabilidade do lar ao acesso indiscriminado das autoridades sanitárias aos domicílios, com a finalidade de fiscalização das condições de higiene. (17)

Esse debate deu ensejo a uma discussão memorável entre o deputado Gonçalves Bastos, que defendia a prerrogativa dos delegados de

(16) CÂMARA DOS DEPUTADOS (São Paulo). Annaes da Sessão Ordinaria e Extraordinaria de 1892 da Câmara dos Deputados do Estado de São Paulo. 1893. p. 398, 478-480.

(17) A Lei nº 1596, de 1917, assegurava a entrada a qualquer momento das autoridades sanitárias em todas as habitações particulares e coletivas, para a verificação das condições de higiene, do estado de saúde dos moradores e demais atividades de polícia sanitária. Esse dispositivo da lei foi aprovado depois de grande polêmica na Câmara e Senado estaduais: seus adversários argumentavam que se tratava de concessão exagerada ao poder médico, dotado de uma liberdade superior à da polícia, num claro desrespeito ao princípio da inviolabilidade do lar, melhor garantido nos tempos do Império. (SÃO PAULO. Lei nº 1596, de 29 de Dezembro de 1917. Coleção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1917. 1938. p. 124-165. art. 49; SENADO DO ESTADO (São Paulo). Annaes da Sessão Ordinária de 1917 do Senado do Estado de São Paulo. 1918. p. 503-504; CÂMARA DOS DEPUTADOS (São Paulo). Annaes da Sessão Ordinária de 1917 da Câmara dos Deputados do Estado de São Paulo. 1918. p. 871)

higiene solicitarem a derrubada de cortiços a bem da salubridade pública, e o deputado Herculano de Freitas, contrário a essa medida, em nome da defesa das liberdades individuais, princípio que acreditava dever ser defendido contra todas as violências, injustificáveis mesmo quando baseadas em problemas de saúde pública. Para o deputado Herculano de Freitas, representante de um grupo de parlamentares que fazia da defesa da pureza dos ideais republicanos sua bandeira, e que com hábil oratória foi um arauto das prerrogativas individuais e da autonomia municipal, havia um direito adquirido quando a casa fora construída anos antes, impedindo que ela pudesse posteriormente ser derrubada pelo poder público; além do mais, a fiscalização da higiene domiciliar era um assunto que não cabia ao Estado legislar, uma incontestável atribuição municipal:

"Confesso que preferia viver num país livre e independente, honrado e glorioso, com pouca saúde, a viver cheio de saúde e vida, em Marrocos ou outro lugar correspondente. Prefiro ser membro de uma nacionalidade que garanta a seus filhos a maior soma de independência, toda a sorte de direitos consignados nas instituições dos códigos modernos e não ter perfeitamente íntegras todas as moléculas do meu organismo, a ter todo o poder físico e viver numa cidade despótica, seja este despotismo a favor da ordem ou da saúde pública. (...)

A marcha do progresso é sempre o indivíduo lutando contra o Estado e ganhando novas regalias." (18)

Alguns dos deputados estaduais mais atuantes nos debates de saúde pública do período, como Cazemiro da Rocha e Pereira dos Santos, além de outros menos presentes, como Gonçalves Bastos, Alvaro Carvalho e Malta Junior, defendiam a legalidade das demolições, por eles denominadas "*desapropriações a bem da saúde pública*"; Herculano de Freitas contra-argumentava que se tratava de mero despotismo do Estado contra o cidadão,

(18) CÂMARA DOS DEPUTADOS (São Paulo). Annaes da Sessão Ordinária e Extraordinária de 1892 da Câmara dos Deputados do Estado de São Paulo. 1893. p. 398.

pois caso fossem demolidos todos os prédios sem condições de higiene, pouco restaria das cidades paulistas. Esse primeiro embate entre a ação sanitária estadual e a defesa das liberdades individuais foi vencido por Herculano de Freitas, sendo derrubado o artigo autorizando as demolições de cortiços a bem da saúde pública, substituído por uma emenda que previa apenas multas aos proprietários desses prédios. (19)

A lei de organização do serviço sanitário de 1892 teve sua implantação regulamentada no mesmo ano, através do decreto nº 87, que detalhava minuciosamente a sua execução. (20) Esse decreto, com o título de *Regulamento de Higiene*, trazia dispositivos que seriam o arcabouço da futura ação sanitária estadual sob o modelo tecnológico campanhista/policial, regulando a fiscalização dos cortiços e outros estabelecimentos de habitação coletiva, a higiene dos estábulos e o funcionamento das maternidades, a notificação, isolamento e desinfecção nos casos de doenças transmissíveis, a fiscalização da alimentação, da atividade industrial e do exercício da medicina, farmácia, obstetrícia e arte dentária, e o funcionamento das drogeries e lojas de instrumentos de cirurgia, permitindo classificá-lo como um primeiro e rudimentar código sanitário do Estado de São Paulo, que só seria publicado com esse nome em 1894.

Outro debate que polarizou as atenções no Legislativo paulista, ainda em 1892, se deu em torno do projeto da lei nº 35, autorizando

(19) CÂMARA DOS DEPUTADOS (São Paulo). Annaes da Sessão Ordinária e Extraordinária de 1892. 1893. p. 398-405, 478-480.

(20) SÃO PAULO. Decreto nº 87, de 29 de Julho de 1892. Collecção de Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1892. 1897. p. 185-205.

desembolsos do governo com o saneamento de Santos, São Paulo e outras localidades do Estado. A utilização de recursos financeiros estaduais na realização de obras de saneamento e de infra-estrutura relacionadas ao combate das epidemias se deu, no início do período republicano, quase exclusivamente na Capital e em Santos, e em menor escala em Campinas, os demais municípios do interior quase não recebendo inversões estaduais em obras públicas antes de 1896. Essa ordem de prioridades atendia antes as localidades cuja situação sanitária punha em risco imediato a continuidade da principal atividade econômica do Estado, a cafeicultura, e era curiosamente justificada pelos deputados próximos ao governo estadual – os mesmos que haviam defendido maiores poderes para o Estado quando da discussão da lei de 1892 que organizava os serviços sanitários – em nome do princípio da autonomia municipal: o Estado não deveria realizar obras nos municípios, por se tratar de prerrogativa local !

A lei nº 35, de 1892, autorizava o Presidente do Estado a garantir empréstimos contraídos pelas administrações municipais para obras de água e esgoto, desde que os municípios empenhassem parte de suas receitas como garantia de pagamento dos empréstimos; São Paulo e Santos seriam as exceções, onde o governo estadual executou as obras com recursos próprios. No Congresso estadual o debate se deu em torno do antagonismo *equidade x favorecimento*, contido na prioridade da administração estadual com o saneamento da Capital e de Santos: afinal, argumentavam os críticos do projeto, se todos os municípios haviam contribuído para a arrecadação estadual, porque gastar recursos do tesouro somente com a Capital e Santos, e apenas garantir empréstimos para os demais municípios ? O deputado Alfredo Pujol, que parece falar nesse momento como o político que defende benfeitorias para sua cidade natal, Campinas, ia além nas críticas ao projeto

de lei, afirmando que muitas localidades não tinham arrecadação suficiente para garantir os empréstimos, apresentando uma emenda, não aprovada, estendendo as obras com recursos do Estado às cidades e vilas infestadas pela febre amarela, bem como a todas as localidades vizinhas a esses locais, critério que incluía a maioria dos municípios de São Paulo. (21)

Uma questão que emergiu nos debates durante a tramitação do projeto da lei de saneamento de 1892, apresentada como argumento contrário ao aumento do desembolso de recursos estaduais no saneamento dos municípios do interior, foi a do diagnóstico da doença que atacava o interior do Estado, que não seria, na verdade, febre amarela. (22) A partir de 1895 essa discussão foi recorrente, estimulada por setores do comércio urbano dos municípios do interior, que tinham seus negócios prejudicados quando se divulgava a ocorrência de epidemias de febre amarela em suas localidades.

O deputado Herculano de Freitas, o mesmo que na outra grande polêmica de 1892 fora contrário à demolição dos cortiços, defendia total prioridade para a Capital nos investimentos estaduais em saneamento, justificando que era aí que a ocorrência de uma epidemia traria mais repercussões, especialmente no exterior, com prejuízo para os negócios da cafeicultura. O deputado, que fora eleito pela Capital, argumentava, capciosamente, que obras nos municípios representavam uma intervenção indevida do poder estadual nos assuntos locais, o que devia ser evitado;

(21) SÃO PAULO. *Lei nº 35, de 28 de Junho de 1892. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1892.* 1897. p. 19-20; CÂMARA DOS DEPUTADOS (São Paulo). *Annaes da Sessão Ordinaria e Extraordinaria de 1892 da Câmara dos Deputados do Estado de São Paulo.* 1893. p. 336-345, 372-73.

(22) SENADO DO ESTADO (São Paulo). *Annaes da Sessão Ordinária de 1892 do Senado do Estado de São Paulo.* 1893. p. 26, 43-50.

além do mais, acreditava que muitos municípios aproveitariam, no caso de empréstimos estaduais, para não saldar seus compromissos, com prejuízo ao erário estadual. O deputado Luiz Piza concordava com esse raciocínio, apresentando os municípios, de saída, como maus pagadores:

"Essas municipalidades, devendo ao governo, são comparáveis ao genro que deve ao sogro". (23)

A possibilidade da gravidade da situação sanitária do Estado afetar a imigração foi um argumento invocado em defesa da generalização das obras de saneamento básico pelo território do Estado. Os municípios mais castigados pela febre amarela eram justamente aqueles em que havia maior colonização estrangeira, e eram os imigrantes recém chegados as principais vítimas da doença, responsável pela desistência de grande número de italianos de tentar a sorte no país, retornando à terra natal, com prejuízos para o programa de imigração subsidiada do governo paulista, segundo o deputado Alfredo Pujol. O deputado Luiz Piza discordava dessa posição, afirmando tratar-se de um fenômeno específico da colônia italiana, não relacionado à febre amarela, pois a debandada dos italianos não vinha sendo acompanhada pelos cidadãos de outras nacionalidades. (24)

A lei do saneamento de 1892 foi aprovada em forma à que fora apresentada, privilegiando os locais afetados pela febre amarela que eram críticos para a cafeicultura; as obras de água e esgoto nos municípios do interior do Estado ficariam para mais tarde, inacessíveis nesse momento aos

(23) CÂMARA DOS DEPUTADOS (São Paulo). Annaes da Sessão Ordinaria e Extraordinaria de 1892 da Câmara dos Deputados do Estado de São Paulo. 1893. p. 339.

(24) CÂMARA DOS DEPUTADOS (São Paulo). Annaes da Sessão Ordinaria e Extraordinaria de 1892. 1893. p. 338-339.

poucos recursos dos cofres municipais, que também não dispunham do pessoal e da tecnologia necessária.

Em 1895 a aprovação de outra lei regulamentando o desembolso de recursos estaduais para o saneamento básico ampliou os empréstimos para obras nos municípios, nos moldes reclamados por Alfredo Pujol três anos antes. Pela lei nº 368 (25), que autorizava o governo estadual a gastar 1.000 contos com obras de abastecimento de água no interior, deviam ser atendidas antes as localidades onde houvesse ocorrido epidemias de febre amarela ou cólera, seguidas pelas mais próximas dos locais infeccionados e onde as câmaras municipais concorressem com maiores somas de recursos próprios para as obras. Como nesse momento já eram muitas as cidades onde havia ocorrido epidemias, o valor da contribuição municipal era o fator de desempate na definição das localidades em que as obras seriam iniciadas antes. Na prática, as injunções políticas se sobrepuseram à epidemiologia e à lei. Um exemplo é Araraquara, o primeiro município atendido pelos recursos dessa lei, apesar de uma das mais reduzidas contribuições para as obras e de uma situação sanitária que não diferia no geral dos demais municípios então atingidos pelas epidemias. O que certamente pesou nessa escolha foi o fato de o dr. Theodoro Dias de Carvalho Junior, importante liderança política local e então ocupando o cargo de Secretário de Estado da Agricultura e Obras Públicas, ser ligado pelo casamento à família que liderava a política local em Araraquara.

O projeto da lei de saneamento de 1895 foi elaborado para atender uma solicitação do Presidente do Estado de um crédito suplementar de 1.000 contos para obras de água e esgoto nos municípios do interior. As

(25) SÃO PAULO. *Lei nº 368, de 3 de Setembro de 1895. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1895.* 1896. p. 52-53.

discussões se deram inicialmente em torno do valor do crédito: enquanto o projeto de lei autorizava 1.000 contos, os parlamentares da oposição ou da *minoría*, como se apresentavam, procuravam aumentar esse valor. Os dissidentes do PRP, que sistematicamente opunham-se às iniciativas oficiais, eram representados nesse momento pelos parlamentares do *Partido Republicano de Oposição*, que se formara no primeiro semestre de 1895, contrapondo-se a Campos Sales nas eleições para a Presidência do Estado. Apresentavam-se como os portadores dos legítimos ideais republicanos, abandonados e traídos pelas oligarquias peerrepistas.

Na Câmara uma emenda do deputado Oscar de Almeida elevando para 5.000 contos o valor do crédito suplementar foi recusada e no Senado estadual o processo se repetiu, com os senadores da *minoría* se batendo pelo aumento dos recursos para as obras de saneamento no interior. O senador Cesario Bastos, que a partir de então se destacou nos debates dos projetos de saúde e saneamento, apresentou uma emenda, aprovada, elevando para 3.000 contos a autorização de crédito. (26) Na defesa de sua emenda, Cesario Bastos repetiu os argumentos dos que se procurado ampliar a abrangência da lei de saneamento de 1892: o que estava em jogo era a pureza das instituições republicanas, onde a autonomia dos municípios desempenhava um papel fundamental; o poder estadual se esquecera dos municípios do interior, de onde retirava a maior parte de sua arrecadação, concentrando seus gastos em obras na Capital do Estado, num comportamento análogo ao que tanto se criticara na Monarquia, de sugar todos os recursos das

(26) SÃO PAULO. *Lei nº 368, de 3 de Setembro de 1895. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1895.* 1896. p. 52-53; CÂMARA DOS DEPUTADOS (São Paulo). *Annaes da Sessão Ordinária de 1895 da Câmara dos Deputados do Estado de São Paulo.* 1896. p.555, 675-676; SENADO DO ESTADO (São Paulo). *Annaes da Sessão Ordinária de 1895 do Senado do Estado de São Paulo.* 1896. p. 579-606.

províncias do Império, investindo-os no desenvolvimento do Rio de Janeiro. Exemplares dessa situação, para o senador, eram os números de 1894, que mostravam que o Estado investira 14.000 contos na cidade de São Paulo, destinando apenas 809 contos para os 148 municípios restantes:

"(...) é preciso que os municípios fiquem sem o auxílio pedido e indispensável; é preciso que a riqueza arrancada e tirada desses municípios, venha aumentar o esplendor da cidade de São Paulo; que importa que de lá venha o fruto que produz o imposto de importação. (...)

O município, sr. presidente, é a base da organização do nosso Estado: é portanto, nosso ideal fazer com que ele tenha uma vida autônoma (...) E si ao contrário do que devemos fazer, nós lhe tirarmos todos os elementos de vida, si nós o colocarmos na posição difícil de pedinte; se o poder executivo, encarregado da arrecadação dos impostos, se constituir dono do tesouro, e fizer a distribuição a seu bel prazer, aos municípios amigos com prejuízo de outros; quando porventura outros inconvenientes não se apresentassem, resultaria ao menos o do dobramento do caráter como meio necessário para conseguir a base da vida material, a saúde pelo saneamento do ambiente em que vive." (27)

Estava recém promulgada a legislação de 1892 reformulando o serviço sanitário e já se apontavam lacunas nos artigos referentes à atuação da fiscalização em geral, favorecendo a impunidade e as infrações, segundo o Secretário do Interior, que propunha a sua imediata revisão (28). Em sua mensagem ao Congresso Legislativo no início dos trabalhos de 1893, o

(27) SENADO DO ESTADO (São Paulo). Annaes da Sessão Ordinária de 1895 do Senado do Estado de São Paulo. 1896. p. 606-607.

É impossível dissociar nas palavras do senador, a partir apenas dos debates legislativos, a manifestação de apego aos ideais republicanos do *jogo de cena* para angariar adeptos no interior do Estado para sua facção política.

(28) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Presidente do Estado de São Paulo pelo dr. Cesario Motta Junior Secretário dos Negócios do Interior a 6 de Abril de 1893. 1893. p. XIV-XV.

Presidente do Estado se queixava dos magros resultados no campo da salubridade pública, como consequência do que considerava desinteresse das câmaras municipais, decorrente da excessiva estadualização da organização sanitária, reclamando da inércia e fraqueza das administrações locais. (29)

Em 1893 os serviços sanitários foram novamente reorganizados, através da lei nº 240, cujo projeto foi aprovado sem debates no Senado Estadual, após grande controvérsia na Câmara. (30) O projeto de lei era formado inicialmente por dois blocos, reformando o serviço sanitário e criando o primeiro Código Sanitário de São Paulo, que acabaria por ser publicado como decreto do Executivo um ano mais tarde, depois que o projeto original foi desmembrado em dois. Provavelmente em decorrência do grande detalhamento da lei, cuja aprovação, segundo o Secretário de Estado do Interior, fora apressada pelas epidemias de febre amarela do ano anterior, essa reforma do serviço sanitário não seria regulamentada mais tarde por um decreto, como aconteceria nas demais mudanças da legislação no período. (31)

O projeto de lei apresentado em 1893, incluindo a reforma da administração sanitária e o Código Sanitário, mantinha a dubiedade da legislação do ano anterior. Ao mesmo tempo que previa o repasse da maior parte das atribuições em saúde e saneamento aos municípios, nos tópicos

(29) SÃO PAULO. Congresso Legislativo. Mensagens apresentadas ao Congresso Legislativo de S. Paulo pelos Presidentes do Estado e Vice-Presidentes em Exercício, desde a Proclamação da República até ao Anno de 1916. 1916. p. 22.

(30) SÃO PAULO. Lei nº 240, de 4 de Setembro de 1893. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1893. 1913. p. 160-178.

(31) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Presidente do Estado de São Paulo pelo dr. Cesario Motta Junior Secretário do Interior em 28 de Março de 1894. 1894. p. 77.

referentes ao Código Sanitário a situação era oposta, mantendo a possibilidade de intervenção do poder estadual nos municípios, através de uma detalhada regulamentação técnica. Aprovado apenas no ano seguinte, e mesmo sendo facultativo, com o passar dos anos o Código foi adotado em seus princípios gerais nas posturas de grande número de câmaras municipais. Apresentando especificidades em cada município, os códigos de posturas eram no geral muito semelhantes, aproximando-se do Código Sanitário estadual.

O aparente paradoxo entre as características das duas partes do projeto de lei apresentado ao Legislativo, propondo uma reforma sanitária que municipalizava atribuições e um Código Sanitário estadualizante, sugere uma tentativa do poder estadual de eximir-se do ônus político e financeiro da organização sanitária de 1892, que incluía pessoal e ações sanitárias estaduais em todas as cidades e vilas do Estado, através do repasse da maior parte das atividades para as administrações municipais. Como o poder estadual não abria mão do controle dos serviços sanitários, que já eram desde o início da República peça fundamental para o desenvolvimento da cafeicultura, o projeto da reforma administrativa de 1893 trazia como salvaguarda do Executivo estadual a ausência de limites precisos para sua intervenção nos municípios, com um dispositivo autorizando uma ação ampla nos momentos de crise epidêmica.

A outra estratégia que garantia ao poder estadual uma eventual intervenção nas questões de saneamento apoiava-se no Código Sanitário - cuja aplicação pelos municípios seria obrigatória, segundo o projeto de lei original - através do controle das ações municipais por uma minuciosa normatização e padronização técnica. Ao final dos debates de 1893, entretanto, o princípio da autonomia municipal acabou se sobrepondo, e o

Código Sanitário não se transformou em lei mas num decreto de adoção facultativa pelos municípios, publicado no ano seguinte, numa vitória da corrente de parlamentares representativa do liberalismo republicano mais tradicional.

Os vários artigos existentes no projeto original da reforma de 1893 e que contrariavam a lei orgânica dos municípios, como por exemplo, que caberia ao diretor geral do serviço sanitário "*fiscalizar a boa execução do Código Sanitário e representar ao governo contra atos das municipalidades que contariarem os preceitos do mesmo código*", e que "*não terão força de lei as posturas que contrariarem as disposições do código sanitário*", foram rejeitados através de emenda supressiva. Outro dispositivo igualmente derrubado foi o que estabelecia que as administrações municipais teriam o prazo de um ano para organizar suas posturas, a contar da data da publicação do Código Sanitário, utilizando-o como modelo para os regulamentos locais de saúde. O próprio enunciado do Código Sanitário foi modificado durante sua tramitação, de "*O Congresso decreta*" para "*O governo faz publicar*", de modo a não tornar obrigatória a sua adoção pelos municípios. (32)

Um argumento definitivo a favor da reforma da organização sanitária em 1893, contra os que a consideravam precoce, como o deputado Pereira dos Santos, que se tornara um crítico assíduo das iniciativas governamentais nos assuntos de saúde pública, foi a falta de resultados positivos até então, apesar dos gastos considerados excessivos. Recebeu destaque um ofício encaminhado pela Câmara Municipal de Campinas à

(32) CÂMARA DOS DEPUTADOS (São Paulo). Annaes da Sessão Ordinaria de 1893 da Câmara dos Deputados do Estado de São Paulo. 1894. p. 792-802, 831.

Assembléia Legislativa, com queixas contra os delegados estaduais de higiene lotados na cidade, que estariam sendo pagos sem trabalhar, situação apresentada como decorrência típica de uma organização sanitária marcada pela *descentralização excessiva*, segundo os defensores da reforma da legislação. (33)

Antevendo as prerrogativas que a administração estadual adquiriria com a hipotética aprovação do Código Sanitário, abrindo o caminho à interferência em praticamente todos os aspectos da vida material dos municípios, como calçamento, esgotos, higiene das habitações, construções, etc., a Câmara Municipal de São Paulo se manifestou contrariamente, em ofício à Câmara dos Deputados protestando contra o projeto de lei. Para os vereadores de São Paulo a aprovação do Código Sanitário na forma prevista no projeto original representaria uma volta à antiga lei de organização municipal de 1828:

"A tentativa, portanto, de retrocesso aos tempos monárquicos não pode deixar de ser recebida por esta Câmara, como por todas do altivo Estado de São Paulo, sem protesto, como contrária às constituições e às leis, à índole do regime republicano, que será destruído em suas bases fundamentais, com esse novo espécime de lei de 1828 (...)." (34)

Com a reforma de 1893 a orientação do Serviço Sanitário foi modificada radicalmente, deixando ele de ser exclusivamente estadual, passando também a municipal. Na verdade, numa profunda mudança em relação à legislação anterior, a maior parte das atribuições foram

(33) CÂMARA DOS DEPUTADOS (São Paulo). Annaes da Sessão Ordinaria de 1893 da Câmara dos Deputados do Estado de São Paulo. 1894. p. 791-798.

(34) CÂMARA DOS DEPUTADOS (São Paulo). Annaes da Sessão Ordinaria de 1893 da Câmara dos Deputados do Estado de São Paulo. 1894. p. 871.

transferidas aos municípios, ⁽³⁵⁾ permanecendo com o Estado apenas a fiscalização do exercício profissional da medicina, farmácia, parteiras e artes dentárias, a organização da estatística demógrafo-sanitária e a prevenção da importação e disseminação de moléstias epidêmicas. Nos períodos de epidemias o governo estadual podia absorver as atribuições municipais em saúde e, apesar da manutenção dos serviços municipais ser da responsabilidade dos respectivos cofres, o Estado poderia subvencionar as localidades onde faltassem recursos e houvesse necessidade de obras de saneamento consideradas imprescindíveis. De uma maneira geral, apesar da possibilidade prevista em lei, até 1895 o Estado investiu recursos próprios em obras de saneamento praticamente apenas na Capital, Santos e Campinas.

A previsão, na legislação de 1893, de intervenções do poder estadual nos municípios nas situações de emergência epidemiológica incluía potencialmente todo o campo da polícia médica e saneamento, confundindo-se com as atribuições delegadas aos municípios. Repetia-se em 1893 o padrão de legislação dúbia, permanecendo indefinidos os limites das atribuições do Estado e municípios, o que não parece casualidade, mas estratégia do legislador que, ao mesmo tempo que desincumbia o poder estadual, delegando um grande número de atribuições em saúde pública ao município, mantinha aberta a possibilidade da intervenção estadual nos assuntos de salubridade local, no que o Código Sanitário de 1894 desempenhou um importante papel coadjuvante. Na prática pouco mudou com a reforma de 1893, e as ações

(35) Tornaram-se atribuições municipais: saneamento local; polícia sanitária das habitações particulares e coletivas e das indústrias; fiscalização da alimentação; os serviços de assistência pública; a vacinação. (SÃO PAULO. *Lei nº 240, de 4 de Setembro de 1893. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1893*. 1913, p. 160-178. art. 2)

sanitárias e os recursos estaduais mantiveram-se como até então, concentrando-se nas três principais cidades do Estado.

Com a legislação de 1893 os serviços sanitários do Estado de São Paulo foram organizados em moldes opostos àqueles até então em vigor, e da concentração de atribuições na esfera estadual prevista em 1892, passou-se ao polo oposto, com o predomínio das atividades a serem desempenhadas pelos municípios. O amplo quadro de funcionários estaduais, previsto em 1892 para todas as cidades e vilas de São Paulo, foi reduzido a um pequeno quadro de inspetores sanitários, todos lotados na Capital do Estado.

A transferência de um grande número de atribuições em saúde e saneamento para o poder local sem as correspondentes modificações na estrutura tributária que incrementassem a arrecadação municipal, limitava seriamente quaisquer tentativas das câmaras municipais de desempenhar essas atividades. A inexistência na legislação de 1893 de mecanismos de supervisão e apoio técnico estadual às atividades das administrações municipais foi outra lacuna que contribuiu para sepultar as tentativas locais de ampliar sua participação nas práticas sanitárias e obras de saneamento. Essa era a situação no final de 1895 quando, com raras exceções, as câmaras municipais estavam longe de ter assumido plenamente as funções de polícia sanitária que a lei da reforma sanitária de 1893 lhes atribuía, segundo queixa do Secretário do Interior do Estado de São Paulo. ⁽³⁶⁾ Os fatos que se repetiram durante as epidemias de febre amarela, a partir de 1895,

(36) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Presidente do Estado de S. Paulo em 30 de Março de 1896 pelo Secretário do Interior Alfredo Pujol. 1896. p. 13.

confirmariam o despreparo dos municípios para enfrentar essas situações de caos epidemiológico.

Com base na dubiedade da legislação aprovada em 1893, e com a disseminação da febre amarela pelo Estado a partir de 1895, aumentou o número de comissões sanitárias no interior, multiplicando-se a partir do ano seguinte as obras de saneamento básico e hospitais de isolamento, antes mesmo da aprovação da reforma administrativa de 1896. Na falta de condições para sua implantação, a organização sanitária de 1893 foi superada em seu municipalismo pelas necessidades do processo produtivo da cafeicultura, prejudicada pelas seguidas epidemias de febre amarela justamente nas regiões de maior produção, dissociando-se nesse momento as práticas sanitárias de seu arcabouço legal.

O princípio da autonomia municipal esteve no centro das discussões parlamentares que acompanharam a tramitação do projeto de reforma do serviço sanitário de 1893, em especial a questão dos limites aceitáveis da intervenção do poder estadual em nome da defesa da saúde pública. Por um lado, argumentavam os que se alinhavam com a defesa incondicional das prerrogativas municipais, o Estado não podia impor uma normatização ampla da higiene local, sob pena de negar ao município o direito de legislar sobre higiene, um assunto de seu exclusivo interesse, segundo a lei orgânica dos municípios. ⁽³⁷⁾ Já os partidários da posição

(37) SÃO PAULO. *Lei nº 16, de 13 de Novembro de 1891. Coleção de Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1889-1891*. 1938. p. 248-258.

A Lei nº 16 definia como atribuições municipais os assuntos de saúde pública e saneamento: "1º Sobre o alinhamento, limpeza, calçamento (...) sobre todos os logradouros públicos (...); 4º Sobre matadouros, talhos, e açougues, feiras e mercados (...); 6º Sobre tudo quanto interessar à higiene do município, decretando todas as medidas e providências, que, não contrariando a lei geral do Estado, forem a bem da salubridade do lugar e da saúde dos habitantes, reclamando auxílio dos poderes do Estado nos casos extraordinários e auxiliando

oposta justificavam-se, curiosamente, na mesma lei orgânica dos municípios, interpretada de outra maneira: não havia ofensa à autonomia municipal quando o Estado normatizava a higiene local, pois apesar da lei prescrever a liberdade e a autonomia dos municípios, estes eram subordinados às leis federais e estaduais, nos assuntos que diziam respeito ao conjunto de municípios, ficando reservado às câmaras municipais o direito de legislar apenas sobre o que lhes fosse peculiar. (38) Interpretado a partir de concepções divergentes quanto aos limites da *autonomia municipal*, o mesmo código legal, a lei orgânica dos municípios, respondia aos que defendiam maiores prerrogativas aos municípios e àqueles que priorizavam uma ação estadual ampla nos assuntos de saúde e saneamento nos municípios.

O ponto de partida das discussões parlamentares envolvendo o princípio da autonomia municipal, no ano legislativo de 1893, foi o projeto de Código Sanitário: sua aprovação, na forma em que fora apresentado no projeto de lei, implicava a imposição às câmaras municipais de um conjunto de medidas técnicas de higiene cuja aplicação era compulsória, com força de lei, o que foi considerado ofensivo à autonomia dos municípios até por deputados como Cazemiro da Rocha, que atravessou a Primeira República como um dos porta-vozes das iniciativas em saúde pública do Executivo estadual. A inclusão do primeiro Código Sanitário do Estado no mesmo

as competentes autoridades sanitárias, onde as houver; 7º Sobre abastecimento de águas, serviço de esgotos (...); 13º Sobre hospitais, serviço de socorros aos indigentes e criação e manutenção de estabelecimentos que se destinem a obras pias e de caridades; 14º Sobre cemitérios e serviços de enterro, organizando os respectivos regulamentos, em que deixarão livre a todos os cultos a prática dos ritos religiosos, desde que não ofendam à moral e às leis." (art. 53. p. 254)

(38) CÂMARA DOS DEPUTADOS (São Paulo). Annaes da Sessão Ordinaria de 1893 da Câmara dos Deputados do Estado de São Paulo. 1894. p. 785, 834-835.

projeto de lei que reformulava a organização do serviço sanitário, conferia a ambos a mesma condição, de lei estadual, cuja obediência pelos municípios era obrigatória. A aplicação dos dispositivos de um Código que regulamentava praticamente todos os aspectos do cotidiano urbano, impossibilitaria às câmaras municipais o exercício de uma vida política e administrativa próprias. A publicação de um Código Sanitário, na forma de lei, também era questionada por dificultar alterações em aspectos que não estavam ainda bem definidos tecnicamente e que fatalmente seriam modificados com o progresso científico. ⁽³⁹⁾ O ideal, segundo os críticos do projeto de lei original, era o seu desmembramento e a publicação de um Código Sanitário como um decreto do poder Executivo, um dispositivo legal cuja aplicação e modificação era mais maleável, o que efetivamente ocorreu.

Aqui novamente o deputado Herculano de Freitas, crítico das iniciativas governamentais anteriores que contrariassem as liberdades individuais, teve uma participação fundamental nos debates, combatendo o projeto sob a ótica do pensamento liberal: não cabia ao Congresso Estadual legislar sobre questões científicas – o que aconteceria com a aprovação de um Código Sanitário – pois nesse caso o Estado estaria constituindo dogmas, impondo sua definição de higiene; definido na lei o correto em ciência, os cientistas ficavam proibidos de aplicar medidas contrárias às legais, o Estado e o Código Sanitário colocando-se contra o progresso. Mesmo o deputado Almeida Vergueiro, membro da Comissão de Higiene e Saúde Pública da Câmara, mas que não participara da elaboração do projeto, concordou com a impropriedade de se estabelecer com a força da lei princípios absolutos em ciência. Para o liberal Herculano de Freitas, representante de uma corrente

(39) CÂMARA DOS DEPUTADOS (São Paulo). Annaes da Sessão Ordinária de 1893 da Câmara dos Deputados do Estado de São Paulo. 1894. p. 785.

de pensamento que nos primeiros anos da República ainda era muito forte, a intervenção do Estado devia ser a menor possível em todos os setores, inclusive em saúde, pois a ação estatal era inevitavelmente acompanhada da incompetência e do empreguismo. Antecipando-se à uma tendência que emergiu somente no final da Primeira República, o deputado contrapunha a educação em saúde ao intervencionismo estatal: mais que normatizar, as leis deviam concorrer para a educação popular nos assuntos de higiene, o caminho mais adequado para a manutenção da saúde, pois um povo educado seria mais cooperativo com o Estado nos problemas de saúde pública. (40)

A defesa que o deputado Cazemiro da Rocha fez do projeto de reforma sanitária contra as críticas de Herculano de Freitas tipifica o embate que se iniciara em 1892, tomou força em 1893 e se apresentaria com maior vigor no ano legislativo de 1896: de um lado o republicanismo liberal, guardião dos princípios tradicionais do movimento republicano, como as liberdades individuais e a autonomia municipal, aqui representado por Herculano de Freitas; de outro, o pragmatismo das oligarquias cafeeiras, instaladas no Executivo estadual a partir de 1892 e aqui representadas por Cazemiro da Rocha, portadores de um liberalismo de fachada, antipopular e oligárquico, funcional apenas no campo econômico, segundo Marco Aurélio Nogueira. (41) Tratava-se, para os últimos, de organizar as ações sanitárias da forma mais eficiente, para no menor prazo de tempo superar uma situação epidemiológica que punha em risco os negócios do complexo cafeeiro, mesmo

(40) CÂMARA DOS DEPUTADOS (São Paulo). Annaes da Sessão Ordinaria de 1893 da Câmara dos Deputados do Estado de São Paulo. 1894. p. 785, 834-835.

(41) NOGUEIRA, Marco Aurélio. Monarquia, Abolição, República - Joaquim Nabuco e as Desventuras do Liberalismo no Brasil. 1983. p. 235-236.

que às custas dos princípios liberais defendidos historicamente pelos republicanos.

O princípio da autonomia municipal, um desdobramento doutrinário do federalismo para a esfera das relações entre estados e municípios, preconizava a extensão da descentralização política e administrativa até o nível local. A defesa da federação e da autonomia municipal não era exclusividade dos republicanos, sendo incorporada nos últimos tempos do Império pelo liberalismo monarquista; trata-se de princípios resultantes das transformações na estrutura econômica do país, que já estavam amadurecidas no final do período imperial. O liberalismo, indissociável dos princípios do federalismo e da autonomia municipal quando se tratava do republicanismo, respondia à perfeição aos interesses e necessidades dos setores agrários – pelo que se entende a cafeicultura – ao contrário da indústria, que na Primeira República era anti-liberal no plano econômico, dependendo de mecanismos de proteção estatal para sua sobrevivência. No campo político o liberalismo republicano era excludente, funcionando apenas nas aparências, no campo retórico, à semelhança do princípio da autonomia municipal.

O deputado Cazemiro da Rocha fez uma defesa técnica do projeto de lei argumentando com a necessidade de uma padronização mínima das práticas sanitárias, sem a qual não havia como agir nas epidemias que ultrapassassem as fronteiras municipais, assolando diversas localidades, como acontecia com freqüência. Admitia restrições à liberdade individual e à autonomia dos municípios em nome da saúde pública, ponto de vista rechaçado veementemente pelo deputado Herculano de Freitas, que mesmo apresentando-se como partidário do governo paulista, via nesse aspecto uma questão de princípios, onde não fazia exceção: a promulgação de um Código

Sanitário que normatizasse assuntos como calçamento, esgotos, habitações, etc., era incompatível com a prerrogativa municipal de legislar. (42)

Em 1895, agora no Senado estadual, o debate em torno do projeto de lei que criava o Instituto Pasteur trouxe à tona mais uma vez essas diferenças. Alguns senadores – Paulo Egydio foi o que sistematizou melhor esse pensamento – mostravam-se contrários à criação de um novo instituto para tratar de doenças que não consideravam prioritárias por não serem epidêmicas, como a raiva e difteria, num momento em que o Estado encontrava-se muito endividado. Paulo Egydio, que se dizia fiel representante das idéias do *Partido Conservador*, (43) era contrário ao projeto em nome dos princípios republicanos: por não se tratarem de doenças que constituíssem urgências epidemiológicas, o Instituto Pasteur deveria ser criado pela iniciativa privada, da classe médica:

"Eu voto, por sistema e por princípio, contra este projeto, porque, sr. presidente, me parece que o arquétipo da perfeição do sistema republicano deve ser este: enfraquecer a ação oficial, enfraquecê-la em bons termos, não deixando de armá-la dos meios convenientes,

(42) CÂMARA DOS DEPUTADOS (São Paulo). Annaes da Sessão Ordinária de 1893 da Câmara dos Deputados do Estado de São Paulo. 1894. p. 834-835.

Alguns anos mais tarde, em 1897, Herculano de Freitas estaria na oposição, com o PRF de Francisco Glicério, de quem era genro.

(43) CÂMARA DOS DEPUTADOS (São Paulo). Annaes da Sessão Ordinária de 1895 da Câmara dos Deputados do Estado de São Paulo. 1896. p. 272-288, 394-398.

Não há registro nas obras de história política do período de alguma dissidência no PRP na década de 1890 com o nome de *Partido Conservador*. Parece tratar-se de força de expressão, designando uma corrente do Partido que pensava o republicanismo de modo conservador, procurando preservar seus princípios. As idéias apresentadas pelo deputado foram recorrentes na década de 1890, incorporadas a grande parte dos movimentos de oposição política que ocorreram nesse período de consolidação do novo regime: o resgate de um republicanismo portador de seus elementos tradicionais, contra o pragmatismo das oligarquias encasteladas no PRP.

para exercer as funções que lhe são próprias; enfraquecer a ação oficial do Estado no sentido de diminuir-lhe as atribuições políticas, alargando ao inverso a esfera das classes, dos particulares, em uma palavra - promovendo o desenvolvimento da iniciativa." (44)

O Código Sanitário de 1894 é um regulamento extenso, com 520 artigos, que normatizava o funcionamento e a salubridade da vida urbana nos mínimos detalhes: ruas e praças públicas; habitações em geral; habitações coletivas, como hotéis, casas de pensão, escolas, quartéis e prisões; cortiços, apresentados como "*habitações das classes pobres*"; fábricas e oficinas; teatros; alimentação pública; padarias, botequins, restaurantes, açougues e mercados; matadouros; abastecimento de água e esgotos; cocheiras e estábulos; casas de banho, barbeiros e cabelereiros; lavanderias públicas; latrinas e mictórios públicos; hospitais e maternidades; necrotérios, cemitérios e enterramentos; profilaxia das doenças epidêmicas e vacinação.

O Código Sanitário enquadra-se nos esforços do governo paulista para normatizar a cidade e a vida urbana, segundo critérios ditados pelo conhecimento tecnológico disponível. Procurou-se garantir, através de detalhadas prescrições para as construções urbanas, um fluxo de ar e uma iluminação adequadas para os domicílios e habitações coletivas; essas últimas, por apresentarem uma grande população fixa, tiveram seu funcionamento normatizado, devendo instalar-se preferencialmente à distância dos núcleos urbanos. A qualidade e o fluxo da água receberam atenção especial: o destino das águas servidas domiciliares, das lavanderias, casas de banho,

(44) CÂMARA DOS DEPUTADOS (São Paulo). Annaes da Sessão Ordinária de 1895 da Câmara dos Deputados do Estado de São Paulo. 1896. p. 398.

matadouros, etc., foram regulamentados no Código Sanitário. Por serem locais de aglomeração, produzindo esgotos líquidos em grande quantidade, e pelo fato das roupas sujas serem vistas como fonte potencial de contaminação, as lavanderias receberam destaque na regulamentação da vida urbana, devendo ser instaladas longe das habitações. Também estavam presentes no Código Sanitário normas para a produção e venda de alimentos.

A preocupação do governo paulista em regulamentar a cidade nos mínimos detalhes resvalou em alguns momentos para o idealismo, com artigos do Código Sanitário abordando aspectos que dificilmente poderiam ser controlados pela via legal. Entre muitos exemplos, é o caso do artigo 398, que dispunha que *"As municipalidades devem cuidar seriamente da instalação de latrinas e mictórios públicos e proibirão que para tal mister a população se utilize abusivamente das esquinas ou paredes dos edifícios"*; do artigo 370, que regulamentava o funcionamento das casas de banho, determinando que *"O sabão para os banhos deverá ser fornecido a cada banhista em quantidade tal que apenas chegue para um banho, devendo ser inutilizada a porção que porventura restar, que não poderá ser empregada em outro banho"*; e do artigo 379, que proibia que se lavassem roupas no interior das habitações. (45)

(45) SÃO PAULO. *Decreto nº 233, de 2 de Março de 1894. Collecção de Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1894*. 1895. p. 9-43. Regulamentos idealistas, publicados mesmo sabendo-se de antemão da pouca viabilidade de seu cumprimento, não foram exclusividade da legislação sanitária ou da Primeira República; para Raymundo Faoro, esse é um traço da história brasileira, com a construção da realidade através de decretos, alvarás e ordens régias, desde o início da colonização. (FAORO, Raymundo. *Os Donos do Poder - Formação do Patronato Político Brasileiro*. 1989. p. 149.) Na legislação sanitária a situação não foi diferente, os dispositivos legais aproximando-se mais do ideal que da realidade, desde a Colônia.

O ideário da autonomia municipal, registre-se ainda uma vez, traduzido pelo aumento das prerrogativas administrativas e financeiras dos municípios, esteve muito presente no início da República, encontrando defensores incondicionais num grupo de parlamentares que se proclamavam os portadores das raízes republicanas. Na aparência movidos pelo que consideravam como a pureza dos ideais da República, com freqüência a defesa desses princípios deu ensejo ao enfrentamento entre as oligarquias do PRP e os recorrentes movimentos de dissidência política da década de 1890.

As sucessivas modificações na organização dos serviços sanitários no Estado de São Paulo no primeiro quinquênio da República, com a distribuição de mais ou menos atribuições para os poderes estadual ou municipal, eram a manifestação final desse quadro de definição do modelo político e administrativo no nascente Estado republicano, onde se enfrentavam diferentes tendências com visões próprias da questão. Até 1895, a ação estadual priorizou as ações sanitárias nos locais onde de maneira mais imediata as atividades da cafeicultura estavam sob ameaça - São Paulo, Santos e Campinas - e o debate sobre a organização sanitária se apresentou mais como uma questão doutrinária, pois na prática ainda eram incipientes as intervenções e o desembolso de recursos em obras nas demais localidades.

Favorecendo o acúmulo de atribuições junto aos municípios havia o princípio da autonomia municipal, sempre defendido por todos os republicanos, seja no Executivo ou no Legislativo. Contra essa concentração das custosas ações sanitárias com os municípios, atuavam, subsidiariamente,

alguns elementos, como a concentração tributária da Constituição Federal de 1891, onde o nível local era o elo mais fraco, e o maior quinhão da arrecadação permanecia nos níveis nacional e estadual, e fatores de ordem técnica, que dificultavam ações eficientes de combate a doenças epidêmicas, na ausência de padronização de procedimentos técnicos e administrativos para todo o Estado. O aspecto crucial, entretanto, estava no modelo de organização política em formação, onde o *pacto coronelista*, intermediando as relações de troca e mútua dependência entre Estado e municípios, não admitia uma instância local efetivamente autônoma, mesmo que exclusivamente no campo da saúde e saneamento, pelo contrário. Desse conjunto de circunstâncias se originavam as ambigüidades do processo de organização das práticas sanitárias no período, e apesar dos momentos em que a legislação reservava um maior quinhão de atribuições para o município, a participação do poder estadual foi sempre decisiva; as obras e os recursos humanos em saúde pública, alvo de negociação política com as lideranças locais, eram transformados em favor político a ser retribuído com apoio e votos nas eleições seguintes.

De um lado, os parlamentares dissidentes do PRP, que se arvoravam em defensores da pureza dos ideais republicanos – aí incluídos a autonomia municipal e as liberdades individuais – e defensores da municipalização das ações sanitárias; em sua ação confundiam-se a defesa de seu ideário e a oposição sistemática à *situação*. Do outro lado estavam as oligarquias cafeeiras peerrepistas, senhoras do Executivo estadual, representadas no Legislativo pela ampla maioria dos parlamentares, que defendiam suas propostas na Câmara e Senado do Estado, e contando com o suporte do corpo de técnicos da Secretaria do Interior e da Diretoria do Serviço Sanitário estaduais. Sob o ponto de vista técnico e administrativo,

com vistas à máxima eficiência das ações sanitárias, era fundamental para o governo estadual a uniformização e padronização das práticas sanitárias em todos os municípios através da centralização das atribuições com o Estado, e da criação de mecanismos de controle das ações mantidas sob a alçada municipal. Raramente se manifestando abertamente contra a autonomia municipal, as oligarquias cafeeiras eram dotadas de uma visão mais pragmática desse princípio tão caro aos republicanos, subordinando-o às necessidades de manutenção e reprodução do complexo cafeeiro.

Até a reforma administrativa de 1896, a visão que privilegiava a descentralização para os municípios das práticas sanitárias, como consequência da autonomia municipal, foi a vencedora desse embate no Legislativo estadual; afinal, ainda era muito recente a Proclamação e forte a presença daqueles princípios que haviam acompanhado a saga republicana desde a década de 1870. Mesmo quando vigorava a legislação aprovada em 1892 – que parece ter sido o resultado da visão pessoal de alguns técnicos e parlamentares, passando quase sem debates pelo Legislativo – alocando pessoal estadual em todas as cidades e vilas de São Paulo, a presença dos funcionários da Inspeção de Higiene do Estado nos municípios era discreta, limitando-se a algumas localidades. Nesse primeiro quinquênio da República a ação estadual se fez sentir principalmente em São Paulo, Santos e Campinas, onde se apresentavam os riscos mais imediatos de prejuízos à produção e à exportação cafeeira, em decorrência das epidemias de febre amarela. A organização sanitária aprovada em 1893, reduzindo a ação estadual à cidade de São Paulo e transferindo atribuições aos municípios do interior, representava a adequação do arcabouço legal a uma situação que já era realidade de fato. Na prática, essa mudança não implicou um aumento da atuação dos municípios nos problemas sanitários, já que a lei não previu

fontes adicionais de financiamento e assessoria técnica que lhes possibilitassem assumir as novas atividades que haviam sido delegadas.

Apesar de, no plano retórico as oligarquias cafeeiras não se manifestarem contra o princípio da autonomia municipal, a primeira condição para que o *pacto oligárquico* fosse funcional era contar com municípios pobres, fracos financeira e administrativamente. A outra condição para que se efetuassem as relações de troca entre os poderes local e estadual, eram lideranças municipais fortes, prestigiadas através de uma rigorosa disciplina que nunca negligenciava sua intermediação nas benesses e benfeitorias. Com uma estrutura de poder que paulatinamente se estruturava nesses moldes, consagrados através de uma série de dispositivos da Constituição de 1891, qualquer que fosse a forma de organização sanitária, o resultado final seria que todas as necessidades locais teriam que ser supridas pelo poder estadual, e transformadas em objeto de negociação e barganha política. No plano político, nesses primeiros anos da República, os mecanismos que regulavam as relações entre as administrações estadual e municipal funcionariam praticamente indiferentes às modificações na legislação: quando, por exemplo, esta determinava uma presença maior de funcionários estaduais nos municípios, as nomeações passavam pelo crivo, exigiam o apoio ou a indicação das lideranças locais; mais tarde, quando esses cargos foram abolidos, com a transferência de atribuições para os municípios, as indicações passariam a ser efetuadas diretamente pelos oligarcas de cada localidade, com resultados idênticos.

As sucessivas reformas da organização sanitária que ocorreriam no primeiro quinquênio da República tiveram uma repercussão menor do que a esperada nos municípios do interior do Estado, considerando-se a amplitude das mudanças. Nessa primeira fase as reformas na legislação

manifestavam, sobretudo, as tendências que se contrapunham na definição de um modelo político e administrativo para o Estado republicano; daí a limitada repercussão das sucessivas reformas administrativas dos serviços sanitários, e a grande distância entre os projetos apresentados ao Legislativo e as leis aprovadas, como ficou patente no episódio do Código Sanitário em 1893/1894, cuja primeira redação era a de um dispositivo a ser adotado compulsoriamente pelos municípios e que acabou por ser aprovado como um regulamento de adoção facultativa. Por outro lado, quando se tratava de dispositivos legais com resultados práticos imediatos e que implicariam o desembolso de um grande volume de recursos pelo poder estadual, como nas leis de 1892 e 1895 que regulamentavam os investimentos no saneamento dos municípios, as oligarquias cafeeiras seriam mais pragmáticas e objetivas, fazendo valer suas necessidades – no caso, sanear São Paulo, Santos e Campinas – passando ao largo do debate em torno da organização do Estado paulista.

A reforma administrativa de 1896 traria mudanças importantes, aproximando o arcabouço legal de um modelo de organização das práticas sanitárias em São Paulo que veio sendo moldado nos anos anteriores, e que privilegiava uma crescente intervenção estadual nos processos sanitários dos municípios, paralelamente às reformas administrativas aprovadas até então. Definido um modelo tecnológico de intervenção sanitária – o campanhista/policial – consolidado o poder político das oligarquias cafeeiras e o padrão de trocas que permearia as relações entre os poderes estadual e local, estavam dadas as condições para a definição de um modelo administrativo para as práticas sanitárias. As questões doutrinárias do republicanismo, como a autonomia municipal e as liberdades individuais, logo seriam parte de um passado não tão longínquo. Fortalecendo a participação

direta do poder estadual nas práticas sanitárias nos municípios, a reforma de 1896 adequaria a lei ao que já se tornara realidade a partir do final de 1895, quando a disseminação das epidemias de febre amarela pela zona cafeeicultora levou a Diretoria do Serviço Sanitário a criar e a enviar comissões sanitárias para combater a doença em muitos municípios. Essa orientação, de uma progressiva intervenção da administração estadual nos problemas sanitários dos municípios, através da participação direta ou da normatização técnica, seria uma tendência daí em diante.

3. Consolidação do modelo administrativo: 1896-1911

Em 1896 o serviço sanitário estadual foi novamente reorganizado, adquirindo as características que permaneceriam até a reforma de 1917/1918. (46). O serviço sanitário continuou definido como municipal e estadual, o Estado sendo dividido em três zonas - Capital; Santos e Campinas; e o restante dos municípios- divididas em trinta distritos, cabendo a cada um deles um inspetor sanitário, aumentando sensivelmente a presença do pessoal estadual no interior do Estado, em relação à organização de 1893. A reforma administrativa de 1896 detalhou as especificações técnicas de diferentes aspectos já regulamentados no Código Sanitário de 1894, como o exercício das profissões da área da saúde, a atividade industrial, o saneamento urbano, a fiscalização dos alimentos, a limpeza

(46) SÃO PAULO. *Lei nº 432, de 3 de Agosto de 1896. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1896.* 1897. p. 38-57; *Decreto nº 394, de 7 de Outubro de 1896. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1896.* 1897. p. 395-430.

pública e privada, os hospitais, etc., que permaneceram em suas linhas gerais até a publicação de um novo Código Sanitário em 1918.

O projeto da reforma sanitária de 1896 foi apresentado ao Legislativo pelo deputado Almeida Vergueiro em nome da Comissão de Higiene da Câmara dos Deputados como necessário para uma melhor definição das atribuições de Estado e municípios, eliminando os embaraços opostos por administrações municipais que, sentindo-se feridas em sua autonomia, vinham dificultando uma ação sanitária estadual eficiente. (47)

O Secretário do Interior justificou a reforma de 1896 utilizando-se da retórica de defesa da autonomia municipal, apesar de tratar-se de legislação que claramente retirava atribuições dos municípios, repassando-as ao poder estadual, numa adequação ao que já vinha ocorrendo em todo o interior do Estado, acompanhando o avanço das epidemias de febre amarela. Em sua defesa da legislação, o Secretário inverteu os fatos: segundo ele, tratava-se de corrigir lacunas da legislação de 1893, que em sua ênfase municipalista deixara as cidades do interior sem os benefícios da polícia sanitária, o auxílio estadual no combate a epidemias sendo exceção. Para o Secretário, com a reforma administrativa o poder estadual aumentaria suas atribuições na defesa da saúde pública, sem prejuízos à autonomia municipal.

(48) Os repetidos conflitos que ocorreram em 1896, entre os poderes municipais e o estadual em diversas cidades de São Paulo, quando da ação das comissões da Diretoria do Serviço Sanitário nas localidades afetadas por

(47) CÂMARA DOS DEPUTADOS (São Paulo). Annaes da Sessão Ordinária de 1896 da Câmara dos Deputados do Estado de São Paulo. 1897. p. 449-450.

(48) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Presidente do Estado de S. Paulo em 15 de Março de 1897 pelo Secretário do Interior Antonio Dino da Costa Bueno. 1897. p. 22.

epidemias de febre amarela, desmentem o Secretário do Interior, indicando um avanço do governo do Estado sobre as prerrogativas municipais além dos limites considerados aceitáveis naquele momento.

A legislação sanitária de 1896 mudou a denominação da repartição estadual responsável pelos serviços sanitários de Diretoria de Higiene para Diretoria do Serviço Sanitário, nome que já recebia informalmente desde 1893. A Diretoria de Higiene fora criada em 1892 em substituição da antiga Inspetoria de Higiene, órgão herdado da Monarquia. Em 1893 o dr. Joaquim José da Silva Pinto Junior assumiu a Diretoria do Serviço Sanitário, permanecendo no cargo até 1898, período que coincidiu com a implantação do modelo tecno-assistencial campanhista-policia e a definição de um modelo administrativo para sua operacionalização, onde desempenhou um papel fundamental. Foi substituído por Emílio Ribas em 1898, quando esses modelos já estavam bem definidos e implantados; este permaneceu no cargo até 1917 e a sua demissão da Diretoria do Serviço Sanitário coincidiu com a reforma que deu início a importantes mudanças na organização sanitária do Estado de São Paulo.

As atribuições estaduais foram ampliadas em 1896, cabendo à Diretoria do Serviço Sanitário a organização da polícia sanitária, aí incluídas a vigilância sanitária; os serviços hospitalares, de isolamento e de desinfecção; a fiscalização do exercício da medicina e farmácia; o serviço de assistência pública aos doentes indigentes; a fiscalização da alimentação pública; o saneamento das localidades e a adoção de medidas específicas à prevenção e ao combate das doenças transmissíveis. A legislação aumentou as possibilidades de intervenção do poder estadual nos assuntos de saúde e saneamento dos municípios, através de uma série de dispositivos que autorizavam a Diretoria do Serviço Sanitário a inspecionar os serviços

sanitários municipais, organizando e criando aqueles que julgasse convenientes para o bem da saúde pública, e a incorporar os serviços municipais em épocas *anormais* – eufemismo empregado pelo legislador para os períodos de epidemia. O decreto regulamentando a implantação da reforma sanitária de 1896 detalhava os mecanismos da ação estadual nos assuntos de higiene municipal, definindo como complementares as ações municipais de polícia sanitária; o município devia entregar a gerência dos serviços sanitários locais ao governo estadual sempre que solicitado, auxiliando a polícia sanitária estadual quando fosse criado um serviço estadual paralelo; a administração municipal ficava obrigada a cuidar do patrimônio estadual quando o Estado se retirasse do local. (49)

As atribuições municipais, por sua vez, permaneciam idênticas às da legislação anterior: o saneamento detalhado do meio urbano; a polícia sanitária das habitações particulares e coletivas, e dos estabelecimentos industriais; a organização de serviços de vacinação e a fiscalização da alimentação pública.

As possibilidades de ingerência da administração estadual, que já eram extensas com a dubiedade das leis de 1893, aumentaram com a superposição das principais atribuições municipais e estaduais definidas na reforma administrativa de 1896. Com vários mecanismos fortalecendo a ação do poder estadual, a reforma sanitária foi aprovada no momento em que eram mais intensas e em maior número as epidemias de febre amarela no interior de São Paulo, além da varíola e outras doenças transmissíveis de incidência

(49) SÃO PAULO. *Lei nº 432, de 3 de Agosto de 1896. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1896.* 1897. p. 38-57; _____. *Decreto nº 394, de 7 de Outubro de 1896. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1896.* 1897. p. 395-430.

epidêmica menos permanente, que continuavam assolando o Estado. Com o crescimento das atribuições estaduais, previsto na nova legislação, fazia-se a adequação do arcabouço legal a uma situação que já era realidade desde 1895, quando aumentara a participação dos serviços estaduais nas ações sanitárias contra as epidemias, apesar da legislação de 1893 não reservar um papel relevante para o poder estadual.

A reforma de 1896 tornou menos dúbia a legislação, aumentando o campo de ação da Diretoria do Serviço Sanitário, apesar de ainda superpor como atribuições municipais e estaduais as principais ações sanitárias. Em 1893 a estratégia da dubiedade teve como motivo determinante possibilitar a ação estadual nos municípios quando fosse julgado necessário, sem o ônus da responsabilidade por um grande número de atribuições de alto custo financeiro e político, potencialmente geradoras de conflitos com as administrações locais, como fora prescrito nas leis de 1892. Já na reforma de 1896 o poder estadual mostrava-se mais disposto a pagar o preço de um serviço sanitário forte, com muitas atribuições em todo o território paulista; contudo, mantém-se em parte a dubiedade da legislação, ao definir-se também como municipais atividades que vinham sendo de fato desempenhadas pelo poder estadual, na tentativa de vencer as resistências contra a grande perda das prerrogativas municipais em saúde pública e o aumento da intervenção do poder estadual que se avizinhava.

O projeto de lei modificando a organização sanitária em 1896 passou praticamente despercebido no Legislativo, tramitando sem tumultos, não despertando a mesma polêmica das reformas anteriores. Diante da gravidade da situação epidemiológica, e tratando-se de uma lei que cuidava da implantação de um modelo de organização sanitária que já estava sendo aplicado no combate às epidemias de febre amarela no interior do Estado,

com o envio de comissões sanitárias a um grande número de localidades, e cujos resultados vinham correspondendo às expectativas, não houve oposição significativa ao projeto de lei. Nesse momento já era unânime entre os estudiosos dos problemas sanitários - fossem adeptos das teorias do *contágio*, da *transmissão* ou da combinação das duas - a opinião favorável à ação estadual contra as doenças epidêmicas através de um conjunto de medidas de polícia sanitária e de controle e saneamento do meio urbano, cuja implantação só seria possível através de normas centralizadas e aplicadas homoganeamente em todo o Estado, extrapolando as divisas municipais. As poucas emendas ao projeto partiram de alguns parlamentares habitualmente críticos à posição oficial nos assuntos de saúde e saneamento, como o deputado Pereira da Rocha, referindo-se a pontos específicos da futura lei, relacionados ao exercício da farmácia e da medicina veterinária e à divisão administrativa do Estado. (50)

Os principais debates durante a tramitação da reforma sanitária de 1896 se deram em torno de duas propostas do deputado Miranda Azevedo, relativas a alguns detalhes da lei. Miranda Azevedo, que fora deputado constituinte em 1891 e no ano seguinte eleito presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, apresentou uma primeira emenda regulamentando aspectos trabalhistas e funcionais do pessoal do serviço sanitário estadual: as contratações, a partir de então, só se dariam através de concurso público, e depois de algum tempo de serviço os funcionários teriam estabilidade no emprego, como forma de livrá-los das injunções políticas no exercício de suas atividades; a segunda emenda referia-se à

(50) CÂMARA DOS DEPUTADOS (São Paulo). Annaes da Sessão Ordinária de 1896 da Câmara dos Deputados do Estado de São Paulo. 1897. p. 421-433.

concessão de pensão igual ao salário da ativa ao funcionário que adoecesse ou aos seus familiares, em caso de morte. A primeira emenda, que representava uma tentativa de profissionalização do pessoal da Diretoria do Serviço Sanitário, foi recusada com a argumentação de que a estabilidade no emprego impedia a criação de um corpo de funcionários motivados e competentes para o exercício das suas funções. Na verdade, tratava-se de uma proposta sumamente idealista, por desconsiderar a realidade política da Primeira República: com a criação de um corpo de funcionários de carreira ficava vedado ao poder estadual qualquer possibilidade de negociação ou barganha com as administrações locais, num flagrante conflito com as relações de poder que moldavam o convívio entre Estado e municípios na Primeira República. A lei de 1896 foi aprovada com um dispositivo que determinava o oposto do que fora proposto pelo deputado Miranda Azevedo: todos os funcionários dos serviços sanitários estaduais podiam ser demitidos a qualquer momento, ficando excluídos do benefício que tornava estáveis os demais funcionários públicos depois de cinco anos de exercício. (51)

Do ponto de vista da administração estadual, sob a aparente preocupação com a máxima eficiência do pessoal do serviço sanitário, havia a certeza de que os conflitos com as autoridades municipais, que tinham se manifestado em 1895, continuariam ocorrendo ainda por algum tempo. Esses conflitos se tornariam mais problemáticos caso o corpo de funcionários do serviço sanitário estadual fosse efetivo e inamovível, enquanto a situação oposta tornava tudo mais fácil, bastando transferir para outra localidade o

(51) SÃO PAULO. *Lei nº 432, de 3 de Agosto de 1896. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1896*. 1897. p. 38-57. art. 108.

funcionário envolvido numa demanda com a administração municipal, como efetivamente ocorreu com grande frequência.

A segunda emenda do deputado Miranda Azevedo, de concessão de pensões aos funcionários mortos ou doentes, foi derrubada após ser considerada por outros parlamentares como um dispositivo inaceitável, de natureza socialista, trazendo benefícios de previdência social inexistentes para o restante do funcionalismo público. Curiosamente, Miranda Azevedo tomou por elogio a crítica, proclamando-se um socialista; parlamentar cuja participação nos debates sanitários se restringiu ao ano parlamentar de 1896, era um político singular, por sua condição de socialista e por fazer a defesa da indústria no Estado de São Paulo – num momento em que a defesa da cafeicultura era praticamente uma unanimidade – contra o que considerava cuidados exclusivos com os interesses agrícolas, defendendo que a entrada de imigrantes subsidiados atendesse não apenas à agricultura mas também à indústria. Após a derrubada de suas propostas, apresentou uma nova emenda ao projeto de lei na discussão seguinte, buscando corrigir o que considerava omissão na regulamentação da salubridade dos estabelecimentos industriais (assunto que fora deixado para as administrações locais), propondo a obrigatoriedade nas fábricas de equipamentos para a prevenção de acidentes de trabalho e a limitação em 8 horas diárias da jornada das mulheres e crianças, proposições recusadas sob a alegação de que limitavam a liberdade profissional, e que vinte e cinco anos mais tarde ainda seriam objeto de reivindicação pelo movimento operário. (52)

(52) CÂMARA DOS DEPUTADOS (São Paulo). Annaes da Sessão Ordinária de 1896 da Câmara dos Deputados do Estado de São Paulo. 1897. p. 287-289, 434-447, 461-475, 532-535.

A reforma sanitária de 1896 trouxe como única modificação na regulamentação da atividade industrial a municipalização da fiscalização, permanecendo no restante as normas anteriores. Num aparente paradoxo, enquanto a indústria teve seu funcionamento regulado pela legislação sanitária desde o início do período republicano, a agricultura e o trabalho agrícola foram regulamentados pela primeira vez somente no Código Sanitário de 1918, na seqüência inversa ao peso econômico e social das atividades. O Regulamento de Higiene de 1892 foi a primeira lei estadual a regulamentar a indústria no período republicano, sob a perspectiva da proteção do meio urbano contra os perigos de contaminação pelos resíduos dos processos fabris. Dois anos depois, o Código Sanitário de 1894 acrescentava algumas normas genéricas para a proteção contra acidentes de trabalho e os riscos do ambiente industrial para os operários, incluindo a ventilação, a iluminação e a higiene das instalações; nesse ano a jornada de trabalho recebia uma primeira regulamentação, limitada a doze horas diárias. Os dispositivos aprovados em 1892 e 1894 permaneceram em suas linhas gerais até a reforma de 1917/1918, quando a legislação sanitária abandonou sua ênfase nos perigos potenciais dos resíduos industriais para o meio urbano, dando lugar a uma abordagem que favorecia o processo de trabalho industrial, imprimindo limitações quantitativas e qualitativas ao trabalho em geral, e mais particularmente à atividade de mulheres e crianças. (53)

Já a atividade agrícola, de longe a mais importante no Estado de São Paulo na Primeira República, tanto no aspecto da mão-de-obra

(53) SÃO PAULO. *Decreto nº 87, de 29 de Julho de 1892. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1892.* 1897. p. 185-205; _____ . *Decreto nº 233, de 2 de Março de 1894. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1894.* 1895. p. 9-43; _____ . *Lei nº 1596, de 29 de Dezembro de 1917. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1917.* 1938. p. 124-165.

envolvida direta ou indiretamente, quanto na relevância econômica, só teria alguns aspectos regulamentados no Código Sanitário de 1918, relacionados às condições de higiene das moradias e da salubridade do meio ambiente, com vistas à profilaxia das endemias, mais especificamente a malária. Já a regulamentação do processo de trabalho agrícola não seria abordada, as proposições dessa natureza apresentadas no Legislativo sofrendo grande resistência, consideradas como uma intervenção indevida do Estado num assunto de natureza eminentemente privada, os contratos de trabalho. O aparente descompasso entre o peso econômico e social da agricultura e da indústria e sua regulamentação sob o ponto de vista sanitário – com a normatização do campo menos importante de atividades sendo feita anteriormente e com maior riqueza de detalhes – remete a um conjunto de aspectos que explicam ao menos parcialmente o fenômeno.

A precoce regulamentação da atividade industrial pela legislação sanitária ocorreu num momento em que era ainda muito forte a tendência à normatização do meio urbano, parte do arsenal tecnológico do modelo tecnológico campanhista/policial que foi implantado no Estado de São Paulo com a República, numa versão brasileira de medicina social. Recuperando novamente Roberto Machado, tomava-se o meio urbano como potencialmente perigoso, pelo contato fácil entre sãos e doentes, ricos e pobres, e pela contaminação do solo, ar e água favorecida pela aglomeração humana e pelos resíduos industriais, a medicina social contrapondo ao caos urbano o ideal de simplicidade da vida no campo, onde eram mais favoráveis as condições do meio ambiente. (54)

(54) MACHADO, Roberto et al. Danação da Norma - Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil. 1978. p. 259-276, 345-347.

A normatização tardia da atividade agrícola nos seus aspectos trabalhistas e sanitários seria resultado, ainda, da verdadeira aversão das oligarquias paulistas à aprovação de regulamentos que pudessem embaraçar o desenvolvimento da principal atividade econômica do período, como ficaria muito evidente nos debates do projeto de Código Sanitário de 1917, quando a aprovação de uns poucos dispositivos determinando melhorias sanitárias para a prevenção das endemias rurais só se deu após o seu abrandamento, com a exclusão das propriedades rurais já existentes, das novas normas.

(55)

Durante os trabalhos parlamentares de 1896, o mais polêmico dos projetos referentes a assuntos de higiene foi o que originou a lei nº 421, tratando do saneamento do Estado, à semelhança do que já acontecera em anos anteriores, quando a disputa pela distribuição de verbas para obras de água e esgoto, com resultados mais *práticos* e *imediatos*, superou em intensidade os debates da reorganização do serviço sanitário, mais *programáticos*. Os dispositivos mais polêmicos do projeto de lei foram mais uma vez os que definiam as prioridades para as obras estaduais de água encanada e coleta de esgotos, acrescidos agora dos mecanismos de reembolso aos cofres do Estado pelos municípios. Havia ainda muitos interesses bairristas, com deputados eleitos por distritos situados fora das zonas epidêmicas procurando modificar os critérios da lei para incluí-los nos

(55) SÃO PAULO. *Lei nº 1596, de 29 de Dezembro de 1917. Coleção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1917.* 1938. p. 124-165; CÂMARA DOS DEPUTADOS (São Paulo). *Annaes da Sessão Ordinária de 1917 da Câmara dos Deputados do Estado de São Paulo.* 1918. p.733-742.

limites legais, repetindo-se a argumentação de anos anteriores, invocada à exaustão, de que se todos os municípios haviam contribuído para a produção da riqueza do Estado, não era justo que se desembolsassem recursos estaduais com o saneamento de apenas alguns, sob pena de reprodução pelo poder estadual da situação tão criticada pelos republicanos na Monarquia, em que a arrecadação das províncias era desviada para a Capital do Império. (56)

A prática que os parlamentares situacionistas chamavam de *oposição sistemática* apareceria com clareza nos debates desse projeto de lei. Nome dado pela situação ao conjunto de artifícios regimentais empregados pelos deputados e senadores dissidentes do PRP para impor embaraços à tramitação dos projetos de interesse do Executivo, como forma de retardar a sua aprovação, na impossibilidade de derrotá-los, a *oposição sistemática* era praticamente a única e débil forma de ação que restava à minoria diante do poderio das forças peerrepistas, assegurado pelo monolítico sistema de poder. O deputado Miranda Azevedo, que se destacara por sua ativa participação nos debates da reforma da legislação sanitária em 1896, foi dos que utilizou mais explicitamente desses recursos, solicitando um rol extenso de informações ao Executivo sobre o abastecimento de água dos municípios,

(56) A Lei nº 421, na forma em que foi aprovada, autorizava o Governo a executar obras de saneamento da Capital, Santos, Campinas e demais localidades do Estado que tivessem sido acometidas por epidemia de febre amarela ou que pela proximidade de pontos afetados, ou pela densidade da população, também estivessem sob risco, apresentando grande semelhança com a escala de prioridades empregada na lei nº 368, de 1895, que tratava do mesmo assunto. (SÃO PAULO. Lei nº 421, de 27 de Julho de 1896. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1896. 1897. p. 27-29; _____ . Lei nº 368, de 3 de Setembro de 1895. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1895. 1896. p. 52-53; CÂMARA DOS DEPUTADOS (São Paulo). Annaes da Sessão Ordinaria de 1896 da Câmara dos Deputados do Estado de São Paulo. 1897. p. 617, 764)

a invasão do interior pela febre amarela e os meios empregados pelo governo estadual para combater a epidemia, justificando que o projeto de lei de saneamento era muito vago, não estipulando quais obras seriam feitas e seus custos. Por sua vez, deputados situacionistas, como Julio de Mesquita e Francisco Malta, acusavam-no de solicitar informações de obtenção demorada apenas para embaraçar o andamento dos trabalhos, fazendo *oposição sistemática* ao projeto, atrasando o início das obras de saneamento. (57)

Nesse momento a principal dissidência do PRP no Legislativo paulista estava no Partido Republicano de Oposição, que se identificava com Américo Brasiliense, marcada por um forte sentimento anti-Floriano Peixoto e anti-Prudente de Moraes. A coincidência entre o oposicionismo político e uma postura crítica aos projetos do governo estadual nos assuntos de saúde e saneamento aparece com clareza quando se cotejam os nomes dos parlamentares que se manifestam sistematicamente contra as iniciativas governamentais nessa área, e os que votam contrariamente à posição oficial em alguns outros projetos politicamente emblemáticos. Alguns exemplos: o projeto da construção de um monumento em memória a Floriano Peixoto – os dissidentes eram contrários – e o requerimento apresentado pela oposição solicitando informações sobre quais medidas o governo estadual tomara para punir os crimes contra a liberdade de imprensa, como o atentado contra a Tribuna do Povo, de Santos. (58) Os deputados Pereira da Rocha, Castilho

(57) CÂMARA DOS DEPUTADOS (São Paulo). Annaes da Sessão Ordinaria de 1896 da Câmara dos Deputados do Estado de São Paulo. 1897. p. 354-359.

(58) CÂMARA DOS DEPUTADOS (São Paulo). Annaes da Sessão Ordinaria de 1895 da Câmara dos Deputados do Estado de São Paulo. 1896. p. 41, 668; SENADO DO ESTADO (São Paulo). Annaes da Sessão Ordinaria de 1895 do Senado do Estado de São Paulo. 1896. p. 389-398. A Tribuna do Povo, de Santos, juntamente com A Platea e O Comercio de São Paulo, da Capital, eram os principais jornais que defendiam posições conflitantes com as do Estado de São Paulo, que

de Andrade, Eduardo Garcia e Oscar de Almeida são quatro dos treze opositoristas que compunham a bancada dissidente na Câmara Estadual, e que tiveram ativa participação nos debates das questões de saúde e saneamento, criticando e apresentando emendas aos projetos de lei, à semelhança de Cesario Bastos e Paulo Egydio, no Senado estadual.

A forma de financiamento das obras de saneamento, com o Estado bancando e executando a sua realização, para posterior reembolso pelo Município, foi uma questão muito debatida no Legislativo. A lei de saneamento de 1896 determinava que a importância dispendida nas obras de água e esgoto fosse considerada como um empréstimo aos respectivos municípios, cuja restituição se daria através da arrecadação pela administração estadual do imposto predial e da taxa de fornecimento de água e coleta de esgoto. Para o deputado Miranda Azevedo, o recolhimento de impostos municipais pelo poder estadual feria a autonomia dos municípios num dos pontos mais importantes, a liberdade de dispor de seus recursos como bem entendessem, propondo sua modificação. Contestado por parlamentares situacionistas, o deputado recuperou a polêmica de anos atrás, criticando os que propunham limitações às prerrogativas municipais em nome dos interesses da saúde pública. Do outro lado estavam os que defendiam o avanço da ação estadual nas questões de saúde pública, mesmo que com o sacrifício do princípio da autonomia municipal: o controle de uma doença epidêmica como a febre amarela era uma questão que ultrapassava os limites do interesse específico de um município, e portanto os serviços de saneamento não deviam ficar sob a responsabilidade das administrações locais. Na tramitação do projeto pelo Senado estadual o debate se repetiu em

vinha apoiando o governo de Floriano Peixoto nas revoltas armadas que o país atravessava. Tiveram sua publicação suspensa em 1894, num momento em que vigorava o estado de sítio.

termos semelhantes, envolvendo Cesario Bastos, da oposição, e Salles Junior, pela situação. (59)

Complementando a lei do saneamento de 1896, dois anos mais tarde, concluídas as principais obras de água e esgoto nos municípios do interior, a lei de 1898 que fixava o orçamento para o ano seguinte determinava que o governo estadual entregasse às administrações municipais as instalações que estivessem prontas ou fossem concluídas no exercício de 1899, e que para o ressarcimento de seus custos os fiscais do Estado poderiam arrecadar até o final do débito o imposto predial e o de indústrias e profissões, nas localidades cujas administrações deixassem de pagar em dia as suas prestações. Trata-se de uma determinação que reduzia muito as possibilidades da administração municipal, ao subtrair para o governo estadual a arrecadação de dois impostos que tinham um peso importante nos orçamentos dos municípios na Primeira República; tomando-se um exemplo entre muitos, em Araraquara, na região da Paulista, os dois tributos superavam os 3/4 do orçamento municipal no início do século XX, aproximando-se dos 50% em toda a Primeira República. (60)

(59) CÂMARA DOS DEPUTADOS (São Paulo). Annaes da Sessão Ordinaria de 1896 da Câmara dos Deputados do Estado de São Paulo. 1897. p. 397; SENADO DO ESTADO (São Paulo). Annaes da Sessão Ordinaria de 1896 do Senado do Estado de São Paulo. 1897. p. 389-390.

(60) SÃO PAULO. Lei nº 594, de 5 de Setembro de 1898. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1898. 1899. p. 71-98; ARARAQUARA. Lei nº 1, de 7 de Fevereiro de 1896. Leis e Regulamentos da Câmara Municipal de Araraquara. 1896. p. 3-4; _____. Lei nº 207, de 28 de Outubro de 1912. Lei nº 207, de 28 de Outubro de 1912. [191?]; _____. Lei nº 249, de 8 de Outubro de 1917. Leis e Actos da Câmara Municipal de Araraquara Votados Durante o Anno de 1917. [191?]. p. 22; _____. Lei nº 28, de 5 de Outubro de 1924. Lei nº 28, de 1925. 1925; _____. Lei nº 60, de 20 de Outubro de 1929. Lei nº 60 de 20 de Outubro de 1929. 1930.

Nas discussões sobre os limites aceitáveis das restrições à autonomia municipal em decorrência das necessidades sanitárias do conjunto de municípios, o conflito ocorrido em 1896 em São Simão, município cafeeicultor da zona Mogiana, foi utilizado pelos parlamentares situacionistas como exemplo das dificuldades para uma ação sanitária estadual eficiente sob um regime de maior independência do poder local. A crise aberta entre as administrações estadual e municipal quando da epidemia de febre amarela que atacou São Simão não foi uma situação única esse ano – episódios conflituosos de maior repercussão aconteceram em Rio Claro, São Carlos, Araraquara e Santos – mas é exemplar das dificuldades que acompanharam a ação da Diretoria do Serviço Sanitário nas localidades do interior paulista, por incluir praticamente todos os elementos que eram motivo de controvérsia. Ao chegar em São Simão, o inspetor sanitário estadual não foi bem recebido pelo Presidente da Câmara, um médico clínico estabelecido no local, que solicitou sua saída imediata da cidade, pois sua presença não fora solicitada pelo governo municipal e a Câmara Municipal dispunha dos recursos necessários ao combate da epidemia, informações que foram contestadas mais tarde por outras autoridades locais. O presidente da Câmara Municipal e demais médicos da cidade contestavam a ocorrência de uma epidemia; a doença que vinha matando, segundo eles, não era febre amarela mas uma infecção palustre, cujos vômitos negros decorriam do consumo excessivo de café. O Intendente Municipal incentivou a reação da população contra o isolamento hospitalar, e a direção do hospital de isolamento também foi objeto de disputa entre o inspetor sanitário e um médico da cidade. Os médicos da cidade recusavam-se a notificar os casos de

febre amarela, prejudicando a elaboração de estatísticas de morbidade e de mortalidade e a identificação no espaço urbano dos focos da doença. (61)

Em 1905 foi publicado um regulamento para o Serviço de Inscrição das Amas de Leite na Capital do Estado. (62) Esse serviço era subordinado à Diretoria do Serviço Sanitário, tendo por objetivo principal atestar o estado de saúde das mulheres que pretendiam se empregar como amas-de-leite. Era previsto ainda o atendimento médico gratuito aos filhos de indigentes e o fornecimento de medicamentos e conselhos higiênicos para os pais. Tendo uma atuação restrita à cidade de São Paulo, esse serviço fugiu ao padrão da ação estadual naquele período, surgindo como a primeira iniciativa do governo paulista para suprir setores da população com assistência médica individual. O modelo tecnológico campanhista/policial só incluía a intervenção dos serviços sanitários no tratamento dos doentes como um instrumento para o controle das doenças epidêmicas, como ocorria nos hospitais de isolamento. O primeiro serviço estadual contra o tracoma e a ancilostomose, criado três anos mais tarde, seria a exceção seguinte.

(61) CÂMARA DOS DEPUTADOS (São Paulo). Annaes da Sessão Ordinária de 1896 da Câmara dos Deputados do Estado de São Paulo. 1897. p. 397; SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Presidente do Estado de S. Paulo em 15 de Março de 1897 pelo Secretário do Interior Antonio Dino da Costa Cueno. 1897. p. 347-52.

Os conflitos de São Simão formam um conjunto complexo de episódios, e seu completo entendimento implica o conhecimento detalhado dos agentes sociais e circunstâncias envolvidas, em especial das facções políticas locais e suas relações com o poder estadual. É certo que os episódios ultrapassam a interpretação do Secretário do Interior para os fatos: segundo ele, os conflitos eram o resultado de um *melindre* da administração municipal, que se sentira ferida em sua autonomia em decorrência da ação do pessoal da Diretoria do Serviço Sanitário. (p. 10)

(62) SÃO PAULO. Decreto nº 1294, de 19 de Julho de 1905. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1905. 1906. p. 101-103.

A oferta de assistência individual à saúde fugia completamente aos padrões de organização social da Primeira República, politicamente excludente e autoritária, e ao mesmo tempo liberal no campo econômico; havia, ainda, como fator limitante, as limitações decorrentes do incipiente estado de desenvolvimento tecnológico da medicina terapêutica. A assistência aos doentes foi um assunto secundário na organização sanitária da Primeira República, situação atenuada na década de 1920, mas que só mudaria de feição com a medicina previdenciária. No início do período, em 1893, foi previsto apenas o atendimento aos acidentados e indigentes na Capital, e ainda assim de modo muito vago, cabendo aos médicos da polícia acudir aos feridos e abandonados nas ruas de São Paulo, nas situações de urgência.

(63)

Quase como regra, a assistência hospitalar e ambulatorial aos doentes se dava por iniciativa da filantropia. Entretanto, em muitos municípios do interior as prefeituras contratavam médicos para atender aos indigentes. Os doentes mentais eram a exceção, ficando excluídos de cuidados por parte dos poderes estadual e municipal. Os *loucos* e *dementes* eram deixados à própria sorte, e se porventura tornavam-se agressivos, eram isolados nas cadeias públicas junto com os criminosos, onde permaneciam muitas vezes até a morte. Essa associação entre a agressividade do doente mental e a criminalidade era apoiada e encarada com naturalidade pela administração estadual. Um Secretário da Agricultura e Obras Públicas do Estado de São Paulo, cujas palavras foram reconstituídas por um cronista italiano, elaborou uma teoria, justificando-a:

(63) SÃO PAULO. *Lei nº 240, de 4 de Setembro de 1893. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1893.* 1894. p. 160-178.

"Ao fim das contas, segundo as teorias modernas, também os delinquentes são doentes mentais, ou seja, uma espécie de dementes; não há, então, tanto que maravilhar-se e lamentar-se se recolhem-se os dementes nas prisões destinadas aos delinquentes." (64)

Em pelo menos um município do interior do Estado encontramos notícia confirmando a veracidade desse padrão de atendimento aos doentes mentais, em Araraquara, zona Paulista, 1911:

"Faleceu quarta-feira última na cadeia pública desta cidade, onde achava-se recolhido, por estar sofrendo das faculdades mentais, o português de nome Miguel Teixeira, de 55 anos de idade.

O enterro do infeliz demente realizou-se naquele mesmo dia à tarde e foi feito às expensas da Câmara Municipal." (65)

Em 1906 a organização do serviço sanitário estadual foi novamente modificada, aprofundando-se a tendência de aumento da participação do poder estadual já definida na reforma de 1896. As mudanças limitadas determinadas pelo decreto de 1906 levam a classificar essas alterações não como uma reforma administrativa do serviço sanitário, mas como mera atualização da lei anterior. (66)

Além de modificações na divisão do Estado em distritos sanitários - São Paulo foi partilhado em quatorze distritos, em lugar dos

(64) COLETTI, Silvio. *Lo Stato di S. Paolo e l'Emigrazione Italiana*. *Bollettino dell'Emigrazione*, n. 14, 1908.

(65) REPUBLICANO [O]. 12 mai. 1911, p. 1.

(66) SÃO PAULO. *Decreto nº 1343, de 27 de Janeiro de 1906*. *Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1906*. 1907. p. 5-13. Na reforma do serviço sanitário de 1906 utilizou-se como instrumento legal somente o decreto, tratando-se de uma nova regulamentação da lei nº 432, de 1896, cujo primeiro decreto regulamentador (Decreto nº 394, de 1896) foi mantido, exceto nos aspectos em conflito com o dispositivo mais recente.

trinta anteriores – o novo decreto determinava outras atribuições para os inspetores sanitários estaduais, somando-se àquelas previstas em 1896: a vacinação, observação e desinfecção dos imigrantes recém-chegados; a inspeção das condições de higiene das casas e quintais, dos hospitais, asilos e cadeias; a intervenção junto às administrações locais pelas medidas necessárias à higiene local e ao bom funcionamento dos serviços de água, esgoto e saneamento do meio; a inspeção das amas-de-leite, no município da Capital; visitas domiciliares, aconselhando medidas de higiene pessoal e doméstica; e a fiscalização da higiene escolar. A reforma de 1906 praticamente extinguiu as atribuições especificamente municipais em saúde pública, centralizando o corpo de inspetores nas principais cidades do Estado e as ações sanitárias na Diretoria do Serviço Sanitário, então dirigida por Emílio Ribas. (67) A legislação de 1906 previa, em suma, um grande aumento das atribuições da administração estadual, o que logo se mostrou de difícil realização.

Duas das novas atribuições estaduais de 1906 – o aconselhamento em higiene pessoal e doméstica, e a fiscalização da higiene escolar, do ponto de vista das instalações das escolas e da salubridade do processo de ensino – representam novidade dentro do instrumental tecnológico empregado para o controle da saúde urbana. Constituindo o que chamamos de *educação higiênica*, pela primeira vez os serviços sanitários incorporavam ações de natureza explicitamente educativa na profilaxia de doenças, aproximando-se do instrumento tecnológico que foi amplamente utilizado a partir da década de 1920 na saúde pública paulista, sob um novo modelo tecno-assistencial. A *educação higiênica*, entretanto, constituía-se de

(67) MASCARENHAS, Rodolfo dos Santos. Contribuição para o Estudo da Administração Sanitária Estadual em São Paulo. 1949. p. 56-58.

ações educativas em auxílio da polícia sanitária, no controle e prevenção das doenças transmissíveis; já a *educação sanitária*, que seria um dos principais instrumentos da ação sanitária sob o modelo tecnológico médico-sanitário, voltava-se para a profilaxia das doenças através de mudanças na consciência dos indivíduos.

Um leque de atribuições de tal maneira extenso, num Estado com as dimensões e os problemas sanitários de São Paulo, então com mais de 170 municípios e densamente povoado na zona cafeeira, não tardaria a se mostrar de difícil execução. Pouco tempo depois da publicação da reforma de 1906 começaram as críticas, os funcionários dos serviços sanitários estaduais reclamando a sua modificação, sentindo-se desgastados inutilmente na tentativa de controlar os assuntos de saúde e saneamento das administrações locais nos mínimos detalhes, críticas endossadas pelo Secretário do Interior. ⁽⁶⁸⁾ Se uma nova reforma sanitária não ocorreu logo em seguida, como em 1892 – quando a centralização excessiva de atribuições nas mãos do poder estadual praticamente inviabilizou uma atuação sistemática em saúde pública – isso se deve ao fato de que agora a situação sanitária do Estado ser menos dramática, sem as epidemias de febre amarela, possibilitando o adiamento de uma reformulação. Apesar disso, em 1908 foi autorizada a modificação da organização sanitária, na lei do orçamento estadual para o ano seguinte, o que acabou não acontecendo. ⁽⁶⁹⁾

(68) BLOUNT, John Allen. *A Administração da Saúde Pública no Estado de São Paulo: o Serviço Sanitário, 1892-1918*. Revista de Administração de Empresas, v. 12, n. 4, p. 40-48, 1972. p. 43; SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório de 1908-1909 apresentado pelo dr. Carlos Augusto Pereira Guimarães – Secretaria do Interior. 1912. p. 7-8.

(69) SÃO PAULO. *Lei nº 1160, de 29 de Dezembro de 1908*. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1908. 1909. p. 49-89. art. 41.

Alguns anos antes da reformulação de 1906 a organização sanitária implantada em 1896 já vinha sendo criticada pela administração estadual. Em 1904 o Secretário do Interior apresentava a legislação vigente como um fator de insalubridade por favorecer a inércia municipal, e propunha a unificação da direção dos serviços de saúde pública na esfera estadual. No ano seguinte essas críticas eram endossadas pelo Presidente do Estado, que defendia mudanças que aumentassem a centralização do serviço sanitário, como forma de superar o que considerava *desleixo* de muitas câmaras municipais. (70)

A reforma sanitária de 1906 ocorreu um ano depois de encerrarem-se os trabalhos da revisão constitucional de 1905, pela Assembléia Constituinte do Estado de São Paulo, tendo certamente sido por eles influenciada. Nessa primeira revisão constitucional do período republicano tomou vulto a discussão a respeito da competência administrativa das administrações locais, num processo de reavaliação das relações políticas entre Estado e municípios sob o *pacto oligárquico*, passados mais de quinze anos da Proclamação, havia serenado o ímpeto da defesa dos ideais republicanos, aí incluída a defesa da autonomia municipal, e a tendência seria pela redução das já diminutas prerrogativas políticas e administrativas dos municípios paulistas. Contra o que consideravam como resultado da excessiva autonomia municipal aprovada na constituição estadual de 1891, um grupo de constituintes criticava as autoridades locais por desmandos e desperdício do dinheiro público, reclamando novas medidas

(70) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Presidente do Estado de S. Paulo pelo Secretário do Interior José Cardoso de Almeida em 31 de Dezembro de 1904. 1905. p. 26; SÃO PAULO. Mensagem ao Congresso do Estado a 7 de Abril de 1905 pelo Presidente de São Paulo, dr. Jorge Tibiriçá. 1905. p. 12.

de tutela sobre o município, inclusive maiores facilidades para a suspensão dos atos das câmaras municipais pelo poder estadual. (71) O Presidente do Estado, em mensagem enviada ao Legislativo no início de 1905, criticava a atuação das administrações municipais pelos magros resultados práticos obtidos com os recursos arrecadados pelos municípios, sob um regime que rotulava como de grande autonomia municipal:

"A verdade é que, em sua quase totalidade, os municípios não têm sabido empregar utilmente os impostos que arrecadam, adiando sempre a execução de serviços urgentes, e tudo esperando dos auxílios do Tesouro do Estado.

A construção de edifícios para grupos escolares, cadeias, hospitais, as obras de saneamento, de águas e esgotos, importaram, em muitas cidades, em crescidas despesas, para as quais a administração local ou não contribuiu com qualquer soma ou só concorreu numa proporção diminuta. (...)

Penso que, sem ferir o princípio da autonomia dos municípios e sem prejuízo para os que têm sabido aproveitá-la, poderíamos tolher subseqüentes abusos, facilitando os casos de recurso contra os atos das edilidades, e limitando a competência das câmaras (...)"
(72)

A discussão sobre a relação entre os poderes estadual e municipal ultrapassou a primeira década do século XX. Um enfoque freqüente era o que opunha a autonomia municipal à falta de capacitação das câmaras municipais para gerir os recursos e os problemas locais, questão que reapareceu na revisão constitucional de 1911, quando se tentou a redução do poder local através de uma emenda que previa a nomeação dos prefeitos. Apesar de não terem sido aprovadas modificações significativas nas relações Estado-municípios nesse período, a concentração de mais atribuições em

(71) CONGRESSO CONSTITUINTE. São Paulo. Annaes do Congresso Constituinte de 1905. [190?]. p. 15, 24.

(72) SÃO PAULO. Mensagem ao Congresso do Estado a 7 de Abril de 1905 pelo Presidente de São Paulo, dr. Jorge Tibiriça. 1905. p. 8-9.

saúde e saneamento pelo poder estadual, aprovada na reforma de 1906, representava um aprofundamento dos princípios do *pacto oligárquico*, no campo da administração sanitária, mantendo-se o município dependente administrativa e financeiramente, com lideranças políticas fortes e prestigiadas intermediando os serviços e benfeitorias estaduais.

Emílio Ribas, republicano desde o final da Monarquia, e figura mais proeminente da saúde pública paulista nesse período de consolidação do modelo campanhista/policial no Estado de São Paulo, era mais um dos que defendia o princípio da autonomia municipal exclusivamente no campo da retórica. Abusos por parte dos municípios, ressaltava, vinham comprometendo a ação estadual em saúde pública, com resultados piores no interior do Estado. Ribas, que nesse momento estava à frente da Diretoria do Serviço Sanitário, respaldado pelo prestígio adquirido com a erradicação da febre amarela na sua forma urbana, foi um dos principais responsáveis pelos rumos tomados pela reforma dos serviços sanitários de 1906. Em sua opinião, as *excessivas* prerrogativas municipais em saúde e saneamento eram a principal dificuldade a ser removida, criando-se mecanismos que facilitassem a intervenção estadual nos problemas de saúde e saneamento dos municípios:

"Deu-se, portanto ao Estado, o papel difícilíssimo de remediar os males causados pela incúria ou mau aparelhamento das municipalidades. (...)

A experiência tem demonstrado que estamos perfeitamente habilitados a abafar o incêndio para o qual a incúria municipal tiver acumulado combustível. No que diz respeito à prevenção, estamos na contingência de quem vê o perigo, adverte o descuidado de longe e nada pode fazer para evitar o desastre." (73)

(73) RIBAS, Emílio. Relatório ao dr. José Cardoso de Almeida, Secretário do Interior, pelo dr. Emílio Ribas, Director do Serviço Sanitário do Estado de S. Paulo. 1905. p. 25, 46.

Confirmando a importância de sua participação nas mudanças da organização sanitária paulista de 1906, Emílio Ribas já defendia, um ano antes, as principais medidas incluídas na próxima reforma: a uniformização do serviço sanitário a cargo dos municípios, com a adequação das posturas municipais ao Código Sanitário; a fiscalização das obras de água e esgotos realizadas pelas Câmaras, e a confecção de uma lei que entregasse completa e definitivamente o serviço sanitário ao Estado. Isso, segundo Ribas, para contrabalançar os maus resultados das administrações locais, despreparadas para atuar em saúde pública, organizando seus serviços de higiene mais para atender aos interesses políticos locais do que às necessidades da saúde pública:

"(...) Uma vez que os efeitos do sufrágio universal não permitem a escolha dos mais competentes para os cargos de diretores dos negócios municipais, elevando, muitas vezes, a tais cargos indivíduos que decidem dos magnos problemas de higiene, mal sabendo assinar o próprio nome (...)". (74)

Antes mesmo da reforma de 1906 já vinham sendo ensaiadas experiências de uma intervenção mais ampla e permanente das autoridades estaduais nos municípios. Em Sorocaba, uma comissão sanitária estadual permanecia há quatro anos na cidade, e em Ribeirão Preto outra comissão estava instalada desde o fim da febre amarela em 1903, para cuidar dos assuntos de higiene local, a Câmara Municipal atuando como mera coadjuvante. Emílio Ribas acreditava que os resultados positivos da presença das comissões sanitárias nesses municípios e as freqüentes solicitações de auxílio estadual nos momentos de crise epidêmica eram indicadores de que as

(74) RIBAS, Emílio. Relatório ao dr. José Cardoso de Almeida, Secretário do Interior, pelo dr. Emílio Ribas, Director do Serviço Sanitário do Estado de S. Paulo. 1905. p. 46.

administrações locais não estavam credenciadas para um regime de grande autonomia no campo da saúde pública:

"E seriam inúmeros os exemplos de que os poderes locais, em geral tão ciosos da sua autonomia cedem-na ao Estado todas as vezes que a saúde pública está ameaçada. Desde as grandes cidades cujos recursos sobem a centenas de contos anuais, até os obscuros lugarejos do sertão do Estado, estão todos a pedir a intervenção do governo para impedir a invasão de qualquer epidemia que os ameace." (75)

Meses depois de aprovada a reforma sanitária de 1906, foi publicado decreto criando o Serviço de Profilaxia e Tratamento do Tracoma, que logo estaria presente em 25 municípios, no final desse ano. Apesar da detecção da doença ser contemporânea ao início da imigração européia em massa ao Estado, em 1887, o tracoma se tornou referência freqüente a partir da virada do século. Em 1905 esta doença, cuja incidência era associada à terra vermelha das regiões cafeicultoras, estava disseminada por todo o Oeste do Estado, acompanhando a fixação dos imigrantes italianos e espanhóis. Diante desse quadro, o Serviço de Profilaxia e Tratamento do Tracoma se expandiu rapidamente, e em 1908, pouco antes de sua dissolução, existiam 37 dispensários urbanos e 255 rurais. (76)

(75) RIBAS, Emílio. Relatório ao dr. José Cardoso de Almeida, Secretário do Interior, pelo dr. Emílio Ribas, Director do Serviço Sanitário do Estado de S. Paulo. 1905. p. 33.

(76) SÃO PAULO. Decreto nº 1395, de 3 de Setembro de 1906. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1906. 1907. p. 148-149; SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao dr. Jorge Tibiriçá Presidente do Estado de S. Paulo pelo Secretário do Interior dr. Gustavo de Oliveira Godoy - Anno de 1906. 1907. p. 20; _____, Relatório ao dr. Jorge Tibiriçá Presidente do Estado de São Paulo pelo Secretário do Interior dr. Gustavo de Oliveira Godoy - Anno de 1907-1908. 1908. p. 9; _____, Relatório de

As subseqüentes criações e dissoluções de serviços estaduais de combate ao tracoma verificadas nas duas primeiras décadas do século XX são um aspecto da organização sanitária pouco abordado tanto na época como mais recentemente. A dissolução do primeiro Serviço de Profilaxia e Tratamento do Tracoma - responsável também pelo tratamento e profilaxia da ancilostomose - em 1908 foi apresentada pelo Secretário do Interior como decorrência dos problemas operacionais existentes: faltavam recursos financeiros e eram muitas as dificuldades para o tratamento ambulatorial da doença, contra-indicando-se a entrega de uma só vez da medicação para todo o tratamento, pelo perigo de efeitos colaterais nos erros de posologia, e pela necessidade de conhecimentos especiais para o diagnóstico e verificação da cura. (77) Extinto pela primeira vez em 1908 o Serviço do Tracoma, o tratamento da doença foi entregue às casas de caridade locais, o que na prática correspondeu à interrupção da ação contra a doença, pois as dificuldades que o Serviço de Profilaxia e Tratamento do Tracoma vinha enfrentando passaram a se apresentar em maior escala com o novo sistema, faltando recursos, pessoal e tecnologia para o desempenho dessas atividades pelas santas casas.

Apesar da grande disseminação de endemias como o tracoma e a ancilostomose pela zona cafeeicultora, o que parece ter desempenhado um importante papel nas alternâncias da ação estadual contra essas doenças foi

1908-1909 apresentado pelo dr. Carlos Augusto Pereira Guimarães - Secretaria do Interior. 1912. p. 15-16.

- (77) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao dr. Jorge Tibiriçá Presidente do Estado de São Paulo pelo Secretário do Interior dr. Gustavo de Oliveira Godoy - Anno de 1907-1908. 1908. p. 25. Além de responder pelo tratamento do tracoma e ancilostomose, o Serviço do Tracoma distribuía às populações residente nas zonas endêmicas dessas doenças, folhetos com conselhos profiláticos impressos em português e italiano.

a falta de consenso que marcou as duas primeiras décadas do século XX quanto às novas prioridades epidemiológicas, após o fim do período de epidemias de febre amarela. Em 1911 foi criado um novo serviço para a profilaxia e cura do tracoma e ancilostomose, extinto em 1914 e somente com a reforma sanitária de 1917 o combate às endemias foi institucionalizado, com sua incorporação pelo serviço sanitário estadual através da criação de uma estrutura administrativa permanente para a ancilostomose, a malária e o tracoma, a Inspeção do Serviço de Profilaxia Geral. (78)

Com o fim das epidemias de febre amarela na forma urbana em 1904, houve um período de indefinição das prioridades epidemiológicas dos serviços sanitários no Estado de São Paulo. Algumas endemias, que já eram motivo de preocupação para a população imigrante e as autoridades consulares estrangeiras no final do século XIX, passaram a receber mais atenção das autoridades paulistas: é o caso do tracoma, ancilostomose, malária, etc. Somente na década de 1910, entretanto, em especial com a reforma de 1917/1918, haveriam mudanças na legislação criando uma estrutura administrativa para gerir a ação estadual contra as endemias debilitantes. O tracoma, por sua grande incidência na zona cafeeira, podendo causar a cegueira em pouco tempo, quando não tratado, foi a primeira das endemias debilitantes a receber atenção da administração estadual, ainda na primeira década do século XX, antes da malária e da lepra.

Um discurso proferido em 1913 pelo deputado Leonidas Barreto sobre o tracoma é emblemático das preocupações que envolviam a propagação

(78) SÃO PAULO. *Decreto nº 2141, de 14 de Novembro de 1911. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1911.* 1912. p. 376-448; _____. *Decreto nº 2532, de 14 de Setembro de 1914. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1914.* 1950. p. 175.

das endemias e doenças debilitantes. Precursor de um ideário que seria incorporado pelos movimentos nacionalistas alguns anos mais tarde, o deputado assinalava a relação entre o tracoma e o futuro do país, seriamente comprometido: *"Está se formando uma geração de cegos"*. O tracoma e outras doenças debilitantes prejudicavam a nacionalidade e a formação de uma raça brasileira, onde os cuidados sanitários deviam complementar uma política estadual de imigração seletiva:

"Cabe ao nosso governo procurar aperfeiçoar o tipo de nossa nacionalidade promovendo a introdução de imigrantes que estejam presos a nós pelo passado, pela religião, que tenham a mesma língua, os mesmos costumes e os mesmos sentimentos, e que sintam correr nas suas veias o mesmo sangue que em nossas veias corre, como sejam os portugueses, os italianos e os espanhóis.

(...) Não devemos encarar o aperfeiçoamento da nossa nacionalidade só por esse lado, e nem pelo lado da educação moral e cívica tamsomente: devemos encará-lo, estudá-lo, também pelo lado da higiene. Sem higiene não pode haver uma raça forte. E é baseado no conceito de um grande cientista, que afirma de modo positivo que, de todas as moléstias, as que maior influência exercem no espírito do indivíduo, abatendo-o e inutilizando-o para a família e para a pátria, são o tracoma e a ancilostomíase (...)". (79)

Um indicador fiel das mudanças nas prioridades epidemiológicas da administração estadual paulista são as doenças de notificação compulsória, que se modificam segundo as tendências citadas. Podemos tomar como regra geral que eram notificáveis aquelas doenças que nos diferentes momentos causavam maior preocupação, mesmo que muitas vezes não recebessem grande atenção dos serviços sanitários. Na década de 1890 destacavam-se as doenças epidêmicas, como a febre amarela, difteria, coqueluche, cólera, peste, varíola, escarlatina e sarampão; a única exceção era a tuberculose, que

(79) CÂMARA DOS DEPUTADOS (São Paulo). Annaes da Sessão Ordinária de 1913 da Câmara dos Deputados do Estado de São Paulo. 1914. p. 442-444.

apesar de uma grande morbi-mortalidade, não apresentava um padrão de incidência epidêmico. Outras doenças então consideradas epidêmicas também deviam ser notificadas, como o béri-béri, as moléstias infecciosas puerperais e as moléstias septicêmicas, que permaneceram nessa condição somente até 1896. O tracoma foi a primeira endemia incapacitante a tornar-se de notificação compulsória, em 1906. Na reforma administrativa de 1911 ocorreu a grande mudança, com a inclusão de mais endemias, que juntamente com o alcoolismo foram o centro das atenções a partir dessa década: lepra, ancilostomose, disenteria, parotidite em habitações coletivas, e infecção puerperal e oftalmias dos recém-nascidos em maternidades. Em 1917 se somaram as epizootias (raiva, carbúnculo e mormo) e a paralisia infantil.

(TABELA 10)

O grande número de doenças e sua grande incidência confirma uma situação que já foi comentada para a febre amarela: a baixa notificação, com o não cumprimento da legislação, que de tão ampla acaba por vigorar apenas no papel.

TABELA 10
Doenças de notificação compulsória (C) e facultativa (F)
no Estado de São Paulo - 1891/1917

| DOENÇA | ANO | | | | | |
|--|------|------|------|------|------|------|
| | 1893 | 1894 | 1896 | 1906 | 1911 | 1917 |
| MOLÉSTIAS PESTILENCIAIS | C | - | - | - | - | - |
| FEBRES EXANTEMÁTICAS TRANSMISSÍVEIS | C | - | - | - | - | - |
| MOLÉSTIAS INFECTUOSAS PUERPERAIS | C | F | - | - | - | - |
| DIFTERIA | C | C | C | C | C | C |
| MOLÉSTIAS SEPTICÊMICAS | C | F | - | - | - | - |
| BERI-BERI | C | F | - | - | - | - |
| COQUELUCHE | F | C | - | - | C | C |
| TUBERCULOSE | F | F | C | C | C | C |
| FEBRE AMARELA | - | C | C | C | C | C |
| CÓLERA | - | C | C | C | C | C |
| PESTE | - | C | C | C | C | C |
| VARIÓLA | - | C | C | C | C | C |
| ESCARLATINA | - | C | C | C | C | C |
| SARAMPÃO | - | C | C | C | C | - |
| FEBRE TIFÓIDE | - | - | C | C | C | C |
| TRACOMA | - | - | - | C | C | C |
| LEPRA | - | - | - | - | C | C |
| IMPALUDISMO | - | - | - | - | C | C |
| ANCILOSTOMOSE | - | - | - | - | C | C |

(continua)

| DOENÇA | ANO | | | | | |
|---|------|------|------|------|------|------|
| | 1893 | 1894 | 1896 | 1906 | 1911 | 1917 |
| (continuação) | | | | | | |
| INFECÇÃO PUERPERAL E OFTALMIA DO R.N. EM MATERNIDADES | - | - | - | - | C | - |
| DISENTERIA | - | - | - | - | C | C |
| PAROTIDITE EM HABITAÇÕES COLETIVAS | - | - | - | - | C | C |
| EPIZOOTIAS | - | - | - | - | - | C |
| PARALISIA INFANTIL | - | - | - | - | - | C |

Observações: as "moléstias pestilenciais", de 1893, são equivalentes à febre amarela, mais o cólera e a peste, a partir do ano seguinte. Já as "febres exantemáticas transmissíveis" correspondem, a partir de 1893, à varíola, mais a escarlatina e o sarampão.

FONTES: SÃO PAULO. Decreto n.º 219, de 30/11/1893. art. 30; Decreto nº 233, de 02/03/1894. art. 510, 511; Decreto nº 394, de 07/10/1896. art. 146; Decreto nº 1395, de 03/09/1906; Decreto nº 2141, de 14/11/1911. art. 436; Lei nº 1596, de 29/12/1917. art. 231.

Uma nova reforma administrativa do serviço sanitário aconteceu em 1911, autorizada pela lei do orçamento desse exercício. Pela primeira vez invertia-se a seqüência dos dispositivos legais normalmente empregada nessas ocasiões; aqui o decreto do Executivo precedeu a lei, que o aprovou incluindo pequenas modificações. Em se tratando da organização sanitária do Estado de São Paulo, somente na reforma de 1925 essa seqüência inusual seria novamente utilizada. ⁽⁸⁰⁾ A implantação da reforma sanitária através de um decreto do Executivo foi justificada pelo governo estadual como necessária pelo fato de as mudanças já virem sendo implantadas há algum tempo, com resultados favoráveis, e como o ano se encerraria menos de um mês depois, foi solicitado ao Legislativo que referendasse o decreto, o que efetivamente ocorreu. O que é certo é que tal alteração nos trâmites legais é significativa da falta de disposição da administração estadual em discutir naquele momento as mudanças na legislação sanitária com o Legislativo, que não participou da elaboração dessa reforma. Em 1911 não houveram debates importantes na Câmara e Senado estaduais sobre a reforma sanitária - as únicas intervenções foram muito específicas, de natureza bairrista, com deputados reivindicando comissões sanitárias para suas regiões - uma

(80) SÃO PAULO. Lei nº 1245, de 30 de Dezembro de 1910. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1910. 1911. p. 70-127; Decreto nº 2141, de 14 de Novembro de 1911. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1911. 1912. p. 376-448; Lei nº 1310, de 30 de Dezembro de 1911. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1911. 1912. p. 147-148.

situação inédita até então. (81)

A reforma de 1911 manteve as diretrizes da legislação sanitária de 1896. A ação direta dos serviços sanitários estaduais foi drasticamente reduzida, aprofundando-se o controle do poder estadual sobre os problemas de saúde pública municipais, através de mecanismos de supervisão técnica e administrativa. O serviço sanitário concentrou sua ação na Capital, mantendo delegados de higiene apenas em Santos, Campinas e mais quatro cidades do interior: Ribeirão Preto, Taubaté, Guaratinguetá e Itapetininga. Apesar da centralização das atividades na cidade de São Paulo, o serviço sanitário continuou conceituado como municipal e geral, mantendo-se a superposição das atribuições estaduais e municipais nos principais aspectos da polícia sanitária e saneamento urbano, o comando técnico e administrativo permanecendo com o poder estadual.

Em relação à organização sanitária anterior, as atribuições municipais foram aumentadas, a legislação resguardando as possibilidades de intervenção da administração estadual nos assuntos municipais sempre que considerada necessária: as administrações locais eram obrigadas a submeter ao serviço sanitário estadual os projetos de obras de saneamento e a declarar anualmente os recursos reservados para as despesas com saúde e saneamento no orçamento municipal.

Além dessas alterações nos serviços sanitários, a legislação de 1911 incluiu uma compilação das normas publicadas até então sobre diferentes aspectos da saúde pública; um novo código sanitário, entretanto, só seria publicado em 1918. Foi detalhada a regulamentação da produção e

(81) CÂMARA DOS DEPUTADOS (São Paulo). Annaes da Sessão Extraordinária e Ordinária de 1911 da Câmara dos Deputados do Estado de São Paulo. 1912. p. 710-712, 848-650.

venda de alimentos, um campo onde era crescente a preocupação das autoridades sanitárias, pelo aumento do consumo de gêneros alimentícios industrializados, decorrente da urbanização. Foram incluídas novas seções regulamentando a fabricação de derivados de carne e bebidas, e o funcionamento de quitandas, restaurantes, confeitarias, leiterias, cafés e botequins.

Na reforma administrativa de 1911 acentuou-se a tendência, que já se apresentava em 1906, de utilização da *educação higiênica* como ferramenta acessória nas ações de polícia sanitária. A orientação às amas-de-leite para o exercício de suas funções, prevista desde 1905, somou-se a outras de natureza educativa, como

"Formular conselhos higiênicos ao público, relativos à preservação das moléstias e às precauções necessárias, contribuindo por todos os meios de propaganda para a educação higiênica das populações",

ou a inspeção médico-sanitária das escolas da Capital, com os objetivos de vacinação, exame individual, profilaxia das doenças transmissíveis, definição do mobiliário, métodos de ensino, e indicação de medidas higiênicas relativas à localização e construção dos estabelecimentos escolares, num detalhamento do dispositivo semelhante existente na legislação de 1906. (82)

Em 1913, somente dois anos depois da promulgação dessa reforma administrativa, foi apresentado um projeto da Comissão de Higiene da Câmara dos Deputados modificando a legislação de 1911 em alguns aspectos de natureza estritamente técnica. Esse projeto foi muito criticado pelos funcionários do serviço sanitário e pela imprensa, o que prejudicou

(82) SÃO PAULO. *Decreto nº 2141, de 14 de Novembro de 1911. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1911.* 1912. p. 376-448. art. 27, 66 e 67; _____. *Decreto nº 1294, de 19 de Julho de 1905. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1905.* 1906. p. 101-103.

sua tramitação; ele sequer chegou a ser votado, sendo relegado ao esquecimento. (83) As modificações na organização sanitária aprovadas em 1911 foram as últimas do período em que predominou no Estado de São Paulo o modelo tecno-assistencial campanhista-policial.

O período que se iniciou com a reforma sanitária de 1896 e se encerrou com as mudanças de 1911, corresponde à consolidação de um modelo administrativo das práticas sanitárias onde predomina a gerência estadual; no campo tecnológico, destacavam-se as ações de polícia sanitária, de saneamento e regulamentação do meio urbano. Definido um padrão, ele sofreu pequenos ajustes, alternando-se o aumento, em 1906, e a redução do número de funcionários e dos recursos estaduais nos municípios, na reforma de 1911. Seja através da ação direta nos municípios, ou com a intermediação de mecanismos de controle administrativo e tecnológico, as reformas sanitárias desse período levaram à estadualização crescente das práticas sanitárias no Estado de São Paulo.

Nesse período a figura mais proeminente na saúde pública paulista foi Emílio Ribas, na chefia da Diretoria do Serviço Sanitário desde 1898. Silva Pinto esteve à frente dessa repartição na fase anterior, de elaboração do modelo tecnológico e administrativo dos serviços sanitários; Emílio Ribas respondeu pelos ajustes do modelo herdado, ganhando proeminência principalmente por ter erradicado a febre amarela na forma epidêmica do Estado de São Paulo e pelos experimentos de 1901 que

(83) CÂMARA DOS DEPUTADOS (São Paulo). Annaes da Sessão Ordinaria de 1913 da Câmara dos Deputados do Estado de São Paulo. 1914. p. 696-750.

eliminaram as dúvidas que pairavam sobre o modelo proposto, pela Comissão Norte-Americana em Cuba, para a transmissão da febre amarela pelo mosquito.

A redução da importância da autonomia municipal nas questões de saúde e saneamento nesse período foi o reflexo, no campo da organização sanitária, de mudanças que vinham ocorrendo nas relações entre o poderes estadual e local. Ao contrário dos primeiros anos de República, já não havia a identificação do princípio da autonomia municipal como a essência do republicanismo; essa associação havia perdido a atualidade com a consolidação do *pacto oligárquico*, o mecanismo regulador das relações políticas entre Estado e municípios que atravessou a Primeira República. Tendo por base a troca de votos por benfeitorias, não é demais repetir, intermediadas pelo *coronel* local, o *pacto oligárquico* necessitava de um município fraco financeira e administrativamente, com lideranças prestigiadas e fortes politicamente, mediadoras das benesses estaduais. Essas condições seriam plenamente atendidas no campo das práticas sanitárias com o padrão de organização definido em 1896, de concentração de atribuições junto ao poder estadual.

A ação sanitária estadual e a execução de obras de impacto sobre a saúde urbana, apesar da existência de critérios técnicos rígidos, especificados na legislação, obedecia a critérios políticos, o que se torna mais evidente nas obras de saneamento, que sempre davam margem a negociações políticas entre as oligarquias estaduais e as lideranças locais, atropelando com frequência a ordem de prioridades estipulada. Com o aumento das atribuições municipais nos assuntos de saúde pública e saneamento, em 1911, pouco mudou: municípios com um leque amplo de atribuições, impossíveis de serem realizadas com seu próprio orçamento,

continuavam à mercê de negociações com o poder estadual, dependentes de sua colaboração.

As alterações da reforma de 1911 na organização sanitária foram as últimas do período em que tecnologicamente o modelo campanhista/policial predominou absoluto no conjunto das práticas sanitárias no Estado. Desde o início do século XX já estavam presentes elementos do novo modelo tecnológico médico-sanitário que se tornou dominante a partir da década de 1920, num processo de mudanças que teve como marco inicial a reforma sanitária de 1917/1918. Como principais mudanças epidemiológicas, havia o controle das doenças epidêmicas e a extinção da febre amarela urbana; as endemias e a saúde do trabalhador rural passaram a receber maior destaque, identificadas nos anos 10 com o atraso econômico e social do país. No início do século XX já estariam presentes ações contra o tracoma e a ancilostomose, somados mais tarde à lepra e à malária.

As mudanças na organização sanitária que se iniciaram com a reforma de 1917/1918 - as principais foram a criação de serviços ambulatoriais permanentes e o incremento de ações sobre o homem do campo e as endemias rurais - seriam a manifestação, no campo das práticas sanitárias, das grandes modificações sociais que começavam a tomar corpo na sociedade paulista na década de 10. Fenômenos como a urbanização, a industrialização, o aumento da organização política do operariado e classes médias, o crescimento da pauperização das populações urbanas, etc., tomaram impulso nesse período, acentuando-se na década de 20. Essas mudanças sociais tornaram rapidamente anacrônicos o modelo tecnológico campanhista/policial e o correspondente padrão de organização das práticas sanitárias, apesar das seguidas reelaborações sofridas desde o início da República, com mudanças periódicas no arcabouço legal. O autoritarismo do

modelo campanhista/policial, e a exclusão de medidas de assistência individual à saúde, passariam a não condizer com o novo perfil da sociedade paulista.

Mudanças no campo do ideário político, com o desenvolvimento de uma importante corrente nacionalista a partir da década de 1910, que identificava a pobreza e o atraso do país com suas condições sanitárias, são aspectos que se casam, no campo das práticas sanitárias, com novas prioridades. Tendo em Artur Neiva, Afrânio Peixoto e Belisário Penna alguns dos nomes de maior produção e destaque, a corrente nacionalista no campo da saúde pública teve em Monteiro Lobato e em sua Revista do Brasil importantes divulgadores em São Paulo das idéias da redenção do país pelo combate às endemias e misérias da vida no campo.

CAPÍTULO 4

Uma Campanha contra a Febre Amarela no Interior Paulista:

Um Estudo de Caso

A febre amarela, que em 1889 ultrapassou a barreira da Serra do Mar, subindo do porto de Santos até o Planalto, assolaria a maior parte da zona cafeeicultora paulista até sua erradicação, em 1904. Vitimando principalmente estrangeiros, as epidemias se sucederam em Santos e Campinas, afetando num ou noutro momento praticamente todos os principais municípios do Estado de São Paulo das regiões de maior vigor econômico, a Paulista, a Mogiana e a zona Central, onde se concentrava a produção cafeeira. (1)

Não é demais repetir que a incidência epidêmica da febre amarela foi associada na época ao fluxo de imigrantes estrangeiros e ao avanço da ferrovia através da zona cafeeicultora, aspectos da vida material contemporâneos ao desenvolvimento do café em território paulista, e que já foram apresentados com mais detalhes no Capítulo 1. Sua relação com a progressão da febre amarela, pressentida no início do período republicano, teria uma explicação científica na década seguinte, com a identificação do mecanismo de transmissão da doença através de um vetor, transportado de um local a outro pelos trens, juntamente com cargas e passageiros. Com a

(1) Esse padrão epidemiológico aproxima-se do observado no Rio de Janeiro, onde 88% das mortes por febre amarela, entre 1890 e 1903, foram de estrangeiros, num total de mais de 23.000 mortes pela doença. (CARVALHO, Bulhões. Contribuição para o Estudo Epidemiológico da Febre Amarela pelo dr. Bulhões Carvalho. 1903. p. 14)

rápida extensão da rede ferroviária, esse meio de transporte passou a ser muito utilizado na fuga das populações das cidades atingidas pela febre amarela até localidades próximas ainda indenes, favorecendo a propagação da doença em torno dos focos iniciais. Já a maior suscetibilidade dos estrangeiros à febre amarela explica-se pela ausência de um contato anterior com a doença, resultando em morbidade e mortalidade mais elevadas.

O município de Araraquara, escolhido para o estudo de caso, situa-se na zona de abrangência da ferrovia Paulista, na região central do Estado. Era, no início do período republicano, um dos maiores produtores de café de São Paulo, recebendo um grande contingente de imigrantes estrangeiros, em sua maioria italianos. Com uma população predominantemente rural, residindo nas fazendas de café ou em pequenos núcleos urbanos afastados da sede municipal, Araraquara é representativa da realidade econômica e social dos municípios cafeeiros da região da ferrovia Paulista.

Araraquara apresentou epidemias de febre amarela em todos os anos entre 1895 e 1898, coincidindo com o período de elaboração do modelo técnico-assistencial e administrativo das práticas sanitárias que permaneceu por quase três décadas no Estado de São Paulo. As ações contra a febre amarela neste município são exemplares dos múltiplos aspectos de natureza técnica e política envolvidos nesse processo. A forma como as práticas sanitárias foram sendo reelaboradas no correr das epidemias, com a introdução de novas técnicas no combate às supostas causas da febre amarela, e os conflitos com as autoridades municipais, que também ocorreram em Araraquara, são pontos importantes que aparecem no estudo das epidemias no município. Um aspecto que particulariza o estudo das epidemias de Araraquara foi a ocorrência em 1897 de um episódio onde estiveram em pauta as relações entre práticas sanitárias e o modelo político da Primeira

República, a febre amarela aparecendo como um dos elementos mediadores numa situação de conflito entre forças políticas locais.

1. O Cenário. Situação sanitária na década de 1890

O município de Araraquara já apresentava uma produção cafeeira significativa no final da Monarquia, mas foi na década de 1890 que a cafeicultura tomou conta da vida local. Em 1886 Araraquara contava com pouco mais de 9.500 habitantes, número que aumentou rapidamente com o impulso do café, passando para 28.900 em 1900, dos quais menos de 20% residiam na sede municipal, um núcleo urbano acanhado como as demais cidades interioranas da época. A maior parte morava nas fazendas ou em outros núcleos urbanos do município, alguns de população muito reduzida. Em 1902, no auge da produção cafeeira, a população da sede municipal era de apenas 4.046 habitantes. A maioria da população era de estrangeiros e seus filhos, o que se explica pelo fato de o município ter estado nos primeiros quinze anos de República entre os que mais receberam imigrantes; em 1901, por exemplo, 3.442 estrangeiros dirigiram-se a Araraquara, número só superado pelos contingentes de Ribeirão Preto e São Simão. (2)

Na última década do século XIX Araraquara era uma cidade pequena, com poucos prédios se destacando do padrão geral, distribuídos nas proximidades da praça central: os casarões das famílias mais abastadas,

(2) CAMARGO, José Francisco de. Crescimento da População no Estado de São Paulo e seus Aspectos Econômicos. 1981. p. 14, 22. v. 2; CÂMARA MUNICIPAL. Araraquara. Livro de Recenseamento de Araraquara de 1902. 1902; SÃO PAULO. Anuário Estatístico da Secção de Demographia - Anno de 1901. 1902. p. 100-101.

a igreja, a cadeia e a Câmara Municipal. As casas não fugiam do padrão comum do interior do Estado; quase sempre construções precárias, pé direito baixo, sem forro, piso de terra e paredes sem acabamento, dotadas de pouco conforto e higiene. Em 1896 somente 21,2% dos prédios da cidade apresentavam condições de higiene consideradas satisfatórias para a época. (3)

Impulsionada pela riqueza do café, a urbanização foi acompanhada de benfeitorias, como a implantação de comunicação telefônica com a Capital do Estado e a aprovação pela Câmara Municipal de medidas para o embelezamento urbano. O comércio expandiu-se para atender à população da cidade e da extensa zona rural e fundaram-se pequenos estabelecimentos industriais, quase sempre voltados a atividades de apoio à cafeicultura e à ferrovia, ao processamento de alimentos e à produção de bebidas. Com suas ruas iluminadas por lampiões a querosene, Araraquara era atravessada por um córrego, fator determinante na escolha do sítio para o início do núcleo urbano inicial, como ocorrera na maioria das cidades do interior. O perímetro urbano aproximava-se de um quadrilátero formado por 15 ruas cortadas por 5 vias perpendiculares, todas sem calçamento, onde se concentrava a população da cidade. (4)

Na falta de números de morbidade, os indicadores de mortalidade são os únicos disponíveis para um perfil sanitário do município na Primeira República. Na década de 1890 predominavam os óbitos do sexo masculino e estrangeiros, crianças menores de cinco anos e adultos em idade

(3) CORRÊA, Anna Maria Martinez. História Social de Araraquara (1817-1930). 1967. p. 203.

(4) CORRÊA, Anna Maria Martinez. História Social de Araraquara (1817-1930). 1967. p. 191-195, 203.

produtiva; em sua maioria ocorriam na zona rural e sem assistência médica. As possíveis falhas dos números de mortalidade utilizados, obtidos a partir das anotações dos livros de registro dos sepultamentos no cemitério municipal de Araraquara - sujeitos à interferência de fatores como o empenho pessoal dos funcionários responsáveis pela tarefa - tornam prudente a análise apenas das tendências dos indicadores, desconsiderando-se as variações em pequenos intervalos de tempo.

As principais falhas que afetam esses dados são a tendência à aproximação das idades dos mortos para os finais zero ou cinco; o registro de nati-mortos como óbitos neo-natais e vice-versa, e algumas anotações ilegíveis ou incompletas, reduzindo o aproveitamento das informações. Fatores de erro comuns a quase todas as pequenas cidades, a partir de um passado mais recente, os fenômenos da evasão e a invasão de óbitos de outros municípios não eram comuns na época. Na quase ausência de serviços de maior complexidade para a assistência médica individual, mesmo na cidade de São Paulo, era reduzido o estímulo para a mobilização dos doentes de um município para outro, cujos óbitos pudessem alterar as estatísticas de mortalidade. Esse fluxo, como demonstram os números sobre o local de ocorrência dos óbitos apresentados mais adiante, dava-se dentro dos limites do município de Araraquara, da zona rural e vilas para a sede municipal, onde residiam todos os médicos. Já os sepultamentos em cemitérios clandestinos nas fazendas eram do conhecimento das autoridades locais, dando ensejo ao sub-registro de óbitos, fenômeno disseminado em todo o interior do Estado e de difícil quantificação.

Os principais problemas desses números estão nas causas de morte: em alguns períodos, o livro de registro não trazia a causa de morte, e quase sempre, como a maioria dos óbitos ocorria sem assistência médica, a

causa era definida pelos próprios familiares ou pelo funcionário do cemitério, indicando-se com freqüência o principal sintoma da doença que levava à morte, utilizando-se as designações próprias à medicina popular. A partir de 1896 o registro dos óbitos nos cemitérios passou a incluir mais informações, por exigência das autoridades estaduais às câmaras municipais das localidades afetadas por epidemias de febre amarela: o local de ocorrência, a nacionalidade e o tipo de assistência na vigência da doença que levou à morte passaram a ser anotados sistematicamente. Respeitadas as limitações, trata-se de informações muito interessantes quando trabalhadas para períodos maiores, preferencialmente a partir de valores médios, contribuindo para a elaboração de um perfil sanitário do município.

Na primeira metade da década de 1890 (1890/1894) foram registrados em média 551 óbitos por ano, número que subiu para 683 no período seguinte (1895/1899). Apesar do aumento da média anual de óbitos, o coeficiente de mortalidade (óbitos/1.000 habitantes) provavelmente experimentou uma redução na segunda metade da década de 1890, hipótese que poderia ser comprovada caso houvessem séries de estimativas da população do município de Araraquara para a década de 1890, possibilitando o cálculo desse indicador. Alguns aspectos apontam nessa direção: quando os números referentes ao quinquênio 1895/1899 são expurgados das mortes nas epidemias de febre amarela, a média anual desce a 573 óbitos, aproximando-se do número referente ao quinquênio anterior; e a população de Araraquara aumentou continuamente na década de 1890, mesmo durante os anos da febre amarela, anos em que o crescimento vegetativo pode ter sido negativo, às

custas do ingresso de um importante contingente de imigrantes. ⁽⁵⁾ A favor também da hipótese da redução do coeficiente de mortalidade no correr da década de 1890, estão os números dos batismos na igreja matriz local, indicador que nesse período - excluindo-se os óbitos infantis neo-natais, ocorridos pouco tempo depois do parto - aproxima-se do total de nascidos vivos: com uma média anual de 922 no período 1890-1894, no quinquênio seguinte esse indicador saltou para 1.394 batismos anuais. ⁽⁶⁾ Esses números sinalizam um aumento da população total, já que não há indicadores que favoreçam a hipótese de uma elevação importante no coeficiente de natalidade no período. Assim, caso fossem disponíveis séries de estimativas de população para Araraquara na década de 1890, os coeficientes de mortalidade, desde que expurgados das mortes pela febre amarela, certamente mostrariam uma tendência à redução na segunda metade da década de 1890.

A distribuição dos óbitos por sexo mostra números muito próximos para o primeiro e segundo quinquênios da década de 1890, com predomínio masculino, como conseqüência da maior exposição dos homens a acidentes, aos agentes e vetores das doenças infecciosas, e ao desgaste físico mais acentuado, decorrente do padrão de atividades masculino no processo de trabalho e na família. As proporções encontradas,

(5) Em 1895, por exemplo, 2.059 trabalhadores estrangeiros instalaram-se no município, e em 1897 foram 2.278. (TELAROLLI, Rodolpho. Poder Local na República Velha. 1977. p. 23)

(6) CORRÊA, Anna Maria Martinez. História Social de Araraquara (1817-1930). 1967. p. 209, 406.
Como o registro civil de nascimento era uma instituição ainda muito recente, demoraria ainda muitos anos para a quebra da resistência popular à inovação. Os números do registro civil no início da República apresentavam-se subestimados, as estatísticas de batismos aproximando-se mais da realidade.

respectivamente para homens e mulheres, foram, 56,2% e 40,6% em média, para o período 1890/1894, e 56,2% e 40,7%, para 1895/1899 (TABELA 11).

Como os contratos do governo estadual com as empresas responsáveis pela imigração estrangeira davam preferência para famílias, com filhos, limitando o ingresso de homens solteiros, o mais provável é que a população do município se apresentasse próxima do equilíbrio na composição por sexos. Nada indica que os diferenciais por sexo nos índices de mortalidade, maiores para os homens, fossem apenas a manifestação da composição de uma população onde predominasse o sexo masculino.

A distribuição por faixas etárias apresenta uma acentuada semelhança de padrões para homens e mulheres, com aproximadamente 30% de óbitos de menores de um ano e mais de 50% de menores de 5 anos (TABELA 12). Nas demais faixas etárias os grupos de maior mortalidade são os adultos entre 20 e 50 anos, o que se explica em grande parte por uma expectativa de vida reduzida, que naquele momento provavelmente não ultrapassava quatro décadas de vida. Os índices para o sexo masculino, à exceção dos menores de cinco anos, eram sempre ligeiramente superiores aos do sexo feminino.

TABELA 11
Mortalidade por sexo em Araraquara
1890/1899

| SEXO | PERÍODO | |
|----------------|---------------|---------------|
| | 1890/1894 (%) | 1895/1899 (%) |
| SEXO MASCULINO | 56,2 | 56,2 |
| SEXO FEMININO | 40,7 | 40,6 |
| IGNORADO | 3,1 | 3,2 |

FONTE: CÂMARA MUNICIPAL. Araraquara. Livros de Assentamento de Óbitos do Cemitério Municipal de Araraquara. 1890/1899.

TABELA 12
Mortalidade por sexo e idade em Araraquara
1890/1899

| FAIXA ETÁRIA | PERÍODO E SEXO | | | |
|----------------|----------------|--------|---------------|--------|
| | 1890/1894 (%) | | 1895/1899 (%) | |
| | MASC. | FEMIN. | MASC. | FEMIN. |
| < 1 ANO | 30,5 | 30,1 | 28,7 | 30,9 |
| 1 A < 5 ANOS | 25,6 | 25,3 | 22,9 | 25,6 |
| 5 A < 10 ANOS | 4,0 | 3,6 | 3,2 | 2,9 |
| 10 A < 20 ANOS | 4,5 | 4,3 | 4,9 | 5,2 |
| 20 A < 30 ANOS | 6,4 | 8,5 | 10,0 | 8,2 |
| 30 A < 40 ANOS | 6,3 | 7,0 | 8,4 | 6,9 |
| 40 A < 50 ANOS | 6,3 | 5,2 | 6,6 | 5,7 |
| 50 A < 60 ANOS | 4,6 | 4,7 | 5,0 | 4,1 |
| 60 ANOS E + | 6,9 | 6,5 | 6,5 | 7,0 |
| IGNORADO | 4,9 | 4,8 | 3,8 | 3,5 |

FONTE: CÂMARA MUNICIPAL. Araraquara. Livros de Assentamento de óbitos do Cemitério Municipal de Araraquara. 1890/1899.

Em decorrência de alterações no registro de óbitos do cemitério local, alguns indicadores de mortalidade no município de Araraquara puderam ser calculados somente a partir de 1896, quando se iniciou o registro sistemático dessas informações. Em média, somente 1/4 dos que morreram nesse período receberam assistência médica durante a doença (TABELA 13), índice que superou nossas expectativas, considerando-se as características da organização sanitária do período, em especial as dificuldades para a assistência individual à saúde. Aproximadamente 20% dos óbitos ocorreram na cidade, 66,5% na zona rural e 3,1% nos demais núcleos urbanos do município, não se dispondo de informações para os óbitos restantes, num padrão que acompanhava a distribuição da população dentro do município, em sua maioria residente nas propriedades agrícolas. Como esses dados referem-se não ao *local de residência* mas ao *local de ocorrência* dos óbitos, os números da cidade – quase 1/5 do total – certamente estão inchados por moradores de fora do núcleo urbano, que procuravam a sede do município em busca de assistência médica e morriam, num fenômeno de *invasão de óbitos* da zona rural, que se mostraria mais acentuado durante as epidemias de febre amarela.

Quanto à nacionalidade dos que morreram em Araraquara entre 1895 e 1899, mais de 40% eram estrangeiros, e como conseqüência da grande participação de italianos no contingente de imigrantes para o café, estes respondiam por 27,7% (TABELA 13). Uma falha que certamente distorceu esses números foi a inobservância pelos responsáveis pelo registro de óbitos da definição correta de nacionalidade. Em vez de considerar os filhos de estrangeiras nascidos no Brasil como brasileiros, é muito provável que o funcionário responsável pela notação dos óbitos nos cemitérios seguisse o senso comum, considerando-os como da mesma nacionalidade que os pais;



como conseqüência, aumentavam os óbitos de estrangeiros, com a inclusão nessa categoria de filhos de imigrantes nascidos no Brasil. Trata-se de um aspecto que deverá ser considerado quando se cotejarem esses dados com estatísticas censitárias ou das repartições estaduais de estatística, onde era maior a preocupação com as definições de nacionalidade.

Graças aos registros cuidadosos do funcionário responsável, em 1890, pelo livro de registro dos óbitos do cemitério de Araraquara, que incluiu sistematicamente informações sobre as causas de morte em suas anotações, tornou-se possível uma tabulação desse indicador de mortalidade para esse ano. Tomando por ponto de partida as aproximações que Maria Luiza Marcílio fez de diagnósticos do início do século XIX para a medicina atual, ainda válidas quase na íntegra para 1890, as causas de morte foram traduzidas, codificadas e agrupadas segundo as categorias da 9ª Classificação Internacional de Doenças, tornando comparáveis esses números aos de outros locais em outras épocas (TABELA 14). (7) Como a grande maioria dos doentes não recebia assistência médica nesse período, as causas de morte anotadas são resultado do diagnóstico de agentes informais de cura, de familiares ou do funcionário responsável pelo registro dos dados. Desse modo, mais que uma tabulação de causas de óbito, esses números apresentam as doenças que atingiam a população e às quais a população e a medicina popular creditavam as mortes.

(7) MARCÍLIO, Maria Luiza. A Cidade de São Paulo - Povoamento e População - 1750-1850. 1974. p. 176-177; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Manual da Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbito. 1978.

TABELA 13
Cobertura da assistência médica, local de ocorrência e
nacionalidade dos óbitos em Araraquara - 1896/1899

| CATEGORIA | MÉDIA 1896/1899 (%) |
|------------------------------------|------------------------|
| <u>ASSISTÊNCIA MÉDICA:</u> | |
| SIM | 24,2 |
| NÃO | 67,4 |
| SEM DADOS | 8,4 |
| <u>LOCAL DE OCORRÊNCIA:</u> | |
| CIDADE | 20,2 |
| ZONA RURAL | 66,5 |
| OUTROS NÚCLEOS URBANOS | 3,1 |
| SEM DADOS | 10,2 |
| <u>NACIONALIDADE:</u> | |
| BRASILEIROS | 52,8 |
| ITALIANOS | 27,7 |
| PORTUGUESES | 9,6 |
| ESPAÑHÓIS | 2,3 |
| OUTRAS NACIONALIDADES | 2,3 |
| TOTAL DE ESTRANGEIROS | 41,9 |
| IGNORADO | 5,3 |

FONTE: CÂMARA MUNICIPAL. Araraquara. Livros de Assentamento de
óbitos do Cemitério Municipal de Araraquara. 1896/1899.

TABELA 14

Causas de morte no município de Araraquara - 1890

| CAUSAS DE MORTE, SEGUNDO OS GRUPOS DA CID (*) | ÓBITOS | |
|--|----------|----------|
| | ABSOLUTO | RELAT. % |
| I. DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS (001-139) | | |
| DOENÇAS INFECCIOSAS INTESTINAIS, EXCETO | | |
| FEBRE TIFÓIDE (001-009) | 13 | 3,1 |
| FEBRE TIFÓIDE (002) | 9 | 2,2 |
| TUBERCULOSE (010-018) | 11 | 2,6 |
| COQUELUCE (033) | 1 | 0,2 |
| TÉTANO (037) | 10 | 2,4 |
| SARAMPO (055) | 20 | 4,8 |
| MALÁRIA (084) | 42 | 10,0 |
| HELMINTÍASES (120-129) | 66 | 15,8 |
| OUTRAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS, EXCETO AS ANTERIORES (130-136) | 1 | 0,2 |
| SUBTOTAL | 173 | 41,3 |
| II. NEOPLASMAS (140-239) | | |
| NEOPLASMA DE NATUREZA NÃO ESPECIFICADA (239) | 2 | 0,5 |
| SUBTOTAL | 2 | 0,5 |

(continua)

| CAUSAS DE MORTE, SEGUNDO OS GRUPOS DA CID (•) | ÓBITOS | |
|---|----------|----------|
| | ABSOLUTO | RELAT. % |
| <i>(continuação)</i> | | |
| IV. <u>DOENÇAS DO SANGUE E DOS ÓRGÃOS HEMATOPOÉTICOS (280-289)</u> ANEMIAS POR DEFICIÊNCIA (280-281) | 1 | 0,2 |
| SUBTOTAL | 1 | 0,2 |
| VII. <u>DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO (390-459)</u> | | |
| SUBTOTAL | 8 | 1,9 |
| VIII. <u>DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO (460-519)</u> | | |
| SUBTOTAL | 14 | 3,4 |
| IX. <u>DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO (520-579)</u> | | |
| SUBTOTAL | 3 | 0,7 |
| XI. <u>COMPLICAÇÕES DA GRAVIDEZ, DO PARTO E DO PUERPERIO (630-676)</u> AFECÇÕES OBSTÉTRICAS DIRETAS (640-676) | | |
| SUBTOTAL | 13 | 3,1 |
| XIII. <u>DOENÇAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO (710-739)</u> | | |
| SUBTOTAL | 1 | 0,2 |
| XV. <u>ALGUMAS AFECÇÕES ORIGINADAS NO PE- RIODO PERINATAL (760-779)</u> | | |
| SUBTOTAL | 35 | 8,4 |
| XVI. <u>SINAIS, SINTOMAS E AFECÇÕES MAL DEFINIDAS (780-799)</u> | | |
| SUBTOTAL | 114 | 27,2 |
| <i>(continua)</i> | | |

| CAUSAS DE MORTE, SEGUNDO OS GRUPOS DA CID (**) | ÓBITOS | |
|--|------------|------------|
| | ABSOLUTO | RELAT. % |
| <i>(continuação)</i> | | |
| XVII. LESÕES E ENVENENAMENTOS (800-999) | | |
| QUEIMADURAS (940-949) | 3 | 0,7 |
| OUTRAS LESÕES, EXCETO QUEIMADURAS (800-939 E 950-999) | 2 | 0,5 |
| SUBTOTAL | 5 | 1,2 |
| CAUSAS EXTERNAS DE LESÕES E ENVENE- NAMENTOS (E800-E999) | | |
| ACIDENTES (E800-E929) | 7 | 1,7 |
| SUICÍDIO (E950-E959) | 1 | 0,2 |
| HOMICÍDIOS E LESÕES PROVOCADAS INTEN- CIONALMENTE POR OUTRAS PESSOAS (E960-E969) | 3 | 0,7 |
| SUBTOTAL | 11 | 2,6 |
| CAUSAS NÃO CODIFICADAS | 1 | 0,2 |
| CAUSAS IGNORADAS OU ILEGÍVEIS | 38 | 9,1 |
| TOTAL GERAL | 419 | 100 |

FONTE: CÂMARA MUNICIPAL. Araraquara. Livro de Assentamento de Óbitos do Cemitério Municipal de Araraquara. 1890.

(*) CID: Classificação Internacional de Doenças, 9ª revisão (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Manual da Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbito. 1978)

Anexo à TABELA 4

Correspondência entre Causas apresentadas no Livro de Assentamento de Óbitos e categorias da CID:

Doenças infecciosas intestinais, exceto febre tifóide (001-009): câimbra de sangue, dentição, disenteria, diarréia, enterite, enterocolite, gastroenterite, dor de barriga.

Febre tifóide (002): febre tífica, febre tifoidea, febre remitente tifóide.

Tuberculose (010-018): tísica

Tétano (037): mal de sete dias, febre perniciosa tetânica.

Malária (084): febre intermitente, febre palustre, febre perniciosa, impaludismo, maleita, tifo malárico, sezão.

Helmintíases (120-129): bichas, lombriga, amarelão, opilação, vermes.

Doenças do Aparelho Circulatório (390-459): apoplexia, hemorragia, incômodo do coração, incômodo do peito, lesão cardíaca.

Afecções obstétricas diretas (640-676): hemorragia uterina, recaída de parto, dieta de parto, parto.

Algumas afecções originadas no período perinatal (760-779): recém-nascido, umbigo, parto fora de tempo.

Sinais, sintomas e afecções mal definidas (780-799): ataque, cólica, congestão, convulsão, estupor, febre, hidropsia, icterícia, inflamação, morte repentina, velhice.

Causa não codificada: suspensão.

As doenças infecciosas e parasitárias foram responsabilizadas por mais de 40% dos óbitos, destacando-se as helmintíases, com 15,8%, e a malária, com 10%; seguem-se 27,2% por sinais, sintomas e afecções mal definidas, 8,4% por doenças do período perinatal, 3,4% por doenças do aparelho respiratório, 3,1% por complicações da gravidez, do parto e do puerpério, os demais grupos de causas respondendo por menos de 2% das mortes.

2. A epidemiologia da *peste*

Nos primeiros anos da década de 1890 a febre amarela não se manifestou em Araraquara. A primeira morte pela doença foi registrada em janeiro de 1893, um homem de 30 anos, de procedência ignorada. A doença só apareceu novamente em maio do ano seguinte, novamente com um caso importado de outro município, uma mulher de 28 anos. Depois disso, transcorreu quase um ano de calma até que a primeira epidemia de febre amarela eclodisse em abril de 1895: somente nesse mês seriam 14 óbitos !

A febre amarela se tornou endêmica nos portos brasileiros a partir de 1850, quando a doença foi reintroduzida no país, tendo como marco a grande epidemia de Salvador de 1849, depois de um hiato de quase duzentos anos desde os grandes surtos do século XVII na região Nordeste. A doença se espalhou da Bahia para os principais portos do país em 1850, inclusive Rio de Janeiro e Santos, locais onde se estabeleceu, tornando-se endêmica, com vários surtos epidêmicos até sua erradicação no início do século XX. Santos foi das cidades onde a febre amarela fez proporcionalmente mais vítimas: entre 1889 e 1896 foram 6.886 óbitos, com um

coeficiente específico médio de mortalidade de 31 mortes por febre amarela por 1.000 habitantes. Respondendo por 36,9% de todas as mortes nesse período em Santos, esse município só não experimentou um crescimento vegetativo negativo por receber um permanente aporte de novos moradores, em sua maioria imigrantes estrangeiros. (8)

Em 1889 a febre amarela iniciou seu processo de interiorização em São Paulo, com grandes epidemias em Campinas e Sorocaba; a partir de Santos, casos da moléstia foram levados ao interior do Estado, junto com os imigrantes estrangeiros, as epidemias se sucedendo nos municípios das regiões cafeeicultoras. (9)

A percepção da relação entre a ocorrência de epidemias de febre amarela e o avanço do café se deu precocemente: Theodoro Sampaio, engenheiro sanitário da Secretaria do Interior, foi um dos que relacionou o deslocamento da febre amarela rumo ao interior paulista ao avanço do café. O prestigioso dr. Theodoro observava que havia cidades onde não se cultivava o café em que, apesar da proximidade de locais afetados, não

(8) FILGUEIRAS, Tolentino. *Relatório Anual da Comissão de Serviço Sanitário apresentado pelo Chefe dr. Tolentino Filgueiras - Santos, Estado de São Paulo - 1894*. In: SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Presidente do Estado de São Paulo pelo dr. Cesario Motta Junior Secretário do Interior em 31 de Março de 1895. 1895. anexo; SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Presidente do Estado de S. Paulo em 15 de Março de 1897 pelo Secretário do Interior. 1897. p. 364.

(9) FRANCO, Odair. História da febre Amarela no Brasil. 1976. p. 10-30; BRITTO, Rubens da Silveira, CARDOSO, Eleyson. A Febre Amarela no Pará. 1973. p. 10-17; SOLEDADE, Eutychio. Febre Amarela. 1871; STUDART, Guilherme. Pathologia Historica Brasileira - Documentos para a Historia da Pestilencia da Bicha ou Males. 1895; LALLEMANT, Roberto. Observações Acerca da Epidemia de Febre Amarela no Anno de 1850 no Rio de Janeiro, colhidas nos Hospitales e na Polyclinica pelo dr. Roberto Lallemant. 1851.

ocorria a doença, pela ausência de uma concentração elevada de estrangeiros, mais suscetíveis. (10)

De abril a junho de 1895 manifestou-se o primeiro de quatro surtos epidêmicos de febre amarela que assolariam Araraquara, com 80 óbitos. (TABELA 15) Esse período foi sucedido por três meses de menor mortalidade, com apenas 10 mortes pela doença. Em outubro de 1895 teve início o segundo surto epidêmico, que se manifestou com grande intensidade até junho de 1896, matando 339 pessoas. Após dez meses de calmaria, a doença retornou naquele que seria o menos mortífero dos quatro surtos, com 26 vítimas nos meses de maio e junho de 1897. Nova calmaria e, em março de 1898, a febre amarela incidiu epidemicamente pela última vez em Araraquara, de março a julho, matando 93 pessoas. (FIGURA 5) Uma última vítima fatal da doença foi registrada em 1899.

(10) SAMPAIO, Theodoro. *Relatório do dr. Theodoro Sampaio, Engenheiro Sanitário, ao Secretário do Interior*. In: SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Presidente do Estado de S. Paulo em 15 de Março de 1897 pelo Secretário do Interior Antonio Dino da Costa Bueno. 1897. anexo 1.

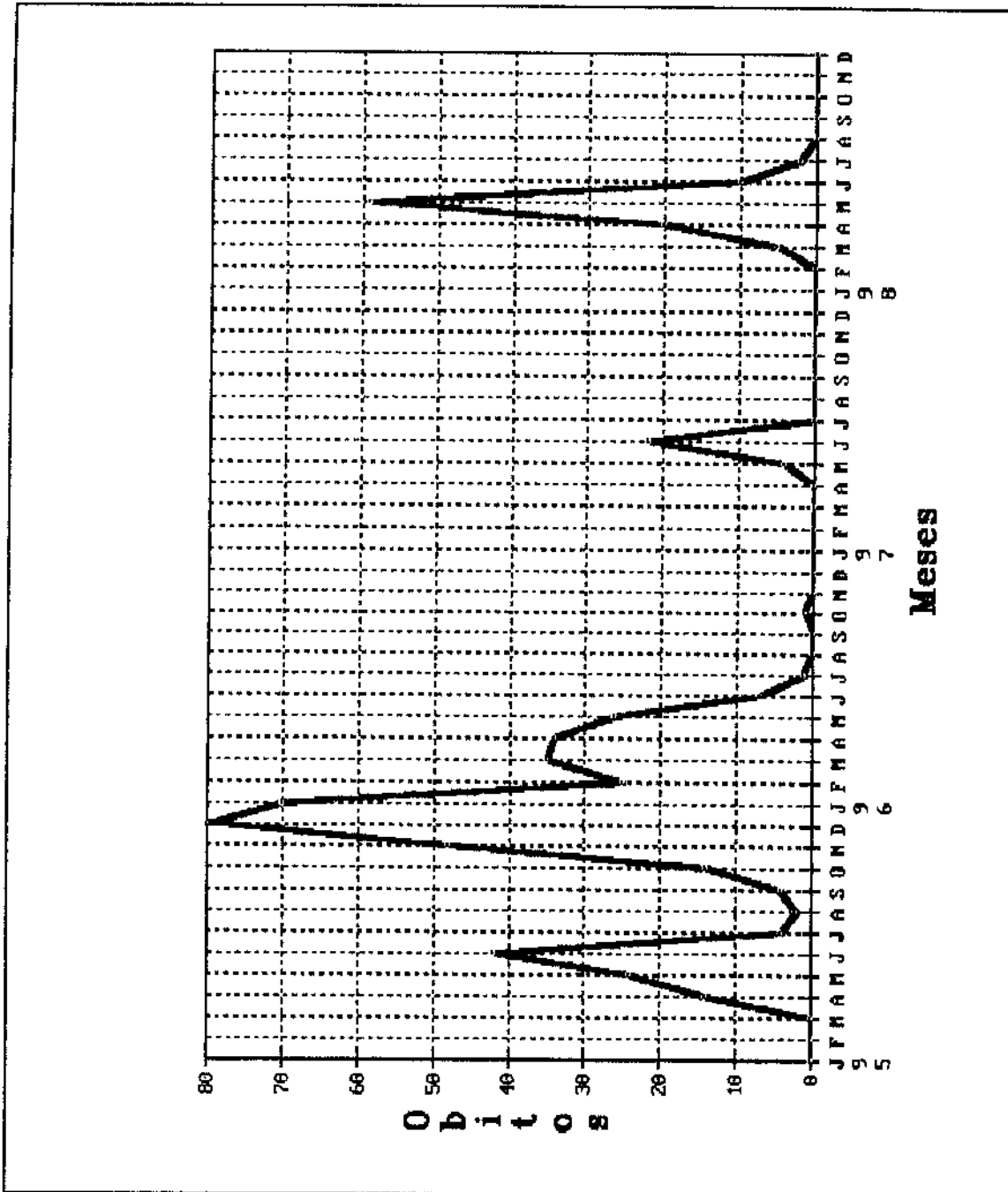
TABELA 15
Óbitos por febre amarela no município de
Araraquara - 1895/1898

| MÊS | ÓBITOS | MÊS | ÓBITOS |
|--------------|--------|--------------|--------|
| JANEIRO/1895 | - | JANEIRO/1897 | - |
| FEVEREIRO | - | FEVEREIRO | - |
| MARÇO | - | MARÇO | - |
| ABRIL | 14 | ABRIL | - |
| MAIO | 24 | MAIO | 4 |
| JUNHO | 42 | JUNHO | 22 |
| JULHO | 4 | JULHO | - |
| AGOSTO | 2 | AGOSTO | - |
| SETEMBRO | 4 | SETEMBRO | - |
| OUTUBRO | 14 | OUTUBRO | - |
| NOVEMBRO | 48 | NOVEMBRO | - |
| DEZEMBRO | 80 | DEZEMBRO | - |
| JANEIRO/1896 | 70 | JANEIRO/1898 | - |
| FEVEREIRO | 25 | FEVEREIRO | - |
| MARÇO | 35 | MARÇO | 5 |
| ABRIL | 34 | ABRIL | 20 |
| MAIO | 26 | MAIO | 59 |
| JUNHO | 7 | JUNHO | 10 |
| JULHO | 1 | JULHO | 2 |
| AGOSTO | - | AGOSTO | - |
| SETEMBRO | - | SETEMBRO | - |
| OUTUBRO | 1 | OUTUBRO | - |
| NOVEMBRO | - | NOVEMBRO | - |
| DEZEMBRO | - | DEZEMBRO | - |

Fonte: CÂMARA MUNICIPAL. Araraquara. Livros de Assentamento de Óbitos do Cemitério Municipal de Araraquara. 1895/1898.

FIGURA 5

Óbitos por febre amarela em Araraquara, SP - 1895/1898



FONTE: CÂMARA MUNICIPAL. Araraquara. Livros de Assentamento de Óbitos do Cemitério Municipal de Araraquara. Araraquara: manuscrito, 1890/1899.

Na ausência de séries para os números de casos nas epidemias em Araraquara, as mortes pela doença são o indicador mais confiável da progressão da febre amarela no município. A partir de 1896 os registros de óbitos tornaram-se mais confiáveis, como resultado do esforço das autoridades estaduais para a obtenção de dados que refletissem melhor a realidade, possibilitando a elaboração de estatísticas mais precisas. Com essa finalidade, com freqüência a administração sanitária estadual fazia solicitações de dados às câmaras municipais, padronizados para todas as localidades atingidas por epidemias. A principal falha dos dados tomados dos livros de registro de óbitos refere-se ao sub-registro daqueles que eram enterrados fora do cemitério da sede do município, não sendo possível estimar a magnitude dessa distorção. Outro problema está nos erros de diagnóstico, que deviam ser mais freqüentes nos casos de morte sem assistência médica.

Os homens foram mais atingidos, com 69,6% do total dos óbitos por febre amarela na média do período, e as faixas etárias com mais mortes são as que compreendem dos 20 aos 50 anos. (TABELA 16) Homens adultos, em idade produtiva, eram o grupo de maior mobilidade dentro da população, em decorrência de suas atribuições no processo de trabalho e na organização familiar e foram eles as maiores vítimas da febre amarela, no campo e na cidade: transitando com desenvoltura pelos núcleos urbanos regionais para a compra e eventual venda de gêneros, no caso da população rural, ou desempenhando uma série de atividades nos núcleos urbanos que implicavam um padrão de maior mobilidade, trabalhando no comércio, prestando serviços diversos, etc., o risco masculino era sempre superior ao das mulheres, confinadas à casa e ao trabalho doméstico, em especial na cidade.

TABELA 16
Óbitos por febre amarela em Araraquara
Valores médios, por sexo e faixa etária - 1895/1898

| CATEGORIA | MÉDIA (%) |
|------------------------|-----------|
| <u>SEXOS:</u> | |
| MASCULINO | 69,6 |
| FEMININO | 27,9 |
| IGNORADO | 2,5 |
| <u>FAIXAS ETÁRIAS:</u> | |
| < 1 ANO | - |
| 1 A < 5 ANOS | 2,3 |
| 5 A < 10 ANOS | 1,3 |
| 10 A < 20 ANOS | 10,7 |
| 20 A < 30 ANOS | 23,9 |
| 30 A < 40 ANOS | 19,0 |
| 40 A < 50 ANOS | 16,8 |
| 50 A < 60 ANOS | 8,3 |
| 60 ANOS E + | 6,5 |
| IGNORADO | 11,2 |

FONTE: CÂMARA MUNICIPAL. Araraquara. Livros de Assentamento de Óbitos do Cemitério Municipal de Araraquara. 1895/1898.

Os estrangeiros eram maioria entre os doentes e óbitos por febre amarela em Araraquara, seguindo o que era reiteradamente apresentado como o padrão epidemiológico da doença na literatura médica e no noticiário da imprensa geral. Enquanto 41,9% da mortalidade por todas as causas, em média, no período 1896/1899, era de estrangeiros, (TABELA 13), para a febre amarela esse índice quase dobrava, atingindo 77,9% do total das mortes pela doença entre 1896 e 1898. (TABELA 17) Em Araraquara, devido ao grande número de italianos que se instalaram no município, estes representavam o maior contingente entre os estrangeiros, superando isoladamente os brasileiros em número de óbitos. (TABELA 17)

O erro causado pela superestimação dos números de casos e óbitos de febre amarela em estrangeiros, em decorrência de falhas no registro dos dados de nacionalidade, com filhos de imigrantes nascidos no Brasil classificados como estrangeiros, teve menor influência nas estatísticas da febre amarela que na mortalidade geral, pelo pequeno número de menores de cinco anos afetados pela doença.

TABELA 17
Óbitos por febre amarela, segundo a nacionalidade, em
Araraquara - 1896/1898

| NACIONALIDADE | ANO (%) | | | MÉDIA |
|-----------------------|---------|------|------|-------|
| | 1896 | 1897 | 1898 | |
| BRASILEIROS | 18,1 | 46,2 | 22,9 | 21,8 |
| ITALIANOS | 41,7 | 46,2 | 60,4 | 47,7 |
| PORTUGUESES | 20,6 | - | 3,1 | 13,7 |
| ESPAANHÓIS | 9,5 | 3,8 | 8,4 | 8,7 |
| OUTRAS NACIONALIDADES | 10,1 | - | 5,2 | 7,8 |
| TOTAL DE ESTRANGEIROS | 81,9 | 50,0 | 77,1 | 77,9 |
| IGNORADO | - | 3,8 | - | 0,3 |

FONTE: CÂMARA MUNICIPAL. Araraquara. Livros de Assentamento de
óbitos do Cemitério Municipal de Araraquara. 1896/1898.

Quase dois terços dos óbitos por febre amarela ocorreram na cidade, 13,1% na zona rural e 14,3% em outros núcleos urbanos do município. (TABELA 18) A distribuição desses óbitos, segundo o local de ocorrência difere sensivelmente daquela referente às mortes em geral no mesmo período, onde as proporções se invertem, com dois terços dos óbitos na zona rural, 20,2% na sede do município e somente 3,1% em outros núcleos urbanos. Essa diferença se explica pelo fato da febre amarela na forma epidêmica ser uma doença *urbana*, ocorrendo quando havia a conjunção de uma série de condições relacionadas ao vetor e à população, encontradas no interior do Estado de São Paulo na década de 1890. A assistência médica prestada durante as epidemias também teve influência sobre o local de ocorrência dos óbitos: enquanto para as doenças em geral essa assistência era restrita, limitando-se aos cuidados médicos que as posses da família podiam remunerar, fazia parte do arsenal tecnológico empregado no combate às epidemias a prestação pelo Estado de assistência médica gratuita ambulatorial e hospitalar, concomitante ao isolamento dos doentes. Apesar do receio da internação nos *lazaretos*, é provável que a gravidade da doença tenha levado doentes da zona rural ou dos outros núcleos urbanos do município a buscar a assistência da comissão sanitária em Araraquara.

São abundantes, por outro lado, as referências ao êxodo de moradores das cidades assoladas por epidemias de febre amarela para a zona rural ou outros núcleos urbanos, dentro e fora do município, os mais abastados retirando-se para as estâncias hidrominerais em Minas Gerais, e para a cidade de São Paulo, mais freqüentemente. O índice de óbitos nos outros núcleos urbanos de Araraquara confirma esse deslocamento da sede do município para as pequenas vilas periféricas: quando cotejados os

números da febre amarela com a mortalidade por todas as causas, constata-se uma elevação de 4,5 vezes nos óbitos desses vilarejos.

TABELA 18
Local de ocorrência dos óbitos em geral e por febre amarela
em Araraquara - Valores médios - 1896/1898

| LOCAL DE OCORRÊNCIA | MÉDIA (%) | |
|------------------------|---------------|---------------|
| | FEBRE AMARELA | ÓBITOS GERAIS |
| CIDADE | 64,8 | 20,2 |
| ZONA RURAL | 13,1 | 66,5 |
| OUTROS NÚCLEOS URBANOS | 14,3 | 3,1 |
| SEM DADOS | 7,8 | 10,2 |

Fonte: CÂMARA MUNICIPAL. Araraquara. Livros de Assentamento de Óbitos do Cemitério Municipal de Araraquara. 1896/1898.

Outra possibilidade, de difícil comprovação, é que tenham se desenvolvido focos de febre amarela nas colônias de trabalhadores das propriedades agrícolas, que facilmente atingiam uma centena de moradores, quase sempre imigrantes estrangeiros, em contato freqüente com a cidade; bastava a ocorrência do vetor e havia as condições para o desenvolvimento de focos, o que efetivamente pode ter ocorrido, apesar da ausência de registros.

Há uma certeza: fossem óbitos de moradores nas fazendas de café ou de refugiados da cidade, a ocorrência de 13,1% das mortes por febre amarela na zona rural certamente terá contribuído para a desorganização da cafeicultura local, afetando as atividades agrícolas nos momentos de crise epidêmica. Entretanto, os prejuízos ao café foram muito mais amplos; as epidemias de febre amarela dificultavam o beneficiamento do produto nos núcleos urbanos regionais, o transporte ferroviário, sua exportação e a entrada de mão-de-obra estrangeira pelo porto de Santos.

Em outros municípios do Estado de São Paulo os indicadores de mortalidade pela febre amarela apresentam muitas semelhanças aos de Araraquara. As detalhadas anotações deixadas pelo dr. Miguel Villas com dados dos doentes atendidos na epidemia de 1892 em Porto Ferreira, então um distrito do município de Descalvado, na Paulista, são um exemplo de que os padrões da febre amarela em Araraquara reproduzem-se ao menos naquela região. Os indicadores apresentados para os casos de febre amarela em Porto Ferreira mostram uma distribuição semelhante àquela observada em Araraquara exclusivamente para as mortes pela doença, o que reforça nossa hipótese de que os óbitos são representativos, nesses aspectos, dos casos em geral.

Exceto pela listagem do dr. Villas, a epidemia de Porto Ferreira não constou de nenhum dos relatórios oficiais onde normalmente eram apresentados os eventos sanitários, o que reflete o desaparecimento dos serviços sanitários estaduais para monitorar os problemas de saúde de São Paulo no início do período republicano. No total ocorreram em Porto Ferreira 234 casos, com 67 óbitos, uma letalidade de 28,6%. (TABELA 19) Do total de

casos, 73,5% foram em homens e o restante em mulheres; entre os casos fatais, o predomínio masculino foi ainda maior, com 80,6% dos óbitos. Apenas um terço dos doentes eram brasileiros e entre os estrangeiros os portugueses constituíam maioria, com 40,2% dos casos, resultado de uma colônia portuguesa numerosa. As faixas etárias mais atingidas foram os adolescentes e adultos até os 40 anos, com 52% dos casos entre 10 e 40 anos de idade.

Simultaneamente a Araraquara, em outros municípios aconteciam epidemias de grandes proporções. Rio Claro, na zona Paulista, era um deles: somente em janeiro de 1896 registraram-se aproximadamente 500 casos de febre amarela. ⁽¹¹⁾ Em São Carlos, onde a doença ocorreu epidemicamente durante vários anos na década de 1890, com grande número de casos, repetiu-se o padrão de predomínio de óbitos de estrangeiros: nos primeiros cinco meses de 1896, eles representaram 89,4% dos doentes de febre amarela. Em Descalvado, na mesma região, em 1893, apenas 36,0% dos que morreram de febre amarela eram brasileiros e o restante estrangeiros. ⁽¹²⁾

(11) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Diretoria do Serviço Sanitário. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 752, de 26 de Março de 1897, ao Secretário do Interior e anexos. 1897.

(12) SÃO Carlos do Pinhal. Correio Paulistano, 30 jun. 1896. p. 2; BRAZIL, Vital. Relatório à Directoria do Serviço Sanitário pelo dr. Vital Brazil Inspector Sanitário em Comissão no Belém do Descalvado - 1894. In: Relatório ao Presidente do Estado de S. Paulo pelo dr. Cesario Motta Junior Secretário do Interior em 31 de Março de 1895. 1895. anexo.

TABELA 19

Sexo, nacionalidade e idade dos casos de
febre amarela na epidemia de Porto Ferreira - 1892

| INDICADOR | CASOS (%) |
|-----------------------|-----------|
| <u>SEXO:</u> | |
| MASCULINO | 73,5 |
| FEMININO | 26,5 |
| <u>NACIONALIDADE:</u> | |
| BRASILEIROS | 32,9 |
| PORTUGUESES | 40,2 |
| ITALIANOS | 18,8 |
| ESPAÑHÓIS | 2,6 |
| OUTRAS NACIONALIDADES | 5,5 |
| TOTAL DE ESTRANGEIROS | 67,1 |
| <u>IDADE:</u> | |
| < 1 ANO | - |
| 1 A < 5 ANOS | 0,4 |
| 5 A < 10 ANOS | 3,0 |
| 10 A < 20 ANOS | 15,0 |
| 20 A < 30 ANOS | 23,9 |
| 30 A < 40 ANOS | 13,3 |
| 40 A < 50 ANOS | 5,1 |
| 50 A < 60 ANOS | 2,1 |
| 60 ANOS E + | 1,3 |
| IGNORADO | 35,9 |

FONTE: VILLAS, Miguel Cursino. Relação de Pessoas que tiveram a
minha Assistência Médica durante a Epidemia de Porto
Ferreira. 1892.

A letalidade da febre amarela, ou seja, a proporção de casos que vinham a óbito, indicador não disponível para as epidemias de Araraquara, apresentou uma grande variação em diferentes municípios, já que eram muitos os aspectos envolvidos na sua determinação. Na epidemia de 1898 em São Carlos, por exemplo, morreram 33% dos doentes; já em Descalvado, em 1892, a letalidade foi de apenas 13,1%. (13)

3. O cotidiano sob a epidemia

No início do primeiro surto epidêmico, em abril de 1895, as autoridades municipais, os comerciantes e outras categorias urbanas recusavam-se a aceitar que a febre amarela, afinal, chegara a Araraquara, preferindo acreditar que se tratava apenas de casos isolados e importados. Enquanto as mortes eram de cidadãos anônimos, moradores das chácaras na periferia de Araraquara, os seguidos desmentidos da Câmara Municipal encontravam eco junto à população. Para cada caso suspeito encontravam-se justificativas para as peculiaridades do quadro clínico que excluíam o diagnóstico de febre amarela, e a malária, com seu polimorfismo, era a doença que mais se prestava a encobrir os casos de febre amarela. A situação mudou quando começaram as mortes dos *filhos ilustres*, residentes no coração da cidade: os primeiros foram o intendente municipal e a esposa

(13) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório Correspondente ao Anno de 1898 ao Coronel Fernando Prestes de Albuquerque Presidente do Estado de S. Paulo por José Pereira de Queiroz Secretário do Interior. [189?]. p. 13; BRAZIL, Vital. Relatório à Diretoria do Serviço Sanitário pelo dr. Vital Brazil Inspector Sanitário em Comissão no Belém do Descalvado - 1894. In: Relatório ao Presidente do Estado de S. Paulo pelo dr. Cesario Motta Junior Secretário do Interior em 31 de Março de 1895. 1895. anexo.

e a filha de um certo capitão Venâncio; mais algum tempo e chegou a hora de uma parteira. E muitos outros se sucederam. Já não era mais possível esconder as evidências; apesar de novas tentativas para ocultar a epidemia, o temor e a comoção eram muito grandes.

Atrás dos desmentidos da ocorrência epidêmica da febre amarela estava o receio de prejuízos às atividades econômicas locais, com o afastamento de vendedores e compradores da cidade. Essa preocupação não foi exclusividade de Araraquara, manifestando-se em diferentes momentos em outras localidades, como São Carlos e Sorocaba. O dr. Victor Godinho, que fora inspetor sanitário em Dois Córregos e Jaú, encontrou tanta resistência à aceitação da ocorrência de epidemias de febre amarela nessas duas cidades em 1896 que afirmaria, mais tarde, que o interior de São Paulo era um dos locais onde a opinião dos médicos gozava de menor prestígio. (14)

Os dois primeiros surtos epidêmicos de febre amarela em Araraquara, em 1895/1896, causaram grande impacto na opinião pública do Estado de São Paulo. Em parte pela virulência da doença, provocando um elevado número de vítimas, num município de grande produção cafeeira, em parte por se tratar do primeiro grande assalto da febre amarela além da região de Campinas, é certo que a epidemia de Araraquara recebeu um destaque incomum na imprensa paulista, com a publicação de matérias extensas sobre o assunto e um grande número de notas sobre a evolução do

(14) SÃO Carlos do Pinhal. O Estado de São Paulo, 26 mar. 1895. p. 1; EPIDEMIA em Sorocaba [A] - Formal Desmentido [Seção Livre]. O Estado de São Paulo. 28 out. 1897. p. 2; RELATÓRIO. Correio Paulistano. 27 dez. 1895. p. 2; SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Presidente do Estado de S. Paulo em 30 de Março de 1896 pelo Secretário do Interior Alfredo Pujol. 1896. p. 164; GODINHO, Victor. A Febre Amarella no Estado de S. Paulo - Pathogenia, Transmissibilidade, Tractamento Racional. O Estado de São Paulo, 6 mar. 1897. p. 1.

número de casos. Em vários municípios a população hipotecou sua solidariedade ao povo de Araraquara: em dezembro de 1895 foi realizada uma primeira coleta popular em Jaboticabal para levantar fundos em auxílio às vítimas da febre amarela, e no mês seguinte foi a vez de uma subscrição popular em Rio Claro em favor dos órfãos de Araraquara. (15)

A epidemia de Araraquara também recebeu grande atenção da parte do poder estadual, por ocorrer no momento em que se moldava o modelo tecnológico e administrativo que estaria subjacente ao conjunto de ações sanitárias presentes no combate às epidemias que se sucederam nesse período no Estado de São Paulo. Em 1895 diversas autoridades estaduais do campo da saúde e engenharia sanitária visitaram Araraquara em busca de subsídios que trouxessem alguma luz à identificação das causas da febre amarela, então uma questão das mais polêmicas, com a indicação de medidas para o combate científico das epidemias: em setembro de 1895 a cidade recebeu a visita de Theodoro Sampaio, engenheiro sanitarista da Secretaria do Interior, que estudou a geografia urbana, indicando as medidas mais urgentes em higiene e limpeza pública e o local mais adequado para a construção do hospital de isolamento. Em agosto foi a vez do dr. Arthur Mendonça, médico do Instituto Bacteriológico, que seguiu até Araraquara para colher amostras da água e da terra da região da cidade onde se concentravam os casos de febre amarela, buscando indícios telúricos que pudessem explicar a epidemia. Em novembro de 1896 Araraquara recebeu a visita do diretor do Instituto Bacteriológico, dr. Adolpho Lutz, também para colher amostras de elementos físicos que explicassem a epidemia. Em

(15) MENDONÇA, Germano Xavier. *Ao Generoso Povo de Jaboticabal* [Seção Livre]. Correio Paulistano, 10 dez. 1895. p. 2; RIO Claro. O Estado de São Paulo, 5 jan. 1896. p. 1.

setembro do ano seguinte, o dr. Theodoro Sampaio retornou a Araraquara para novas investigações das relações da higiene urbana com a febre amarela. (16)

No fim de maio de 1895, um mês depois dos primeiros casos terem sido diagnosticados pelos médicos de Araraquara, foram finalmente tomadas as primeiras providências pela Câmara Municipal. Na reunião do dia 25/05 o dr. Américo Dória, um médico da cidade, próximo ao grupo que dominava a política local, foi nomeado intendente de higiene, cargo que acumulou com o de delegado de polícia, aprovando-se na mesma sessão uma verba especial de 8 contos de réis para o combate à epidemia. (17) Com poucos recursos materiais e humanos - somente no ano seguinte, por exemplo, seria criado o cargo de fiscal municipal, auxiliar do inspetor de higiene (18) - os resultados alcançados pela ação isolada da Câmara Municipal foram muito pobres, e com o crescendo dos casos e das mortes, logo se iniciou o êxodo da população para fora da cidade.

O combate à epidemia só receberia um tratamento sistemático e científico com a presença da primeira comissão sanitária estadual em Araraquara, pois a administração municipal, à semelhança de quase todos os municípios do interior, não dispunha da tecnologia e dos recursos

(16) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Diretoria do Serviço Sanitário. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 1131, de 27 de Agosto de 1895, ao Secretário do Interior. 1895; _____. Ofício do Engenheiro Sanitário Theodoro Sampaio sobre Araraquara, de 11 de Setembro de 1895, ao Secretário do Interior. 1895; _____. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário, de 25 de Novembro de 1895, ao Secretário do Interior. 1895; ARARAQUARA. Correio Paulistano, 19 jun. 1895. p. 2; ARARAQUARA. O Estado de São Paulo, 21 set. 1896. p. 1.

(17) CÂMARA MUNICIPAL, Araraquara. Livro de Atas da Câmara Municipal de Araraquara - Reunião de 25 de Maio de 1895. 1895.

(18) ARARAQUARA. Lei Orgânica de 7 de Janeiro de 1896. 1896.

necessários à empreitada. De uma maneira geral, a dependência do auxílio estadual nas situações de crise sanitária, quase total em função da penúria municipal, não implicou o abandono passivo pelo nível local de suas prerrogativas e anseios de autonomia, o que freqüentemente resultou em conflitos. Muitas vezes, mesmo tendo sido solicitadas por autoridades municipais, as comissões sanitárias estaduais não foram bem recebidas por setores da administração local. Em cada município a intrincada dinâmica política da Primeira República apresentava especificidades; a existência de uma facção oposicionista forte na política local, utilizando-se de todos os recursos e eventos numa permanente disputa pelo poder com o grupo dominante, era um fator complicador, cuja identificação nos diferentes episódios demandaria o estudo pormenorizado da situação de cada localidade, fugindo aos nossos objetivos.

Um ponto em comum com a grande maioria dos municípios, motivo de conflitos freqüentes, foi o receio da perda do controle da situação pelos médicos das cidades interioranas; esses, muitas vezes, ocupavam posição de destaque na vida política local, como no caso do dr. Dória, em Araraquara. A ação dos médicos estaduais em comissão, segundo o modelo administrativo das práticas sanitárias aprovado em 1896, dava-se sem coordenação com as autoridades locais; o controle quase absoluto que as comissões sanitárias dispunham sobre os recursos financeiros enviados por São Paulo ultrapassava os limites de interferência aceitáveis pela maioria das câmaras municipais, sendo encarado como um desrespeito à sua soberania. As ações de polícia sanitária que faziam parte do arsenal tecnológico empregado pelas comissões sanitárias, em especial o isolamento hospitalar e as desinfecções domiciliares, muitas vezes não receberam o respaldo das administrações locais, por incompreensão ou pela preocupação em manter uma

relação amigável com seus cidadãos, dando ensejo a mais conflitos. Em Araraquara, em decorrência das especificidades na vida política local que apresentaremos mais adiante, foram reduzidos os focos de conflitos da administração municipal com as sucessivas comissões sanitárias estaduais.

Ainda em maio de 1895 chegou a Araraquara o dr. Gualter Pereira, o primeiro inspetor sanitário estadual dos muitos que trabalharam em comissão no período em que a febre amarela grassou epidemicamente no município. Sua primeira dificuldade seria vencer a resistência de um médico da cidade, que sustentava que não se tratava de casos de febre amarela mas de uma forma de impaludismo. Logo nos primeiros dias o dr. Pereira fez visitas a doentes, acompanhado do intendente de saúde local, para tomar ciência da situação. Nesse momento a epidemia estava limitada a uma parte da cidade próxima ao cemitério, creditando-se a doença à importação do germe em alguns volumes com couro, procedentes de Santos, destinados a um sapateiro. (19) Mais tarde o inspetor sanitário identificou aquele que teria sido o primeiro caso da epidemia de 1895 em Araraquara, uma lavadeira que manipulava as roupas de um doente procedente de Campinas.

A primeira impressão do dr. Gualter Pereira foi de que não se tratava de doença contagiosa, a epidemia desenvolvendo-se por transmissão hídrica através do solo, pois encontrou nas proximidades do foco inicial diversos poços contaminados por fossas que haviam transbordado nas últimas chuvas. Essa versão dos fatos estava de acordo com a posição oficial da Diretoria do Serviço Sanitário sobre a propagação da febre amarela, e faria com que a atuação desse inspetor sanitário e as dos que o sucederam

(19) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Presidente do Estado de S. Paulo em 30 de Março de 1896 pelo Secretário do Interior Alfredo Pujol. 1896. p. 121-122.

obedecessem ao que foi o padrão da ação do serviço sanitário estadual no período, combinando medidas contra o contágio e a transmissão, já que havia somente hipóteses sobre os mecanismos de propagação da epidemia. Contra o contágio seriam empregados em Araraquara o isolamento hospitalar ou domiciliar dos doentes e as desinfecções de objetos pessoais e dos domicílios onde houvesse ocorrido casos. Como não havia consenso quanto ao mecanismo de transmissão da febre amarela (se pela via hídrica, telúrica, pelo ar ou através da combinação de mais de uma categoria), o arsenal de medidas contra a transmissão incluía ações variadas, como a limpeza urbana e domiciliar, a coleta de lixo e de águas servidas, o plantio de eucaliptos nas ruas para o dessecamento do solo e a purificação do ar, a construção de redes de água encanada e esgoto, etc.

Entre todas as hipóteses sobre as formas de transmissão, a teoria hídrica recebeu atenção especial por estar no centro dos debates científicos a partir de 1896, quando se iniciou a polêmica lançada pelo dr. Pereira Barreto. Apesar dessa teoria nunca ter sido aceita oficialmente pelo serviço sanitário estadual, as ações contra a transmissão hídrica foram priorizadas em todo o Estado - em Araraquara não foi diferente - consumindo grande parte dos recursos empregados no combate às epidemias, na construção das redes de água encanada e de coleta de esgotos.

Dentro do conjunto heterodoxo de medidas adotadas pela Diretoria do Serviço Sanitário, combinando ações para o controle do contágio e da transmissão da febre amarela, algumas restringiram-se a uma ou outra localidade. Em Araraquara a comissão sanitária suspendeu as aulas logo no início da epidemia, medida que também foi adotada em Limeira, quando se manifestaram os primeiros casos em janeiro de 1896. Também para evitar a propagação da doença pelo contágio, a agência dos correios de Campinas foi

transferida de sede quando um funcionário que residia no prédio contraiu a doença. Dentro da mesma linha de raciocínio, o corpo da força pública abandonou Santos em meados de 1895, tão intensa era a epidemia e elevada a mortalidade. (20)

Um aspecto do saneamento urbano que recebeu grande destaque em algumas localidades, como Santos e Campinas, por exemplo, foi o alerta contra as lavanderias públicas, citadas mais tarde por Emílio Ribas como focos importantes de mosquitos, que se reproduziam nos restos de água no fundo das tinas. (21) O funcionamento das lavanderias foi detalhadamente normatizado na legislação sanitária da década de 1890, tratando-se de combater, segundo o conhecimento científico da época, focos de contaminação do ar pela água parada. Uma técnica empregada pelas lavadeiras e considerada problemática pelas autoridades sanitárias era a criação de remansos, com a construção de pequenos diques nas margens dos riachos que atravessavam as cidades, onde lavavam suas roupas. (22) Em Araraquara, cortada por vários pequenos cursos d'água, certamente as mulheres também serviam-se dessas técnicas para lavar as roupas, apesar da ausência de referências sobre o assunto.

O inspetor sanitário estadual, dr. Gualter Pereira, indicou logo de saída algumas medidas à Câmara Municipal de Araraquara, que incluíam

(20) LIMEIRA. O Estado de São Paulo, 21 jan. 1896. p. 1; LIMEIRA. O Estado de São Paulo, 10 jan. 1896. p. 1; CAMPINAS. O Estado de São Paulo, 14 mai. 1895. p. 1; SANTOS. O Estado de São Paulo, 29 mai. 1895. p. 1.

(21) RIBAS, Emílio. Campanhas Sanitárias - Febre Amarela (Conferência pronunciada pelo dr. Emílio Ribas no Centro Acadêmico 'Oswaldo Cruz' em Novembro de 1922). 1962.

(22) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Diretoria do Serviço Sanitário. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 1526, de 30 de Agosto de 1897, ao Secretário do Interior e anexos. 1897.

elementos das teorias do contágio e da transmissão da doença: a inutilização de todas as cacimbas de barro onde se armazenava água de beber, providenciando-se de imediato o abastecimento de água potável; a desinfecção rigorosa de todas as casas onde houvesse ocorrido casos de febre amarela; a desinfecção das latrinas e o entupimento daquelas que tivessem sido utilizadas por doentes; e a instalação de um hospital de isolamento fora da cidade. Apesar de terem recebido o apoio unânime de todos os médicos da localidade, sua implantação cercou-se de dificuldades.

(23)

Logo de saída o presidente da Câmara Municipal, que morreria a seguir de febre amarela, suspendeu a inutilização das cacimbas com querosene, com receio de que a resistência da população desse ensejo a conflitos de difícil repressão. O isolamento dos doentes demoraria a ser implantado, pela dificuldade em se obter um prédio adequado; a desinfecção de latrinas e o entupimento daquelas que tivessem sido utilizadas por doentes, se deu em pequena escala por falta de pessoal e receio da reação popular. Com tantas dificuldades, o inspetor sanitário solicitou a colaboração do Presidente da Câmara, que reiterou o apoio, porém nada fazendo de concreto para viabilizar os trabalhos.

Nos primeiros dois meses da epidemia de 1895, a letalidade atingiu 72,4% dos casos em Araraquara. Esse índice, elevado quando comparado aos números de outras localidades na mesma época e região, é o único disponível para esse indicador nas epidemias de febre amarela de Araraquara, demonstrando as dificuldades com a notificação dos casos, que

(23) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Presidente do Estado de S. Paulo em 30 de Março de 1896 pelo Secretário do Interior Alfredo Pujol. 1896. p. 123.

permaneceram ao menos em parte por todo o período. Com a subnotificação dos casos, fenômeno que ocorreu em todo o Estado, o número de óbitos cresce de importância relativa, aumentando o índice de letalidade. Mesmo óbitos por febre amarela seriam sub-notificados nos primeiros tempos da epidemia, antes da implantação de rotinas para o seu controle estatístico. Com isso, os números apresentados de início pela comissão sanitária eram muito inferiores às mortes pela febre amarela: nos primeiros dois meses, por exemplo, 56 mortos pela doença foram enterrados no cemitério de Araraquara, enquanto a comissão estadual contabilizava somente 21 mortes. (24)

No final de junho de 1895 o inspetor sanitário da comissão estadual foi substituído pelo dr. Evaristo Bacellar, que embarcou no trem em São Paulo rumo a Araraquara no dia 22. Um mês depois do início dos trabalhos da comissão sanitária estadual, a maior dificuldade eram as remoções dos doentes para o hospital de isolamento. O isolamento hospitalar dos doentes foi um dos pilares da ação sanitária sob o modelo tecnológico campanhista/policial e sua aplicação nas situações de epidemia era obrigatória; essa prática foi das que mais suscitou conflitos e em muitas localidades houve resistência às internações nos *lazaretos*, em decorrência do receio generalizado da população aos hospitais de isolamento, assunto abordado com mais detalhes no Capítulo 2. O hospital de isolamento de Araraquara era chamado pelos habitantes de *casa da morte*, e algumas vezes foram empregadas forças policiais para forçar a internação de doentes. A coação e a violência na execução de medidas sanitárias era adotada com

(24) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Presidente do Estado de S. Paulo em 30 de Março de 1896 pelo Secretário do Interior Alfredo Pujol. 1896. p. 125; CÂMARA MUNICIPAL. Araraquara. Livro de Assentamento de óbitos do Cemitério Municipal de Araraquara. 1895.

naturalidade, ocorrendo com freqüência não só para o isolamento hospitalar. Em Campinas, por exemplo, as autoridades sanitárias também recorreriam ao auxílio policial, para a desinfecção das casas onde ocorriam casos de febre amarela, em 1895. (25)

A mortalidade dos doentes tratados nos hospitais de isolamento era sempre muito elevada: em Mogi-Mirim, em 1896, foi de 41,5%, e em Santos, 48,2%. Com freqüência a mortalidade dos doentes nos hospitais de isolamento foi maior que daqueles tratados no domicílio, em decorrência da internação tardia, reclamavam os inspetores sanitários: em Limeira, os índices foram, respectivamente, de 44,1% e 24,0% (hospital e domicílio, respectivamente), e em Rio Claro, de 65,6% e 46,9%, em 1894. (26)

Em Araraquara, apesar da inexistência de números sobre a utilização do hospital de isolamento, o temor da população à internação no *lazareto* sinaliza uma situação semelhante. Alguns indicadores mostram que a maior parte dos doentes de febre amarela em Araraquara tratava-se no domicílio, sob os cuidados de médicos, ou seja, recusava-se a assistência hospitalar, aceitando-se de bom grado a atenção gratuita dos médicos da comissão sanitária. A cobertura da assistência médica aos doentes de febre amarela cresceu nos sucessivos surtos da doença: para 1895 não há registros; em 1896, 55,3% dos óbitos por febre amarela foram atestados por médicos, indicando que os doentes haviam sido atendidos por esses

(25) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Diretoria do Serviço Sanitário. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário de 8 de Outubro de 1895, ao Secretário do Interior e anexos. 1895.

(26) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Presidente do Estado de S. Paulo em 15 de Março de 1897 pelo Secretário do Interior Antonio Dino da Costa Bueno. 1897. p. 322-327.

profissionais ao menos na fase final da doença; em 1897 foram 88,5% e em 1898, 91,7%. (TABELA 20)

Já a utilização do *lazareto*, apesar da obrigatoriedade do isolamento hospitalar, foi em média de apenas 23,3%, para aqueles que morreram por febre amarela entre 1895/1898; os demais óbitos pela doença ocorreram no domicílio, nas ruas ou em outros logradouros públicos. (TABELA 20) Como a mortalidade dos doentes tratados em hospital provavelmente foi superior à daqueles acompanhados em domicílio, pelos motivos já expostos, podemos inferir que a parcela dos doentes de febre amarela que utilizou os hospitais de isolamento em Araraquara foi inferior aos que morreram no *lazareto*.

TABELA 20
Cobertura da assistência médica e utilização do lazareto
para febre amarela em Araraquara - 1895/1898

| INDICADOR | PERÍODO (%) | | | | MÉDIA |
|--------------------------------|-------------|------|------|------|-------|
| | 1895 | 1896 | 1897 | 1898 | |
| ASSISTÊNCIA MÉDICA: | | | | | |
| SIM | - | 55,3 | 88,5 | 91,7 | 68,9 |
| NÃO | - | 8,5 | 7,7 | 8,3 | 8,4 |
| SEM DADOS | - | 36,2 | 3,8 | - | 22,7 |
| UTILIZAÇÃO DO LAZARETO: | | | | | |
| ÓBITOS HOSPITALARES | 25,4 | 22,1 | 7,7 | 25,0 | 23,3 |
| ÓBITO EM OUTROS LOCAIS | 74,6 | 77,9 | 92,3 | 75,0 | 76,7 |

Fonte: CÂMARA MUNICIPAL. Araraquara. Livros de Assentamento de Óbitos do Cemitério Municipal de Araraquara, 1895/1898.

Os curandeiros tiveram uma participação importante no tratamento dos doentes de febre amarela, como ficou registrado nas epidemias de Rio Claro em 1894 e São Carlos em 1896. (27) Em Araraquara, apesar da inexistência de referências dessa natureza, os fatos certamente não foram diferentes. Tratando-se de um padrão de comportamento social generalizado na época no interior paulista, os curandeiros representavam

(27) MELLO, Balthazar Vieira de. A Epidemia na Limeira e no Rio Claro - Relatório ao Director Geral do Serviço Sanitário em 30 de Junho de 1894 pelo dr. Balthazar Vieira de Mello, Chefe das Comissões. 1894. p. 18.

uma alternativa à assistência hospitalar e domiciliar oferecida pelas comissões sanitárias. O prestígio de alguns curandeiros foi, inclusive, motivo de queixa de autoridades sanitárias como o dr. Victor Godinho, inspetor sanitário em Jaú e Dois Córregos, que reclamava das dificuldades enfrentadas pelos médicos no interior do Estado, em contraposição à influência dos curandeiros. Mesmo descontando-se o que pode ser resultado de uma visão permeada por dificuldades pessoais, o certo é que era grande o prestígio dos curandeiros, quer se tratasse da febre amarela ou de outras doenças:

"A propósito registro com pesar que em parte alguma como no interior do Estado de S. Paulo goza de pouca valia a opinião dos médicos.

O último analfabeto, ousa do alto de sua ignorância, contrapor a sua opinião à dos profissionais diplomados, com os quais pretende discutir a legitimidade do diagnóstico ou a existência de epidemias.

O que é certo é que a opinião de um curandeiro boçal encontra tanto eco quanto a dos mais ilustres facultativos." (28)

Em Araraquara o hospital não foi instalado num prédio adequado, o que só fez aumentar a resistência à internação dos doentes, e a construção de um prédio apropriado só estaria concluída mais tarde, no período final da série de surtos de febre amarela que assolaram o município, quando já não era tão necessário. Até lá, foram freqüentes as reclamações dos inspetores sanitários que atuaram na cidade.

O hospital de isolamento, funcionando em instalações precárias, deu ensejo a repetidos conflitos entre as autoridades sanitárias estaduais e a administração municipal em 1896. Em fevereiro desse ano os inspetores sanitários dirigiram-se à Câmara de Araraquara solicitando um novo imóvel

(28) GODINHO, Victor. A Febre Amarela no Estado de S. Paulo - Pathogenia, Transmissibilidade - Tratamento Racional pelo dr. Victor Godinho. 1897. p. 8-9.

para o *lazareto*, pelas más condições daquele que fora cedido, o que vinha contribuindo para a resistência da população ao isolamento hospitalar. Os inspetores criticavam o prédio em uso, muito central, próximo à estação ferroviária, como um fator que favorecia a propagação da doença. A mortalidade dos pacientes internados era muito superior à dos que se tratavam em domicílio; sem condições mínimas de conforto e higiene, ele se transformara num dos focos de propagação da doença. A Câmara Municipal negou o pleito, não se sensibilizando diante das justificativas dos funcionários estaduais, ordenando que se continuasse a utilizar as instalações existentes. Inconformados, os inspetores sanitários insistiram, apresentando uma proposta intermediária: o prédio do *lazareto* poderia ser aproveitado, mediante a realização de reformas inadiáveis. Como novamente não foram atendidos, o hospital de isolamento continuou funcionando nas mesmas instalações até o final da epidemia, o que contribui para explicar o baixo índice de doentes de febre amarela tratados em hospital e sua alta taxa de mortalidade. Em agosto de 1896, a comissão sanitária repetiu a solicitação, novamente sem resultados. (29)

Em Araraquara não chegaram a ocorrer manifestações contra o isolamento hospitalar, como em outras localidades. Registrou-se um único episódio em 1897, quando um cidadão manifestou sua revolta contra os funcionários do hospital, após correrem boatos na cidade de que um doente, o primeiro internado no surto de 1897, fora maltratado; foi uma iniciativa

(29) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Diretoria do Serviço Sanitário. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 2215, de 20 de Agosto de 1896 e anexos. 1896; _____. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário, de 6 de Fevereiro de 1896, ao Presidente e demais membros da Câmara Municipal de Araraquara e anexos. 1896.

isolada, controlada com a imediata detenção do manifestante pela polícia. (30)

Em outros locais como Rio Claro e São Simão, ao contrário, ocorreram conflitos de maior repercussão entre a população e autoridades sanitárias devido ao isolamento hospitalar. Em Rio Claro, no início de 1897, grupos de populares, apresentados pela imprensa da Capital como um *bando de desordeiros*, impediram o isolamento de um doente, enfrentando as forças policiais locais; em grandes grupos, percorriam as ruas da cidade gritando *morras* às autoridades sanitárias, e somente com a chegada à cidade de 50 praças enviados pelo governo estadual de trem, cessou a resistência, após a apreensão de uma grande quantidade de armas nas mãos da população. Em São Simão, em 1896, o isolamento hospitalar compulsório de um italiano originou um caso diplomático, o paciente queixando-se ao cônsul da violência. (31)

Depois de três meses de muitos casos, a redução no número de mortes em julho de 1895, mais a pouca experiência das autoridades sanitárias no combate à febre amarela, levou o dr. Silva Pinto, a maior autoridade da Diretoria do Serviço Sanitário estadual, a congratular-se com o Secretário do Interior pelo final da epidemia em Araraquara, num gesto de excessivo otimismo. Nessa ocasião o dr. Evaristo Bacellar retornou à Capital do Estado com os agradecimentos da Câmara Municipal pelo sucesso da ação estadual. Após esse primeiro fiasco - os óbitos por febre febre amarela voltaram após

(30) ARARAQUARA. O Estado de São Paulo, 9 abr. 1897. p. 1.

(31) OCCURRENCIAS no Rio Claro. Correio Paulistano, 28 mar. 1897. p. 1; SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Presidente do Estado de S. Paulo em 15 de Março de 1897 pelo Secretário do Interior Antonio Dino da Costa Bueno. 1897. p. 352. anexo.

três meses de calma, em outubro de 1895 - as autoridades sanitárias se tornaram mais refratárias a manifestações dessa natureza, como no final de 1895 quando, apesar da redução do número de casos nos últimos dias do ano, a expectativa oficial era do recrudescimento da doença, com o regresso dos moradores que haviam se retirado para outras localidades, que já se iniciava, adicionando *lenha à fogueira* da epidemia. (32)

Em agosto de 1895 seguiu para Araraquara um novo inspetor sanitário, dr. Paulo Bourroul, acompanhado de uma turma de desinfetadores. Ele foi o terceiro responsável pela comissão sanitária estadual em Araraquara num período de quatro meses, ocupando o lugar do dr. Evaristo Bacellar. Substituições sucessivas do pessoal das comissões sanitárias não foi prática exclusiva de Araraquara, ocorrendo com freqüência em todo o Estado. No final de setembro de 1895, pressentindo o aumento de casos que ocorreria a partir do mês seguinte, o novo inspetor telegrafava ao Diretor do Serviço Sanitário solicitando sua intervenção junto ao Secretário da Justiça, para que este ordenasse maior rigor ao coletor e ao Juiz de Direito de Araraquara na cobrança das multas impostas aos que desobedecessem as normas de higiene urbana e isolamento hospitalar. (33)

Na década de 1890, em mais de uma cidade registram-se queixas dos inspetores sanitários contra o que consideravam falta de empenho das

(32) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Diretoria do Serviço Sanitário. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 948, de 11 de Julho de 1895, ao Secretário do Interior e anexos. 1895; SILVA PINTO JUNIOR, Joaquim José. Relatório ao Secretário do Interior pelo dr. Joaquim José da Silva Pinto Junior - 1895. [189?]. p. 5.

(33) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Diretoria do Serviço Sanitário. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 1095, de 20 de Agosto de 1895, ao Secretário do Interior. 1895; _____ . Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 1274, de 27 de Setembro de 1895, ao Secretário do Interior e anexos. 1895.

autoridades locais na execução das medidas punitivas, em especial a cobrança das multas aplicadas em decorrência de infrações à legislação sanitária: entre outros locais, isso ocorreu na cidade de São Paulo, no período final da Monarquia, e em São Carlos e Jaú, em 1895. (34) O fato da chefia das comissões sanitárias, quando não todos os seus componentes, serem procedentes de outros locais, facilitava a tomada das medidas antipáticas ou até violentas que o modelo tecnológico campanhista/policial utilizava contra epidemias. Era difícil, por outro lado, aos médicos e às lideranças políticas locais, sustentar essas medidas, pelos laços de amizade e parentesco, aproximando-os da população; encerrada a situação de caos sanitário, as comissões se retiravam para a Capital, e a vida na localidade retomava o curso anterior, ficando com os que permaneciam as cicatrizes dos acontecimentos durante o combate à epidemia. Com um padrão de relações marcado por uma certa cordialidade, próprio do processo de barganha coronelista, em que a parte mais forte protegia a mais fraca, exigindo em troca fidelidade irrestrita, tornava-se difícil o apoio às medidas violentas e intervencionistas no cotidiano e nas crenças da população, como as invasões para desinfecções de casas, as interdições de fossas sanitárias e poços, as internações hospitalares compulsórias, etc.

As freqüentes queixas das comissões sanitárias contra médicos que não notificavam os casos em muitas cidades do Estado afetadas por

(34) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Presidente do Estado de S. Paulo em 15 de Março de 1897 pelo Secretário do Interior Antonio Dino da Costa Bueno. 1897. p. 293. anexo; SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Diretoria do Serviço Sanitário. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 1119, de 5 de Maio de 1897 ao Secretário do Interior e anexos. 1897; SÃO PAULO. Presidência da Província. Relatório do Inspector de Higiene da Província de São Paulo ao Inspector Geral de Higiene do Império, referente a 1887. Archivos de Higiene e Saúde Pública, v. 1, n. 1, p. 93-105, 1936.

epidemias de febre amarela, explicam-se em grande parte por esse mecanismo; somava-se a cumplicidade com os doentes que não queriam ser internados no *lazareto*, aos interesses políticos e pecuniários de não abrir mão de seus pacientes para os médicos da comissão.

A dificuldade das autoridades locais em lidar com as medidas autoritárias incluídas sob o modelo sanitário campanhista/policial aparece com clareza na sucessão de nomeações e destituições de médicos da comissão sanitária estadual em Araraquara no final de 1895. O grande incremento que a epidemia tomou em novembro desse ano, mais a ausência de resultados favoráveis até então, levou a administração estadual a modificar novamente a comissão sanitária. Foram nomeados dois novos inspetores sanitários para auxiliar nos trabalhos da comissão, dr. Eulogio Pitombo e Juvenal de Oliveira. Esses profissionais, e mais outro que fora nomeado anteriormente, dr. Américo Dória - que também era delegado de polícia - residiam e clinicavam em Araraquara. Esses três médicos foram dispensados passados apenas quinze dias da nomeação e substituídos por profissionais da Capital do Estado, que permaneceram durante os piores meses da crise epidêmica na cidade. (35)

Essas freqüentes mudanças na composição da comissão sanitária num reduzido espaço de tempo, parecem ter-se constituído numa tentativa frustrada para, através da incorporação de médicos da cidade, vencer as resistências das autoridades municipais e da população em geral contra as ações sanitárias. Sua substituição num curto espaço de tempo, entretanto,

(35) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Diretoria do Serviço Sanitário. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 1602, de 25 de Novembro de 1895, ao Secretário do Interior. 1895; Ofício da Directoria do Serviço Sanitário, de 7 de Dezembro de 1895, ao Secretário do Interior. 1895.

indica o insucesso dessa estratégia. Provavelmente a inércia dos médicos da cidade, quando se tratava de tomar as medidas repressoras e de restrição às liberdades individuais que se faziam necessárias no combate à febre amarela, acabou falando mais alto; ao fim da campanha sanitária, eles continuariam a exercer a profissão no local, além de terem compromissos com os caciques da política local, o que os colocava numa posição desconfortável para tomar as medidas que o modelo sanitário campanhista/policial exigia naquele momento. Com o agravamento da crise sanitária, em dezembro de 1895 - esse foi o mês com mais óbitos nos quatro anos de febre amarela - a situação se tornou insustentável, e os médicos de Araraquara foram substituídos por profissionais da Capital, que estavam descompromissados com a sociedade local.

Em Araraquara, os conflitos que ocorreram entre autoridades sanitárias estaduais e o poder local tiveram pequena repercussão, não é demais repetir, e não envolveram a população em ações de resistência contra as ações sanitárias, ao contrário de outras cidades como Rio Claro, São Carlos, Jaú e São Simão. Um raro indício do descontentamento com a ação da comissão sanitária em Araraquara, ao menos por parte do comércio local, aparece numa matéria d'O Comercio de São Paulo de 12/11/1895, dando voz às críticas de comerciantes à ação sanitária estadual: alarmando o povo, mas sem tomar medidas enérgicas contra a doença, ela estava causando a retirada das famílias, com graves prejuízos aos negócios. ⁽³⁶⁾ Manifestação isolada do comércio contra a ação estadual, essa matéria foi publicada duas semanas antes das mudanças que incluíram mais médicos da cidade na

(36) ARARAQUARA. O Comercio de São Paulo, 12 nov. 1895. p. 1.

composição da comissão sanitária estadual, no final de novembro de 1895, mudando o seu perfil, mesmo que por pouco tempo.

Em oposição às críticas do comércio, chefes políticos locais, alinhados ao poder estadual, faziam publicar, na mesma época, matérias com auto-elogios e exaltações ao governador do Estado e à ação da comissão sanitária. A tônica das matérias era sempre a mesma: contra o flagelo da peste, contrapunha-se o esforço patriótico do governo estadual – o “*pai desvelado*” do povo de Araraquara – através de suas comissões sanitárias ou do patrocínio de obras de saneamento básico. (37)

As vésperas do Natal de 1895 o inspetor chefe da comissão sanitária apresentava como caótica a situação de Araraquara: o povo fugia, deixando muitas vezes em casa somente os animais, que morriam de inanição, exalando um mau cheiro insuportável; acumulavam-se montanhas de lixo nos quintais, onde haviam recipientes com água parada, favorecendo a proliferação de mosquitos; na falta de um serviço de coleta de lixo e águas servidas eficiente, os que ficavam lançavam seus resíduos nas ruas e praças da cidade.

A epidemia desestruturou toda a vida administrativa local. Em 1895, pela primeira vez, as comissões municipais de alistamento eleitoral não se reuniram, como determinava a legislação, pois os seus presidentes haviam todos fugido da cidade; como a população também debandara em massa, deixando Araraquara numa situação de quase abandono, não fora possível

(37) FEBRES em Araraquara. Correio Paulistano, 21 nov. 1895. p. 2; MENDONÇA, Germano Xavier. *Ao Generoso Povo de Jaboticabal* [Seção Livre]. Correio Paulistano, 10 dez. 1895. p. 2; FEBRE em Araraquara [A]. Correio Paulistano, 26 jan. 1896. p. 2.

eleger substitutos para essas comissões. Sem condições para a manutenção da administração local, a sede do município desabastecida dos gêneros básicos, as repartições públicas e os profissionais liberais haviam se transferido para um vilarejo vizinho, Américo Brasiliense, uma pequena estação a 10 Km de Araraquara, desde meados de novembro último. Com os surtos que se sucederam, as transferências da sede da comarca para Américo Brasiliense se repetiriam: no auge do surto de 1896, e pela última vez em 1897. (38)

O grande número de casas abandonadas levou a comissão sanitária a publicar na imprensa da Capital, às vésperas do Natal de 1895, uma convocação aos proprietários dos imóveis fechados para que enviassem as chaves das casas, sob pena de arrombamento para desinfecção e limpeza. Na cidade de São Carlos, a comissão sanitária enfrentou uma situação semelhante, publicando alguns meses depois um comunicado idêntico. A mesma dificuldade para a execução das desinfecções já se apresentara também em Descalvado, em 1894. (39)

(38) CÂMARA MUNICIPAL. Araraquara. *Ofício do Presidente da Câmara Municipal de Araraquara de 10 de Junho de 1895 ao Secretário do Interior do Estado de São Paulo. Livro de Ofícios Expedidos pela Câmara e Intendência Municipal de Araraquara nº 380 - 1895*. 1895; Portaria do Juízo transferindo transitoriamente para a Estação de Américo Brasiliense a Sede da Comarca - 1895 - Cartório do 1º Ofício. 1895; CORREA, Pio Lourenço. *A Febre Amarela em Araraquara*. In: ALMEIDA, Nelson Martins (org.) Album de Araraquara. 1948. p. 39-40.

(39) ARARAQUARA - Comissão Sanitária [Seção Livre]. Correio Paulistano, 24 dez. 1895. p. 2; SÃO Carlos do Pinhal. O Estado de São Paulo, 21 mar. 1896. p. 1; BRAZIL, Vital. Relatório à Diretoria do Serviço Sanitário pelo dr. Vital Brazil, Inspector Sanitário em Comissão no Belém do Descalvado - 1894. In: SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Presidente do Estado de S. Paulo pelo dr. Cesario Motta Junior Secretário do Interior em 31 de Março de 1895. 1895. p. 22. anexo.

Com as proporções tomadas pela epidemia, e mais as dificuldades encontradas, no final de 1895 a comissão sanitária em Araraquara era uma das maiores do interior do Estado: 3 médicos, 14 desinfetadores e mais o pessoal do hospital de isolamento, além de mais de uma dezena de funcionários contratados na cidade. A comissão sanitária assumiu integralmente os trabalhos de polícia sanitária, independente da Câmara Municipal, incluindo a limpeza das vias públicas, operando uma espécie de intervenção consensual na administração local. A remoção e a incineração do lixo e águas servidas haviam sido retomadas, depois de suspensas pela Câmara Municipal, que atribuía ao revolvimento e ao transporte dos detritos a disseminação da moléstia. As crianças que haviam sido contratadas pela comissão sanitária anterior para auxiliar nos trabalhos de desinfecção foram dispensadas, por tratar-se de tarefa pesada e perigosa. (40)

Os últimos dias de 1895 foram marcados pela morte: no Natal desse ano, morreu o padre Luciano Pacheco, pároco da cidade desde 1886. Seu substituto, padre Hippolyto Braga, chegaria à cidade no início de fevereiro do ano seguinte, depois de publicar no Correio Paulistano uma pungente despedida aos amigos, como que prenunciando o que viria da perigosa transferência para Araraquara. Apesar de ter licença da autoridade diocesana para residir na sede da comarca, na estação de Américo

(40) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Diretoria do Serviço Sanitário. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 1839, de 24 de Dezembro de 1895, ao Secretário do Interior e anexos. 1895. Existe menção à morte pela febre amarela de pelo menos um desinfetador em Araraquara; no geral, a mortalidade de funcionários do serviço sanitário em 1896 foi de 4% no interior do Estado. (SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Presidente do Estado de S. Paulo em 15 de Março de 1897 pelo Secretário do Interior Antonio Dino da Costa Bueno. 1897. p. 19)

Brasiliense, o padre Braga estabeleceu residência em Araraquara, para atender mais prontamente aos doentes de febre amarela. Menos de um mês depois, o novo pároco morria de febre amarela, sem ter tido tempo de receber os sacramentos, pois o núncio enviado pela Igreja o encontrara morto. Em abril de 1896 foi designado um novo padre para Araraquara, o padre italiano Antonio Cezarino, que se encontrava sem paróquia, residindo em Rio Claro. (41)

Com a epidemia, todo o cotidiano da cidade desorganizou-se: povo em debandada, casas abandonadas, ruas cheias de lixo, o comércio fechado, ocasionando a falta de gêneros de primeira necessidade. Completando a situação de caos, uma quadrilha de assaltantes saqueava as casas dos que haviam abandonado a cidade:

*"Enquanto os habitantes daquela localidade não voltam aos seus lares, os gatunos entram em todas as casas, quer particulares, quer comerciais e vão fazendo uma limpeza de arrepiar os cabelos. (...)
Nunca um mal vem só!" (42)*

O chefe da quadrilha era o sargento do destacamento policial local, e faziam parte do bando 5 praças de seu destacamento. O problema com saques nas cidades esvaziadas pela febre amarela não foi exclusividade de Araraquara: São Carlos também seria vítima de uma quadrilha, chefiada por um italiano, durante a epidemia de 1896. (43)

(41) BRAGA, Hippolyto. *Despedida* [Seção Livre]. Correio Paulistano, 8 fev. 1896. p. 2; PARÓQUIA de São Bento. Araraquara. Livro de Tombo nº 2. [189?]. p. 6-7.

(42) ARARAQUARA. O Estado de São Paulo, 10 mar. 1896. p. 1.

(43) TELAROLLI, Rodolpho. Poder Local na República Velha. 1977. p. 25-26; CASTRO, F. (org.). Almanach-Album de São Carlos - 1916/1917, [19??]. p. 30-31.

Os roubos e saques são problemas comuns às situações de caos sanitário: durante a epidemia de gripe espanhola de 1918/1918, por exemplo, também se verificou um aumento da criminalidade na cidade

Os roubos às casas fechadas eram apenas mais um dos muitos transtornos que afetavam os que abandonavam a cidade atacada pela febre amarela: as ações para prevenção do contágio incluíam a desinfecção, nas estações de destino, de passageiros e bagagens embarcados nas cidades afetadas pela *peste*. Para piorar, algumas vezes acontecia que parte das roupas se estragasse durante a desinfecção nas estufas a vapor existentes nas estações ferroviárias. Também fazia parte do arsenal de medidas de polícia sanitária a observação e o controle, pelas autoridades sanitárias, dos forasteiros procedentes de locais assolados pela febre amarela. Em junho de 1895, logo no início da epidemia, essa era a situação dos que fugiam de Araraquara e Campinas para Limeira. Mais algum tempo e seria a vez de se fazer esse tipo de profilaxia da febre amarela em São Carlos: os proprietários dos hotéis e pensões ficavam obrigados a apresentar diariamente a relação de nomes de todos os hóspedes procedentes de Araraquara. (44) A obtenção de acomodação nas cidades ainda indenes onde se buscava refúgio, entretanto, não era tarefa fácil, dificultada pelo receio do contágio.

Somente em junho de 1896, quando se prenunciava o fim do segundo surto epidêmico da febre amarela em Araraquara, a população iniciou o retorno à cidade, que voltava a ganhar vida, apesar das ruas ainda cheias de mato, conferindo-lhe um ar de abandono:

*"Parece-nos que começamos a vida tranquila
d'outr'ora não só porque nestes últimos dias tem se*

de São Paulo. (BERTOLLI FILHO, Claudio. Epidemia e Sociedade - A Gripe Espanhola no Município de São Paulo. 1896. p. 376)

- (44) LIMEIRA. O Estado de São Paulo, 24 jun. 1895. p. 1; SÃO Carlos do Pinhal. Correio Paulistano, 2 fev. 1896. p. 2; SÃO Carlos do Pinhal. Correio Paulistano, 7 fev. 1896. p. 2; HIGIENE do Estado. Correio Paulistano, 11 mar. 1896. p. 1.

retraído muito a febre amarela, como porque o povo já se vai acostumando um pouco com os micróbios.

Ultimamente têm regressado aos seus lares muitas famílias às quais ainda o mal não arrastou. Já notamos alguma animação nas ruas (embora cheias de mato) e cada vez mais aumenta-se nossa esperança de ver muito brevemente restabelecida a Araraquara d'outros tempos."
(45)

Em março de 1896 o Correio Paulistano, com o otimismo próprio daquele que era o órgão oficial do PRP, declarava debelada a epidemia em Araraquara, quando o que ocorrera fora apenas uma diminuição no número de casos em fevereiro. (46) Até maio desse ano foi elevado o número de casos e óbitos pela febre amarela, que estaria debelada somente em agosto de 1896, encerrando-se o segundo surto da doença em Araraquara.

No primeiro semestre de 1896 aumentou a variedade de ações contra a febre amarela, já que as medidas tomadas no ano anterior não haviam surtido o efeito esperado. Ao entupimento de fossas e à inutilização das cacimbas, à limpeza urbana e domiciliar, a comissão sanitária acrescentou a caliação das casas e dos muros, espalhando cal virgem nas ruas, quintais e fossas. Em julho de 1896 iniciou-se o plantio de eucaliptos nas ruas e praças da cidade, para purificar o ar e dessecar o solo, higienizando-o, e em setembro a tarefa estava concluída. (47) O plantio de árvores em grande número, com fins sanitários, não fazia parte do arsenal tecnológico

(45) ARARAQUARA. O Estado de São Paulo, 20 jun. 1896. p. 1.

(46) HIGIENE do Estado. Correio Paulistano, 10 mar. 1896. p. 1.

(47) CÂMARA MUNICIPAL. Araraquara. Ofício do Engenheiro Civil Paulo Raihamann, encarregado do saneamento de Araraquara, de 19 de Julho de 1896, ao Intendente Geral da Câmara Municipal de Araraquara, Pinto Ferraz. 1896; ARARAQUARA. O Estado de São Paulo, 17 set. 1896. p. 1.

empregado rotineiramente no período; afora Araraquara, essa prática foi adotada na cidade vizinha de São Carlos, parecendo ser resultado da iniciativa pessoal de algum funcionário do serviço sanitário.

Com a conclusão das obras para o abastecimento de água em agosto de 1896, iniciadas no ano anterior, despejou-se um líquido mal cheiroso nos poços. Como haveria um hiato até que as casas fossem ligadas à rede de água, no ano seguinte, haveria manifestações de desagrado da população, forçada a abastecer-se numas poucas torneiras instaladas nas praças públicas. ⁽⁴⁸⁾ Trabalho pioneiro no interior do Estado, o início do suprimento com água encanada era esperado com grande expectativa pelas autoridades sanitárias, como um instrumento importante para o controle da febre amarela; isso favorece a hipótese de que, mesmo não avalizada oficialmente, a teoria da transmissão hídrica de Pereira Barreto teve boa aceitação no serviço sanitário estadual. Concluídas as obras de água encanada, teria início a construção da rede de coleta de esgotos de Araraquara, entregue ao público em meados de 1897.⁽⁴⁹⁾

O novo cemitério, com alas separadas para os mortos comuns e os febrentos, foi inaugurado em novembro de 1896. Desde os primeiros casos de febre amarela em Araraquara, a localização do cemitério num ponto elevado da cidade, de onde os ventos sopravam suas emanções para o coração do núcleo urbano, era relacionada à evolução da epidemia; a sucessão de mortes de coveiros só reforçava o vínculo causal entre a febre

(48) CORREA, Pio Lourenço. *A Febre Amarela em Araraquara*. In: ALMEIDA, Nelson Martins (org.) Album de Araraquara. 1948. p. 39-40.

(49) SÃO PAULO. Secretaria da Agricultura. Relatório de 1897 ao dr. Francisco de Assis Peixoto Gomide Vice-Presidente do Estado pelo dr. Firmiano M. Pinto Secretário da Agricultura. 1898. p. 297-298; ARARAQUARA. O Estado de São Paulo, 2 ago. 1896. p. 1.

amarela e os cadáveres. Em fevereiro de 1896 a Câmara Municipal aprovava obras de melhoria geral e saneamento do cemitério, além de detalhadas especificações técnicas sobre a condução dos corpos através da cidade e seu sepultamento, até que fosse concluída a construção do novo cemitério, solução definitiva. Apesar das normas rigorosas para os sepultamentos, incluindo inúmeras prescrições para eles, os ataúdes, as dimensões das covas, etc., não raro mais de um corpo seria enterrado num só caixão durante a crise epidêmica. (50)

O cemitério foi arborizado, o solo dessecado por valetas, os muros restaurados e caiados. O novo cemitério seria construído num local distante, em terreno mais baixo, de onde os ventos não soprassem para a cidade. O cemitério central foi interditado, só sendo reaberto à visitação pública bem depois do fim da epidemia, em 1906, enquanto o cemitério de isolamento seria gradativamente abandonado até ser fechado em 1908. Muitos anos depois, ainda não tinha se apagado da memória popular o receio de que os corpos dos mortos pela febre amarela pudessem veicular a doença, apesar do conhecimento então acumulado sobre o mecanismo de transmissão do mal, e em 1926 a Câmara Municipal consultava a Diretoria do Serviço Sanitário sobre os riscos de desencadeamento de uma nova epidemia pela remoção dos ossos do antigo cemitério. (51)

(50) ARARAQUARA. O Estado de São Paulo, 8 nov. 1896. p. 1; SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Diretoria do Serviço Sanitário. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 2293, de 31 de Agosto de 1896, ao Secretário do Interior e anexos. 1896; ARARAQUARA. Lei nº 4, de 7 de Fevereiro de 1896. Leis e Regulamentos da Câmara Municipal de Araraquara. 1896. p. 7-8; ARARAQUARA. O Estado de São Paulo, 20 abr. 1896. p. 1.

(51) ARARAQUARA. Lei nº 28, de 5 de Outubro de 1900. Livro de Leis, Decretos, Regulamentos e Resoluções da Câmara Municipal de Araraquara - 1896/1907. 1907. p. 124-125; _____ . Lei nº 107, de 2 de Maio de 1906. Livro de Leis, Decretos, Regulamentos e

No segundo semestre de 1896 a febre amarela estava novamente controlada em Araraquara e os dois surtos que se seguiram nos anos seguintes não tiveram o mesmo impacto e duração que os primeiros. Para o controle da doença pesaram duas ordens de fatores: o esgotamento dos suscetíveis – depois de algum tempo a maioria da população já havia tomado contato com o agente infeccioso, morrendo, ou sobrevivendo e tornando-se resistente à doença – e o conjunto de medidas empíricas para a melhoria geral da cidade, em especial o saneamento básico e a limpeza urbana, que acabaram por interferir no ciclo do mosquito da febre amarela, apesar do desconhecimento do mecanismo de transmissão da doença.

4. A febre amarela e a administração municipal

Com as despesas decorrentes das epidemias em Araraquara, tornou-se ainda mais delicada a situação de penúria das finanças municipais em 1896. Tão grave era a carência de recursos que em agosto desse ano o intendente comprava às suas custas um livro de ouro, para anotar as doações que solicitaria aos benfeitores locais. O orçamento municipal de 1896 destinava 39,1% dos recursos para atividades relacionadas à saúde e higiene pública, num orçamento total de pouco mais de 390 contos. Além disso, para complementar os 40 contos destinados em 1895 pela Câmara Municipal para a instalação de uma rede de água encanada, o imposto sobre a produção do

Resoluções da Câmara Municipal de Araraquara - 1896/1907. 1907. p. 391; _____ . Ato nº 36, de 8 de Junho de 1906. Livro de Leis, Decretos, Regulamentos e Resoluções da Câmara Municipal de Araraquara - 1896/1907. 1907. p. 408; SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Diretoria do Serviço Sanitário. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 739, de 14 de Abril de 1926, ao Prefeito Municipal de Araraquara. 1926.

café fora consignado ao governo estadual por cinco anos, o Estado respondendo por sua arrecadação, para auxiliar no custeio daquelas obras. Passados os dois piores surtos de febre amarela, o orçamento municipal ainda permanecia em desequilíbrio em 1897, já que os gastos elevados com saúde pública e saneamento vinham desde o início da República: primeiro a varíola, em 1892, e a febre amarela a partir de 1895. (52) Para complicar a situação do município, a arrecadação caíra muito durante as epidemias, pela baixa da atividade econômica em geral e porque a população, com o aumento dos gastos pessoais, deixara de recolher os impostos.

Com a situação de dependência econômica própria do *pacto coronelista* agravada pelas despesas adicionais decorrentes das epidemias, aumentava a sujeição da administração municipal ao poder estadual, passando a incluir solicitações de pequenas obras e serviços. Além das grandes obras, como a construção do grupo escolar e da cadeia pública, solicitadas pela Câmara Municipal de Araraquara em julho de 1896, pequenos serviços, como um reparo na represa de abastecimento de água da cidade, passaram a integrar o elenco das negociações entre os poderes local e

(52) CÂMARA MUNICIPAL. Araraquara. *Ofício do Presidente da Câmara Municipal de Araraquara de 10 de Junho de 1895 ao Secretário da Agricultura do Estado de São Paulo. Livro de Ofícios Expedidos pela Câmara e Intendência Municipal de Araraquara nº 380 - 1895.* 1895; _____. *Ofício do Presidente da Câmara Municipal de Araraquara de 9 de Agosto de 1895 ao Secretário da Agricultura do Estado de São Paulo. Livro de Ofícios Expedidos pela Câmara e Intendência Municipal de Araraquara nº 380 - 1895.* 1895; _____. *Ofício do Intendente Geral da Câmara Municipal de Araraquara, de 26 de Agosto de 1896, para a Câmara.* 1896; _____. *Relatório à Câmara Municipal em 23 de Fevereiro de 1898 pelo Coronel João de Almeida Leite Moraes, Presidente da Câmara.* 1898. p. 3-4; ARARAQUARA. *Lei nº 1, de 7 de Fevereiro de 1896. Leis e Regulamentos da Câmara Municipal de Araraquara.* 1896. p. 3-4.

estadual. (53)

Em Limeira, em 1896, o inspetor sanitário em comissão, constatando a realidade de penúria da administração municipal, numa situação que era extensiva à maioria das localidades, defendia o auxílio financeiro do governo estadual como a forma mais racional de debelar as epidemias, que continuariam ocorrendo periodicamente pela falta de obras e serviços básicos que as municipalidades não teriam jamais condições de assumir, declarando:

"Convém repetir que, se o Governo do Estado não auxiliar já as municipalidades faltas de recursos, irromperão cada vez mais desastrosas as epidemias, aniquilando completamente a vida e o progresso dos municípios, portanto os interesses do próprio Estado."
(54)

As epidemias serviram também como pretexto para tentativas de redução da carga tributária que incidia sobre o comércio na zona rural de Araraquara. Foi freqüente em todo o interior do Estado o lançamento, pelas câmaras municipais, de impostos exorbitantes sobre os mascates e comerciantes de beira de estrada que atendiam os moradores das propriedades rurais, em resposta às pressões dos comerciantes da cidade - categoria com mais força política - que desejavam proteção contra a concorrência. Esse conflito entre comerciantes da cidade e zona rural só foi resolvido em 1906, quando a taxaço desigual da mesma atividade dentro de

(53) CÂMARA MUNICIPAL. Araraquara. *Ofício do Presidente da Câmara Municipal de Araraquara de 22 de Julho de 1896 ao Secretário da Agricultura do Estado de São Paulo. Livro de Ofícios Expedidos pela Câmara e Intendência Municipal de Araraquara nº 379 - 1896. 1896; _____.* *Ofício do Presidente da Câmara Municipal de Araraquara de 2 de Janeiro de 1897 ao Presidente do Estado Manoel Ferraz de Campos Salles. 1896.*

(54) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Diretoria do Serviço Sanitário. *Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 2293, de 31 de Agosto de 1896, ao Secretário do Interior e anexos. 1896.*

um município foi considerada inconstitucional. Em fevereiro de 1895, num pleito que certamente não lhe foi exclusivo, um comerciante estabelecido na zona rural de Araraquara, antes mesmo da febre amarela atingir o município, apresentava essa possibilidade para justificar o pedido, não atendido, de suspensão da cobrança do elevado imposto sobre as casas comerciais dos centros agrícolas argumentando que, ao evitar os deslocamentos dos colonos à cidade, eles contribuíam para a prevenção da invasão das fazendas pela doença. (55)

Já durante a epidemia, em 1896, um grupo de comerciantes de Araraquara apresentou um abaixo assinado à Câmara Municipal contra novos impostos aprovados sobre o comércio, instituídos na tentativa de reduzir o déficit da administração local. Solicitavam a redução dos impostos, pois, consideravam, já haviam sido muito penalizados pela epidemia, com grandes prejuízos nos negócios. Essa movimentação foi encabeçada por Rozendo de Britto, alinhado à facção adversária do grupo dominante na política local, e que morreria em 1897, num episódio conflituoso que resultou em baixas dos dois lados. Aproveitando o ensejo, os comerciantes acusavam a Câmara Municipal de realizar gastos injustificáveis num momento de grande crise, aumentando os salários dos empregados municipais, criando empregos novos e inúteis e aprovando a remuneração do intendente, quando em muitas localidades o dirigente maior do município trabalhava gratuitamente. E, para piorar, a Câmara não tomara as providências cabíveis quando o intendente abandonou a cidade, com receio da epidemia !

(55) TELAROLLI, Rodolpho. A Organização Municipal e o Poder Local no Estado de São Paulo, na Primeira República. 1981. p. 188-200; CÂMARA MUNICIPAL. Araraquara. Ofício de Julio de Souza Magalhães, de 19 de Fevereiro de 1895, ao Presidente e demais membros da Câmara Municipal de Araraquara. 1895.

Essa verdadeira insurreição contra as oligarquias dominantes em Araraquara, resultado das dificuldades do comércio num período de epidemia, recebeu destaque até nas páginas do governista Correio Paulistano. Ela é exemplar de como as epidemias, perdurando por longos períodos de tempo, desestruturando a vida local, eram utilizadas nos conflitos das facções políticas locais em permanente luta, num implacável jogo de *vale-tudo*. Nesse episódio, a partir de uma solicitação de redução da carga tributária sobre o comércio, solicitava-se a renúncia de toda a Câmara:

"Considerando que são incalculáveis os prejuízos que há um ano e tanto tem acarretado a terrível epidemia de febre amarela que assolou a cidade, ceifando inúmeras e preciosas vidas e paralisando completamente seu movimento econômico;

Considerando que nessas condições e como se pratica em todos os lugares civilizados, era dever da municipalidade diminuir a taxa de alguns impostos e mesmo extinguir temporariamente os que oneram os gêneros de primeira necessidade (...)

Considerando que em frente a tais fatos é incontestável que a Câmara Municipal, absolutamente não está na altura de representar o município, querendo locupletar meia dúzia de cidadãos à custa dos cofres municipais, pagando-lhes gordos ordenados (...)

Resolver convidar os vereadores a que se revistam de patriotismo extinguindo as sinecuras municipais, respeitando assim os sofrimentos do povo, ou a resignarem, o que é mais acertado, o mandato, entregando o governo municipal aos que o povo julgar mais dignos na crítica quadra que atravessa a cidade de Araraquara. O povo e o comércio apelam para a honra dos vereadores, julgando desnecessário o processo eleitoral da cassação do mandato." (56)

Não obstante os episódios citados, a ação dos serviços sanitários estaduais em Araraquara se deu sem colisões de grandes

(56) BRITTO, Rozendo de Souza. O povo e o Comercio de Araraquara - 20 de Junho de 1896. 1896; ARARAQUARA. Correio Paulistano, 23 jun. 1896. p. 1.

proporções com a administração municipal. Esse padrão, é forçoso dizer, não foi exclusivo de Araraquara, e em grande parte foi decorrência das características do jogo político local. À exceção de um conflito envolvendo três mortes, em 1897, e que num dado momento se cruzaria com as ações sanitárias contra a febre amarela, a luta política em Araraquara não foi marcada por disputa cruenta, como nos locais onde havia mais equilíbrio entre as facções em luta pelo poder.

Eram duas as facções políticas em Araraquara na década de 1890: o grupo situacionista, que ascendeu com a Proclamação, alinhado às oligarquias estaduais, tinha como liderança maior o *coronel* Antonio Joaquim de Carvalho, e permaneceria no poder até meados da década seguinte; a facção oposicionista, era chefiada pelo *tenente-coronel* Joaquim Duarte Pinto Ferraz, monarquista até a morte. O apoio quase nostálgico à Monarquia era uma posição isolada do líder oposicionista, e na essência não havia diferenças fundamentais nas idéias e nas formas de atuação dos dois grupos. Como ocorria no período, tratava-se da luta para ser maioria no município, condição indispensável para alinhar-se ao poder estadual e passar a receber os favores que integravam as relações sob o *pacto coronelista*.

Até as mudanças de 1907 na política local, a oposição em nenhum momento ameaçou o predomínio do grupo situacionista no município. Tanto é que o líder da facção oposicionista, *tenente-coronel* Pinto Ferraz, ocupou cargos na administração municipal até sua morte, contradizendo a máxima do poder coronelista de *pão para os amigos e pau para os inimigos*. Para a manutenção de relações mais cordiais entre as facções políticas locais certamente pesou o prestígio pessoal do chefe oposicionista, além dos laços de parentesco que uniam vários membros dos dois grupos: o *coronel* Carvalho era casado em segundas núpcias com uma irmã do *tenente-coronel*

Pinto Ferraz; uma filha do *tenente-coronel* era casada com o dr. Américo Dória, o *médico-delegado* a que já nos referimos, aliado do *coronel* Carvalho; outra filha do *tenente-coronel* era casada com o major Dario Alves de Carvalho, filho do *coronel*. E os dois líderes, por sua vez, eram cunhados, visitando-se diariamente. (57)

Apesar dos traços de cordialidade que marcavam as relações das facções políticas em Araraquara, havia um cotidiano de pequenas disputas na luta pelo poder, que serviam às mútuas tentativas de solapamento, através da intimidação direta e de disputas judiciais. No campo das práticas sanitárias não foi diferente: basta relembrar o episódio do abaixo-assinado encabeçado por Rozendo de Britto, alinhado no período das epidemias ao *tenente-coronel* opositorista: a partir de uma reivindicação específica, pela redução da carga tributária, partia-se para denúncias contra a atuação da Câmara Municipal, solicitando-se a renúncia de todos os vereadores.

Uma hipótese explicativa para a ausência de conflitos mais abrangentes envolvendo as autoridades estaduais e municipais no campo das práticas sanitárias em Araraquara, encontra-se no predomínio absoluto do grupo político situacionista e na correspondente fraqueza da oposição. Seguras no poder, as oligarquias dominantes em Araraquara podiam suportar, sem receio de se verem enfraquecidas na disputa permanente pelo poder local, as ingerências e a perda de prerrogativas administrativas para o serviço sanitário estadual. É possível que a investigação da história política das cidades onde ocorreram divergências mais profundas entre a

(57) CORRÊA, Ana Maria Martínez. História Social de Araraquara (1817-1930). 1967. p. 330-334; TELAROLLI, Rodolpho. Poder Local na República Velha. 1977. p. 29-45.

administração municipal e os serviços sanitários estaduais revele conjunturas políticas em que a força dos grupos em litígio fosse mais equilibrada. Nesse caso, um passo em falso qualquer, um ato de desprestígio por parte das autoridades sanitárias estaduais, podia representar a perda de pontos valiosos, fortalecendo o grupo político oposicionista na disputa pelo predomínio político. A resistência que os serviços sanitários estaduais encontraram para sua ação em muitos municípios, apresentada pela Diretoria do Serviço Sanitário como um zelo excessivo pela autonomia municipal ou capricho de lideranças políticas interioranas, na verdade era parte de uma estratégia na luta pela sobrevivência política.

Em maio de 1896, quando se prenunciava o fim do segundo surto de febre amarela em Araraquara, teve início um dos poucos episódios de conflito explícito entre os serviços sanitários estaduais e a administração municipal. Tudo começou quando o Diretor do Serviço Sanitário estadual, a pedido do chefe da comissão sanitária na cidade, oficiou à Câmara Municipal comunicando a próxima extinção da epidemia, solicitando que a administração local assumisse os serviços de higiene urbana e polícia sanitária, até então realizados pelo pessoal estadual que em breve se retiraria da cidade; isso aconteceria somente em novembro de 1896. Sem sucesso, a mesma solicitação foi repetida em junho de 1896, agora com o argumento adicional de que o governo estadual concedera uma verba de 20 contos para essa finalidade. Como a administração local não se mostrasse sensível aos pedidos, o Diretor do Serviço Sanitário pediu, como último recurso, a intervenção do Secretário do Interior junto à Câmara Municipal de Araraquara para forçar a implantação daquelas medidas, dentro da prática comum de mediação das autoridades políticas nos conflitos entre o órgão técnico estadual em saúde pública e as administrações municipais. O inspetor sanitário acabou

substituído, sem conseguir que a Câmara Municipal institucionalizasse aquelas atividades de polícia sanitária e limpeza urbana, consideradas fundamentais pelo órgão estadual para a prevenção de novos surtos epidêmicos, apesar de uma lei municipal criando um serviço de limpeza pública e irrigação das ruas ter sido aprovada em fevereiro de 1896. (58)

Quando não tinham suas prescrições atendidas pelas câmaras municipais, com freqüência as autoridades sanitárias estaduais e a imprensa governista creditavam a resistência das administrações locais ao despreparo ou ao desinteresse das questões de higiene e saúde pública. Raramente se considerou que a fraqueza financeira das câmaras municipais dificultava na prática a incorporação permanente de atividades de grande custo, como a limpeza pública. Em Jaú, um episódio mesclando esses fatores originou um conflito semelhante àquele verificado em Araraquara: vendo atendida parcialmente uma solicitação de recursos para a implantação de um serviço regular de coleta de lixo, a Câmara Municipal recusou-se a organizá-lo, deixando a cidade entregue a pilhas de detritos. (59)

Em outros municípios da região da Paulista, de características sociais semelhantes, onde a cafeicultura também era a principal atividade econômica, os conflitos entre Estado e Município tomaram maior vulto, ao contrário de Araraquara.

(58) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Diretoria do Serviço Sanitário. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 1452, de 27 de Maio de 1896, ao Presidente e Membros da Câmara Municipal de Araraquara. 1896; _____. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 1578, de 10 de Junho de 1896, ao Secretário do Interior e anexos. 1896; ARARAQUARA. Lei nº 5, de 7 de Fevereiro de 1896. Leis e Regulamentos da Câmara Municipal de Araraquara. 1896. p. 9-10.

(59) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Diretoria do Serviço Sanitário. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 2293, de 31 de Agosto de 1896, ao Secretário do Interior e anexos. 1896.

Em São Carlos a celeuma envolvendo os poderes local e estadual teve início em novembro de 1895. A Câmara Municipal relutava em aceitar a presença da comissão sanitária estadual na cidade, apesar da epidemia que já fazia suas primeiras vítimas, em doentes de febre amarela procedentes de Araraquara, cuja situação caótica, a apenas 40 quilômetros, não deixava dúvidas quanto ao futuro idêntico. O receio da doença levou a Câmara Municipal a solicitar o auxílio estadual, mas nos dias que se passaram até que o pedido fosse atendido a administração local reconsiderou a questão; e assim que o inspetor sanitário e o pessoal auxiliar chegaram à estação ferroviária de São Carlos, foi-lhes solicitado que não desembarcassem e seguissem no mesmo trem, pois a sua presença não era bem vinda. Foi então combinada a nomeação de um médico da cidade, que responderia pelos trabalhos de polícia sanitária, e a Diretoria do Serviço Sanitário enviou um ofício com recomendações técnicas para a execução dos serviços. Com o agravamento da situação, um mês depois a Câmara Municipal avaliaria de outra maneira os benefícios e os aspectos negativos da presença de uma comissão sanitária estadual na cidade, e mesmo com a certeza da perda de parte de suas prerrogativas administrativas para a comissão, à semelhança do que vinha ocorrendo em Araraquara, solicitou novamente uma comissão do serviço sanitário estadual, que daí em diante assumiu o combate à febre amarela durante o tempo em que a doença grassou na cidade. Isso não significa que as relações entre autoridades sanitárias estaduais e poder local tenham sido tranquilas durante os trabalhos da comissão, pelo contrário: entre outras dificuldades, os inspetores sanitários estaduais se queixavam com frequência da omissão de casos pelos médicos da cidade, que preenchiam atestados de óbito com causa alterada; e muitas aplicadas não eram recolhidas pela Câmara Municipal, cujo intendente algumas vezes

liberou prédios de cortiços interditados, desautorizando as autoridades estaduais. (60)

Em Rio Claro a história se repetiu. Em outra epidemia que na época também foi considerada como importada de Araraquara, a ação sanitária estadual foi marcada desde o início por conflitos com a administração municipal. A Câmara Municipal relutou o quanto pôde em solicitar o auxílio estadual, e somente 25 dias depois da ocorrência dos primeiros casos, quando a epidemia já se espalhara pela cidade, a Secretaria do Interior foi notificada da situação. Os fatos se deram dessa maneira, acusava o médico-chefe da comissão sanitária estadual, porque a Câmara Municipal cedera às pressões do comércio e dos médicos da cidade. A Diretoria do Serviço Sanitário só fez piorar o clima de animosidade quando enviou os recursos que seriam dispendidos com as ações de polícia sanitária - basicamente limpeza urbana e desinfecções domiciliares - à chefia da comissão sanitária e não ao intendente municipal, que recebeu essa atitude do governo estadual como uma ofensa pessoal e à dignidade da Câmara. Para resolver uma situação que se tornara insustentável, a Diretoria do Serviço Sanitário optou pela solução padrão nesses casos, a substituição da chefia da comissão sanitária, que foi assumida por Emílio Ribas. (61)

- (60) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Diretoria do Serviço Sanitário. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário de 9 de Novembro de 1895, ao Secretário dos Negócios do Interior e anexos. 1895; SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Presidente do Estado de S. Paulo em 15 de Março de 1897 pelo Secretário do Interior Antonio Dino da Costa Bueno. 1897. p. 293. anexo; HIGIENE do Estado. Correio Paulistano, 11 mar. 1896. p. 1; SÃO Carlos do Pinhal. Correio Paulistano, 30 jun. 1896. p. 2.
- (61) SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Presidente do Estado de S. Paulo em 15 de Março de 1897 pelo Secretário do Interior Antonio Dino da Costa Bueno. 1897. p. 327. anexo.

Uma explicação mais aprofundada dos distintos padrões de atuação das administrações municipais nessas localidades demanda uma investigação detalhada das peculiaridades políticas e sociais de cada local, com a caracterização dos agentes envolvidos: de um lado lideranças oligárquicas, médicos e população, e de outro, o serviço sanitário estadual.

5. *A epidemia a serviço do coronel*

Em 1897 ocorreu um terceiro surto de febre amarela, menos intenso que os anteriores - foram 26 mortes em dois meses. (TABELA 5) Depois de um hiato de quase um ano, com uns poucos casos a partir de agosto de 1896, a febre amarela novamente se tornou epidêmica em maio de 1897, com a maioria das mortes ocorrendo em junho, voltando ao ritmo de casos esporádicos a partir do mês seguinte.

A epidemia de febre amarela de 1897, tendo apresentado um número de casos muito inferior às anteriores, concentrados num curto espaço de tempo, não teve a mesma repercussão sobre a vida social e econômica de Araraquara, motivo pelo qual foi registrada superficialmente nos relatórios oficiais da repartição sanitária estadual. A particularidade dessa epidemia encontra-se em sua utilização pelas oligarquias situacionistas, num violento episódio em que se enfrentaram os dois grupos políticos rivais de Araraquara. Pelo prestígio estadual de algumas das personagens envolvidas, e pela grande violência dos acontecimentos, esse episódio foi fartamente noticiado pela imprensa de São Paulo e Rio de Janeiro, ultrapassando os limites usuais dos conflitos políticos domésticos.

O episódio teve início no final de janeiro de 1897, com o assassinato do *coronel* Antonio Joaquim de Carvalho, líder do grupo político situacionista. Ele foi morto, em legítima defesa, por Rozendo de Britto, alinhado ao grupo político adversário, o mesmo que encabeçara no ano anterior o abaixo assinado dos comerciantes contra a Câmara Municipal de Araraquara; o adversário foi linchado, juntamente com seu tio, por correligionários do *coronel* assassinado. A febre amarela se imbricou com esse episódio por ocasião do julgamento dos acusados como mandantes do linchamento, onde a personagem mais ilustre era o genro do *coronel* assassinado, o dr. Theodoro Dias de Carvalho Junior, que ocupara o cargo de Secretário da Agricultura, Comércio e Obras Públicas do Estado de São Paulo: a sede da comarca, incluindo o júri, seria transferida novamente para a pequena vila de Américo Brasiliense, sob o pretexto de recrudescimento da epidemia, como forma de forçar um resultado favorável no julgamento. (62) O fato é que, quando se operou a mudança da sede da comarca, o surto de febre amarela já estava sob controle; o poder estadual, incluindo a Diretoria do Serviço Sanitário, foi cúmplice desse falseamento dos fatos, favorecendo e acobertando essas manobras, cumprindo sua parte no complexo de relações que marcavam o *pacto coronelista*, apoiando as lideranças políticas locais.

A transferência da sede da comarca deu ensejo a uma longa troca de acusações, veiculadas pela imprensa. De um lado, entre outros, estavam o Correio Paulistano e O Estado de São Paulo, defendendo o

(62) TELAROLLI, Rodolpho. Poder Local na República Velha. 1977. p. 54-76.

Fora o dr. Theodoro Dias de Carvalho Junior quem autorizou o rápido início das obras de água encanada em Araraquara em 1895, logo que se manifestaram os primeiros casos de febre amarela, e a cidade foi a primeira do interior do Estado contemplada com obras dessa natureza, empreendidas pela administração estadual.

Theodoro Dias de Carvalho e seus agregados envolvidos no linchamento. A imprensa oposicionista, reduzida na Capital do Estado a O Comercio de São Paulo, acusava a transferência da sede da comarca para o vilarejo de ser uma manobra para influenciar no resultado do julgamento, dificultando a acomodação do advogado e testemunhas de acusação - havia somente 35 casas no vilarejo, facilitando a intimidação dos jurados e afastando o público do julgamento, dentre outros aspectos. (63)

O primeiro óbito por febre amarela em 1897 ocorreu em 03/05 e as últimas mortes se deram em 30/06. A transferência da sede da comarca aconteceu em 19 de julho, menos de um mês antes do início do julgamento, quando a epidemia já estava controlada, e somente no final de agosto, concluídos os trabalhos do julgamento, Araraquara voltaria a sediar a comarca. Não há referências na imprensa ou nas atas da Câmara Municipal de 1897 a alterações no cotidiano ou a fuga da população de Araraquara em decorrência de problemas sanitários; pelo contrário: em abril a comissão sanitária desenvolvia somente as atividades rotineiras de desinfecção domiciliar, e a única alteração mais visível era a proibição de *pic-nics* à beira da represa de captação de água para o abastecimento da cidade, medida profilática contra novas investidas da febre amarela. Mesmo quando se iniciaram os casos de febre amarela em maio, a situação sanitária da cidade era considerada boa nas matérias da imprensa governista, pois a doença vinha se apresentando com uma virulência muito inferior à dos anos anteriores. (64)

(63) TELAROLLI, Rodolpho. Poder Local na República Velha. 1977. p. 110-117.

(64) ARARAQUARA. O Estado de São Paulo, 13 abr. 1897. p. 1; ARARAQUARA. O Estado de São Paulo, 18 abr. 1897. p. 1; ARARAQUARA. O Estado de São Paulo, 26 mai. 1897. p. 1; ARARAQUARA. O Estado de São

No dia 17/07, duas semanas após a transferência da sede da comarca, O Estado de São Paulo noticiava que o estado sanitário de Araraquara era satisfatório. Dias depois o mesmo jornal se contradizia, publicando matéria em que negava as afirmações d'O Comercio de São Paulo, de que o advogado de acusação se retirara de Araraquara em decorrência de pressões que viria sofrendo: segundo O Estado de São Paulo fôra a febre amarela, que se apresentava epidêmica nesse momento, que o levara a retirar-se de Araraquara ! A farsa foi bem sucedida; o julgamento transcorreu sem a presença do advogado de acusação, que não conseguiu acomodações para se hospedar em Américo Brasiliense, e os réus foram absolvidos. (65)

Além dos dados de mortalidade, que não mostram óbitos por febre amarela depois de junho de 1897, há inúmeros indícios, inclusive dos órgãos oficiais, de que a doença não grassava em Araraquara em julho/agosto desse ano, constituindo-se a transferência da sede da comarca realmente em manobra das oligarquias governistas para influenciar o resultado do julgamento dos seus. O Correio Paulistano, por exemplo, noticiava a inexistência de casos da doença em julho. O Secretário do Interior, em seu relatório referente a 1897, não considerou como epidemia os casos de febre amarela em Araraquara em 1897, tão poucos haviam ocorrido, para os padrões da época. (66)

Paulo, 25 jun. 1897. p. 1; ARARAQUARA. O Estado de São Paulo, 30 ago. 1897. p. 1.

- (65) ARARAQUARA. O Estado de São Paulo, 17 jul. 1897. p. 1; TRAGÉDIA de Araraquara [Seção Livre]. O Estado de São Paulo, 21 jul. 1897. p. 2 e 24 jul. 1897. p. 2; ARARAQUARA. O Comercio de São Paulo, 25 jul. 1897. p. 2.
- (66) ARARAQUARA. Correio Paulistano, 8 jul. 1897, p. 1; ARARAQUARA. Correio Paulistano, 21 jul. 1897. p. 1; SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório ao Vice-Presidente do Estado de São Paulo pelo

O Comercio de São Paulo fez o contraponto às matérias publicadas n' O Estado de São Paulo. Negava, em suas páginas, que os poucos casos de febre amarela que ocorriam em Araraquara estivessem afetando o cotidiano a ponto de justificar a transferência da sede da comarca. Mesmo em maio, durante a vigência da epidemia, havia dias em que não ocorria caso algum de febre amarela. O jornal não negava que estivessem ocorrendo uns poucos casos da doença, mas nada capaz de tirar o viço das festas em louvor a Nossa Senhora do Carmo que se realizavam naqueles dias, demonstração cabal de que o cotidiano corria normalmente em Araraquara, o que não seria possível caso houvesse uma epidemia. O inspetor sanitário estadual era acusado pel' O Comercio de São Paulo de estar conivente com as administrações estadual e municipal na armação para influir no resultado do júri, informando sobre casos inexistentes de febre amarela – o inspetor acabaria se retirando da cidade, retornando somente em novembro. (67)

É gritante o contraste entre as duas publicações que mais se envolveram no episódio de Araraquara. Em 24/07, ante-véspera do início da sessão do júri, enquanto O Estado de São Paulo publicava matéria paga pelos adeptos do grupo situacionista afirmando que

"(...) é de temer-se novo e formidável assalto da terrível enfermidade (...)"

Secretário do Interior em 31 de Março de 1898. 1898. p. 5-6; SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Diretoria do Serviço Sanitário. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 1192, de 26 de Julho de 1897, ao Secretário do Interior. 1897.

- (67) ARARAQUARA. O Comercio de São Paulo, 26 mai. 1897. p. 2;
 ARARAQUARA. O Comercio de São Paulo, 15 jun. 1897. p. 2;
 ARARAQUARA. O Comercio de São Paulo, 2 jul. 1897. p. 2;
 ARARAQUARA. O Estado de São Paulo, 25 nov. 1897. p. 1.

O Comercio de São Paulo falava da grande animação que reinava em Araraquara, como há muito não se via:

"Causou má impressão o motivo dado pelo Estado, de que a cidade estava completamente abandonada e deserta, porque nunca houve aqui tanta animação como nestes últimos dias: inauguraram-se um café e bilhar, e abrem-se novas casas comerciais, e as que se achavam fechadas já se reabriram, estando o comércio bastante animado."
(68)

A proporção assumida pelos episódios de 1897 daria margem a manifestações incomuns de inimizade pessoal entre os representantes dos grupos políticos de Araraquara, a imprensa da Capital servindo como veículo para as agressões. Em 26/05 daquele ano, quando se aproximava o julgamento dos acusados mais ilustres, Germano Xavier de Mendonça, rico fazendeiro, benemérito da cidade (bancara por sua conta a limpeza urbana de Araraquara durante muito tempo nos anos anteriores), vereador em várias gestões, e alinhado ao grupo situacionista, publicava na imprensa da Capital uma receita empregada por sua família no tratamento caseiro das febres em geral, e que acreditava também funcionasse contra a febre amarela:

"Eis a receita: um purgante de sene, rosa, tamarindo, maná e depois o cordial, que é assim composto: raiz de grama, 1 mão cheia; raiz de seça enzeo; idem de sapé; flor de sabugueiro, uma colher; raiz de fedegoso, 3 pés, e 6 limões galegos; cozinha-se em 3 garrafas de agua, coa-se e põe-se em um bule de louça, junta-se-lhe uma colher de maná e outra de polpa de tamarindo e dão-se 2 colheres de hora em hora aos adultos, e às crianças, uma. (...)

(68) TRAGÉDIA de Araraquara [Seção Livre]. O Estado de São Paulo, 24 jul. 1897. p. 2; ARARAQUARA. O Comercio de São Paulo, 24 jul. 1897. p. 2.

Como ainda até hoje não se descobriu um remédio certo para aquele terrível mal, não é fora de propósito que se faça essa experiência." (69)

A resposta zombeteiramente agressiva de um adversário não tardou a ser publicada. Nas disputas renhidas, como era a que se travava, todas as oportunidades eram usadas para o rebaixamento da facção adversária. Ridicularizando a receita, o autor da resposta significativamente assinava como *O teu Esculápio* e pretendia, com o artigo, escarnecer Germano Xavier de Mendonça qualificando-o com o estigma de *burro*, no momento que estava prestes a iniciar-se o julgamento de seus aliados políticos, em cujos preparativos ele teve uma importante participação:

"(...) Com a sua receita está debelada para sempre a febre amarela ...

Que achado ! Descobriu a pólvora ...

Mas, caro sr., permita que este leitor - mas não admirador - altere alguma coisa de original de sua receita.

A alteração que faço é a seguinte:

Em vez de, 'uma mão cheia de raiz de grama', receito um braçado da dita grama, de sapé, de alfafa, uma quarta de flor de milho, em lugar de tres colheres; uma quarta de farelo, três pés de raiz de capim fino e seis limões galegos (chamo a atenção dos jacobinos), adicionando a tudo isto uma garrafa de vinagre e meia de azeite de mamona. Terão os doentes amareentos e os que sofrem de moralgia intercostal eficaz remédio, que faz ceder em menos de 24 horas qualquer febre ou coisa semelhante. (...)" (70)

O surto de 1897 foi o último com registros nos relatórios estaduais e mesmo no município as únicas informações sobre a febre amarela em 1898 encontram-se nos registros de óbito no cemitério e no cartório de

(69) ARARAQUARA. O Commercio de São Paulo, 26 mai. 1897. p. 2.

(70) ARARAQUARA [Seção Livre]. O Commercio de São Paulo, 28 mai. 1897. p. 2.

registros civis de Araraquara. Apesar do maior número de casos fatais que no surto do ano anterior – foram 93 mortes em 1898 contra 26 em 1897 – não há menção à doença nos anais da Câmara Municipal de Araraquara. A possibilidade de que a febre amarela não tenha ocorrido, tratando-se de erro de diagnóstico fica praticamente excluída com o fato de que a maioria desses óbitos foi atestada por médicos que já haviam prestado atendimento à população nas epidemias dos anos anteriores e que estavam acostumados com o quadro clínico da doença. A hipótese mais plausível para explicar a ausência de menções oficiais sobre a febre amarela em 1898 em Araraquara é que tenha se tratado de uma tentativa bem sucedida de ocultamento dos acontecimentos pelas autoridades municipais; esse tipo de reação, a negação da ocorrência de uma epidemia de febre amarela, era comum na época, como primeira reação das administrações municipais contra uma doença que trazia grandes prejuízos ao município. Em 1898 eram ainda muito recentes os violentos episódios de 1897, com repercussões negativas que ultrapassaram as barreiras do Estado de São Paulo, e a divulgação de um novo surto de febre amarela só contribuiria para piorar a imagem e trazer novos prejuízos para o município.

6. Papel da imprensa nas epidemias

A negação inicial das epidemias foi uma prática recorrente em muitos municípios, tarefa em que a imprensa desempenhava um importante papel. A omissão de informações e a distorção dos fatos, não é demais repetir, eram justificadas como medidas necessárias para evitar o pânico e os prejuízos aos negócios do comércio; quase como regra, negava-se a

ocorrência da doença até que a situação se tornasse insustentável. Um eufemismo utilizado para informar um público seletivo sem citar a febre amarela era dar notícia de casos de *moléstia suspeita* ou casos de *febre de mau caráter* numa determinada localidade.

Apesar da inexistência de censura à imprensa nesse período, as notícias sobre os processos epidêmicos devem ser tomadas com cautela, devido à já mencionada natureza partidária dos órgãos de imprensa, que conferia características específicas ao noticiário de cada um. O Estado de São Paulo, que salvo raras ocasiões de dissidência sempre esteve alinhado ao PRP, foi o órgão de imprensa mais informativo nos assuntos de saúde pública; mesmo esse jornal, entretanto, não se furtaria a fazer o jogo das oligarquias locais e estaduais, que no início dos processos epidêmicos tentavam invariavelmente esconder os fatos. O Comercio de São Paulo, sempre na oposição ao PRP, através da defesa da Monarquia e do apoio ocasional a grupos republicanos dissidentes, como o PRF em 1897, daria menos espaço para os problemas de saúde pública, mas quando o fazia era num tom de crítica afiada à ação estadual e aos seus aliados municipais. Já o Correio Paulistano, órgão oficial do PRP, destacava a versão oficial dos fatos, noticiando os processos epidêmicos mais tardiamente, somente quando se tornava impossível qualquer negativa.

Já as publicações locais em geral apresentavam uma linha editorial de limitada independência, decorrente do controle rígido das oligarquias locais sobre todos os aspectos da vida urbana. As epidemias muitas vezes levaram à suspensão de publicações ou à redução das edições dos jornais locais, pela morte ou fuga do seu pessoal; foi o que ocorreu, por exemplo, em São Carlos em março de 1896, a partir de quando o jornal local passou a sair com número ainda mais reduzido de páginas do que o

habitual; em janeiro desse ano, também em função da febre amarela, foi suspensa a publicação do Clarim de Limeira. (71)

Na defesa que fazia da atuação do governo estadual, o Correio Paulistano invariavelmente transferia a responsabilidade pelos insucessos da Diretoria do Serviço Sanitário às câmaras municipais, *incompetentes, desinteressadas, recusando o auxílio estadual ou pouco cooperativas com o poder estadual*. O jornal preparou o terreno para as mudanças na organização sanitária que ocorreriam em 1896, publicando matérias onde defendia maior poder para o governo estadual nos assuntos de saúde pública e saneamento, com a estadualização do combate às epidemias. Para o Correio Paulistano, quando a Constituição de 1891 consagrou o princípio da autonomia municipal, não o fizera com a intenção de tornar os municípios responsáveis pela saúde de um estado inteiro, como estaria ocorrendo naquele momento de epidemias, fenômenos que por sua própria natureza sempre ultrapassavam as fronteiras municipais. Era necessário, completava o jornal, facilitar a intervenção estadual nos momentos de crise sanitária, como já vinha ocorrendo à margem da Constituição, bastando reafirmar sua legitimidade através de reforma legislativa. (72)

A epidemia de febre amarela de Araraquara, que foi uma das mais duradouras e mortíferas do Estado, recebeu desde o início atenção especial da imprensa paulista, ao lado dos surtos de Campinas. Algumas matérias são especialmente ricas em detalhes do cotidiano das populações

(71) LIMEIRA. O Estado de São Paulo, 6 jan. 1896. p. 1; SÃO CARLOS DO PINHAL. O Estado de São Paulo, 17 mar. 1896. p. 1.

(72) HIGIENE Pública - Aos Nossos Colegas do "Paiz". Correio Paulistano, 5 abr. 1896. p. 1; AUCTORIDADE Sanitária. Correio Paulistano, 27 mai. 1896. p. 1.

durante as epidemias, na descrição das práticas sanitárias utilizadas no combate à doença e da evolução dos números de casos e de óbitos.

A primeira menção à febre amarela em Araraquara foi d'O Estado de São Paulo em sua edição de 1º de maio de 1895, pouco tempo depois da ocorrência dos primeiros casos, precedendo em quase um mês a reunião da Câmara Municipal em que a administração local reconhecia oficialmente a existência do problema. Enquanto foi possível, o jornal colaborou com a administração local nas tentativas de negar a importância da epidemia que se iniciava. Numa pequena nota, O Estado de São Paulo noticiava o debate que vinha se desenvolvendo em Araraquara sobre a natureza dos casos de febre amarela ocorridos no mês anterior, se *importados* – o que tornava a situação menos preocupante – ou *espontâneos*, designação utilizada para designar os casos autóctones, indicativos de uma epidemia em andamento ou prestes a eclodir. Ainda no início de maio esse jornal publicava um desmentido do presidente da Câmara Municipal de Araraquara, negando a ocorrência de casos de febre amarela na cidade, creditando os óbitos ocorridos ao impaludismo. Mais alguns dias e O Estado de São Paulo noticiava laconicamente um caso de febre amarela em Araraquara. Após um período de quinze dias sem novas notícias, o jornal publicou uma nota, admitindo agora a ocorrência da epidemia: o pânico tomara conta da cidade, com muitas famílias em fuga, abandonando suas residências, o comércio fechando as portas; mesmo assim, ponderava o articulista, segundo uma lógica peculiar, não se justificava o pânico, pois ainda era pequeno o número de casos. Mais alguns dias e o noticiário d'O Estado de São Paulo mudaria de tom, encerrando-se definitivamente as

tentativas de negar a ocorrência da epidemia. (73)

A partir de então sucedem-se as notas sobre o cotidiano da população sob a epidemia e suas conseqüências nas cidades vizinhas. A primeira delas, publicada em 2 de junho, noticiava os cuidados que a administração municipal de Jaboticabal, então a última estação da ferrovia Paulista e *último reduto da civilização* na região cafeeira, vinha tomando para evitar a epidemia de Araraquara, que na ocasião já acarretara a suspensão das atividades escolares naquela cidade. (74)

A manipulação das informações foi prática generalizada, aparecendo em toda a plenitude no início da epidemia que atingiu Campinas em 1895. Nos primeiros dias de março foi publicado no O Estado de São Paulo um primeiro desmentido do intendente municipal de Campinas sobre a ocorrência da febre amarela, informação que corria solta na cidade e que era fruto de boataria inconseqüente, segundo declarava. Isso apesar dos inúmeros casos que vinham ocorrendo há algum tempo: eles seriam, segundo declarações do intendente, todos importados de Santos, e portanto não representavam risco de epidemia em Campinas, pois não havia casos *espontâneos*, esses sim sinal de que a doença fincara raízes na cidade. Após duas semanas sem informações, noticiavam-se as desinfecções que o intendente vinha ordenando em vários locais de Campinas; mas, mesmo assim, apesar de todas as evidências de que a epidemia aumentava, em meados de

(73) ARARAQUARA. O Estado de São Paulo, 10 mai. 1895. p. 1; ARARAQUARA. O Estado de São Paulo, 6 mai. 1895. p. 1; ARARAQUARA. O Estado de São Paulo, 11 mai. 1895. p. 1; ARARAQUARA. O Estado de São Paulo, 27 mai. 1895. p. 1.

(74) ARARAQUARA. O Estado de São Paulo, 2 jun. 1896. p. 1.

abril O Estado de São Paulo noticiava que era bom o estado sanitário da cidade, e que não tinham fundamento os boatos sobre a febre, tratando-se ainda dos famigerados *casos importados*. (75)

Pouco tempo depois O Estado de São Paulo mudou o tom do noticiário, pois tornara-se impossível continuar negando a epidemia em Campinas, sob pena de total perda da credibilidade. A propósito, cumpre lembrar que os jornais da Capital, especialmente os dois maiores, o Correio Paulistano e O Estado de São Paulo, eram instrumentos do monolítico poder do PRP, e a regra era que o noticiário do interior fosse de autoria de correspondentes ligados aos diretórios locais do Partido. Em 22/04, numa iniciativa inédita até então, foi publicada carta de um morador da cidade denunciando que a febre já se instalara em Campinas, afirmação que foi prontamente desmentida pelo intendente municipal dias depois. Com o aumento dos casos e das mortes pela febre amarela, cessaram os monocórdicos desmentidos da intendência, sempre repetindo que se tratavam de casos importados de Campinas e Santos, e o noticiário passou a incluir quase diariamente as estatísticas da doença, numa rotina que durou meses, até o arrefecimento da epidemia em Campinas. (76)

O Correio Paulistano, na posição de órgão oficial do PRP, foi mais reticente ainda na divulgação dos acontecimentos de Campinas, um município de grande importância política e econômica, onde a ocorrência de

(75) CAMPINAS. O Estado de São Paulo, 3 mar. 1895. p. 1; SANTOS e Campinas. O Estado de São Paulo, 21 mar. 1895. p. 1; CAMPINAS. O Estado de São Paulo, 15 abr. 1895. p. 1; CAMPINAS. O Estado de São Paulo, 20 abr. 1895. p. 1.

(76) CAMPINAS. O Estado de São Paulo, 22 abr. 1895. p. 1; CAMPINAS. O Estado de São Paulo, 25 abr. 1895. p. 1; CAMPINAS. O Estado de São Paulo, 26 abr. 1895. p. 1; CAMPINAS. O Estado de São Paulo, 28 abr. 1895. p. 1.

uma epidemia repercutia em todo o país. Esse jornal só noticiou a epidemia de Campinas no final de abril de 1895, mesmo assim para publicar repetidos desmentidos do que seriam apenas boatos e informações imprecisas sobre a ocorrência de uns poucos casos da doença. Mal começara a epidemia e em 05/05, em meio às desinfecções que vinham sendo realizadas e às medidas tomadas para evitar a propagação da febre amarela aos municípios vizinhos, o Correio Paulistano, num rompante de otimismo sem embasamento nos fatos, noticiava a melhoria do estado sanitário de Campinas. (77)

No surto seguinte que afetou Campinas, no verão de 1895/1896, a situação se repetiu; o Correio Paulistano faria novas críticas aos *boateiros* e *alarmistas* que insistiam em divulgar uma epidemia inexistente, tratando-se, novamente, de casos esporádicos: "*A epidemia não voltará !*" O jornal criticava, em 08/03, o alarde em torno da febre, criando uma grande confusão em por um pequeno número de casos: "*Tem havido na cidade muitos casos de febres (onde as não há ?)*". Mais alguns dias, sem qualquer explicação adicional, e o Correio Paulistano desmentia suas matérias dos dias anteriores, noticiando o deslocamento para Campinas de uma grande comissão sanitária para tratar da febre amarela, em decorrência do aumento do número de casos: somente entre 07/01 e 28/02 haviam ocorrido 170 casos, com 58 óbitos ! (78)

A ausência de uma imprensa informativa não foi um fenômeno único e exclusivo de São Paulo e da Primeira República. Durante a epidemia

(77) CAMPINAS. Correio Paulistano, 19 abr. 1895. p. 2; CAMPINAS. Correio Paulistano, 20 abr. 1895. p. 2; CAMPINAS. Correio Paulistano, 22 abr. 1895. p. 2; CAMPINAS. Correio Paulistano, 26 abr. 1895. p. 2; CAMPINAS. Correio Paulistano, 5 mai. 1895. p. 2.

(78) CAMPINAS. Correio Paulistano, 23 fev. 1896. p. 2; ESTADO Sanitário de Campinas [Seção Livre]. Correio Paulistano, 8 mar. 1896. p. 2; CAMPINAS. Correio Paulistano, 11 mar. 1896. p. 1.

de febre amarela que assolou o Rio de Janeiro em 1850 os jornais foram proibidos de publicar os números de mortos pela doença, restrição justificada pelo poder monárquico com a crença de que essas informações poderiam arrefecer o estado de ânimo dos sobreviventes, tão elevado era o número de vítimas. (79)

7. A cidade depois da *peste*

Com o ciclo de surtos de febre amarela encerrado em 1898, o cotidiano em Araraquara retomaria o curso normal numa típica cidade da zona cafeeira paulista no crepúsculo do século XX. Os terríveis dias da *peste* haviam passado e seriam gradativamente esquecidos em meio às obras para o embelezamento e melhoria da qualidade de vida. O renascer da cidade estava manifesto nos pequenos problemas do homem do povo, que durante os surtos da doença fugira, abandonando Araraquara, e que agora retomava suas atividades. Um exemplo, que evoca a cidade em ebulição, livre da epidemia, é o ofício do cidadão Benedicto Garcia de Oliveira, que pleiteava ao intendente municipal de Araraquara a retomada dos direitos perdidos sobre um terreno cedido pelo Município, afirmando já ter o material para a construção da casa; ele não havia iniciado as obras no prazo regulamentar de seis meses, segundo as normas que regiam as concessões de lotes de terra do patrimônio da paróquia, "*por causa da epidemia que assolou nossa*

(79) LALLEMANT, Roberto. Observações Acerca da Epidemia de Febre Amarela do Anno de 1850 no Rio de Janeiro, colhidas nos Hospitaes e na Polyclínica pelo dr. Roberto Lallemant. 1851. p. 12.

cidade". (80)

As obras de saneamento básico estavam concluídas, e sem os gastos inadiáveis com o combate à doença, mesmo com os recursos municipais, tornavam-se possíveis os cuidados com o embelezamento da parte central da cidade. As ruas principais logo receberam calçamento em paralelepípedo e as calçadas foram arborizadas com mudas trazidas do Rio de Janeiro. Em 1898 estavam concluídas as obras do novo edifício da administração municipal e da cadeia. A 1^o de janeiro de 1899 foi inaugurado em meio a grande festa o jardim público, construído graças ao auxílio de subscrição popular, onde a partir de então a população se reuniria para ouvir as apresentações dominicais da banda de música. Em 1903 foi inaugurado o prédio amplo do 1^o Grupo Escolar da cidade, construído pelo governo do Estado.

Em 1908 seria inaugurada a iluminação elétrica, funcionando 24 noites por mês. Em 1911 estavam em andamento as obras da escola ginásial, desapropriando-se terrenos para a edificação do hotel e do teatro; a rede de abastecimento de água, construída no período das epidemias, mostrava-se insuficiente e foi expandida em 1911. (81)

O café permaneceria no centro da vida econômica e social do município ainda por um bom tempo. Embalado pela cafeicultura, era crescente

(80) CÂMARA MUNICIPAL. Araraquara. Ofício de Benedicto Garcia de Oliveira ao Intendente da Câmara Municipal de Araraquara, de 4 de Setembro de 1898. 1898.

(81) CÂMARA MUNICIPAL. Araraquara. Relatório apresentado à Câmara Municipal em 15 de Janeiro de 1909 pelo Prefeito Americo Danielli. 1909. p. 9-10; _____, Livro de Atas da Câmara Municipal de Araraquara - 1911. [sessão de 07/12/1911]. 1911. p. 110-114; ARARAQUARA. Lei nº 94, de 10 de Novembro de 1904. Livro de Leis, Decretos, Regulamentos e Resoluções da Câmara Municipal de Araraquara - 1896/1907. 1907. p. 314-315; SÃO PAULO. Anuario Estatístico de São Paulo (Brazil) - 1911. 1913. p. 97. v. 1.

o dinamismo da vida urbana, expandindo-se o comércio e o setor de serviços, criando-se alguns pequenos estabelecimentos industriais para atender a uma população que ultrapassava os 37.000 habitantes em 1910, chegando aos 55.000 em 1917. Mesmo que a entrada de imigrantes estrangeiros no interior do Estado já não se desse em tão grande número desde o início do século XX, com a suspensão da imigração subsidiada pelo governo do Estado, Araraquara continuaria como um município de estrangeiros e de seus filhos, principalmente italianos. No início do século, em 1902, mais de 75% dos nascimentos eram de mães estrangeiras e 51,3% filhos de italianas. (82)

Na primeira década do século XX a vida política local passou a apresentar lances de disputa acalorada, em especial nos períodos próximos às eleições. As forças políticas se rearranjaram; o antigo líder monarquista mórreira e membros de destaque do grupo situacionista haviam se bandeado para o outro lado. As eleições de 1901 foram marcadas por distúrbios, com atentados e perseguições a adversários. O grupo oposicionista, que crescera de importância, ficou com 47% dos votos nas eleições de 1904, numa situação de quase equilíbrio com as oligarquias encasteladas no poder local desde a Proclamação; no ano seguinte a oposição não participou do pleito, alegando receio de perseguições. Em 1907, o grupo oposicionista foi finalmente alçado ao poder, numa eleição sem concorrentes, em que a situação, sentindo-se minoritária, não lançou candidatos. Nesse momento o grupo oposicionista já não apresentava nenhum ranço monarquista, com a morte do *tenente-coronel*

(82) SÃO PAULO. Anuario Estatístico da Secção de Demographia - Anno de 1902. 1903. p. 108-109; BRASIL. Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio. Anuario Estatístico do Brazil - 1908-1912. 1916. p. 390-391. v. 1; CÂMARA MUNICIPAL. Araraquara. Livro de Atas da Câmara Municipal de Araraquara - 1917. [sessão de 22/08/1917]. 1917. p. 479.

em 1903; tratava-se de duas facções republicanas lutando para ser situação e alinhar-se ao poder estadual. O antigo grupo oposicionista, ao tornar-se situação em 1907, inaugurou uma nova oligarquia, permanecendo no poder até 1930, quando só então haveria novas mudanças na vida política local.

(83)

Os cuidados com a higiene e a saúde pública mantiveram-se mesmo com a extinção da febre amarela, em decorrência do receio da eclosão de epidemias de outras doenças. Em 1897 fora aprovado o primeiro de vários dispositivos voltados à prevenção da raiva, proibindo cães soltos pelas ruas da cidade, sob pena de sacrifício do animal por um fiscal municipal. No ano seguinte fora nomeado um médico municipal para cuidar da vacinação no município e da fiscalização da higiene em geral, e prover os pobres de assistência médica. Em 1899 os cortiços foram proibidos na cidade, numa lei semelhante àquela existente em outros municípios e nos regulamentos estaduais, mas somente mais tarde, a partir de 1916, eles passaram a ser efetivamente demolidos ou reformados. Em 1900 foi proibida a abertura de poços no perímetro urbano e sua utilização para o abastecimento de água.

(84)

(83) CORRÊA, Ana Maria Martinez. História Social de Araraquara (1817-1930). 1967. p. 331-335.

(84) CÂMARA MUNICIPAL. Araraquara. Relatório do Prefeito Municipal Dario Alves de Carvalho à Câmara Municipal em 15 de Janeiro de 1917. 1917. p. 7-8; ARARAQUARA. Lei nº 12, de 9 de Junho de 1897. Livro de Leis, Decretos, Regulamentos e Resoluções da Câmara Municipal de Araraquara - 1896/1907. 1907. p. 62-63; _____. Lei nº 15, de 17 de Janeiro de 1898. Livro de Leis, Decretos, Regulamentos e Resoluções da Câmara Municipal de Araraquara - 1896/1907. 1907. p. 66; _____. Lei nº 19, de 8 de Fevereiro de 1899. Livro de Leis, Decretos, Regulamentos e Resoluções da Câmara

Em 1902 foi publicado o primeiro Código de Posturas do município, reunindo a legislação de higiene e saúde em vigor e atualizando-a nos pontos em que estava ultrapassada, incluindo novos dispositivos que a evolução da vida urbana tornava necessários. O Código apresentava grande semelhança com o de outros municípios do Estado, tratando da limpeza urbana, polícia sanitária, normatização das construções, etc. Um dispositivo curioso, peculiar ao Código de Posturas de Araraquara, é a proibição, sob pena de multa, de matar corvos, norma certamente incluída com a intenção de favorecer a eliminação das carcaças de animais mortos, evitando a contaminação da terra e do ar pela putrefação da matéria orgânica. (85)

Em 1904 foram incorporadas pela administração municipal práticas sanitárias para a prevenção da febre amarela através do combate ao vetor. Nesse ano o intendente nomeou um fiscal que acumulou com as demais funções a tarefa de extinguir os viveiros de mosquitos nos quintais, segundo os processos indicados pelo governo estadual. (86) A rapidez com que a administração local incorporava um conjunto de práticas para a prevenção da doença segundo um modelo tecnológico que ainda era motivo de controvérsia entre os cientistas brasileiros, pouco tempo depois da comprovação do mecanismo de transmissão da febre amarela em Cuba, deu-se provavelmente por influência de algum médico da cidade defensor da *teoria havanesa*.

Municipal de Araraquara - 1896/1907. 1907. p. 92; _____ . Lei nº 27, de 5 de Outubro de 1900. Livro de Leis, Decretos, Regulamentos e Resoluções da Câmara Municipal de Araraquara - 1896/1907. 1907. p. 124.

(85) ARARAQUARA. Lei nº 58, de 31 de Dezembro de 1902. Lei nº 58, de 31 de Dezembro de 1902 - Posturas Municipaes. 1903.

(86) ARARAQUARA. Ato nº 5, de 18 de Outubro de 1904. Livro de Leis, Decretos, Regulamentos e Resoluções da Câmara Municipal de Araraquara - 1896/1907. 1907. p. 301-302.

A varíola, ao contrário da febre amarela, voltou a incidir epidemicamente em Araraquara mais algumas vezes, agora sem a antiga virulência. No começo do século foram três epidemias, em 1905, em 1911 e em 1913, cada uma com menos de 20 mortes, creditadas às baixas coberturas da vacinação anti-variólica. As maiores dificuldades encontradas pelas autoridades sanitárias no combate a essas epidemias ainda eram a resistência ao isolamento hospitalar e a subnotificação de casos. Apesar da presença de inspetores estaduais na cidade durante as epidemias, as ações sanitárias contra a varíola ficaram predominantemente sob a responsabilidade da administração municipal, que por sua vez as delegou à Santa Casa local, subsidiada pela Câmara Municipal. A Santa Casa aviava as receitas para os indigentes e providenciava os enterramentos, mas as internações se davam no velho hospital de isolamento construído no tempo das epidemias de febre amarela e reformado em 1908, onde os doentes eram tratados com medicamentos homeopáticos. (87)

A pedra fundamental do prédio da Santa Casa de Misericórdia de Araraquara fora lançada em 1892, mas com as dificuldades de uma década de epidemias, o projeto ficou abandonado até o início do século XX. Em 1903 o hospital começou a funcionar num imóvel alugado, e em 1910 estava concluído o prédio iniciado 18 anos antes. A Santa Casa desempenhou um papel importante na saúde local, cuidando dos doentes pobres e atuando como um órgão auxiliar do Poder Executivo nas ações sanitárias gerais, como aconteceu nas epidemias de varíola. Em 1905, atendendo a uma solicitação da

(87) CÂMARA MUNICIPAL. Araraquara. Relatório à Câmara Municipal em 10 de Março de 1907 pelo Prefeito Municipal Tenente Coronel Pio C. de Almeida Moraes. 1907; _____ . Relatório do Prefeito Dario Alves de Carvalho à Câmara Municipal em 15 de Janeiro de 1912. [191?]; _____ . Relatório do Prefeito Municipal Dario Alves de Carvalho à Câmara Municipal em 15 de Janeiro de 1914. 1914.

Diretoria do Serviço Sanitário de auxílio municipal no combate ao tracoma, a Câmara passou a tarefa à Santa Casa, que se responsabilizou pelo tratamento da doença no município mesmo durante o tempo de existência da efêmera Comissão Estadual de Profilaxia e Tratamento do Tracoma, entre 1905 e 1908. (88)

Nas duas primeiras décadas do século XX a ação da administração municipal em saúde se deu, em grande parte, através da Santa Casa local, e de subsídios a instituições e aos portadores de algumas doenças. A principal particularidade da ação sanitária municipal em Araraquara em relação à organização sanitária estadual foi a inclusão da assistência médica individual aos pobres entre as atribuições da administração municipal, prestada desde os primeiros anos do século num posto médico mantido pela Câmara Municipal.

Em vários anos foram aprovadas no orçamento municipal subvenções a instituições de saúde: em 1904 e 1906 foi contemplada a Santa Casa de Araraquara, e o Instituto Pasteur, de São Paulo, em 1904, 1916, 1917. (89) Mais adiante, a partir de 1918, a administração municipal reservaria em seus orçamentos anuais recursos para auxiliar os cinco

(88) CÂMARA MUNICIPAL. Araraquara. Relatório à Câmara Municipal em 19 de Março de 1907 pelo Prefeito Municipal Tenente Coronel Pio C. de Almeida Moraes. 1907; _____ . Relatório à Câmara Municipal em 15 de Janeiro de 1909 pelo Prefeito Americo Anielli. 1909; SÃO PAULO. Decreto nº 1294, de 19 de Julho de 1905. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1905. 1906. p. 101-103; _____ . Decreto nº 1629, de 22 de Junho de 1908. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1908. 1909. p. 166.

(89) ARARAQUARA. Lei nº 82, de 22 de Outubro de 1903. 1903; Lei nº 103, de 4 de Outubro de 1905. 1906; Lei nº 241, de 30 de Outubro 1916. 1916; Lei nº 249, de 8 de Outubro de 1917. [1917]; Lei nº 60, de 20 de Outubro de 1929. 1930.

morféticos residentes no município, que ficavam impedidos de esmolar e de perambular pelas ruas da cidade.

A partir do início do século XX aumentou gradativamente a ação municipal em saúde e saneamento. O dispêndio de recursos já não seria tão importante como durante as epidemias de febre amarela, pois a infraestrutura de saneamento estava concluída, e tratava-se agora não mais de combater uma crítica situação emergencial, mas de manter sob controle as doenças infecciosas que eram a prioridade do modelo tecnológico vigente. Os recursos previstos para saúde e saneamento no orçamento municipal variaram de 5 a 10% do total nas duas primeiras décadas do século, somando-se as categorias *higiene e fiscalização e limpeza pública*.

A dificuldade em custear as ações de saúde e saneamento, mesmo que em menor número e menos amplas que as da década de 1890, levou a Câmara Municipal de Araraquara a criar um novo tributo, a *taxa sanitária*, lançada sobre todos os prédios situados no perímetro urbano; mais tarde essa taxa foi estendida às outras povoações do município. Criada em 1912 para resolver uma dificuldade transitória, esse tributo se tornou permanente, sendo incluído nos orçamentos posteriores. (90)

Ao assumir novas atribuições sanitárias, no início do século XX, o município estava obedecendo à orientação geral da legislação sanitária estadual. O repasse de atividades para a esfera municipal ocorria, entretanto, sem que se conferisse autonomia ao nível local para que este definisse suas prioridades em saúde e saneamento. A ação da administração municipal de Araraquara não fugiu à norma, realizando somente as atribuições delegadas pela Diretoria do Serviço Sanitário, seguindo a

(90) ARARAQUARA. Lei nº 207, de 28 de Outubro de 1912. [191].

orientação estadual. Em 1906, atendendo solicitação do poder estadual, a Câmara Municipal autorizou o aluguel de um prédio para instalar o Posto Sanitário, onde funcionariam as repartições de higiene estadual e municipal, incluindo na lei do orçamento desse exercício recursos para a manutenção do hospital de isolamento, então desativado. Por outro lado, em 1906 a Câmara suspendeu as atribuições de fiscalização sanitária dos domicílios pelo fiscal municipal, seguindo orientação do inspetor sanitário distrital, já que a legislação estadual fora modificada, estadualizando essa atribuição. (91) Após algum tempo, a fiscalização dos domicílios retornou à alçada municipal, com o insucesso desse aspecto da reforma sanitária de 1905.

As mudanças que ocorreram na organização sanitária do Estado de São Paulo a partir da segunda metade da década de 1910 foram de pronto adotadas em Araraquara, sempre sob as diretrizes do serviço sanitário estadual: a ênfase nas doenças debilitantes, com a educação sanitária como um instrumento importante para a execução das ações sanitárias voltadas às novas prioridades, desenvolvidas a partir de serviços ambulatoriais permanentes, aspectos mais evidentes do modelo técnico-assistencial que se moldaria a partir de então. Em meados da década de 1920 foi criado um Posto de Higiene Municipal em Araraquara, cujo objetivo era o tratamento dos portadores de doenças transmissíveis e debilitantes, em especial a ancilostomose, a sífilis e o tracoma. (92)

(91) ARARAQUARA. Ato nº 30, de 9 de Maio de 1906. Livro de Leis, Decretos, Regulamentos e Resoluções da Câmara Municipal de Araraquara - 1896/1907. 1907. p.397-398; SÃO PAULO. Decreto nº 1343, de 27 de Janeiro de 1906. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1906. 1907. p. 5-13.

(92) CINTRA, Assis (dir.) Araraquara (O Município, a Cidade e o Povo) - Monographia Illustrada de Araraquara. 1928. p. 27, 35-38.

CONCLUSÕES

A recuperação de elementos da história política e do debate ocorrido no período de formação dos serviços sanitários no Estado de São Paulo, entre a Proclamação da República e 1911, possibilita algumas conclusões a respeito das relações entre saúde e esses campos da vida social.

Apesar da existência de outros problemas epidemiologicamente significativos, do ponto de vista atual, a prioridade da ação sanitária estadual foi o controle das epidemias, em especial a febre amarela, que desestabilizava toda a vida política e administrativa, ameaçando as atividades da cafeicultura em diferentes etapas, da produção à exportação, e as demais atividades econômicas urbanas, como a incipiente indústria. A defesa do fluxo de imigrantes estrangeiros, garantindo a mão-de-obra indispensável para o café, foi um aspecto da dinâmica demográfica que esteve sempre presente para o poder estadual, dos legisladores aos técnicos dos serviços sanitários. A expansão da rede ferroviária numa extensa malha desempenhou um papel fundamental no desenvolvimento das atividades do complexo cafeeiro, acabando por modificar radicalmente o cotidiano no interior do Estado, ao reduzir o seu isolamento. Iniciada no período monárquico, a construção das ferrovias tomou impulso na década de 1890, afetando a epidemiologia da febre amarela, numa associação logo identificada pelas autoridades sanitárias.

No início do século XX, com o fim da febre amarela na forma epidêmica urbana e a manutenção de outras doenças epidêmicas como a varíola e a febre tifóide sob controle, a atuação dos serviços sanitários estaduais se voltaria paulatinamente para as endemias debilitantes, a partir

dos primeiros anos do século. De início seriam o tracoma e a ancilostomose, leque ampliado mais tarde, a partir da década seguinte.

As limitações do erário estadual fizeram que até 1895 a ação sanitária estadual se voltasse quase exclusivamente para a Capital do Estado, Santos e Campinas, onde a ameaça da febre amarela era mais imediata. Com a disseminação das epidemias pelo interior do Estado e a consolidação de um modelo político e administrativo para as relações estado/municípios, as ações sanitárias se estenderam a partir de então para todo o Estado, ao menos para os locais de maior importância política e econômica. A partir de então, a ação estadual sobre os municípios do interior consumiria grande parte dos recursos do serviço sanitário do Estado.

A organização do Estado republicano em moldes federalistas definiu o padrão das relações entre o governo central e os estados, tendo nas reformas eleitorais da *política dos governadores* a coroação de um modelo político que oligarquizou o poder. Sua correspondência nas relações estado/municípios estava no *pacto coronelista*, em que relações de troca entre os poderes estadual e local estendiam aos municípios a oligarquização do poder. A Constituição federal de 1891 manteve a tradição brasileira de municípios financeiramente frágeis, dependentes do auxílio dos recursos do tesouro estadual; mesmo as pequenas obras e benfeitorias eram realizadas com recursos estaduais, e intermediadas pela liderança local, que se tornava credora dos chefes estaduais, correspondendo com apoio político. A ação sanitária estadual, fossem comissões sanitárias ou obras de saneamento, nunca fugiu à regra, sendo objeto de barganha com as oligarquias locais. Nessa intrincada relação de poder, unindo estado e municípios, encontra-se a chave do modelo administrativo progressivamente estadualizante dos serviços sanitários na Primeira República.

As frações dissidentes das oligarquias do Partido Republicano Paulista (PRP) imprimiriam sua marca na legislação sanitária. Ardorosas defensoras de aspectos clássicos do ideário republicano, como a *autonomia municipal* e a supremacia das liberdades individuais sobre o Estado, elas tiveram um papel importante na elaboração da legislação do início do período. Até 1895 esses princípios liberais do republicanismo se sobrepuseram, com frequência, ao pragmatismo das oligarquias estaduais, que reclamavam instrumentos para a centralização das ações de saúde e saneamento, fundamentais para a eficiência dos serviços sanitários na luta contra a febre amarela.

Observam-se diferentes padrões de relacionamento entre os funcionários das comissões sanitárias estaduais contra a febre amarela e as administrações municipais interioranas, com situações marcadas pela hostilidade, num extremo, e locais onde predominou a cortesia e o entrosamento. Essas diferenças, detalhadas para o município objeto do *estudo de caso*, explicam-se principalmente pelas peculiaridades da organização política municipal, onde quase sempre encontravam-se grupos rivais lutando pelo poder municipal, habilitando-se a interlocutores das oligarquias estaduais.

Até 1896 foram aprovadas sucessivas reformas na legislação sanitária, na tentativa de adequação do arcabouço legal a essas mudanças sociais e políticas que se verificavam na sociedade paulista. Nesses primeiros anos de República a tendência foi da estadualização crescente das práticas sanitárias, apesar de em alguns momentos ter predominado a gestão municipal dos serviços sanitários, como na reforma legislativa de 1893.

A reforma de 1896 na legislação sanitária consolidou o modelo estadualizante de organização dos serviços sanitários no Estado de São

Paulo, que permaneceu praticamente inalterado até 1911; modificações mais profundas só viriam em 1917/1918, aprofundadas em 1925, sob uma nova corrente tecnológica e um novo modelo tecno-assistencial, como decorrência das mudanças sociais que tomaram impulso na década de 1910. Apesar da permanência do discurso municipalizante durante toda a Primeira República, ele foi superado na prática, a partir de 1896, pela centralização da gerência das práticas sanitárias com o poder estadual.

Extinta a febre amarela urbana, no início do século XX, acentuou-se a tendência à centralização da gerência das ações sanitárias no poder estadual, mas com a transferência de novas atribuições aos municípios, em especial a partir de 1905. Como essas mudanças não foram acompanhadas de uma reforma tributária, que provesse o poder local de recursos orçamentários adicionais, elas reforçaram os laços de dependência do município, segundo os compromissos políticos do *pacto coronelista*.

O modelo tecnológico campanhista/policial, que esteve subjacente ao conjunto de práticas sanitárias empregadas nas duas primeiras décadas da República contra as epidemias, combinava medidas de polícia sanitária, como a fiscalização da alimentação, o isolamento hospitalar dos doentes e as desinfecções, com ações de controle da salubridade urbana, como a instalação de redes de água e esgoto, a fiscalização da higiene domiciliar e de vias públicas, etc. Tecnicamente, essas ações embasavam-se nos conhecimentos da florescente bacteriologia, e seu objetivo imediato era o controle da transmissão e do contágio das doenças, através de ações sobre a circulação e a melhoria da qualidade do ar, da água e do solo. Essas concepções tecnológicas estiveram presentes em todo o campo das

ações sanitárias, inclusive naquelas não relacionadas diretamente ao combate da febre amarela, como nas campanhas de vacinação anti-variólica e na criação de um sistema secular de registros civis e de estatísticas vitais.

Conceitos herdados da medicina colonial, tomando a aglomeração urbana como fonte potencial de perigos, também influenciaram a elaboração do conjunto de práticas sanitárias. Foram adotadas, por exemplo, medidas de regulamentação das habitações urbanas, com a repressão aos cortiços e a construção de habitações populares, na tentativa de reduzir a insalubridade detectada nas cidades inchadas pela urbanização progressiva. A atividade industrial, associada à urbanização, também foi objeto de temor desde o início do período republicano, dando origem a uma extensa normatização pela legislação sanitária, sob a perspectiva de prevenção da contaminação do meio urbano pelos resíduos industriais. O trabalho no campo, por outro lado, apesar de amplamente majoritário no período, e do maior peso econômico e social da atividade agrícola, só seria regulamentado muito mais tarde.

Especificamente sobre a febre amarela, as hipóteses sobre a etiologia da doença combinavam elementos da bacteriologia com a antiga teoria dos miasmas. Na década de 1890 ocorreu um extenso debate sobre os mecanismos de propagação da febre amarela, entre cientistas que defendiam a transmissão ou o contágio da doença. Entre os adeptos da transmissão, havia os que defendiam a via exclusivamente hídrica e outros, os majoritários, que preconizavam uma combinação de mecanismos. Na elaboração do conjunto de práticas sanitárias a ser empregado pelo poder estadual contra as epidemias predominou uma versão intermediária, mais eclética, que atendia em parte a todos os setores científicos, combinando elementos do contágio e da transmissão mista, por vários mecanismos.

O modelo tecno-assistencial campanhista/policial, a não ser em poucas situações específicas, como a atenção às amas-de-leite a partir do início do século XX, não incluiu entre seus instrumentos a assistência médica individual, incompatível com o modelo político da Primeira República, excludente de amplos setores sociais; havia, ainda, como fator limitante, o incipiente desenvolvimento tecnológico da medicina terapêutica. Ações dessa natureza só seriam adotadas mais tarde, após as mudanças de 1930, mediante a intervenção do Estado na emergência de uma política de saúde, dentro de uma nova ordem social.

BIBLIOGRAFIA

Livros, Teses e Revistas

1. ALVARO, Guilherme. *Propagação da Febre Amarella pelos Mosquitos*. Brazil-Medico, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 109-110, 1903.
2. ALVIM, Zuleika. Brava Gente ! Os Italianos em São Paulo - 1870/1920. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1986.
3. ANDRADE, Nuno de. *Pathogenia da Febre Amarella*. Brazil-Medico, Rio de Janeiro, v. 12, n. 48, p. 429-431, 1898.
4. ANTUNES, José Leopoldo Ferreira, NASCIMENTO, Cláudia Barleta do, NASSI, Lúcia Castilho. *Laboratório de Saúde Pública (1892-1925): Cronologia Histórica*. In: ANTUNES, José Leopoldo Ferreira et al. (org.) Instituto Adolfo Lutz - 100 Anos do Laboratório de Saúde Pública. São Paulo: Letras & Letras e Instituto Adolfo Lutz, 1992. p. 43-87.
5. ARINOS, Affonso. Historias e Paizagens. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1921.
6. ASSIS, Esteves de. *Prophylaxia da Febre Amarella*. Bol. Soc. Med. e Cirurg. S. Paulo, São Paulo, v. 1, n. 10, p. 1-7, 1896.
7. BALHANA, Altiva Pilatti. *A População*. In: SILVA, Maria Beatriz Nizza (coord.) O Império Luso-Brasileiro - 1750-1822. Lisboa: Estampa, 1986. p. 19-62. (Nova História da Expansão Portuguesa, v. 8)
8. BANDI, Ivo. *Sobre o Valor das Experiencias Realizadas no Hospital de Isolamento de S. Paulo, para Demonstrar a Veracidade da Theoria da Transmissão da Febre Amarella pelos Pernilongos do Genero "Stegomyia Fasciata"*. Brazil-Medico, Rio de Janeiro, v. 17, n. 24, p. 233-236, 1903.
9. BARBOSA, Placido, REZENDE, Cassio Barbosa. Os Serviços de Saúde Pública no Brasil, especialmente na Cidade do Rio de Janeiro, de 1808 a 1907 (Esboço Histórico e Legislação). Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1909. 2 v.
10. BARRETO, Luis Pereira. *Moção a Proposito das Epidemias de Febre Amarella*. Bol. Soc. Med. e Cirurg. S. Paulo, São Paulo, v. 1, n. 9, p. 1-3, 1896.
11. BARRETO, Octaviano de Mello. *Comunicação sobre Febre Amarella*. Bol. Soc. Med. e Cirurg. S. Paulo, São Paulo, v. 1, n. 9, p. 3-9, 1896.

12. BARROS, Roque Spencer M. de. *Vida Religiosa*. In: HOLANDA, Sérgio Buarque de, CAMPOS, Pedro Moacyr. O Brasil Monárquico - Declínio e Queda do Império. 4. ed. São Paulo: DIFEL, 1985. p. 317-337. (História Geral da Civilização Brasileira, v. 6)
13. BERQUÓ, Elza S. *Fatores Estáticos e Dinâmicos (Mortalidade e Fecundidade)*. In: SANTOS, Jair L. F., LEVY, Maria Stella Ferreira, SZMRECSÁNYI, Tamás (org.) Dinâmica da População - Teoria, Métodos e Técnicas de Análise. 1980. p. 21-85.
14. BERTOLLI FILHO, Claudio. Epidemia e Sociedade - A Gripe Espanhola no Município de São Paulo. São Paulo: USP, 1986 (Dissertação de Mestrado em História Social) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, 1986.
15. BLOUNT, John Allen. *A Administração da Saúde Pública no Estado de São Paulo: o Serviço Sanitário, 1892-1918*. Revista de Administração de Empresas, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 40-48, 1972.
16. BRAGA, José Carlos de Souza, PAULA, Sergio Goes de. Saúde e Previdência - Estudos de Política Social. São Paulo: HUCITEC, 1981.
17. BRAZIL, Vital. *Emílio Ribas*. Archivos de Higiene e Saúde Pública, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 7-12, 1936.
18. BRITTO, Rubens da Silveira, CARDOSO, Eleyson. A Febre Amarela no Pará. Belém, PA: Ministério do Interior, SUDAM, 1973.
19. CAMARGO, Ana Faccioli. *Instituto Bacteriológico (1892-1934): Tendências Políticas*. In: ANTUNES, José Leopoldo Ferreira et al. (org.) Instituto Adolfo Lutz - 100 Anos do Laboratório de Saúde Pública. São Paulo: Letras & Letras e Instituto Adolfo Lutz, 1992. p. 98-101.
20. CAMARGO, José Francisco de. Crescimento da População no Estado de São Paulo e seus Aspectos Econômicos. São Paulo: FIPE, 1981. 3 v. em 2
21. CANABRAVA, Alice P. *A grande lavoura*. In: HOLANDA, Sérgio Buarque, CAMPOS, Pedro Moacyr (dir.) O Brasil Monárquico - Declínio e Queda do Império. 4. ed. São Paulo: DIFEL, 1985. p. 85-137. (História Geral da Civilização Brasileira, v. 4)
22. CANO, Wilson. Raízes da Concentração Industrial em São Paulo. Campinas: UNICAMP, 1975. Tese (Doutorado) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, 1975.
23. _____. Desequilíbrios Regionais e Concentração Industrial no Brasil - 1930/1970. 1985. São Paulo: Global, 1985.
24. CARDOSO, Fernando Henrique. *Dos Governos Militares a Prudente - Campos Sales*. In: FAUSTO, Boris (dir.) O Brasil Republicano - Estrutura de Poder e Economia (1889-1930). 4. ed. São Paulo: DIFEL, 1985. p. 13-50. (História Geral da Civilização Brasileira, v. 8)

25. CARONE, Edgard. A República Velha (Instituições e Classes Sociais). São Paulo: DIFEL, 1970.
26. _____. A República Velha (Evolução Política). São Paulo: DIFEL, 1971.
27. CARVALHO, Bulhões. Contribuição para o Estudo Epidemiológico da Febre Amarela pelo dr. Bulhões Carvalho. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1903.
28. CASALECCHI, José Ênio. O Partido Republicano Paulista - Política e Poder (1889-1926). São Paulo: Brasiliense, 1987.
29. CASTRO, F. (org.) Almanach-Album de São Carlos - 1916/1917. São Carlos: Typ. Artística, [19??].
30. CINTRA, Assis (dir.). Araraquara (O Município, a Cidade e o Povo) - Monographia Illustrada de Araraquara. São Paulo: Casa Duprat, 1928.
31. COLETTI, Silvio. Lo Stato di S. Paolo e l'Emigrazione Italiana. Bollettino dell'Emigrazione, Roma, n. 14, 1908.
32. CORRÊA, Ana Maria Martinez. História Social de Araraquara (1817-1930). São Paulo: USP, 1967 (Dissertação de Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, 1967.
33. CORREA, Pio Lourenço. A Febre Amarela em Araraquara. In: ALMEIDA, Nelson Martins (org.) Album de Araraquara. Araraquara: O Papel, 1948. p. 39-40.
34. COSTA, Emilia Viotti da. Da Monarquia à República: Momentos Decisivos. São Paulo: Brasiliense, 1985.
35. COSTA, Jurandir Freire. Ordem Médica e Norma Familiar. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1983.
36. COSTA, Nilson do Rosario. Lutas Urbanas e Controle Sanitário - Origens das Políticas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, 1985.
37. DANTAS, Olyntho. Febre Amarella Typhica ou Malarica ? Brazil-Medico, Rio de Janeiro, v. 8, n. 31, p. 241-243; v. 8, n. 33, p. 257-261, 1894.
38. DEAN, Warren. Rio Claro - Um Sistema Brasileiro de Grande Lavoura - 1820/1920. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.
39. DERNER, A. Guerra ao Alcool. Revista do Brasil, São Paulo, v. 1, n. 1/4, p. 73-74, 1916.

40. DRAIBE, Sônia. Rumos e Metamorfoses: um Estudo sobre a Constituição do Estado e as Alternativas da Industrialização no Brasil: 1930-1960. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.
41. FAORO, Raymundo. Os Donos do Poder - Formação do Patronato Político Brasileiro. 8. ed. São Paulo: Globo, 1989. 2 v.
42. FAUSTO, Boris. Trabalho Urbano e Conflito Social (1890-1920). São Paulo: DIFEL, 1976.
43. _____. A Crise dos Anos Vinte e a Revolução de 1930. In: _____. (dir.) O Brasil Republicano - Sociedade e Instituições (1889-1930). 3. ed. São Paulo: DIFEL, 1985. p. 401-426. (História Geral da Civilização Brasileira, v. 9)
44. FERREIRA, M. J. Emilio Ribas (Conferencia Pronunciada no III Congresso Brasileiro de Hygiene, Realizado em São Paulo, em 1926). Archivos de Higiene e Saude Publica, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 23-35, 1936.
45. FINLAY, Carlos J. El Mosquito Hipoteticamente Considerado como Agente de Transmision de la Fiebre Amarilla. In: El Desafio de la Epidemiologia - Problemas y Lecturas Seleccionadas. Washington: Organización Panamericana da Saúde, 1988. p. 63-68. (Publicações Científicas OPS, nº 505)
46. FLEIUSS, Max. História Administrativa do Brasil. 2. ed. São Paulo: Melhoramentos, [19??].
47. FORT, J. A. A. Parteiras. In: LEITE, Míriam Moreira (org.) A Condição Feminina no Rio de Janeiro - Século XIX - Antologia de Textos de Viajantes Estrangeiros. São Paulo: HUCITEC, 1984. p. 125-126.
48. FOUCAULT, Michel. Microfísica do Poder. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
49. FRANÇA, Antonio M. (org.) Album de Araraquara. 1915. Araraquara: João Silveira, 1915.
50. FRANCO, Odair. História da Febre Amarela no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, SUCAM, 1976.
51. FRESCURA, Bernardino. Guida dello Stato di San Paolo nel Brasile. Piacenza: G. Favari, 1904.
52. _____. Itinerarii Attraverso lo Stato di San Paolo. Genova: Montorfano, 1904.
53. GARCIA, Juan Cesar. Historia de las Instituciones de Investigación en Salud em América Latina, 1880-1930. Educ. Med. Salud, Washington, v. 15, n. 1, p. 71-90, 1981.

54. GODINHO, Victor. A Febre Amarella no Estado de S. Paulo - Pathogenia, Transmissibilidade - Tratamento Racional pelo dr. Victor Godinho. São Paulo: Typ. Salesiana, 1897.
55. _____. A Febre Amarella - Notas Hygienicas. Revista Medica de S. Paulo, São Paulo, v. 1, n. 6, p. 99-103; v. 1, n. 8, p. 131-134, 1898.
56. GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: Características Tecnológicas do Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: USP, 1986 (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1986.
57. GRAHAM, Douglas, HOLLANDA FILHO, Sérgio Buarque de. Migrações Internas no Brasil: 1892/1970. São Paulo: Instituto de Pesquisas Econômicas/USP, 1984.
58. HARVARD, V. A Vaccina e o Serum do dr. Phelippe Caldas Contra a Febre Amarella. Brazil-Medico, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 456-457, 1901.
59. HOLANDA, Sérgio Buarque. A Herança Colonial - Sua Desagregação. In: HOLANDA, Sérgio Buarque de, CAMPOS, Pedro Moacyr (dir.) O Brasil Monárquico - O Processo de Emancipação. 3. ed. São Paulo: DIFEL, 1970. p. 9 - 39. (História Geral da Civilização Brasileira, v. 3)
60. _____. São Paulo. In: HOLANDA, Sérgio Buarque, CAMPOS, Pedro Moacyr (dir.) O Brasil Monárquico - Dispersão e Unidade. 3. ed. São Paulo: DIFEL, 1972. p. 415-472. (História Geral da Civilização Brasileira, v. 4)
61. HOLLOWAY, Thomas H. Imigrantes para o Café - Café e Sociedade em São Paulo, 1886-1934. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984.
62. HUTTER, Lucy Maffei. Imigração Italiana em São Paulo (1880-1889) - Os Primeiros Contactos do Imigrante com o Brasil. São Paulo: Instituto de Estudos Brasileiros/USP, 1972.
63. LACERDA, João Baptista de. Factos Concordantes e Provas Indirectas da Interferencia dos Bolores na Propagação da Febre Amarella. Brazil-Medico, Rio de Janeiro, v. 13, n. 22, p. 212-214, 1899.
64. LALLEMANT, Roberto. Observações Acerca da Epidemia de Febre Amarella no Anno de 1850 no Rio de Janeiro, colhidas nos Hospitales e na Polyclinica pelo dr. Roberto Lallemant. Rio de Janeiro: Typ. Imp. e Const. J. Villeneuve, 1851.
65. LEAL, Victor Nunes. Coronelismo, Enxada e Voto - O Município e o Regime Representativo no Brasil. 2. ed. São Paulo: Alfa-Omega, 1975.
66. LEITE, Dante Moreira. O Caráter Nacional Brasileiro - História de uma Ideologia. 4. ed. São Paulo: Pioneira, 1983.

67. LEMAN, Constantino. Piraju, seu Passado e seu Presente. Piraju: [s.n.], [19??]
68. LIMA, Nísia Verônica T., CARVALHO, Maria Alice R. O Argumento Histórico nas Análises de Saúde Coletiva. In: Saúde: Coletiva ? Questionando a Onipotência do Social. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 117-142.
69. LOURENÇO, José. A Febre Amarella e o Regulamento de 3 de Fevereiro de 1886. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1886.
70. LOVE, Joseph. Autonomia e Interdependência: São Paulo e a Federação Brasileira, 1889-1937. In: FAUSTO, Boris (dir.) O Brasil Republicano - Estrutura de Poder e Economia (1889-1930). 4. ed. São Paulo: DIFEL, 1985. p. 53-76. (História Geral da Civilização Brasileira, v. 8)
71. LUTZ, Adolpho. A Febre Amarella em S. Paulo. Brazil-Medico, Rio de Janeiro, v. 12, p. 416-417, 1898.
72. _____. Febre Amarella - Resposta. Revista Medica de S. Paulo, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 65-67, 1901.
73. LUTZ, Adolpho, MENDONÇA, Arthur, TOLEDO, Bonilha de. Serum Contra a Febre Amarella Proposto pelo dr. Philippe Caldas - Parecer dos Autores, do Instituto Bacteriologico do Estado de São Paulo. Brazil-Medico, Rio de Janeiro, v. 11, p. 268-269, 1897.
74. LUZ, Madel. Medicina e Ordem Política Brasileira - Políticas e Instituições de Saúde (1850-1930). Rio de Janeiro: Graal, 1982.
75. _____. As Instituições Médicas no Brasil: Instituição e Estratégia de Hegemonia. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
76. MACHADO, Roberto et al. Danação da Norma - Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
77. MAGALHÃES, Francisco Hora. Nova Theoria da Febre Amarella - Sua Prophylaxia e seu Tratamento. Bol. Soc. Med. e Cirurg. S. Paulo, São Paulo, v. 2, n. 17, p. 3-7, 1896.
78. MARCHOUX, Emile, SIMOND, P. L. A Febre Amarella - Relatório da Missão Franceza constituída pelos srs. drs. Marchoux, Salimbeni e Simond. Brazil-Medico, Rio de Janeiro, v. 17, n. 48, p. 473-496, 1903.
79. MARCÍLIO, Maria Luiza. A Cidade de São Paulo - Povoamento e População - 1750-1850. São Paulo: Pioneira, 1974.
80. _____. Sistemas Demográficos no Brasil do Século XX. In: _____. (org.) População e Sociedade - Evolução das Sociedades Pré-Industriais. Petrópolis: Vozes, 1984. p. 193-207.

81. MARCÍLIO, Maria Luiza. A População do Brasil em Perspectiva Histórica. In: COSTA, Iraci del Nero da (org.) Brasil: História Econômica e Demográfica. São Paulo: Instituto de Pesquisas Econômicas/USP, 1986. p. 11-27.
82. MASCARENHAS, Rodolfo dos Santos. Contribuição para o Estudo da Administração Sanitária Estadual em São Paulo. São Paulo: USP, 1949. Tese (Livre Docência em Técnica de Saúde Pública) - Faculdade de Higiene e Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1949.
83. MATOS, Odilon Nogueira. Café e Ferrovias - A Evolução Ferroviária de São Paulo e o Desenvolvimento da Cultura Cafeeira. 2. ed. São Paulo: Alfa-Omega, 1974.
84. MELLO, João Manuel Cardoso de. O Capitalismo Tardio - Contribuição à Revisão Crítica da Formação e do Desenvolvimento da Economia Brasileira. 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 1986.
85. MENDONÇA, Arthur. Pesquisa do "Bacillo Icteroide" em S. Carlos do Pinhal. Revista Medica de S. Paulo, São Paulo, v. 1, n. 5, p. 84-87, 1898.
86. _____. Febre Amarella - Resposta ao Snr. dr. Adolpho Lutz. Revista Medica de S. Paulo, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 67-70, 1901.
87. _____. Os Trabalhos da Comissão Norte-Americana. Revista Medica de S. Paulo, São Paulo, v. 4, n. 8, p. 131-132, 1901.
88. MENDONÇA, Arthur. Febre Amarella - A Doutrina Bacteriana de Sanarelli - Os Trabalhos da Comissão Norte-Americana - As Experiencias do Hospital de Isolamento de São Paulo pelo dr. Arthur Mendonça. 1903. São Paulo: Typ. Salesiana, 1903.
89. _____. Qual a Natureza da Molestia Produzida pela Picada do Mosquito Alimentado com o Sangue de Febre Amarella ? Revista Medica de S. Paulo, São Paulo, v. 6, n. 10, p. 199-222, 1903.
90. MENDONÇA, Arthur, TOLEDO, Bonilha de. Um Bacillo Encontrado nas Fezes de Doentes de Febre Amarella. Bol. Soc. Med. e Cirurg. S. Paulo, São Paulo, v. 3, n. 26, p. 7-13, 1897.
91. MERHY, Emerson Elias. O Capitalismo e a Saúde Pública - A Emergência das Práticas Sanitárias no Estado de São Paulo. Campinas: Papirus, 1985.
92. _____. São Paulo de 1920 a 1948 - A Saúde Pública como Política - Os Movimentos Sanitários, os Modelos Tecno-Assistenciais e a Formação das Políticas Governamentais. Campinas: UNICAMP, 1990. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas, Universidade Estadual de Campinas, 1990.

93. MILLIET, Sérgio. Roteiro do Café e Outros Ensaio - Contribuição para o Estudo da História Econômica e Social do Brasil. 4. ed. São Paulo: HUCITEC, 1982.
94. MONBEIG, Pierre. Pioneiros e Fazendeiros de São Paulo. São Paulo: HUCITEC, 1984.
95. NAVA, José. *A Febre Amarela e os Mosquitos*. Brazil-Medico, Rio de Janeiro, v. 17, n. 18, p. 179, 1903.
96. NOGUEIRA, Marco Aurélio. Monarquia, Abolição, República - Joaquim Nabuco e as Desventuras do Liberalismo no Brasil. São Paulo: USP, 1983. Tese (Doutorado em Ciências Políticas) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, 1983.
97. NETTO, Americo R. *O Caminho para a Formação do Serviço Sanitário de São Paulo de 1579 a 1891*. Archivos de Higiene e Saúde Pública, São Paulo, v. 7, n. 14, p. 7-34, 1942.
98. OLIVEIRA, Antonio Bernardes de. A Evolução da Medicina até o Início do Século XX. São Paulo: Pioneira, 1981.
99. OLIVEIRA, Lúcia Lipp. A Questão Nacional na Primeira República. São Paulo: Brasiliense, 1990.
100. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Manual da Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbito. 9ª revisão. São Paulo: 1978. 2 v.
101. PAZ, Campos da et al. *Verificação dos Estudos Experimentaes do dr. Freire sobre a Febre Amarela*. Brazil-Medico, Rio de Janeiro, v. 12, n. 8, p. 71-72; v. 12, n. 9, p. 78-81, 1898.
102. PENNA, Belisario. *Alcoolismo, Opilação e Impaludismo*. Revista do Brasil, São Paulo, v. 6, n. 21/24, p. 443-445, 1917.
103. PETRONE, Maria Theresa Schorer. *Imigração*. In: FAUSTO, Boris (dir.) O Brasil Republicano - Sociedade e Instituições (1889-1930). 3. ed. São Paulo: DIFEL, 1985. p. 93-133. (História Geral da Civilização Brasileira, v. 9)
104. PETRONE, Maria Theresa Schorer. *O Imigrante Italiano na Fazenda de Café de São Paulo*. In: DE BONI, Luis Alberto (org.) A Presença Italiana no Brasil. Porto Alegre: Escola Superior de Teologia, 1987. p. 102-119.
105. PINHEIRO, Paulo Sérgio, HALL, Michael M. A Classe Operária no Brasil - 1889-1930 - Condições de Vida e de Trabalho, Relações com os Empresários e o Estado. São Paulo e Campinas: Brasiliense, 1981. v. 2.

106. PINTO, Jorge. *Propagação da Febre Amarela pelos Mosquitos*. Brazil-Medico, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 59-61; v. 17, n. 8, p. 71-73; v. 17, n. 9, p. 81-82; v. 17, n. 11, p. 109-110, 1903.
107. PRADO JUNIOR, Caio. História Econômica do Brasil. 10. ed. São Paulo: Brasiliense, 1967.
108. QUEIROZ, Maria Isaura Pereira de. *O Coronelismo numa Interpretação Sociológica*. In: FAUSTO, Boris (dir.) O Brasil Republicano - Estrutura de Poder e Economia. 4. ed. São Paulo: DIFEL, 1985. p. 153-190. (História Geral da Civilização Brasileira, v. 8)
109. _____. O Mandonismo Local na Vida Política Brasileira e Outros Ensaios. São Paulo: Alfa-Omega, 1976.
110. RAMOS, Afonso. *Etiologia e Tratamento da Febre Amarela*. Brazil-Medico, Rio de Janeiro, v. 12, n. 45, p. 403-405, 1898.
111. RIBAS, Emilio. *O Mosquito como Agente da Propagação da Febre Amarela*. Brazil-Medico, Rio de Janeiro, v. 15, n. 34, p. 331-334; v. 15, n. 42, p. 411-415, 1901.
112. _____. *Prophylaxia da Febre Amarela*. Brazil-Medico, Rio de Janeiro, v. 17, n. 35, p. 343-347; v. 17, n. 36, p. 353-357; v. 17, n. 37, p. 363-364; v. 17, n. 38, p. 374-376; v. 17, n. 39, p. 383-384; v. 17, n. 40, p. 395-400, 1903.
113. _____. *A Hygiene no Estado de S. Paulo*. Revista Medica de S. Paulo, São Paulo, v. 12, n. 14, p. 276-282, 1909.
114. _____. Campanhas Sanitárias - Febre Amarela (Conferência Pronunciada pelo dr. Emilio Ribas no Centro Acadêmico 'Oswaldo Cruz' em Novembro de 1922). São Paulo: PROCIENTX, 1962.
115. _____. *A Extinção da Febre Amarela no Estado de S. Paulo (Brasil) e na Cidade do Rio de Janeiro*. In: SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Em Memória de Emilio Ribas no Cinquentenário de sua Morte. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 1975.
116. RIBEIRO, Maria Alice Rosa. História sem Fim... Um Inventário da Saúde Pública. São Paulo - 1880-1930. Campinas: UNICAMP, 1991. Tese (Doutorado em Economia) - Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, 1991.
117. RIBEIRO, Maria da Conceição Martins, STOLF, Maria Ignez. *A Moradia do Trabalhador na Fazenda de Café Paulista*. In: ANAIS DO II CONGRESSO DE HISTÓRIA DE SÃO PAULO. Revista de História, São Paulo, v. 49, p. 135-152, 1975. Edição especial.
118. ROCHA, Franco da. *Alcoolismo e Loucura*. Revista do Brasil, São Paulo, v. 8, n. 29/32, p. 494-495, 1918.

119. ROSEN, George. Da Polícia Médica à Medicina Social - Ensaio sobre a História da Assistência Médica. Rio de Janeiro, 1980.
120. ROSSI, A. Condizioni dei Coloni Italiani nello Stato di San Paolo. Bollettino dell'Emigrazione, Roma, n. 7, p. 3-57, 1902.
121. SAES, Flavio Azevedo Marques de. As Ferrovias de São Paulo - 1870/1940. São Paulo: HUCITEC, 1981.
122. SALLUM JUNIOR, Brasílio. Capitalismo e Cafeicultura - Oeste-Paulista : 1888-1930. São Paulo: Duas Cidades, 1982.
123. SANARELLI, Giuseppe. Conferência Lida Perante a Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, em 8 de Março de 1898... Revista Medica de S. Paulo, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 19-27, 1898.
124. SANT'ANNA, Vanya. Ciência e Sociedade no Brasil. São Paulo: Símbolo, 1978.
125. SANTOS, Felício dos. Causas das Manifestações Epidêmicas da Febre Amarella. Brazil-Medico, Rio de Janeiro, v. 17, n. 25, p. 246-247, 1903.
126. SANTOS FILHO, Lycurgo de Castro. História da Medicina no Brasil (Do Século XVI ao Século XIX). São Paulo: Brasiliense, 1947. 2 v.
127. SANTOS, Luiz A. de Castro. Estado e Saúde Pública no Brasil (1889-1930). Dados - Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 237-250, 1980
128. SEGNINI, Liliana R. Petrilli. Ferrovia e Ferroviários. São Paulo: Cortez, 1982.
129. SEIDL, Carlos. A Proposito da Serumtherapia da Febre Amarella, Segundo o Methodo do dr. Caldas (do Rio Grande). Brazil-Medico, Rio de Janeiro, v. 11, n. 21, p. 182-185, 1897.
130. _____. A Serotherapia da Febre Amarella. Brazil-Medico, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 44-45, 1898.
131. _____. Serumtheraphia da Febre Amarella. Brazil-Medico, Rio de Janeiro, v. 12, n. 21, p. 182-188, 1898.
132. SINGER, Paul, CAMPOS, Oswaldo, OLIVEIRA, Elizabeth M. de. Prevenir e Curar - O Controle Social Através dos Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978.
133. SILVA, Luiz Jacintho da. Evolução da Doença de Chagas no Estado de São Paulo. Ribeirão Preto: USP, 1981. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1981.
134. SILVA, Sérgio. Expansão Cafeeira e Origens da Indústria no Brasil. 5. ed. São Paulo: Alfa-Omega, 1981.

135. SILVADO, Jaime. *A Febre Amarella a Bordo do "Lombardia" - Notas Críticas para Servirem á História da Epidemia*. Revista Medica de S. Paulo, São Paulo, v. 6, n. 15, p. 317-324, 1903.
136. SODRÉ, Nelson Werneck. História da Imprensa no Brasil. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1966.
137. SOLEDADE, Eutychio. Febre Amarella. Salvador: Faculdade de Medicina da Bahia, 1871. Tese (Tese de Graduação em Medicina) - Faculdade de Medicina da Bahia, 1871.
138. SOUZA, Maria do Carmo Campello de. *O Processo Político-Partidário na Primeira República*. In: MOTA, Carlos Guilherme (org.) Brasil em Perspectiva. 13. ed. São Paulo: DIFEL, 1982. p. 162-226.
139. SPINDEL, Cheywa R. Homens e Máquinas na Transição de uma Economia Cafeeira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.
140. STOLCKE, Verena. Cafeicultura - Homens, Mulheres e Capital (1850/1980). São Paulo: Brasiliense, 1986.
141. STUDART, Guilherme. Pathologia Historica Brasileira: Documentos para a Historia da Pestilencia da Bicha ou Males. Fortaleza: Typ. Studart, 1895.
142. TEDESCHI, U. *Le Condizioni Sanitarie degli Emigranti Italiani nello Stato di San Paolo*. Bollettino dell'Emigrazione, Roma, n. 2, p. 107-109, 1907.
143. TELAROLLI, Rodolpho. Poder Local na República Velha. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1977.
144. _____. A Organização Municipal e o Poder Local no Estado de São Paulo, na Primeira República. São Paulo: USP, 1981. Tese (Doutorado em História) - Faculdade de Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, 1981. 2 v.
145. TORRES, Theophilo. *Prophylaxia da Febre Amarela - Sessão em 31 de Julho de 1902 da Academia Nacional de Medicina*. Brazil-Medico, Rio de Janeiro, v. 16, n. 31, p. 309-310, 1902
146. VEIGA, Evaristo da. *A Epidemia do Oeste - Breves Considerações sobre sua Natureza, Meios de Propagação e Prophylaxia*. Bol. Soc. Med. e Cirurg. S. Paulo, São Paulo, v. 1, n. 9, p. 20-23; v. 1, n. 10, p. 9-12; v. 1, n. 11, p. 5-9, 1896.
147. VERGUEIRO, Nicolau P. de C. *Considerações sobre a Etiologia, Propagação e Profilaxia da Febre Amarella*. Revista Medica de S. Paulo, São Paulo, v. 3, n. 4, p. 59-65, 1900.
148. _____. *A Febre Amarella e sua Supposta Transmissão pelo "Stegomyia Fasciata"*. Revista Medica de S. Paulo, São Paulo, v. 6, n. 6, p. 105-112, 1903.

149. VIEIRA, Francisco Borges. *Primeiros Tempos da Administração Sanitária Paulista e seus antecedentes no País*. Archivos de Higiene e Saude Pública, São Paulo, v. 8, n. 17, p. 33-44, 1943.

Jornais

1. ARARAQUARA. O Estado de São Paulo, São Paulo, 19 mai. 1895. p. 1.
2. ARARAQUARA. O Estado de São Paulo, São Paulo, 6 mai. 1895. p. 1.
3. ARARAQUARA. O Estado de São Paulo, São Paulo, 11 mai. 1895. p. 1.
4. ARARAQUARA. O Estado de São Paulo, São Paulo, 27 mai. 1895. p. 1.
5. ARARAQUARA. Correio Paulistano, São Paulo, 19 jun. 1895. p. 2.
6. ARARAQUARA. O Commercio de São Paulo, São Paulo, 12 nov. 1895. p. 1.
7. ARARAQUARA - Comissão Sanitária [Seção Livre]. Correio Paulistano, São Paulo, 24 dez. 1895. p. 2.
8. ARARAQUARA. O Estado de São Paulo, São Paulo, 10 mar. 1896. p. 1.
9. ARARAQUARA. O Estado de São Paulo, São Paulo, 20 abr. 1896. p. 1.
10. ARARAQUARA. O Estado de São Paulo, São Paulo, 2 jun. 1896. p. 1.
11. ARARAQUARA. O Estado de São Paulo, São Paulo, 20 jun. 1896. p. 1.
12. ARARAQUARA. Correio Paulistano, São Paulo, 23 jun. 1896. p. 1.
13. ARARAQUARA. O Estado de São Paulo, São Paulo, 2 ago. 1896. p. 1.
14. ARARAQUARA. O Estado de São Paulo, São Paulo, 17 set. 1896. p. 1.
15. ARARAQUARA. O Estado de São Paulo, São Paulo, 21 set. 1896. p. 1.
16. ARARAQUARA. O Estado de São Paulo, São Paulo, 8 nov. 1896. p. 1.
17. ARARAQUARA. O Estado de São Paulo, São Paulo, 9 abr. 1897. p. 1.
18. ARARAQUARA. O Estado de São Paulo, São Paulo, 13 abr. 1897. p. 1.
19. ARARAQUARA. O Estado de São Paulo, São Paulo, 18 abr. 1897. p. 1.
20. ARARAQUARA. O Commercio de São Paulo, São Paulo, 26 mai. 1897. p. 2.

21. ARARAQUARA. O Estado de São Paulo, São Paulo, 26 mai. 1897. p. 1.
22. ARARAQUARA [Seção Livre]. O Commercio de São Paulo, São Paulo, 28 mai. 1897. p. 2.
23. ARARAQUARA. O Commercio de São Paulo, São Paulo, 15 jun. 1897. p. 2.
24. ARARAQUARA. O Estado de São Paulo, São Paulo, 25 jun. 1897. p. 1.
25. ARARAQUARA. O Commercio de São Paulo, São Paulo, 2 jul. 1897. p. 2.
26. ARARAQUARA. Correio Paulistano, São Paulo, 8 jul. 1897. p. 1.
27. ARARAQUARA. O Estado de São Paulo, São Paulo, 17 jul. 1897. p. 1.
28. ARARAQUARA. Correio Paulistano, São Paulo, 21 jul. 1897. p. 1.
29. ARARAQUARA. O Commercio de São Paulo, São Paulo, 24 jul. 1897. p. 2.
30. ARARAQUARA. O Commercio de São Paulo, São Paulo, 25 jul. 1897. p. 2.
31. ARARAQUARA. O Estado de São Paulo, São Paulo, 30 ago. 1897. p. 1.
32. ARARAQUARA. O Estado de São Paulo, São Paulo, 25 nov. 1897. p. 1.
33. AUCTORIDADE Sanitária. Correio Paulistano, São Paulo, 27 mai. 1896. p. 1.
34. BRAGA, Hippolyto. *Despedida* [Seção Livre]. Correio Paulistano, São Paulo, 8 fev. 1896. p. 2.
35. CAMPINAS. O Estado de São Paulo, São Paulo, 3 mar. 1895. p. 1.
36. CAMPINAS. O Estado de São Paulo, São Paulo, 15 abr. 1895. p. 1.
37. CAMPINAS. Correio Paulistano, São Paulo, 18 abr. 1895. p. 2.
38. CAMPINAS. Correio Paulistano, São Paulo, 19 abr. 1895. p. 2.
39. CAMPINAS. Correio Paulistano, São Paulo, 20 abr. 1895. p. 2.
40. CAMPINAS. O Estado de São Paulo, São Paulo, 20 abr. 1895. p. 1.
41. CAMPINAS. Correio Paulistano, São Paulo, 22 abr. 1895. p. 2.
42. CAMPINAS. O Estado de São Paulo, São Paulo, 22 abr. 1895. p. 1.
43. CAMPINAS. O Estado de São Paulo, São Paulo, 25 abr. 1895. p. 1.
44. CAMPINAS. Correio Paulistano, São Paulo, 26 abr. 1895. p. 2.
45. CAMPINAS. O Estado de São Paulo, São Paulo, 26 abr. 1895. p. 1.

46. CAMPINAS. O Estado de São Paulo, São Paulo, 28 abr. 1895. p. 1.
47. CAMPINAS. Correio Paulistano, São Paulo, 5 mai. 1895. p. 2.
48. CAMPINAS. O Estado de São Paulo, São Paulo, 14 mai. 1895. p. 1.
49. CAMPINAS. Correio Paulistano, São Paulo, 23 fev. 1896. p. 2.
50. CAMPINAS. Correio Paulistano, São Paulo, 11 mar. 1896. p. 1.
51. COMUNICAÇÃO com o Rio. Correio Paulistano, São Paulo, 15 dez. 1894. p. 1.
52. CONSELHOS Hygienicos - Directoria do Serviço Sanitario. Correio Paulistano, São Paulo, 14 dez. 1894. p. 1.
53. CONSELHOS Sanitários. O Commercio de São Paulo, São Paulo, 5 dez. 1894. p. 1.
54. DANTAS, Olyntho. *Epidemiologia*. Correio Paulistano, São Paulo, 28 mai. 1896. p. 2; 30 mai. 1896. p. 2; 2 jun. 1896. p. 1; 3 jun. 1896. p. 2; 5 jun. 1896. p. 2; 7 jun. 1896. p. 2; 16 jun. 1896. p. 2; 30 jun. 1896. p. 2.
55. DR. Sanarelli [O]. O Estado de São Paulo, São Paulo, 21 nov. 1896. p. 1.
56. EPIDEMIA. O Commercio de São Paulo, São Paulo, 28 nov. 1894. p. 1.
57. EPIDEMIA do Norte [A]. Correio Paulistano, São Paulo, 11 dez. 1894. p. 2.
58. EPIDEMIA do Norte [A]. Correio Paulistano, São Paulo, 15 dez. 1894. p. 1.
59. EPIDEMIA [A]. O Estado de São Paulo, São Paulo, 2 jan. 1895. p. 1.
60. EPIDEMIA em S. Carlos do Pinhal [A]. Correio Paulistano, São Paulo, 19 mai. 1897. p. 1.
61. EPIDEMIA em Sorocaba [A] - Formal Desmentido [Seção Livre]. O Estado de São Paulo, São Paulo, 28 out. 1897. p. 2.
62. EPIDEMIAS no Interior [As]. O Commercio de São Paulo, São Paulo, 12 mai 1894. p. 1.
63. EPIDEMIOLOGIA. O Estado de São Paulo, São Paulo, 7 jan. 1896. p. 1.
64. EPIDEMIOLOGIA. O Estado de São Paulo, São Paulo, 12 mai. 1896. p. 1.
65. EPIDEMIOLOGIA. O Estado de São Paulo, São Paulo, 17 mai. 1896. p. 1.
66. EPIDEMIOLOGIA. O Estado de São Paulo, São Paulo, 25 mai. 1896. p. 1.

67. ESTADO Sanitário [O]. Correio Paulistano, São Paulo, 18 dez. 1894. p. 1.
68. ESTADO Sanitário. Correio Paulistano, São Paulo, 23 dez. 1894. p. 1.
69. ESTADO Sanitário de Campinas [Seção Livre]. Correio Paulistano, São Paulo, 8 mar. 1896. p. 2.
70. ESTUDOS sobre a Febre Amarella. Correio Paulistano, São Paulo, 17 mai. 1897. p. 1.
71. EXERCÍCIO da Medicina. Correio Paulistano, São Paulo, 21 out. 1894. p. 1.
72. FEBRE Amarella. Correio Paulistano, São Paulo, 24 mar. 1895. p. 1.
73. FEBRE Amarella [A] - Meios de Vehiculação. O Estado de São Paulo, São Paulo, 22 mai. 1896. p. 1.
74. FEBRE Amarella [A]. O Estado de São Paulo, São Paulo, 11 jun. 1897. p. 1.
75. FEBRE Amarella [A] - A Conferencia do Professor Freire. O Estado de São Paulo, São Paulo, 21 jun. 1897. p. 1.
76. FEBRE Amarella. O Estado de São Paulo, São Paulo, 25 jul. 1897. p. 1.
77. FEBRE em Araraquara [A] [Seção Livre]. Correio Paulistano, São Paulo, 26 jan. 1896. p. 2.
78. FEBRES em Araraquara. Correio Paulistano, São Paulo, 21 nov. 1895. p. 2.
79. FEBRES no Interior [As]. Correio Paulistano, São Paulo, 13 mai. 1894. p. 1.
80. FREIRE, Domingos. *Conferencia sobre a Febre Amarella*. Correio Paulistano, São Paulo, 30 jun. 1897. p. 1; 19 jul. 1897. p. 1-2.
81. FREITAS, Cesario. *Epidemiologia*. O Estado de São Paulo, São Paulo, 11 jun. 1896. p. 2.
82. GODINHO, Victor. *A Febre Amarella no Estado de S. Paulo - Pathogenia, Transmissibilidade, Tractamento Racional*. O Estado de São Paulo, São Paulo, 6 mar. 1897. p. 1; 11 mar. 1897. p. 2; 17 mar. 1897. p. 1; 18 mar. 1897. p. 3; 21 mar. 1897. p. 2.
83. HIGIENE do Estado. Correio Paulistano, São Paulo, 10 mar. 1896. p. 1; 11 mar. 1896. p. 1.
84. HIGIENE Publica. O Estado de São Paulo, São Paulo, 7 jun. 1894. p. 1.

85. HIGIENE Publica - Aos Nossos Colegas do Paiz. Correio Paulistano, São Paulo, 5 abr. 1896. p. 1.
86. LIMEIRA. O Estado de São Paulo, São Paulo, 24 jun. 1895. p. 1.
87. LIMEIRA. O Estado de São Paulo, São Paulo, 6 jan. 1896. p. 1.
88. LIMEIRA. O Estado de São Paulo, São Paulo, 10 jan. 1896. p. 1.
89. LIMEIRA. O Estado de São Paulo, São Paulo, 12 jan. 1896. p. 1.
90. LIMEIRA. O Estado de São Paulo, São Paulo, 21 jan. 1896. p. 1.
91. LUTZ, Adolpho. *O Sôro Caldas*. O Estado de São Paulo, São Paulo, 15 mai. 1897. p. 1.
92. MAGALHÃES, Bernardo. *Epidemiologia - Notas de Contribuição para a Hygiene Deffensiva contra a Febre Amarella*. O Estado de São Paulo, São Paulo, 26 mai. 1896; 28 mai. 1896. p. 1; 30 mai. 1896. p. 1; 3 jun. 1896. p. 1; 7 jun. 1896. p. 1; 10 jun. 1896. p. 1; 13 jun. 1896. p. 2; 14 jun. 1896. p. 1; 17 jun. 1896. p. 1.
93. MELHORAMENTO Sanitario na Cidade e Porto de Santos. O Estado de São Paulo, São Paulo, 26 jun. 1894. p. 1.
94. MENDONÇA, Germano Xavier de. *Ao Generoso Povo de Jaboticabal* [Seção Livre]. Correio Paulistano, São Paulo, 10 dez. 1895. p. 2.
95. REPUBLICANO [O]. Araraquara, 12 mai. 1911. p. 1.
96. OCCURENCIAS no Rio Claro. Correio Paulistano, São Paulo, 28 mar. 1897. p. 1.
97. PREVENÇÃO Sanitária. Correio Paulistano, São Paulo, 20 mar. 1895. p. 1.
98. RECLAMAÇÕES Sanitárias. O Commercio de São Paulo, São Paulo, 11 dez. 1894. p. 1.
99. REDONDO, José. *Collaboração - A Epidemia no Interior do Estado*. Correio Paulistano, São Paulo, 9 abr. 1896. p. 2.
100. REICHERT, Theodoro. *A Febre Amarella - Discurso Pronunciado pelo dr. Theodoro Reichert na Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo*. O Estado de São Paulo, São Paulo, 13 jun. 1896. p. 1.
101. _____. *Febre Amarella*. O Estado de São Paulo, São Paulo, 18 jun. 1896. p. 1.
102. RELATÓRIO. Correio Paulistano, São Paulo, 27 dez. 1895. p. 2.
103. RIO Claro. O Estado de São Paulo, São Paulo, 5 jan. 1896. p. 1.

104. ROCHA, Ismael. *A Febre Amarella - Tractamento pelo Acido Arsenioso*. O Estado de São Paulo, 9 dez. 1896. p. 1.
105. SALUBRIDADE. O Commercio de São Paulo, São Paulo, 2 mar. 1895. p. 1; 5 mar. 1895. p. 1; 7 mar. 1895. p. 1; 12 mar. 1895. p. 1; 15 mar. 1895. p. 1; 16 mar. 1895. p. 1; 19 mar. 1895. p. 1.
106. SALUBRIDADE Publica. Correio Paulistano, São Paulo, 16 set. 1894. p. 1.
107. SANARELLI, Giuseppe. *A Febre Amarella - Conferencia do dr. Sanarelli*. Correio Paulistano, São Paulo, 11 jun. 1897. p. 1-2.
108. SANEAMENTO do Estado. O Estado de São Paulo, São Paulo, 7 jun. 1894. p. 1.
109. SANTOS e Campinas. O Estado de São Paulo, São Paulo, 21 mar. 1895. p. 1.
110. SANTOS. Correio Paulistano, São Paulo, 16 mai. 1895. p. 1.
111. SANTOS. O Estado de São Paulo, São Paulo, 29 mai. 1895. p. 1.
112. SÃO Carlos do Pinhal. O Estado de São Paulo, São Paulo, 26 mar. 1895. p. 1.
113. SÃO Carlos do Pinhal. Correio Paulistano, São Paulo, 2 fev. 1896. p. 2.
114. SÃO Carlos do Pinhal. Correio Paulistano, São Paulo, 7 fev. 1896. p. 2.
115. SÃO Carlos do Pinhal. O Estado de São Paulo, São Paulo, 17 mar. 1896. p. 1.
116. SÃO Carlos do Pinhal. O Estado de São Paulo, São Paulo, 21 mar. 1896. p. 1.
117. SÃO Carlos do Pinhal. Correio Paulistano, São Paulo, 30 jun. 1896. p. 2.
118. SERO Anti-Amarillico [O]. O Estado de São Paulo, São Paulo, 8 mai. 1897. p. 1.
119. SILVA PINTO JUNIOR, Joaquim José. *Relatório*. Correio Paulistano, São Paulo, 27 dez. 1895. p. 2.
120. SORO Caldas [O]. O Estado de São Paulo, São Paulo, 14 mai. 1897. p. 1.
121. TRAGÉDIA de Araraquara [Seção Livre]. O Estado de São Paulo, São Paulo, 21 jul. 1897. p. 2; 24 jul. 1897. p. 2.
122. TRATAMENTO da Febre Amarella pelo Serum Anti-Amarillico [Seção Livre]. Correio Paulistano, São Paulo, 13 abr. 1897. p. 4.

Legislação

1. ARARAQUARA. *Lei Orgânica de 7 de Janeiro de 1896. Regimento Interno da Câmara Municipal de Araraquara. Lei Orgânica de 7 de Janeiro de 1896.* Araraquara: Typ. d'A Notícia, 1896.
2. _____. *Lei nº 1, de 7 de Fevereiro de 1896. Orça a receita e fixa a despesa da Câmara Municipal de Araraquara para o exercício de 1896. Leis e Regulamentos da Câmara Municipal de Araraquara.* Araraquara: Typ. d'A Noticia, 1896. p. 3-4.
3. _____. *Lei nº 4, de 7 de Fevereiro de 1896. Trata da reforma e saneamento do cemitério municipal e da criação de um novo cemitério. Leis e Regulamentos da Câmara Municipal de Araraquara.* Araraquara: Typ. d'A Noticia, 1896. p. 7-8.
4. _____. *Lei nº 5, de 7 de Fevereiro de 1896. Trata da limpeza pública em Araraquara. Leis e Regulamentos da Câmara Municipal de Araraquara.* Araraquara: Typ. d'A Noticia, 1896. p. 9-10.
5. _____. *Lei nº 12, de 9 de Junho de 1897. Cuida dos cães vadios na cidade. Livro de Leis, Decretos, Regulamentos e Resoluções da Câmara Municipal de Araraquara - 1896/1907.* Araraquara: manuscrito, 1907. p. 62-63.
6. _____. *Lei nº 15, de 17 de Janeiro de 1898. Autoriza a nomeação dum médico municipal... Livro de Leis, Decretos, Regulamentos e Resoluções da Câmara Municipal de Araraquara - 1896/1907.* Araraquara: manuscrito, 1907. p. 66.
7. _____. *Lei nº 19, de 8 de Fevereiro de 1899. Providencia sobre a construção de cortiços e semelhantes na cidade. Livro de Leis, Decretos, Regulamentos e Resoluções da Câmara Municipal de Araraquara - 1896/1907.* Araraquara: manuscrito, 1907. p. 92.
8. _____. *Lei nº 27, de 5 de Outubro de 1900. Proíbe a abertura de poços no perímetro da cidade. Livro de Leis, Decretos, Regulamentos e Resoluções da Câmara Municipal de Araraquara - 1896/1907.* Araraquara: manuscrito, 1907. p. 124.
9. _____. *Lei nº 28, de 5 de Outubro de 1900. Autoriza a reabertura do cemitério velho. Livro de Leis, Decretos, Regulamentos e Resoluções da Câmara Municipal de Araraquara - 1896/1907.* Araraquara: manuscrito, 1907. p. 124-125.

10. ARARAQUARA. *Lei nº 58, de 31 de Dezembro de 1902. Define um Código de Posturas para Araraquara. Lei nº 58 de 31 de Dezembro de 1902 - Posturas Municipaes.* Araraquara: Typ. d'O Popular, 1903.
11. _____. *Lei nº 82, de 22 de Outubro de 1903. Orça a receita e fixa a despesa da Câmara Municipal de Araraquara para o exercício de 1904. Lei nº 82 de 22 de Outubro de 1903.* Araraquara: Typ. d'O Popular, 1903.
12. _____. *Ato nº 5, de 18 de Outubro de 1904. Determina que o fiscal João Maria da Costa Faria fique encarregado exclusivamente do serviço de higiene. Livro de Leis, Decretos, Regulamentos e Resoluções da Câmara Municipal de Araraquara - 1896/1907.* Araraquara: manuscrito, 1907. p. 301-302.
13. _____. *Lei nº 94, de 10 de Novembro de 1904. Autoriza o executivo municipal a empreender no exercício de 1905, o calçamento de parte das ruas e avenidas da cidade. Livro de Leis, Decretos, Regulamentos e Resoluções da Câmara Municipal de Araraquara - 1896/1907.* Araraquara: manuscrito, 1907. p. 314-315.
14. _____. *Lei nº 103, de 4 de Outubro de 1906. Orça a receita e fixa a despesa do município de Araraquara para o exercício de 1906. Lei nº 103, de 4 de Outubro de 1905.* Araraquara: Typ. d'A Imprensa, 1906.
15. _____. *Lei nº 107, de 2 de Maio de 1906. Revoga a interdição do cemitério velho da cidade. Livro de Leis, Decretos, Regulamentos e Resoluções da Câmara Municipal de Araraquara - 1896/1907.* Araraquara: manuscrito, 1907. p. 391.
16. _____. *Ato nº 30, de 9 de Maio de 1906. Abre o crédito de 1:000\$000 anual para aluguel de um prédio destinado ao Posto Sanitário. Livro de Leis, Decretos, Regulamentos e Resoluções da Câmara Municipal de Araraquara - 1896/1907.* Araraquara: manuscrito, 1907. p. 397-398.
17. _____. *Ato nº 36, de 8 de Junho de 1906. Suspende a interdição do antigo cemitério da cidade e dá-lhe denominação. Livro de Leis, Decretos, Regulamentos e Resoluções da Câmara Municipal de Araraquara - 1896/1907.* Araraquara: manuscrito, 1907. p. 408.
18. _____. *Lei nº 207, de 28 de Outubro de 1912. Orça a receita e fixa a despesa do Município para o exercício de 1913. Lei nº 207, de 28 de Outubro de 1912.* Araraquara: Typ. Silveira, [191?].
19. _____. *Lei nº 241, de 30 de Outubro de 1916. Orça a receita e fixa a despesa do município de Araraquara para o exercício de 1917. Lei nº 241, de 30 de Outubro de 1916.* Araraquara: Typ. d'O Popular, 1916.

20. ARARAQUARA. *Lei nº 249, de 8 de Outubro de 1917. Orça a receita e fixa a despesa do município de Araraquara para o exercício de 1918. Leis e Actos da Câmara Municipal de Araraquara Votados Durante o Anno de 1917. Araraquara: Typ. d'O Popular, [191?]. p. 22.*
21. _____. *Lei nº 28, de 5 de Outubro de 1924. Orça a receita e fixa a despesa do Município, para o exercício de 1925. Lei nº 28, de 1925. Araraquara: [s.n.], 1925.*
22. _____. *Lei nº 60, de 20 de Outubro de 1929. Orça a receita e fixa a despesa do Município para o exercício de 1930. Lei nº 60 de 20 de Outubro de 1929. Araraquara: Est. Graphico Irmãos Lia, 1930.*
23. DOIS CÓRREGOS. *Lei nº 4, de 4 de Maio de 1896. Posturas codificadas do Município de Dois Córregos. Posturas Codificadas da Villa de Dous Corregos e seu Municipio. São Paulo: Typ. Salesiana, 1896.*
24. JABOTICABAL. *Lei nº 53, de 27 de Maio de 1902. Estabelece o Código de Posturas do município de Jaboticabal. Livro de Atas da Câmara Municipal de Jaboticabal - 1902. Jaboticabal: manuscrito, 1902.*
25. SÃO PAULO. *Lei nº 12, de 28 de Outubro de 1891. Organiza o Serviço Sanitário do Estado. Colecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1889-1891. 2. ed. São Paulo: Imprensa Official [do Estado de São Paulo], 1938. p. 233-234.*
26. _____. *Lei nº 13, de 7 de Novembro de 1891. Torna obrigatória a vacinação e revacinação em todo o Estado. Colecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1889-1891. 2. ed. São Paulo: Imprensa Official [do Estado de São Paulo], 1938. p. 234-235.*
27. _____. *Lei nº 16, de 13 de Novembro de 1891. Organiza os municípios do Estado. Colecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1889-1891. 2. ed. São Paulo: Imprensa Official [do Estado de São Paulo], 1938. p. 248-258.*
28. _____. *Lei nº 35, de 28 de Junho de 1892. Autoriza o Governo a despender a soma necessária para o saneamento de Santos, São Paulo e outras localidades do Estado... Colleção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1892. São Paulo: Diario Official [do Estado de São Paulo], 1897. p. 19-20.*
29. _____. *Lei nº 37, de 19 de Julho de 1892. Restringindo a lei sobre a obrigatoriedade da vacinação e revacinação no Estado de São Paulo, de conformidade com a lei nº 13, de 7 de Novembro de 1891. Colleção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1892. São Paulo: Diario Official [do Estado de São Paulo], 1897. p. 21.*
30. _____. *Lei nº 43, de 18 de Julho de 1892. Organiza o Serviço Sanitário do Estado. Colleção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1892. São Paulo: Diario Official [do Estado de São Paulo], 1897. p. 25-28.*

31. SÃO PAULO. Decreto nº 53, de 25 de Abril de 1892. Abre no Tesouro do Estado um crédito suplementar para proceder aos estudos preliminares indispensáveis á organização de um plano de saneamento de Santos e da Capital... Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1892. São Paulo: Diarío Official [do Estado de São Paulo], 1897. p. 118.
32. _____. Decreto nº 64, de 23 de Junho de 1892. Cria uma comissão incumbida de verificar as condições higiênicas dos prédios nas cidades do Estado. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1892. São Paulo: Diarío Official [do Estado de São Paulo], 1897. p. 156-157.
33. _____. Decreto nº 87, de 29 de Julho de 1892. Regulamenta a lei n. 43 de 18 de Julho do corrente ano, que organiza o serviço sanitário do Estado. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1892. São Paulo: Diarío Official [do Estado de São Paulo], 1897. p. 185-205.
34. _____. Lei nº 240, de 4 de Setembro de 1893. Reorganiza o Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1893. São Paulo: Diarío Official [do Estado de São Paulo], 1913. p. 160-178.
35. _____. Decreto nº 157, de 28 de Fevereiro de 1893. Dá regulamento para o Laboratório Farmacêutico do Estado. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1893. São Paulo: Diarío Official [do Estado de São Paulo], 1913. p. 52-57.
36. _____. Decreto nº 158, de 28 de Fevereiro de 1893. Dá regulamento para o Laboratório de Bacteriologia do Estado. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1893. São Paulo: Diarío Official [do Estado de São Paulo], 1913. p. 57-59.
37. _____. Decreto nº 159, de 28 de Fevereiro de 1893. Dá regulamento para o Laboratório de Análises Químicas do Estado. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1893. São Paulo: Diarío Official [do Estado de São Paulo], 1913. p. 59-63.
38. _____. Decreto nº 219, de 30 de Novembro de 1893. Aprova o regulamento para o serviço geral de desinfecção. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1893. São Paulo: Diarío Official [do Estado de São Paulo], 1913. p. 294-317.
39. _____. Decreto nº 233, de 2 de Março de 1894. Estabelece o Código Sanitário. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1894. São Paulo: Diarío Official [do Estado de São Paulo], 1895. p. 9-43.
40. _____. Decreto nº 266, de 31 de Outubro de 1894. Dá regulamento para os Hospitais de Isolamento. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1894. São Paulo: Diarío Official [do Estado de São Paulo], 1895. p. 177-184.

41. SÃO PAULO. *Lei nº 368, de 3 de Setembro de 1895. Autoriza o Governo a abrir um crédito no valor de 1.000:000\$000, suplementar ao do artigo 7º, parágrafo 10, da lei nº 310, de 24 de Dezembro de 1894. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1895.* São Paulo: Diário Oficial [do Estado de São Paulo], 1896. p. 52-53.
42. _____. *Lei nº 380, de 23 de Setembro de 1895. Fixa a despesa e orça a receita para o ano financeiro de 1º de Janeiro a 31 de Dezembro de 1896. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1895.* São Paulo: Diário Oficial [do Estado de São Paulo], 1896. p. 78-102.
43. _____. *Lei nº 421, de 27 de Julho de 1896. Autoriza o Governo a promover a execução das obras necessárias ao saneamento da Capital, Santos, Campinas e demais localidades do Estado, que tiverem sido acometidas pela epidemia... Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1896.* São Paulo: Diário Oficial [do Estado de São Paulo], 1897. p. 27-29.
44. _____. *Lei nº 432, de 3 de Agosto de 1896. Sobre o Serviço Sanitário do Estado. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1896.* São Paulo: Diário Oficial [do Estado de São Paulo], 1897. p. 38-57.
45. _____. *Decreto nº 394, de 7 de Outubro de 1896. Aprova o regulamento do Serviço Sanitário. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1896.* São Paulo: Diário Oficial [do Estado de São Paulo], 1897. p. 395-430.
46. _____. *Decreto nº 412, de 2 de Dezembro de 1896. Aprova o regulamento dos hospitais de isolamento do Estado. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1896.* São Paulo: Diário Oficial [do Estado de São Paulo], 1897. p. 534-543.
47. _____. *Lei nº 594, de 5 de Setembro de 1898. Fixa a despesa e orça a receita para 1899. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1898.* São Paulo: Diário Oficial [do Estado de São Paulo], 1899. p. 71-98.
48. _____. *Decreto nº 1294, de 19 de Julho de 1905. Aprova e manda observar o regulamento para o serviço de inscrição das amas de leite na Capital. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1905.* São Paulo: Diário Oficial [do Estado de São Paulo], 1906. p. 101-103.
49. _____. *Decreto nº 1343, de 27 de Janeiro de 1906. Divide o território do Estado em distritos sanitários e dispõe a respeito da polícia sanitária. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1906.* São Paulo: Diário Oficial [do Estado de São Paulo], 1907. p. 5-13.

50. SÃO PAULO. Decreto nº 1395, de 3 de Setembro de 1906. Cria, na Diretoria do Serviço Sanitário, o Serviço de Profilaxia e Tratamento do Tracoma. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1906. São Paulo: Diário Oficial [do Estado de São Paulo], 1907. p. 148-149.
51. _____. Lei nº 1134, de 7 de Outubro de 1908. Regula o exercício das profissões de farmacêutico, dentista e parteira. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1908. São Paulo: Diário Oficial [do Estado de São Paulo], 1909, p. 15-25.
52. _____. Lei nº 1160, de 29 de Dezembro de 1908. Orça a receita e fixa a despesa para o exercício de 1909. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1908. São Paulo: Diário Oficial [do Estado de São Paulo], 1909, p. 49-89.
53. _____. Decreto nº 1629, de 22 de Junho de 1908. Dissolve a Comissão de Profilaxia e Tratamento do Tracoma e dispensa todo seu pessoal. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1908. São Paulo: Diário Oficial [do Estado de São Paulo], 1909, p. 166.
54. _____. Lei nº 1163, de 30 de Dezembro de 1908. Concede subvenção para a fundação de sanatórios destinados ao tratamento de tuberculosos. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1908. São Paulo: Diário Oficial [do Estado de São Paulo], 1909, p. 92-93.
55. _____. Lei n. 1245, de 30 de Dezembro de 1910. Orça a receita e fixa a despesa para o exercício financeiro de 1911. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1910. São Paulo: Diário Oficial [do Estado de São Paulo], 1911, p. 70-127.
56. _____. Lei nº 1299-A, de 27 de Dezembro de 1911. Cria o Patronato Agrícola. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1911. São Paulo: Diário Oficial [do Estado de São Paulo], 1912. p. 73-77.
57. _____. Lei nº 1310, de 30 de Dezembro de 1911. Aprova o decreto nº 2141, de 14 de Novembro de 1911, expedido pelo Poder Executivo, reorganizando o Serviço Sanitário e o Regulamento... Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1911. São Paulo: Diário Oficial [do Estado de São Paulo], 1912. p. 147-148.
58. _____. Decreto nº 2141, de 14 de Novembro de 1911. Reorganiza o Serviço Sanitário do Estado. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1911. São Paulo: Diário Oficial [do Estado de São Paulo], 1912. p. 376-448.
59. _____. Decreto nº 2214, de 15 de Março de 1912. Aprova o regulamento para execução da lei nº 1299-A, de 27 de Dezembro de 1911, que criou o Patronato Agrícola. Collecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1912. São Paulo: Diário Oficial [do Estado de São Paulo], 1912. p. 109-110.

60. SÃO PAULO. *Decreto nº 2532, de 14 de Setembro de 1914. Dissolve a Comissão Provisória contra o Tracoma e outras moléstias dos olhos e dispensa todo seu pessoal. Colecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1914.* 3. ed. São Paulo: Imprensa Oficial [do Estado de São Paulo], 1950. p. 175.
61. _____. *Lei nº 1582, de 20 de Dezembro de 1917. Autoriza o governo a entrar em acordo com a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, para a profilaxia da lepra. Colecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1917.* 2. ed. São Paulo: Imprensa Oficial [do Estado de São Paulo], 1938. p. 52-53.
62. _____. *Lei nº 1596, de 29 de Dezembro de 1917. Reorganiza o Serviço Sanitário do Estado. Colecção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1917.* 2. ed. São Paulo: Imprensa Oficial [do Estado de São Paulo], 1938. p. 124-165.

Documentos Oficiais: Anais, Relatórios, Ofícios e Anuários.

1. BRASIL. Constituições do Brasil - 1824 (1834 - Acto Add.), 1891-1926 e 1934. [S.l.: s.n.], [19??].
2. BRASIL. Diretoria Geral de Estatística. Resumo Histórico dos Inquéritos Censitários Realizados no Brasil. Introdução ao Recenseamento do Brasil de 1920. São Paulo: Instituto de Pesquisas Econômicas/USP, 1986. Edição fac-similada.
3. BRASIL. Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio. Anuario Estatístico do Brazil - 1908-1912. Rio de Janeiro: Typ. da Estatística, 1916.
4. BRAZIL, Vital. *Relatório apresentado á Directoria do Serviço Sanitário pelo dr. Vital Brazil Inspector Sanitário em Comissão no Belém do Descalvado - 1894.* In: SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório apresentado ao Presidente do Estado de S. Paulo pelo dr. Cesario Motta Junior Secretário d'Estado dos Negócios do Interior em 31 de Março de 1895. São Paulo: Diario Oficial [do Estado de São Paulo], 1895. p. 1-32. anexo.
5. BRITTO, Rozendo de Souza. O Povo e o Commercio de Araraquara - 20 de Junho de 1896. Araraquara: manuscrito, 1896.
6. CÂMARA DOS DEPUTADOS (São Paulo). Annaes da Câmara dos Deputados do Estado de São Paulo. São Paulo: [s.n.], 1891/1925.
7. CÂMARA MUNICIPAL. Araraquara. Ofício de Julio de Sousa Magalhães, de 10 de Fevereiro de 1895, ao Presidente e demais membros da Câmara Municipal de Araraquara. Araraquara: manuscrito, 1895.

8. CÂMARA MUNICIPAL. Araraquara. Ofício do Presidente da Câmara Municipal de Araraquara de 10 de Junho de 1895 ao Secretário dos Negócios do Interior do Estado de São Paulo. Livro de Ofícios Expedidos pela Câmara e Intendência Municipal de Araraquara nº 380 - 1895. Araraquara: manuscrito, 1895.
9. _____. Ofício do Presidente da Câmara Municipal de Araraquara de 10 de Junho de 1895 ao Secretário dos Negócios da Agricultura, Commercio e Obras Publicas do Estado de São Paulo. Livro de Ofícios Expedidos pela Câmara e Intendência Municipal de Araraquara nº 380 - 1895. Araraquara: manuscrito, 1895.
10. _____. Ofício do Presidente da Câmara Municipal de Araraquara de 9 de Agosto de 1895 ao Secretário dos Negócios da Agricultura, Commercio e Obras Publicas do Estado de São Paulo. Livro de Ofícios Expedidos pela Câmara e Intendência Municipal de Araraquara nº 380 - 1895. Araraquara: manuscrito, 1895.
11. _____. Portaria do Juízo transferindo transitoriamente para a Estação de Américo Brasiliense a Sede da Comarca - 1895 - Cartório do 1º Ofício e anexos. Araraquara: manuscrito, 1895.
12. _____. Ofício do Presidente da Câmara Municipal de Araraquara de 22 de Julho de 1896 ao Secretário dos Negócios da Agricultura, Commercio e Obras Publicas do Estado de São Paulo. Livro de Ofícios Expedidos pela Câmara e Intendência Municipal de Araraquara nº 379 - 1896. Araraquara: manuscrito, 1896.
13. _____. Ofício do Intendente Geral da Câmara Municipal de Araraquara, de 26 de Agosto de 1896 para a Câmara. Araraquara: manuscrito, 1896.
14. _____. Ofício do Engenheiro Civil Paulo Raihamann, encarregado do saneamento de Araraquara, de 1º de Julho de 1896, ao Intendente Geral da Câmara Municipal de Araraquara, Pinto Ferraz. Araraquara: manuscrito, 1896.
15. _____. Ofício do Presidente da Câmara Municipal de Araraquara de 2 de Janeiro de 1897 ao Presidente do Estado de São Paulo Manoel Ferraz de Campos Salles. Araraquara: manuscrito, 1897.
16. _____. Relatório apresentado á Câmara Municipal em 23 de Fevereiro de 1898 pelo Coronel João de Almeida Leite Moraes, Presidente da Câmara. Araraquara: Typ. d'A Notícia, 1898.
17. _____. Ofício de Benedicto Garcia de Oliveira ao Intendente da Câmara Municipal de Araraquara, de 4 de Setembro de 1898. Araraquara: manuscrito, 1898.
18. _____. Livros de Assentamento de Óbitos do Cemitério Municipal de Araraquara. Araraquara: manuscrito, 1890/1899.

19. CÂMARA MUNICIPAL. Araraquara. Livro de Recenseamento de Araraquara de 1902. Araraquara: manuscrito, 1902.
20. _____. Relatório apresentado á Câmara Municipal em 10 de Março de 1907 pelo Prefeito Municipal Tenente Coronel Pio C. de Almeida Moraes. Araraquara: Typ. Silveira, 1907.
21. _____. Relatório apresentado á Câmara Municipal em 15 de Janeiro de 1909 pelo Prefeito Americo Danielli. Araraquara: Typ. Silveira, 1909.
22. _____. Relatório do Prefeito Dario Alves de Carvalho apresentado á Câmara Municipal em 15 de Janeiro de 1912. Araraquara: Typ. Dantas, [191?]
23. _____. Relatório do Prefeito Municipal Dario Alves de Carvalho apresentado á Câmara Municipal em 15 de Janeiro de 1914. Araraquara: Est. Grap. Universal, 1914.
24. _____. Relatório do Prefeito Municipal Dario Alves de Carvalho apresentado á Câmara Municipal em 15 de Janeiro de 1917. Araraquara: Typ. Commercial, 1917.
25. _____. Livro de Atas da Câmara Municipal de Araraquara. Araraquara: manuscrito, 1895/1923.
26. COMPANHIA Industrial Agricola e Pastoril d'Oeste de São Paulo - Fazendas do Cambuhy. Contracto para o Anno Agricola 1924-1925. [S.l.: s.n.] [192?]
27. CONGRESSO CONSTITUINTE. São Paulo. Annaes do Congresso Constituinte de 1905. São Paulo: [s.n.], [190?].
28. FILGUEIRAS, Tolentino. Relatório Anual da Comissão do Serviço Sanitário apresentado pelo Chefe dr. Tolentino Filgueiras - Santos, Estado de São Paulo, 1894. In: SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório apresentado ao Presidente do Estado de S. Paulo pelo dr. Cesario Motta Junior Secretário d'Estado dos Negócios do Interior em 31 de Março de 1895. São Paulo: Diario Official [do Estado de São Paulo], 1895. anexo.
29. IBGE. Estatísticas Históricas do Brasil - Séries Econômicas, Demográficas e Sociais de 1550 a 1985. Rio de Janeiro: IBGE, 1987. (Séries Estatísticas Retrospectivas, v. 3)
30. MELLO, Balthazar Vieira de. A Epidemia na Limeira e no Rio Claro - Relatório ao Diretor Geral do Serviço Sanitário em 30 de Junho de 1894 pelo dr. Balthazar Vieira de Mello, Chefe das Comissões. São Paulo: manuscrito, 1894.
31. PARÓQUIA de São Bento. Araraquara. Livro de Tombo nº 2. Araraquara: manuscrito, [189?]. p. 6-7. [Arquivo da Cúria Diocesana de São Carlos]

32. RIBAS, Emilio. Relatório ao dr. José Cardoso de Almeida, Secretário dos Negócios do Interior e da Justiça, pelo dr. Emilio Ribas, Diretor do Serviço Sanitário do Estado de S. Paulo. São Paulo: Diario Official [do Estado de São Paulo], 1905.
33. SAMPAIO, Theodoro. Relatório ao Secretário dos Negócios do Interior do Estado de São Paulo. São Paulo: manuscrito, [189?].
34. _____. Relatório do dr. Theodoro Sampaio, Engenheiro Sanitário, ao Secretário dos Negócios do Interior. In: SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório apresentado ao Presidente do Estado de S. Paulo em 15 de Março de 1897 pelo Secretário de Estado dos Negócios do Interior Antonio Dino da Costa Bueno. São Paulo: Diario Official [do Estado de São Paulo], 1897. anexo I.
35. SÃO PAULO. Constituição do Estado de São Paulo promulgada a 14 de Julho de 1891. São Paulo: Diario Official [do Estado de São Paulo], 1891.
36. _____. Mensagem do Presidente do Estado ao Congresso Legislativo em 1893. São Paulo: [s.n.], [189?].
37. _____. Anuario Estatístico da Repartição de Estatística e Arquivo de São Paulo - 1901. [S.l: s.n.], [190?].
38. _____. Anuario Estatístico da Seccão de Demographia - Anno de 1901. São Paulo: Diario Official [do Estado de São Paulo], 1902.
39. _____. Anuario Estatístico da Seccão de Demographia - Anno de 1902. São Paulo: Diario Official [do Estado de São Paulo], 1903.
40. _____. Mensagem ao Congresso do Estado a 7 de Abril de 1905 pelo Presidente de São Paulo, dr. Jorge Tibiriçá. São Paulo: Diario Official [do Estado de São Paulo], 1905.
41. _____. Anuario Estatístico de São Paulo (Brazil) - 1906. São Paulo: Typ. Espíndola, 1908. v. 1.
42. _____. Anuario Estatístico de São Paulo (Brazil) - 1909. São Paulo: Casa Vannorden, 1911. (Movimento da população, v. 1)
43. _____. Carte Générale de l'État de São Paulo (Brésil). Bruxelles: Commissariat Général du Gouvernement de l'État de São Paulo, 1910.
44. _____. Anuario Estatístico de São Paulo (Brazil) - 1911. São Paulo: Typ. Siqueira, Nagel, 1913. V. I: Movimento da população e estatística moral.
45. _____. Mensagens apresentadas ao Congresso Legislativo de S. Paulo pelos Presidentes do Estado e Vice-Presidentes em Exercício, desde a Proclamação da República até ao Anno de 1916. São Paulo: Diario Official [do Estado de São Paulo], 1916.

46. SÃO PAULO. Anuario Demographico - 1917. São Paulo: Diário Official [do Estado de São Paulo], 1919. (Seção de Estatística Demógrafo Sanitária).
47. _____. Anuario Demographico - 1920. São Paulo: Diário Official, [do Estado de São Paulo], 1924. 2 v. (Seção de Estatística Demógrafo Sanitária).
48. SÃO PAULO. Presidência da Província. Relatório apresentado á Assembléa Legislativa Provincial de São Paulo pelo Presidente da Província João Alfredo Corrêa de Oliveira no dia 15 de Fevereiro de 1886. São Paulo: Typ. J. Seckler, 1886.
49. _____. Exposição com que o Visconde do Parnahyba passou a Administração da Província de São Paulo ao dr. Francisco de Paula Rodrigues Alves Presidente desta Província no dia 18 de Novembro de 1887. São Paulo: Typ. J. Seckler, 1888.
50. _____. Relatório apresentado á Assembléa Legislativa Provincial de São Paulo pelo Presidente da Província dr. Pedro Vicente de Azevedo no dia 11 de Janeiro de 1889. São Paulo: Typ. J. Seckler, 1889.
51. _____. Exposição com que o dr. Pedro Vicente de Azevedo passou a Administração da Província de S. Paulo ao dr. Barão de Jaguára no dia 11 de Abril de 1889. São Paulo: Typ. J. Seckler, 1889.
52. _____. Exposição com que o dr. Barão de Jaguára passou a Administração da Província de S. Paulo ao General dr. José Vieira Couto de Magalhães no dia 10 de Junho de 1889. São Paulo: Typ. J. Seckler, 1889.
53. _____. Relatório do Inspector de Higiene da Província de São Paulo ao Inspector Geral de Higiene do Império, referente a 1887. Archivos de Higiene e Saúde Pública, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 93-105, 1936.
54. SÃO PAULO. Secretaria da Agricultura. Relatório apresentado ao Presidente do Estado de São Paulo pelo dr. Jorge Tibiriçá Secretário dos Negócios da Agricultura, Commercio e Obras Públicas em 4 de Abril de 1893. Rio de Janeiro: Typ. G. Leuzinger & Filhos, 1893.
55. _____. Relatório apresentado ao Presidente do Estado de São Paulo pelo dr. Jorge Tibiriçá Secretário dos Negócios da Agricultura, Commercio e Obras Publicas sobre os Serviços no Anno de 1893. São Paulo: Typ. Vanorden, 1894.
56. _____. Relatório da Secretaria dos Negócios da Agricultura, Commercio e Obras Publicas do Estado de S. Paulo apresentado em 3 de Março de 1895 ao dr. Bernardino de Campos Presidente do Estado de São Paulo pelo dr. Jorge Tibiriçá Secretário de Estado. São Paulo: Typ. Horacio Belfort Sabino, 1895.

57. SÃO PAULO. Secretaria da Agricultura. Relatório da Secretaria da Agricultura, Commercio e Obras Publicas apresentado ao Presidente do Estado pelo dr. Theodoro Dias de Carvalho Junior - 1895. São Paulo: Typ. Espindola, Siqueira e Comp., 1898.
58. _____. Relatório de 1896 apresentado ao dr. Manoel Ferraz de Campos Salles Presidente do Estado pelo dr. Alvaro Augusto da Costa Carvalho Secretário dos Negócios da Agricultura, Commercio e Obras Publicas. São Paulo: Typ. Espindola, Siqueira e Comp., 1897.
59. _____. Relatório de 1897 apresentado ao dr. Francisco de Assis Peixoto Gomide Vice-Presidente do Estado pelo dr. Firmiano M. Pinto Secretário dos Negócios da Agricultura, Commercio e Obras Publicas. São Paulo: Typ. Espindola, Siqueira e Comp., 1898.
60. _____. Relatório Correspondente ao Anno de 1898 apresentado ao Presidente do Estado Coronel Fernando Prestes de Albuquerque pelo dr. Alfredo Guedes Secretário da Agricultura. São Paulo: Diario Official [do Estado de São Paulo], 1899.
61. _____. Officio Circular da Secretaria da Agricultura, Commercio e Obras Publicas nº 21, de 19 de Julho de 1901, às Câmaras Municipais do Estado. São Paulo: [s.n.], 1901.
62. SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório apresentado ao Vice-Presidente do Estado de São Paulo pelo Secretário dos Negócios do Interior Vicente de Carvalho a 7 de Abril de 1892. São Paulo: Typ. Vanorden, 1892.
63. _____. Relatório apresentado ao Presidente do Estado de São Paulo pelo dr. Cesario Motta Junior Secretário dos Negócios do Interior a 7 de Abril de 1893. São Paulo: Typ. Vanorden, 1893.
64. _____. Officio de Antonio Duarte Novaes, Oficial do Registro Civil de Remédios da Ponte do Rio Tietê, ao Diretor da Repartição de Estatística do Estado de São Paulo, de 7 de Outubro de 1893. Remédios da Ponte do Rio Tietê: manuscrito, 1893.
65. _____. Relatório apresentado ao Presidente do Estado de São Paulo pelo dr. Cesario Motta Junior Secretário d'Estado dos Negócios do Interior em 28 de Março de 1894. São Paulo: Typ. Vanorden, 1894.
66. _____. Relatório apresentado ao Presidente do Estado de S. Paulo pelo dr. Cesario Motta Junior Secretário d'Estado dos Negócios do Interior em 31 de Março de 1895. São Paulo: Diario Official [do Estado de São Paulo], 1895.
67. _____. Officio Circular da 2ª Secção da Secretaria dos Negócios do Interior às Câmaras Municipais do Estado de São Paulo, de 31 de Agosto de 1895. São Paulo: manuscrito, 1895.

68. SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório apresentado ao Presidente do Estado de S. Paulo em 30 de Março de 1896 pelo Secretario de Estado dos Negócios do Interior e Instrucção Publica Alfredo Pujol. São Paulo: Diario Official [do Estado de São Paulo], 1896.
69. _____. Relatório apresentado ao Presidente do Estado de S. Paulo em 15 de Março de 1897 pelo Secretário de Estado dos Negócios do Interior Antonio Dino da Costa Bueno. São Paulo: Diario Official [do Estado de São Paulo], 1897.
70. _____. Ofício Circular da Secretaria dos Negócios do Interior, 1ª Sub-Directoria, 2ª Seção, de 29 de Maio de 1897, às Câmaras Municipais do Estado. São Paulo: manuscrito, 1897.
71. _____. Ofício de João Krugener, Oficial do Registro Civil de Morro Pelado, município de Rio Claro, ao Diretor da Repartição de Estatística do Estado de São Paulo, de 21 de Julho de 1897. Rio Claro: manuscrito, 1897.
72. _____. Relatório apresentado ao Vice-Presidente do Estado de São Paulo pelo Secretário Interino dos Negócios do Interior em 31 de Março de 1898. São Paulo: Diario Official [do Estado de São Paulo], 1898.
73. _____. Ofício da Repartição de Estatística e Arquivo nº 278, ao Secretário dos Negócios do Interior, de 26 de Dezembro de 1898. São Paulo, manuscrito, 1898.
74. _____. Relatório correspondente ao Anno de 1898 apresentado ao Coronel Fernando Prestes de Albuquerque Presidente do Estado de S. Paulo por José Pereira de Queiroz Secretário de Estado dos Negócios do Interior. São Paulo: Diario Official [do Estado de São Paulo], [189?].
75. _____. Ofício de Paulino de Oliveira Maciel, Oficial de Registro Civil de Jaú, ao Diretor da Repartição de Estatística do Estado de São Paulo, de 29 de Março de 1899. Jaú: manuscrito, 1899.
76. _____. Ofício de Monsueto Ferrari Sobrinho, Oficial do Registro Civil do município de Morro Agudo, ao Diretor da Repartição de Estatística do Estado de São Paulo, de 10 de Abril de 1899. Morro Agudo: manuscrito, 1899.
77. _____. Ofício de Roberto Tavares, Oficial do Registro Civil de São Bento do Sapucaí, ao Diretor da Repartição de Estatística do Estado de São Paulo, de 10 de Julho de 1899. São Bento do Sapucaí: manuscrito, 1899.
78. _____. Ofício de Joaquim Portugal, Oficial do Registro Civil de Jardinópolis, ao Diretor da Repartição de Estatística do Estado de São Paulo, de 8 d. 1899. Jardinópolis: manuscrito, 1899.

79. SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Ofícios de Elias C. Oliveira, Oficial do Registro Civil de São José da Bela Vista, município de Franca, ao Diretor da Repartição de Estatística do Estado de São Paulo, de 10 de Julho de 1899 e 10 de Outubro de 1899. Franca: manuscrito, 1899.
80. Ofício de João Valerio de Oliveira, Oficial do Registro Civil de Bom Jesus de Ribeirão Grande, ao Diretor da Repartição de Estatística do Estado de São Paulo, de 2 de Outubro de 1899. Bom Jesus de Ribeirão Grande: manuscrito, 1899.
81. Ofícios do Oficial de Registro Civil da Vila de São José do Rio Preto ao Diretor da Repartição de Estatística do Estado de São Paulo, de 10 de Março de 1896, 28 de Abril de 1896, 13 de Maio de 1897 e 12 de Outubro de 1899. São José do Rio Preto: manuscrito, 1896/1899.
82. Ofícios de José Antonio da Cruz, Oficial de Registro Civil de Bananal, ao Diretor da Repartição de Estatística do Estado de São Paulo, de 12 de Junho de 1897, 10 de Janeiro de 1899, 10 de Janeiro de 1900 e 3 de Janeiro de 1900. Bananal: manuscrito, 1897/1900.
83. Ofício de Manoel Antonio Borges, Oficial do Registro Civil de Santa Isabel, ao Diretor da Repartição de Estatística do Estado de São Paulo, de 5 de Abril de 1900. Santa Isabel: manuscrito, 1900.
84. Ofício de Honorato Antonio da Cunha, Oficial do Registro Civil de Atibaia, ao Diretor da Repartição de Estatística do Estado de São Paulo, de 9 de Janeiro de 1900. Atibaia: manuscrito, 1900.
85. Ofício da Repartição de Estatística e Archivo ao Secretário dos Negócios do Interior, de 10 de Setembro de 1900. São Paulo: manuscrito, 1900.
86. Relatório apresentado ao Presidente do Estado de S. Paulo pelo Secretário dos Negócios do Interior e da Justiça José Cardoso de Almeida em 31 de Dezembro de 1904. São Paulo: Diarrio Official [do Estado de São Paulo], 1905.
87. Relatório apresentado ao dr. Jorge Tibiriçá Presidente do Estado de S. Paulo pelo Secretário de Estado dos Negócios do Interior dr. Gustavo de Oliveira Godoy - Anno de 1906. São Paulo: Typ. d'O Estado de São Paulo, 1907.
88. Relatório apresentado ao dr. Jorge Tibiriçá Presidente do Estado de São Paulo pelo Secretário de Estado dos Negócios do Interior dr. Gustavo de Oliveira Godoy - Anno de 1907-1908. São Paulo: Duprat, 1908.
89. Relatório de 1908-1909 apresentado pelo dr. Carlos Augusto Pereira Guimarães - Secretaria dos Negócios do Interior. São Paulo: Casa Garraux, 1912.

90. SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório apresentado ao dr. Altino Arantes Presidente do Estado pelo Secretário dos Negócios do Interior Oscar Rodrigues Alves - Anno de 1917. São Paulo: [s.n], [191?].
91. _____. Relatório apresentado ao dr. Altino Arantes Presidente do Estado pelo Secretário dos Negócios do Interior Oscar Rodrigues Alves - Anno de 1918. [S.l.: s.n.], [191?].
92. _____. Relatório apresentado ao dr. Altino Arantes Presidente do Estado pelo Secretário dos Negócios do Interior Oscar Rodrigues Alves - Anno de 1919. [S.l. : s.n.], [191?].
93. SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Inspeção de Higiene. Ofício da Inspeção de Higiene do Estado de São Paulo nº 1067, ao Secretário dos Negócios do Interior, de 5 de Abril de 1892. São Paulo: manuscrito, 1892.
94. _____. Ofício da Inspeção de Higiene do Estado de São Paulo nº 1185, de 26 de Abril de 1892, ao Secretário dos Negócios do Interior e anexos. São Paulo: manuscrito, 1892.
95. _____. Ofício da Inspeção de Higiene do Estado de São Paulo ao Secretário da Justiça, de 15 de Julho de 1892 e anexos. São Paulo: manuscrito, 1892.
96. _____. Ofício do Delegado de Higiene em Cunha, de 26 de Agosto de 1892, ao Secretário dos Negócios do Interior. Cunha: manuscrito, 1892.
97. SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Direção de Higiene. Ofício da Direção de Higiene do Estado de São Paulo nº 1871, de 25 de Novembro de 1892, ao Secretário dos Negócios do Interior. São Paulo: manuscrito, 1892.
98. _____. Ofício da Direção de Higiene do Estado de São Paulo nº 2868, de 19 de Junho de 1893, ao Secretário dos Negócios do Interior e anexos. São Paulo: manuscrito, 1893.
99. _____. Ofício da Direção de Higiene do Estado de São Paulo nº 2898, de 28 de Junho de 1893, ao Secretário dos Negócios do Interior. São Paulo: manuscrito, 1893.
100. _____. Ofício da Direção de Higiene do Estado de São Paulo nº 2967, de 10 de Julho de 1893, ao Secretário dos Negócios do Interior e anexos. São Paulo: manuscrito, 1893.
101. _____. Ofício da Direção de Higiene do Estado de São Paulo nº 3101, de 12 de Agosto de 1893, ao Secretário dos Negócios do Interior e anexos. São Paulo: manuscrito, 1893.
102. _____. Ofício da Direção de Higiene apresentando cópia do relatório do dr. Pedro Bandeira de Gouveia ao Secretário do Interior, em 17 de Novembro de 1893. São Paulo: manuscrito, 1893.

103. SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Diretoria do Serviço Sanitário. Relatório do Diretor da Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária ao Diretor do Serviço Sanitário de São Paulo- 1893. São Paulo: manuscrito, Dezembro de 1893.
104. Relatório do Diretor do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo - 1893. São Paulo: manuscrito, Dezembro de 1893.
105. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 948, de 11 de Julho de 1895, ao Secretário dos Negócios do Interior e anexos. São Paulo: manuscrito, 1895.
106. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 1000, de 25 de Julho de 1895, ao Secretário dos Negócios do Interior e anexos. São Paulo: manuscrito, 1895.
107. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 1095, de 20 de Agosto de 1895, ao Secretário dos Negócios do Interior. São Paulo: manuscrito, 1895.
108. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 1131, de 27 de Agosto de 1895, ao Secretário dos Negócios do Interior. São Paulo: manuscrito, 1895.
109. Ofício do Engenheiro Sanitário Theodoro Sampaio sobre Araraquara, de 11 de Setembro de 1895, ao Secretário dos Negócios do Interior. São Paulo: manuscrito, 1895.
110. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 1274, de 27 de Setembro de 1895, ao Secretário dos Negócios do Interior e anexos. São Paulo: manuscrito, 1895.
111. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário de 8 de Outubro de 1895, ao Secretário dos Negócios do Interior e anexos. São Paulo: manuscrito, 1895.
112. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário, de 7 de Novembro de 1895, ao Secretário dos Negócios do Interior e anexos. São Paulo: manuscrito, 1895.
113. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário de 9 de Novembro de 1895, ao Secretário dos Negócios do Interior e anexos. São Paulo: manuscrito, 1895.
114. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário, de 25 de Novembro de 1895, ao Secretário dos Negócios do Interior. São Paulo: manuscrito, 1895.
115. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 1602, de 25 de Novembro de 1895, ao Secretário dos Negócios do Interior. São Paulo: manuscrito, 1895.

116. SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Diretoria do Serviço Sanitário.. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário, de 7 de Dezembro de 1895, ao Secretário dos Negócios do Interior. São Paulo: manuscrito, 1895.
117. _____. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 1723, de 9 de Dezembro de 1895, ao Secretário dos Negócios do Interior. São Paulo: manuscrito, 1895.
118. _____. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 1839, de 24 de Dezembro de 1895, ao Secretário dos Negócios do Interior e anexos. São Paulo: manuscrito, 1895.
119. _____. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário, de 6 de Fevereiro de 1896, ao Presidente e demais membros da Câmara Municipal de Araraquara e anexos. São Paulo: manuscrito, 1896.
120. _____. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 1452, de 27 de Maio de 1896, ao Presidente e Membros da Câmara Municipal de Araraquara. São Paulo: manuscrito, 1896.
121. _____. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 1578, de 10 de Junho de 1896, ao Secretário dos Negócios do Interior e anexos. São Paulo: manuscrito, 1896.
122. _____. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário, de 22 de Junho de 1896, ao Secretário dos Negócios do Interior e anexos. São Paulo: manuscrito, 1896.
123. _____. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 2011, de 10 de Agosto de 1896, ao Secretário dos Negócios do Interior e anexos. São Paulo: manuscrito, 1896.
124. _____. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 2215, de 20 de Agosto de 1896, ao Secretário dos Negócios do Interior e anexos. São Paulo: manuscrito, 1896.
125. _____. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 2293, de 31 de Agosto de 1896, ao Secretário dos Negócios do Interior e anexos. São Paulo: manuscrito, 1896.
126. _____. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 2848, ao Secretário dos Negócios do Interior, de 10 de Novembro de 1896 e anexos. São Paulo: manuscrito, 1896.
127. _____. Ofício do Médico Demografista ao Diretor do Serviço Sanitário, de 20 de Novembro de 1896. São Paulo: manuscrito, 1896.
128. _____. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário de 11 de Dezembro de 1896 ao Secretário dos Negócios do Interior e anexos. São Paulo: manuscrito, 1896.

129. SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Diretoria do Serviço Sanitário. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário, de 18 de Dezembro de 1896, ao Secretário dos Negócios do Interior e anexos. São Paulo: manuscrito, 1896.
130. _____. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 331, ao Secretário dos Negócios do Interior, de 8 de Fevereiro de 1897. São Paulo: manuscrito, 1897.
131. _____. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 752, de 26 de Março de 1897, ao Secretário dos Negócios do Interior e anexos. São Paulo: manuscrito, 1897.
132. _____. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 1119, de 5 de Maio de 1897, ao Secretário dos Negócios do Interior e anexos. São Paulo: manuscrito, 1897.
133. _____. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 1192, de 26 de Julho de 1897, ao Secretário dos Negócios do Interior. São Paulo: manuscrito, 1897.
134. _____. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 1287, ao Secretário dos Negócios do Interior, de 4 de Agosto de 1897 e anexos. São Paulo: manuscrito, 1897.
135. _____. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário, de 4 de Agosto de 1897, ao Secretário dos Negócios do Interior. São Paulo: manuscrito, 1897.
136. _____. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 1526, de 30 de Agosto de 1897, ao Secretário dos Negócios do Interior e anexos. São Paulo: manuscrito, 1897.
137. _____. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 1941, de 4 de Novembro de 1897, ao Secretário dos Negócios do Interior e anexos. São Paulo: manuscrito, 1897.
138. _____. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário ao Secretário dos Negócios do Interior, de 12 de Novembro de 1897 e anexos. São Paulo: manuscrito, 1897.
139. _____. Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 739, de 14 de Abril de 1926, ao Prefeito Municipal de Araraquara. São Paulo: datilografado, 1926
140. _____. A Febre Amarella e o Mosquito. Archivos de Higiene e Saude Publica, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 121-142, 1936.
141. SILVA PINTO JUNIOR, Joaquim José. Relatório apresentado ao Secretário dos Negócios do Interior pelo dr. Joaquim José da Silva Pinto Junior - 1895. São Paulo: [s.n.], [189?].

142. SILVA PINTO JUNIOR, Joaquim José. *Relatório ao dr. Secretario do Interior pelo dr. Joaquim José da Silva Pinto, Diretor do Serviço Sanitário em 5 de Janeiro de 1897*. In: SÃO PAULO. Secretaria do Interior. Relatório apresentado ao Presidente do Estado de S. Paulo em 15 de Março de 1897 pelo Secretário de Estado dos Negócios do Interior Antonio Dino da Costa Bueno. São Paulo: Diário Oficial [do Estado de São Paulo], 1897. anexo.
143. SENADO DO ESTADO (São Paulo). Annaes do Senado do Estado de São Paulo. São Paulo: [s.n.], 1892/1918.
144. VILLAS, Miguel Cursino. Relação de pessoas que tiveram a minha Assistência Médica durante a Epidemia de Porto Ferreira. Porto Ferreira: manuscrito, 1892.

Os originais dos ofícios e relatórios manuscritos encontram-se no Arquivo do Estado de São Paulo, organizados em latas numeradas:

- Lata 806 Ofícios diversos de Araraquara
- Lata 6690 Secretaria do Interior - Ofícios diversos - 1892
- Lata 6697 Secretaria do Interior - Ofícios diversos - 1895
- Lata 6821 Secretaria do Interior - Ofícios diversos - 1892
- Lata 6823 Secretaria do Interior - Engenheiro Sanitário - 1892 a 1897
- Lata 6824 Secretaria do Interior - Diretoria do Serviço Sanitário - Documentos diversos - 1896
- Lata 6825 Secretaria do Interior - Diretoria do Serviço Sanitário - Ofícios diversos - 1896
- Lata 6826 Secretaria do Interior - Diretoria do Serviço Sanitário - Ofícios diversos - 1896
- Lata 6827 Secretaria do Interior - Diretoria do Serviço Sanitário - Documentos diversos - 1897
- Lata 6828 Secretaria do Interior - Diretoria do Serviço Sanitário - Documentos diversos - 1897
- Lata 6829 Secretaria do Interior - Diretoria do Serviço Sanitário - Documentos diversos - 1897
- Lata 6830 Secretaria do Interior - Diretoria do Serviço Sanitário - Ofícios diversos - 1897
- Lata 7006 Secretaria do Interior - Documentos estatísticos - 1892

- Lata 7007 Secretaria do Interior - Documentos estatísticos - 1892 a 1902.
- Lata 7010 Secretaria do Interior - Documentos estatísticas e gerais - 1896
- Lata 7079 Secretaria do Interior - Informações gerais - 1892
- Lata 7080 Secretaria do Interior - Informações gerais - 1896

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo a investigação das mediações da organização política, em sua vertente estado/municípios, e dos fundamentos tecnológicos das práticas sanitárias, na formação dos serviços de saúde no Estado de São Paulo, entre a Proclamação da República, em 1889, e 1911. A caracterização epidemiológica e demográfica do Estado no período mostrou que o fio condutor da ação sanitária estadual foi o combate às doenças epidêmicas, em especial a febre amarela, que repercutia no funcionamento da máquina administrativa, no cotidiano da população e nas atividades do complexo cafeeiro, desde a imigração subsidiada até a exportação da produção. O padrão tecnológico dos serviços sanitários, de ações de polícia médica executadas na forma de campanhas sanitárias, teve seus fundamentos discutidos a partir dos debates médicos em torno das teorias sobre as formas de propagação, tratamento e profilaxia da febre amarela, encerrados no início do século XX, com a aceitação da teoria da transmissão da doença pelo vetor.

A formação e o funcionamento dos serviços sanitários no interior paulista apresentaram muitas particularidades em relação aos principais centros urbanos do Estado. As relações das lideranças políticas municipais e estaduais, sob o chamado *pacto coronelista*, suporte regional para a estrutura de poder oligarquizada da Primeira República, foi fundamental na conformação assumida pelos serviços sanitários no período. Através dos debates no Legislativo estadual, identificou-se o papel de aspectos do ideário republicano, como a defesa do princípio da autonomia municipal e das liberdades individuais, na gestão dos serviços de saúde. A influência desses princípios foi mais marcante no início do período

republicano, até 1896, quando predominou um modelo municipalizante dos serviços sanitários; a partir de então, saiu vencedor o pragmatismo das oligarquias cafeeiras, em defesa de seus interesses políticos e econômicos imediatos, resultando na estadualização das ações sanitárias.

ABSTRACT

In this dissertation I examine both the mediation of the political organization between states and counties and the technological foundations of the sanitary practices that guided public health services in the State of São Paulo, Brazil, from 1889, Brazil's Republic Proclamation, to 1911. The epidemiological and demographic characterization of the state in that period revealed that state sanitary actions focused on the eradication of epidemic infectious diseases, particularly yellow fever, which tampered with the administrative apparatus, the everyday life of the people, and the coffee business complex, which included the subsidized immigration and the production exportacion. The technological pattern of both the sanitary services and the medical intervention policies, which were put into practice as sanitary programs, was grounded on the results of medical panel discussions, ended in the beginning of the twentieth century, on theories that advocated the transmission of the disease by the *vector*.

The set up and operation of sanitary services in the interior of the State of São Paulo had many peculiarities that differed them from the ones in the main urban centers of the state. The region had an important role in the political and economical organization of that time. Its role in the formulation of the support and management models of sanitary services was quite influential. The political and municipal leadership relation under what has been called the *pacto coronelista* (a pact made by powerful land owners) - the regional support for the First Republic oligarchic political power structure - was then crucial to the shaping of the sanitary services. The analysis of the debates in the State Legislative Assembly made it

possible to identify the role of some aspects of the republican ideals, e.g., the defense of municipal autonomy and individual rights, in the definition of the support and management models of sanitary practices. The influence of these principles was more evident from the beginning of the republican period to 1896, when a municipal model of sanitary services prevailed. From this period on, the pragmatism of the coffee oligarchic group, which defended their own political and economical interests, triumphed.