

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

INSTITUTO DE ECONOMIA

HISTÓRIA SEM FIM...UM INVENTÁRIO DA SAÚDE PÚBLICA,
SÃO PAULO - 1880-1930

*Este exemplar
corresponde ao ori-
ginal da tese defendi-
da pela aluna Maria
Alice Rosa Ribeiro em 04.12.
1981 e orientada pelo Prof.
Dr. Sérgio S. Silva*

MARIA ALICE ROSA RIBEIRO

Tese apresentada ao Curso de
Pós-Graduação em Economia do
Instituto de Economia da
Universidade Estadual de
Campinas, como requisito
para a obtenção do Título de
Doutor, sob orientação do
Professor Dr. Sérgio Silva

Salvador

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador.

Aos professores Tamás Szmercsányi, Flávio Saes e Luis Jacintho da Silva.

Aos ex-alunos e amigos que participaram da pesquisa junto às fontes documentais: Regina Martins, Teresa Telaarolli, Luis Eduardo Batista, Sérgio Tel e Mara Cristan.

Aos funcionários do Instituto Agrônômico de Campinas que gentilmente me concederam um espaço para redigir o trabalho.

Aos colegas do Departamento de Economia de Araraquara que me concederam, num gesto de camaradagem, um semestre de afastamento para concluir a redação final da tese. Um agradecimento especial aos colegas e amigos João Furtado e Rogério Gomes pelos auxílios na área de Informática.

A amiga Teresa Cochar de Magalhães que procurou eliminar os ruídos e as inadequações gramaticais e estilísticas.

Por fim um agradecimento muito especial aos que tornaram possível a entrega do trabalho em tempo hábil, Regina Martins, Luis Augusto Araújo e Wagner Beig.

INDICE DOS CAPÍTULOS

CAPÍTULO I

NOS TEMPOS DAS EPIDEMIAS

1. A experiência pioneira: a formação do mercado de trabalho
2. As instituições e a política de saúde
 - 2.1. A Hospedaria de Imigrantes: um mercado de força de trabalho
 - 2.2. A política de saúde: as instituições e a organização sanitária
3. Santos, cidade das sezões e das bexigas
4. Para além do mar: as cidades do oeste paulista: a epidemia do oeste e o início da urbanização do interior
 - 4.1. A capital agrícola: a cidade que queria ser Capital
 - 4.2. Para além da princesa d'oeste: as cidades do oeste distante

CAPÍTULO II

SÃO PAULO: A CAPITAL DO CAFÉ

1. São Paulo no final do século dezenove: Transformações de uma cidade
2. Crescimento populacional, os imigrantes e a administração municipal
3. Legislação sanitária e saúde pública
4. A Capital e a morte de crianças
 - 4.1. Um cortejo fúnebre
 - 4.2. Do que se alimentam os pobres...
As amas de leite
 - 4.3. Um bairro de anjinhos
5. A *peste da civilização*: a fantasia punitiva do progresso
 - 5.1. Uma campanha cristã: a nova cruzada
 - 5.2. O leite inocente das vacas tuberculosas
 - 5.3. Como mora o pobre - a tuberculose sem metáforas

6. Lixo, água e febre tifóide

6.1. Limpeza pública - o lixão dos trapeiros de São Paulo

6.2. Água para os pobres: as inocentes águas do rio Tietê

7. A Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo: a ciência de sua época

8. Vésperas da Primeira Grande Guerra: o agravamento das condições de vida na Capital paulistana. A volta ao campo

CAPITULO III

DE VOLTA AO INTERIOR: O RESGATE DO CAIPIRA

1. O avanço do café continua...As transformações do mercado de trabalho

1.1. A Noroeste. O novo roteiro para o café e para a população

1.2. O movimento da população, as novas correntes imigratórias. As tensões no mercado de trabalho

2. Dos males dos colonos, caipiras, jecas

2.1. A dor d'olhos dos colonos

2.2. A preguiça, o cansaço dos jecas

2.3. As sezões debilitantes da maleita e a entrada em cena da Fundação Rockefeller

3. O Código Sanitário Rural e a desculpa ao jeca

3.1. O Código Sanitário Rural

3.2. A desculpa ao jeca

CAPITULO IV

DE VOLTA A CAPITAL: A METRÓPOLE DO CAPITAL

1. Tempo de rupturas: São Paulo nos anos 20

2. São Paulo: a Capital do capital

3. O mercado de trabalho: uma nova composição que se anuncia nos anos 20

4. "Pouca saúde e muita saúde Os males do Brasil são !"

5. A saúde sob as ordens da educação

5.1. Uma nova concepção. A ruptura da política sanitária: da polícia sanitária à educação sanitária

5.2. A Inspeção de Educação Sanitária e os Centros de Saúde e o Instituto de Higiene

INDICE DE TABELAS

TABELAS NO TEXTO (indicadas por algarismos romanos)

Capítulo I

- TABELA I - ENTRADA DE IMIGRANTES EM SÃO PAULO
TABELA II - SÃO PAULO - SAÚDE PÚBLICA. PESSOAL
ALOCADO NO SERVIÇO SANITÁRIO DO ESTADO
1896
TABELA III - SÃO PAULO - SAÚDE PÚBLICA. PARTICIPAÇÃO DA
DESPESA COM SAÚDE NO ORÇAMENTO
DO ESTADO DE SÃO PAULO -
1890/1891 - 1906
TABELA IV - POPULAÇÃO DE ALGUNS MUNICÍPIOS DE SÃO
PAULO
TABELA V - MORTALIDADE POR DOENÇAS INFECTO-
CONTAGIOSAS NO ESTADO DE SÃO PAULO - FEBRE
AMARELA 1894 - 1929
TABELA VI - CAMPINAS - INTIMAÇÕES PARA REFORMAS DE
HABITAÇÕES
TABELA VII - ESTADO DE SÃO PAULO - ENTRADA E SAÍDA DE
IMIGRANTES

CAPÍTULO II

- TABELA VIII - CAPITAL - ÓBITOS DE MENORES DE UM ANO E
PRINCIPAL CAUSA DE MORTE 1909 - 1929
TABELA IX - CAPITAL - ÓBITOS GERAIS E MORTALIDADE
INFANTIL 1909 - 1929
TABELA X - SÃO PAULO - PRINCIPAIS CEMITÉRIOS DA
CAPITAL, SEGUNDO O NÚMERO DE ENTERRAMENTOS
1896 - 1916
TABELA XI - SÃO PAULO - PRINCIPAIS CEMITÉRIOS DA
CAPITAL SEGUNDO O ENTERRAMENTO DE MENORES
1896 - 1916
TABELA XII - SÃO PAULO - ENTERRAMENTOS NOS PRINCIPAIS
CEMITÉRIOS DA CAPITAL, ADULTOS E MENORES
1896 - 1916

CAPÍTULO III

- TABELA XIII - SÃO PAULO - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO E
DA PRODUÇÃO DE CAFÉ 1920 - 1935
TABELA XIV - SÃO PAULO - SAÚDE PÚBLICA PESSOAL
ALOCADO NO SERVIÇO SANITÁRIO EM 1911
TABELA XV - SÃO PAULO - SAÚDE PÚBLICA PESSOAL ALOCADO
NO SERVIÇO SANITÁRIO EM 1917
TABELA XVI - SÃO PAULO - SAÚDE PÚBLICA PARTICIPAÇÃO DA
DESPESA COM SAÚDE NO ORÇAMENTO DO ESTADO
1907 - 1919
TABELA XVII - INSPEÇÃO DOS SERVIÇOS DE PROFILAXIA
GERAL

CAPÍTULO IV

- TABELA XVIII - ORÇAMENTO DAS INSPETORIAS DO SERVIÇO
SANITÁRIO 1926 - 1930
- TABELA XIX - SÃO PAULO - SAÚDE PÚBLICA. PESSOAL
ALOCADO NO SERVIÇO SANITÁRIO EM 1925
- TABELA XX - PARTICIPAÇÃO DA DESPESA DE SAÚDE NO
ORÇAMENTO DO ESTADO DE SÃO PAULO
1920 - 1930
- TABELA XXI - ORÇAMENTO DAS DELEGACIAS DE SAÚDE
1919 - 1930
- TABELA XXII - ORÇAMENTO DE DESPESA - ÓRGÃOS LIGADAS
AO SANEAMENTO E A PROFILAXIA DE
MOLESTIAS INFECCIOSAS NO INTERIOR DO
ESTADO 1907 - 1930
- TABELA XXIII - SÃO PAULO - SAÚDE PÚBLICA. PESSOAL
ALOCADO NO SERVIÇO SANITÁRIO
1892 - 1925
- TABELA XXIV - VENCIMENTOS ANUAIS PARA ALGUNS CARGOS
DO SERVIÇO SANITÁRIO DE ESTADO
1892 - 1925

TABELAS NO ANEXO (indicadas por algarismos arábicos)

- TABELA 1 - MOVIMENTO DE ENTRADA DE IMIGRANTES EM SÃO
PAULO 1870 -1930
- TABELA 2 - MORTALIDADE POR DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS
NO ESTADO DE SÃO PAULO 1894 - 1929
- TABELA 3 - MORTALIDADE POR DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS
NO ESTADO DE SÃO PAULO - PALUDISMO
1894 -1929
- TABELA 4 - CAPITAL - MORTALIDADE GERAL
- TABELA 5 - MORTALIDADE POR DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS
TUBERCULOSE - 1894 - 1929
- TABELA 6 - MORTALIDADE POR DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS
FEBRE TIFOIDE - 1894 - 1929
- TABELA 7 - POPULAÇÃO DO BRASIL, DO ESTADO DE SÃO PAULO,
DA CIDADE DE SÃO PAULO, DO ESTADO DO RIO DE
JANEIRO E DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
1872 - 1920
- TABELA 8 - ÓBITOS POR DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS
1894 - 1929
- TABELA 9 - PARTICIPAÇÃO DA SAÚDE NO ORÇAMENTO DO ESTADO
1890-1891 A 1906
- TABELA 10 -PARTICIPAÇÃO DA SAÚDE NO ORÇAMENTO DO ESTADO
1907 A 1919
- TABELA 11 -PARTICIPAÇÃO DA SAÚDE NO ORÇAMENTO DO ESTADO
1920 A 1930

INDICE DE FIGURAS

CAPITULO I

- FIGURA 1. NAVIO DE EMIGRANTES
- FIGURA 2. A SAÍDA DOS IMIGRANTES
- FIGURA 3. A HOSPEDARIA DE IMIGRANTES
- FIGURA 4. ORGANOGRAMA I - ESTRUTURA DO SERVIÇO
SANITARIO EM 1896
- FIGURA 5. HOSPITAL DE ISOLAMENTO - PAVILHÃO DE CLASSE
- FIGURA 6. HOSPITAL DE ISOLAMENTO - ENFERMEIRAS
- FIGURA 7. HOSPITAL DE ISOLAMENTO - ENFERMARIA
- FIGURA 8. HOSPITAL DE ISOLAMENTO - PASSADIÇO
- FIGURA 9. HOSPITAL DE ISOLAMENTO - LAVANDEIRIA A
VAPOR
- FIGURA 10. HOSPITAL DE ISOLAMENTO - LAVANDEIRIA A VAPOR
- FIGURA 11. ROTEIRO DA EPIDEMIA DE FEBRE AMARELA
1889-1904

CAPITULO II

- FIGURA 12. INSTALAÇÃO DOS TRILHOS DOS BONDES - LARGO DO
TESOURO
- FIGURA 13. CIDADE DE SÃO PAULO - DIRECIONAMENTO DA
EXPANSÃO DO ESPAÇO URBANO
- FIGURA 14. ORGANOGRAMA II - ESTRUTURA DO SERVIÇO
SANITARIO EM 1911
- FIGURA 15. MENINO VENDENDO RATOS
- FIGURA 16. DESINFECTORIO CENTRAL - CASA DA INCINERAÇÃO
- FIGURA 17. DESINFECTORIO CENTRAL - FORNO DE INCINERAÇÃO
- FIGURA 18. DESINFECTORIO CENTRAL - MENINOS VENDEDORES
DE RATOS
- FIGURA 19 E 20. SOCIEDADE DE MEDICINA E CIRURGIA DE SÃO
PAULO - LISTA GERAL DOS SOCIOS

CAPITULO III

- FIGURA 21. ESTRADA DE FERRO NORDESTE
- FIGURA 22. CASA DE TAIPA
- FIGURA 23. SOCIEDADE DE MEDICINA E CIRURGIA DE SÃO
PAULO - CARTAZ SOBRE ANCILOSTOMÍASE
- FIGURA 24. SERVIÇO SANITÁRIO DE SÃO PAULO - CARTAZ
SOBRE ANCILOSTOMÍASE
- FIGURA 25. CASA DE SAPÊ
- FIGURA 26. ORGANOGRAMA III - ESTRUTURA DO SERVIÇO
SANITARIO EM 1917

CAPITULO IV

FIGURA 27. MAPA DA CIDADE DE SÃO PAULO - PROCESSO DE OCUPAÇÃO URBANA

FIGURA 28. ORGANOGRAMA IV - ESTRUTURA DO SERVIÇO SANITÁRIO EM 1925

APRESENTAÇÃO

História sem fim... um inventário da saúde pública - São Paulo - 1880-1930 é fruto da pesquisa que desenvolvi durante os anos de 1986 a 1989. Nesses anos, pesquisei os mais variados arquivos e bibliotecas, registrando e classificando documentos escritos por diferentes pessoas envolvidas com o tema saúde pública - médicos clínicos, inspetores sanitários, viajantes, militantes operários, escritores, cientistas, políticos, prefeitos da Capital, secretários do Interior, autoridades da emigração italiana e outros.

Na verdade, o primeiro levantamento do material começou a ser feito em meados de 1983, quando fiz um arrolamento da documentação encontrada no recém-organizado Museu de Saúde Pública Emílio Ribas, instalado no antigo prédio do Desinfectório Central, no Bom Retiro. Nesse ano, o professor Dr. Luis Jacintho da Silva, do Departamento de Medicina Preventiva da Unicamp, convidou-me para participar de um grupo interessado em estudar a saúde pública em São Paulo. O tema logo me seduziu e eu, embora envolvida num projeto de pesquisa sobre a modernização da indústria têxtil dos anos 50 aos 80, não titubeei em abandonar o tema familiar, já que minha dissertação de mestrado versara sobre a indústria têxtil, e voltar-me para outro, totalmente desconhecido, mas, que talvez por isso mesmo mais instigante.

Esbocei um primeiro projeto e encaminhei-o ao Instituto de Saúde da Secretaria da Saúde do Estado, porém as coisas mudam rapidamente, e, em especial, no reino da política dos órgãos estatais (cai grupo, sobe outro e assim por diante...) e abandonou-se a prioridade definida anteriormente - transformar o Instituto em um centro de pesquisa sobre saúde pública - por razões que a própria razão desconhece, e o projeto morreu antes de nascer.

Prossigui no tema agora sola, e redefini meu objeto de estudo - a questão da saúde iria ser tratada no contexto (desculpem a palavra!) do desenvolvimento do capitalismo naquela região onde o capitalismo realizou seus maiores feitos - o Estado de São Paulo, e a abordagem não seria da saúde em si (para isso a minha formação nada contribuía), mas de suas relações com a formação e o desenvolvimento do mercado de trabalho e com o processo de urbanização.

Na escolha do objeto de estudo explicitava a minha preocupação em seguir uma velha, surrada e abandonada tradição - a de buscar ligações entre os problemas sociais e os problemas econômicos de São Paulo, cujo exemplo mais significativo é o estudo de Sergio Milliet: *Roteiro do café. Análise histórica demográfica da expansão cafeeira no Estado de São Paulo*, escrito em 1938, no qual traz provas irrefutáveis da existência de uma correlação entre a expansão da cultura cafeeira e a densidade demográfica.¹

A cultura cafeeira, ocupando mais de 2/3 do total do território do Estado de São Paulo, repercutiu na situação demográfica, definiu uma política imigratória, desenhou uma distribuição da população e fixou uma densidade populacional entre as regiões do estado e, por fim, trouxe problemas de saúde pública. A urbanização foi a princípio, um desdobramento da própria expansão cafeeira. Em seguida, estimulada pelo crescimento industrial da principal cidade da América do Sul - São Paulo - redefiniu a distribuição da população e, mais ainda, mudou o curso das correntes migratórias, atraindo-as. Com o crescimento desordenado da cidade de São Paulo, os problemas sanitários e de saúde pública avolumaram-se. As condições de saúde acompanharam esse processo. Uma política de saúde pública exigiu, dentre outras coisas, a definição de práticas sanitárias, que ao

1. MILLIET, Sérgio. *Roteiro do café. Análise*
Estado de São Paulo. São Paulo, 1938.

histórica-demográfica da expansão cafeeira no

mesmo tempo, respondesse aos problemas decorrentes daquele processo e o influenciasse.

É nesse terreno que este estudo se movimenta, procurando explicitar as relações entre crescimento, distribuição da população, movimentos do mercado de trabalho, processo de urbanização, diversificação das atividades econômicas e problemas e políticas de saúde pública.

A reunião das mais diferentes fontes ganhou no trabalho importância fundamental, ampliou as possibilidades de se contar com novas *evidências* e estimulou a busca dos elos entre saúde, trabalho, e urbanização em documentação pouco explorada. Não se esgotou nem a documentação e nem se esgotaram os possíveis diálogos com esses documentos, já que a intenção obviamente não era essa. Esse *esgotamento* não seria possível de ser feito, pois se estuda o processo social e econômico numa perspectiva histórica.

A posição frente ao material pesquisado foi a de fragmentá-lo e analisá-lo, em busca de seus significados e da explicitação das possíveis relações, ambiguidades e contradições entre os processos sociais. Essa posição se contrapõe àquela que busca as explicações, as causas necessárias e suficientes ou as causas necessárias ainda que não suficientes do processo histórico.*

Buscou-se o discurso médico-sanitário nos debates que tiveram lugar na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, entidade associativa dos médicos, criada em 1895, os quais aparecem transcritos nas atas de suas reuniões divulgadas através do seu Boletim (1895 a 1898), extinto em 1898. Entre os anos 1898 e 1914, as atas foram publicadas na

2. THOMPSON, E. P. *A miséria da teoria ou o planetário de erros*. Uma crítica ao pensamento de Althusser. Rio de Janeiro: Zahar, 1981. Cap. V, VI e VII.

Retomo aqui a concepção de Thompson - do que é fazer história - ou escrever a história - como a narrativa de fatos do passado, cuja relação de causa e efeito não é passível de comprovação e nem deve ser a preocupação do historiador. O fundamental é explicitar relações, expô-las à luz.

Revista Médica de S. Paulo e, entre 1918 e 1930, na publicação - Arquivos da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo.

Outras publicações médicas foram acompanhadas de perto: a Revista Médica de S. Paulo (1898 a 1914), editada por dois médicos ligados ao Serviço Sanitário do estado, os doutores Arthur de Mendonça e Victor Godinho; a Revista de Medicina (1918-1930), editada pelo grêmio acadêmico dos estudantes de medicina; os Boletins do Instituto de Higiene (1918-1930) e as teses inaugurais dos formandos da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, principalmente as da cadeira de Higiene.

O *discurso oficial* elaborado nas instituições do estado ligadas à política de imigração, ao mercado de trabalho e à definição e à execução de política de saúde pública foi investigado nos relatórios das Secretarias do Interior e da Agricultura. Além desses relatórios, foram pesquisados os relatórios do Diretor do Serviço Sanitário, os relatórios das comissões sanitárias localizadas nas cidades do interior Campinas, Ribeirão Preto e no porto de Santos e os relatórios dos inspetores sanitários em comissão nas localidades do interior do estado.

Dentre os documentos *oficiais*, alguns relatórios dos inspetores sanitários e da Comissão Sanitária de Santos são os mais consistentes, ou seja, não se perdem em descrições meramente burocráticas - relatam as condições de vida da população pobre na cidade. Nesses relatórios, o *discurso oficial* normativo cede lugar às denúncias das condições urbanas, das condições de trabalho e de moradia, e acabam por expor a contradição de que não é possível tratar a questão da saúde pública de forma isolada.

Ainda no conjunto das *fontes oficiais*, foram vistos os relatórios dos prefeitos da Capital, dos secretários do Estado da Agricultura e os Boletins do Departamento Estadual do Trabalho (1911-1930). Desse último

periódico, obtive informações acerca do movimento imigratório, da Hospedaria de Imigrantes, do Patronato Agrícola e do comportamento do mercado de trabalho.

As estatísticas sanitárias e as despesas orçamentárias com saúde foram colhidas nas publicações da seção de estatística demográfico-sanitária do Serviço Sanitário e nas leis orçamentárias aprovadas pelo Congresso do Estado, divulgadas na coleção de leis e decretos do Estado de São Paulo.

Sobre as estatísticas sanitárias cabem alguns comentários: a estatística cobre a Capital, dividindo a coleta de dados nos distritos da Sé, da Consolação, de Santa Efigênia e do Brás e, ainda, nos sub-distritos de Santana, de Penha de França, de São Miguel e de Nossa Senhora do Ó. Fora a Capital, a estatística abrange ainda a cidade de Santos, de Campinas, de Ribeirão Preto e mais outras cidades do interior.

As estatísticas da Capital e de Santos são as mais confiáveis: a de Santos porque lá atuava a Comissão Sanitária que organizava a estatística e, a remetia ao Serviço Sanitário; a da Capital, pela abrangência e porque ali se concentrava o serviço estatístico.

O Diretor do Instituto Bacteriológico, Adolfo Lutz, apontava além da confiabilidade, outra dificuldade de se trabalhar com as estatísticas: a imprecisão na classificação das causas de mortes, cujos diagnósticos eram difíceis de serem precisados e, portanto, a estatística possuía muitos erros. A repartição de estatística sanitária apenas reproduzia o que encontrava registrado nos atestados de óbitos. Além disso, as estatísticas de mortalidade eram limitadas: moléstias importantíssimas como malária, ancilostomíase, papo endêmico, etc. tinham baixas participações nos óbitos, embora tivessem grande incidência na população de quase todo o Estado de São Paulo.³

3. LUTZ, A. Observações sobre as moléstias da cidade e do Estado de São Paulo. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo: n. 3, v. 1, fev. 1898 e n. 4, fev. 1898; n. 6, março 1898 e v. 2, n.1, jan 1899.

Com respeito à despesa do estado com saúde, as informações foram retiradas das leis orçamentárias aprovadas pelo poder legislativo estadual. A cotação orçamentária para o Serviço Sanitário apresenta-se de forma discriminada por seus órgãos e seções: não se incluem nesse total as despesas dos municípios com saúde. Isso porém, não compromete as informações, pois os gastos municipais via de regra eram escassos e aplicados desordenadamente.

Nas fontes italianas pesquisadas, inclui todo o discurso elaborado por instituições italianas tais como: *Bollettino del Ministero degli Affari Esteri*, *Bollettino della Società Italiana di Esplorazione Geografiche e Commerciale*, *Bollettino dell'Emigrazione*, *Bollettino Consolare*. Essas publicações trazem a posição do governo italiano frente à situação dos trabalhadores italianos emigrados para o Brasil e oferecem estatísticas demográficas, relatos de funcionários da emigração sobre as condições higiênicas das colônias nas fazendas. O levantamento desta fonte foi feito no Arquivo Edgard Leuenroth, que não possui, entretanto as coleções completas dessas publicações e nem os relatórios consulares.⁴ Todo o acervo foi pesquisado: o de periódicos, o de folhetos, o de livros e o de microfilmes. O grosso da documentação pesquisada é constituído por relatórios de agentes da emigração e outros funcionários do governo italiano. Há esparsos relatos de viajantes, de médicos, padres e nenhum de trabalhador imigrante.

A documentação italiana trouxe um elemento muito importante: a posição de quem estava do outro lado da questão da formação do mercado de trabalho, do lado do país de origem da mão-de-obra. Não há o que se poderia chamar de

4. Os relatórios consulares, segundo informação da Prof^a. Chiara Vangelista, do Departamento de Estudos Políticos da Universidade de Torino, autora de um estudo sobre o mercado de trabalho paulista *Le Braccia per la Fazenda Immigrati e capiras nella formazione del mercato del lavoro paulista (1850-1930)*, estão totalmente desorganizados no Ministério dos Negócios do Exterior, em Roma.

posição italiana sobre a situação dos emigrantes no Brasil, e, em especial, em São Paulo. O discurso oficial elaborado pelos funcionários do governo italiano era na maioria das vezes favorável à emigração e demonstrava entusiasmo pelas oportunidades que a economia brasileira, uma economia jovem, cheia de oportunidades e de promessas de prosperidade, oferecia ao emigrante italiano. A crise italiana, a dificuldade do capitalismo italiano de gerar empregos, criou um excedente populacional, uma massa de desempregados, que exerceu pressão e influenciou a posição do governo daquele país no sentido de estimular a emigração para o Brasil. Essa posição também aparece nos relatórios das companhias de navegação italiana, as que mais prosperaram com a política de imigração subsidiada pelo governo paulista. Outras vezes, os relatórios dos funcionários encarregados da emigração expressam ou deixam transparecer as péssimas condições de trabalho e de vida dos italianos em São Paulo e um grande ceticismo sobre as perspectivas futuras dessa gente.

A posição pessimista acentua-se na virada do século, culminando com o famoso relato de Adolfo Rossi, de 1902, *Condizioni dei Coloni Italiani nello Stato di San Paolo*, peça chave na elaboração do decreto de proibição da imigração subsidiada de italianos para o Brasil, em particular, para São Paulo.

Na imprensa operária, a pesquisa procurou retirar as denúncias sobre as condições de higiene e de saneamento, sobre os problemas urbanos, o abastecimento de água, a rede de esgoto, a limpeza pública, a questão da habitação do trabalhador e as condições de assistência médica. Ao todo foram pesquisados seis jornais operários: *Folha do Povo*, *A Plebe*, *A Folha do Braz*, *A Terra Livre*, *O Amigo do Povo* e *A Questão Social*. Os três primeiros, editados por Edgard Leuenroth, foram os que forneceram maior número de artigos. A utilização deste tipo de documento para o meu trabalho teve importância porque é uma forma possível de incorporar

no estudo o *discurso dirigido ao trabalhador*. A produção deste tipo de *discurso* é bastante escassa e se encontra na imprensa operária de tendência anarquista e anarcossindicalista. É óbvio que não se deve confundir a produção jornalística voltada para a classe operária, com a produção da própria classe. Não se pode substituir a *fala do trabalhador* sobre o seu cotidiano pelo *discurso jornalístico* deste cotidiano. Entretanto, e infelizmente, o que nos restou para escrever a história do trabalhador são os registros jornalísticos preocupados em denunciar a vida do assalariado.

Na grande imprensa, pesquisa restringiu-se ao jornal *A Província de São Paulo* e, mais tarde, ao jornal *O Estado de São Paulo* e à *Gazeta de Campinas*. O objetivo da pesquisa nestes jornais foi concentrar a atenção no material jornalístico sobre a epidemia de febre amarela de 1889 e de 1890, nos meses de janeiro, fevereiro, março, abril e maio, período que corresponde aos surtos epidêmicos. Essa pesquisa deu poucos frutos, o que me desanimou. Esses jornais, na maioria das vezes, ignoravam a existência da epidemia, noticiando-a em notas breves, telegráficas. Não há reportagens sobre esse assunto. Uma possível explicação para este fato pode ser a de que se evitava alarmar a população. Isso aplica-se para o caso da *Gazeta de Campinas*, que quase nada noticia sobre a epidemia de 1889. Para o jornal *O Estado de São Paulo*, o desinteresse vinha do fato da Capital não ter sido atingida por ela.

A literatura contribuiu no trabalho como fonte, como meio pelo qual procurei recuperar a cultura, o pensamento e um pouco do espírito da época. Só não ousei mais, porque não há abundância de obras literárias sobre São Paulo (para o interior e para a Capital) como ocorre, por exemplo, com o Rio de Janeiro, em especial com a cidade do Rio, pródiga em romancistas, contistas, cronistas e poetas. Em São Paulo, no período do pré-modernismo, abunda o

regionalismo, que busca retratar de forma romancada o caipira, marcado pelo falar pitoresco e pela ingenuidade, e que acaba por transfigurá-lo e caricaturá-lo. O caipira transforma-se de sujeito com uma história de vida em personagem ingênuo que habita as histórias de caipiras de Valdomiro Silveira, de Cornélio Pires e tantos outros. Somente com Monteiro Lobato a literatura conseguiu transcender ao esteriótipo, através de sua crítica ao regionalismo conservador e fazer um retrato do caipira, ainda que para alguns seja caricaturesco, o caipira não deixa de ser visto como um sujeito da história.

Já a década de 20 é pródiga em escritores urbanos, que descrevem a Capital, seus bairros, suas ruas, as pessoas e seus sentimentos. Dentre eles: Mário de Andrade, Antônio Alcântara Machado, Oswald de Andrade e outros.

O trabalho compreende quatro capítulos, cuja divisão segue duas ordens de preocupação - uma com a periodização e outra com a temática.

Há, no trabalho, quatro momentos e quatro temáticas. Alguns momentos se repetem e, quando isso ocorre, é porque temas distintos cruzam o período e eu quero resgatá-los. Isso ocorre, principalmente, entre o primeiro e o segundo capítulos. Há uma interseção temporal, porém o que me interessa é recuperar um outro tema que brotou, naqueles anos, com respeito ao processo de urbanização da Capital. À exceção desse cruzamento, os capítulos seguintes fluem sem sobreposições temporais.

O primeiro capítulo inicia-se na segunda metade da década de 80 do século passado. Nesse período, há a resolução da questão do trabalho, através da política de imigração em massa, subvencionada pelo Estado de São Paulo. A década de 70 é marcada pela crise do trabalho, pelo debate e pelos congressos agrícolas. O problema da mão-de-obra para lavoura cafeeira agita a vida e a escravidão definha. Há

clareza quanto ao problema, porém, indefinição quanto à solução.

Na segunda metade da década de 80, a solução se engendra. Os impasses, as indecisões cedem lugar à decisão. A alternativa à escravidão havia amadurecido, e coloca-se em prática a política imigratória - a subvenção da imigração. O Estado lança-se em um empreendimento nunca antes experimentado: constituir o mercado de trabalho livre e de massa e, nesse processo, o Estado de São Paulo toma a iniciativa.

A forma específica de formação do mercado de trabalho livre pôs na ordem do dia novos problemas ao Estado, resultantes da presença de uma população livre e do crescimento abrupto do mercado de trabalho. Esses novos problemas exigem reorganização do Estado. Dentre esses problemas está o da saúde pública. O Estado não estava mais à frente de uma população de escravos sem direitos civis, a população agora é constituída por uma massa crescente de trabalhadores livres com direitos à saúde e à educação. O Estado organiza-se para atender às novas demandas da população livre, afinal demandas típicas de uma sociedade e de um estado liberal.

Organiza-se a Hospedaria de Imigrantes, local de abrigo dos imigrantes recém-chegados, subordinada à Secretaria da Agricultura. Além de abrigo ao imigrante, o estado providencia sua colocação: na própria hospedaria funciona uma agência de colocação de trabalhadores nas fazendas de café.

A ação do estado amplia-se e busca definir uma política de saúde pública. Sua investida nesse setor deveu-se, além das pressões estruturais - crescimento da população livre, às pressões conjunturais - as epidemias de febre amarela que começaram a eclodir, ano após ano, nas localidades, para onde se deslocava a massa de imigrantes, ou seja, para as regiões cafeeiras em expansão. De 1889 a 1904, as epidemias de febre amarela marcaram a vida das

regiões cafeeiras do oeste paulista e do porto de Santos. O capítulo primeiro cobre este período e descreve as práticas sanitárias desenvolvidas para debelar a epidemia em execução nas cidades de Santos, Campinas e Ribeirão Preto e outras.

No segundo capítulo, cobre-se o período de 1890-1914 e desloca-se a temática das cidades do oeste paulista, fronteira de expansão da cafeicultura, para a cidade de São Paulo. A partir da década de 90, observa-se, na Capital, um rápido processo de urbanização. A Capital passa por transformações profundas: segmentação do espaço urbano, criação de zonas com funções especializadas; multidão nas ruas da cidade; diversificação das atividades produtivas. Generalizam-se as relações sociais capitalistas, ao mesmo tempo em que surgem novos problemas sociais decorrentes do processo de crescimento desigual: falta de habitação, falta água salubre e de esgoto, e abundam a mortalidade infantil, a tuberculose e as epidemias de febre tifóide. A mortalidade infantil na Capital paulista chega a ser superior a da cidade mais insalubre da República, o Rio de Janeiro.

O Código Sanitário de 1894 instituiu normas de intervenção para atuar sobre o espaço urbano, mas, sem dúvida, será a reforma do Código Sanitário de 1911 que se encarregará de forma mais enfática dos problemas de urbanização desordenada da Capital. Ao encerrarem as batalhas contra as epidemias de febre amarela, o Serviço Sanitário volta-se para os problemas urbanos, em especial os da Capital paulista.

Encerra-se o capítulo às vésperas da Primeira Grande Guerra, quando o governo impõe um basta ao urbanismo desenfreado. A Capital tornara-se o ponto de convergência de imigrantes decepcionados com as condições de trabalho na lavoura cafeeira. O Departamento Estadual de Trabalho, subordinado à Secretaria da Agricultura, encarrega-se de *desurbanizar* a Capital através do deslocamento da população excedente para as cidades e lavouras do interior.

O terceiro capítulo abarca o período 1914 a 1920 e acompanha o retorno da população às cidades e ao campo, no interior do estado.

No interior, há crise de trabalho, devido à guerra que interrompeu a corrente migratória e ao êxodo de colonos para a Capital. A desurbanização da Capital, a mobilização compulsória da população excedente para o interior organizada pelo estado, vem ao encontro da crise de braços reclamada pelos fazendeiros.

As tensões no mercado de trabalho e o surgimento do *espírito nacionalista*, resultante do conflito bélico, vão impulsionar a elaboração, em 1917, do Código Sanitário Rural voltado para as endemias: tracoma, ancilostomíase e malária. As endemias convivem com as populações rurais nas cidades, nas vilas e nas fazendas. O fim das epidemias de febre amarela não livrou a população do interior das moléstias. Ao contrário, lançou-a no mais completo abandono, abrindo caminho para as moléstias endêmicas. Recuperar a população rural para o mercado de trabalho e fixar o trabalhador no campo são os objetivos do Código Sanitário Rural e da entrada em cena da Fundação Rockefeller.

O quarto capítulo estende-se pela década de 20 e envolve a Capital paulista, a metrópole do capital industrial, do operário de fábrica e do *modernismo*. Os anos 20 são os anos de rupturas - ruptura com o academicismo, ruptura com o século XIX, ruptura do capital industrial com o capital comercial, ruptura na política de saúde - porém, mantêm uma constante - as misérias da população. Essas continuaram a preencher a vida da grande metrópole - mortalidade infantil, tuberculose, febre tifóide, água poluída, esgoto não tratado e... os cortiços.

O trabalhador nacional - o migrante nordestino - começa a sua interminável e inesgotável romaria rumo à grande cidade e ao mercado de trabalho paulista. São Paulo deixa de exportar a mão-de-obra nacional e começa a importar levas de baianos, mineiros e cearenses. A corrente

migratória internacional muda - diversas nacionalidades desembarcam no porto de Santos; os italianos não são mais a maioria.

A política de saúde pública também muda. A prática sanitária passa a ser regida pelo esforço educativo, não mais pela polícia sanitária: a repressão, o policiamento da habitação, da água, do esgoto e do doente. A pesquisa científica perde importância. A saúde pública volta-se para a cidade - para a Capital, de forma diversa daquela exposta em 1911, no Código Sanitário, quando os problemas do crescimento urbano desordenado eram os alvos da política. Em 1925, a reforma Paula Souza tem por objetivo higienizar a população pobre e trabalhadora através da educação - criar nessa população a consciência sanitária e, por fim, atingir o ideal da saúde pública - a população saudável!

Novos tempos... novas idéias.

CAPÍTULO I

NOS TEMPOS DAS EPIDEMIAS

1. A experiência pioneira: a formação do mercado de trabalho

Quando, em 1884, a Assembléia da Província de São Paulo aprovou a concessão de passagens gratuitas aos imigrantes que se destinassem à agricultura, não podia prever as repercussões da medida sobre a sociedade paulista. À primeira vista, a imigração subvencionada cumpria objetivos bem específicos: substituir os escravos nos trabalhos da lavoura cafeeira; liberar da dívida com os fazendeiros os trabalhadores imigrantes, que já vinham para as fazendas; liberar os fazendeiros do compromisso de adiantar capital para custear o transporte dos trabalhadores europeus.*

A concessão das passagens gratuitas extrapolou esses objetivos. Trouxe à intervenção do Estado uma nova dimensão, que fugia da tradicional política econômica de preservar o nível de renda do setor exportador. A política governamental voltou-se para a constituição do mercado de trabalho, para a organização da força de trabalho para o capital. Ao assumir esse novo papel, o Estado inaugurava uma experiência de formação do mercado de trabalho assalariado totalmente distinta de todas as outras experiências históricas nesse sentido. Tão extravagante foi a forma de constituir o mercado de trabalho que DENIS não escondeu sua surpresa ao afirmar: "*... o mundo moderno tem visto poucos espetáculos semelhantes ao deste Governo incumbir-se de importar em massa operários agrícolas...*".²

1. Ao defender a medida, o deputado Martinho da Silva Prado Júnior destacava objetivos imediatos relacionados à questão do trabalho nas lavouras. Ver Anais da Câmara de 1884, p. 541-543. citado por STOLCKE, V. e HALL, H. Introdução do trabalho livre nas fazendas de café de São Paulo. *Revista Brasileira de História*. São Paulo, v. 3, n. 6, 1984. p. 106.

2. DENIS, Pierre. *O Brasil no século XX*. Lisboa: José Bastos e Cia., 1989. p. 169-170

Sem a expropriação do camponês e sem a trilha aberta em direção ao assalariamento, pelas leis contra a vadiagem, a "lei dos pobres", a constituição do trabalho livre percorreu caminhos novos. As leis contra a vadiagem tiveram pouca importância, na sociedade paulista, no sentido de empurrar o indivíduo na direção do assalariamento. Não havia a pré-condição necessária para o seu funcionamento eficaz: a existência de uma massa de expropriados, cujo direito à vida passava pela forma do trabalho assalariado.³

Em uma sociedade como a paulista onde o trabalho escravo dominava a atividade econômica principal - a lavoura de café, a figura do trabalhador livre, branco e nacional, ficou reduzida a pequenas manchas nos trabalhos agrícolas. O fazendeiro, buscando preservar seu patrimônio, não se dispunha a alocar escravos para determinadas tarefas (pelo risco de fuga), nem destinar-lhes tarefas pesadas que pusessem em risco sua vida. Desse modo, ao trabalhador livre nacional restaram algumas tarefas agrícolas, como a derrubada de matas, a abertura de picadas, a conservação das estradas e o preparo da terra. Mas mesmo realizando tarefas dessa natureza, pairava sobre o trabalhador livre nacional a pecha de indisciplinado, de "excessivamente" exigente e "ocioso", pois interrompia a todo momento o trabalho para fazer um cigarro e ficar fumando e, ainda, nas refeições, demorava-se e Ybebia.⁴ Não só na grande imprensa vê-se essa forma de encarar o trabalhador livre nacional, como também entre os fazendeiros. Havia uma concepção profundamente arraigada nas classes proprietárias da baixa produtividade

3. POLANYI, Karl. *A Grande Transformação. As origens da nossa época*. Rio de Janeiro: Campus, 1980. p. 89-113. Alguns estudiosos, nos últimos anos, têm buscado encontrar no Brasil as leis contra vadiagem como forjadoras do trabalho assalariado. Assim como essas leis foram importantes, em outras experiências históricas, na formação do mercado de trabalho para o capital, aqui o mesmo não se deu; sua importância é menor. Ver os trabalhos de KOWARICK, Lúcio. *Trabalho e vadiagem*. São Paulo: Brasiliense, 1987 e BORGES, Maria Inez M. *Cotidiano e sobrevivência. A vida do trabalhador pobre na cidade de São Paulo 1890-1914*. São Paulo, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, USP, Departamento de História. 1984 (tese de doutorado).

4. *A Província de São Paulo*. São Paulo, 8/4/1868, apud KOWARICK, L. op. cit., p. 12.

do trabalhador livre, pouco afeito ao trabalho. Os adjetivos mais empregados pelos fazendeiros para designar o trabalhador nacional eram preguiçosos, inconstantes, ineptos para o trabalho organizado e regular. Ina Von Binzer, professora de alemão de filhos de fazendeiros, registrou, no seu diário, o emprego dessas expressões.⁵

Em 1893, DAFERT, o primeiro diretor do Instituto Agrônomo, no seu estudo "A falta de trabalhadores agrícolas em São Paulo", constatou que não faltavam braços, mas sim, faltava trabalho e por isso pouco se produzia. Recomendava a aplicação, com todo rigor, contra os vadios e desocupados da "lei contra a vagabundagem", e a criação de ambições, nos "modestos proletários", como a aquisição de bens, para forçá-los a trabalhar. A baixa aspiração do trabalhador nacional fazia com que ele trabalhasse somente para atender ao mínimo necessário para continuar a viver. Os "modestos proletários" contentavam-se com pouco e, portanto, trabalhavam, também pouco. O desejo de ascensão e a lei contra vadiagem seriam os instrumentos para disciplinar o trabalhador livre nacional. Propunha a criação de "colônias de trabalhos forçados" para desocupados, para que os vadios temessem esta condição.⁶

A imigração em massa tornou sem efeito a rigorosa aplicação das "leis contra vadiagem". Já não se fazia necessário o emprego da coersão para que o trabalho assalariado fosse gerado, pois a cada ano o estado Ypunha à disposição dos fazendeiros um grande contingente de trabalhadores estrangeiros. Um mercado de trabalho abarrotado, com um número de trabalhadores que excedia às necessidades da cafeicultura, foi o instrumento de disciplinarização do trabalhador imigrante e de

5. BINZER, Ina Von. *Alegrias e tristezas de uma educadora alemã no Brasil*. São Paulo: Anhembi, 1956.

6. DAFERT, Franz Wilhela. *A falta de trabalhadores agrícolas em São Paulo*. Instituto Agrônomo do Estado de São Paulo. *Coleção de Trabalhos Agrícolas*, extraldos dos Relatórios Anuais de 1888-1893 e publicados em nova edição por ordem do Dr. Jorge Tibiriça, Secretário dos Negócios da Agricultura do Estado de São Paulo e pelo Dr. F. W. Dafert. Typ, Cia Industrial de São Paulo. São Paulo, 1895, p. 29-36.



FIG 1 *NAVIO DE EMIGRANTES* (1939-1941), óleo sobre tela de Lasar Segall

"... os seres do *Navio de Emigrantes* são de todas as nacionalidades, apenas fugitivos das distribuições defeituosas, os enxotados, os que serão sempre demais para os que pretendem gozar o luxo do mando total" ANDRADE, Mário de. Lasar Segall. In: *Aspectos das Artes Plásticas no Brasil*. op. cit., p. 58.

marginalização do trabalhador nacional livre. A esse, o mercado reservou-lhe as piores remunerações e os piores empregos.

Antes do Estado arcar com o financiamento pleno da imigração, os próprios fazendeiros já haviam tentado trazer trabalhadores de fora. A iniciativa particular contou com o auxílio de empréstimos do governo, como atestaram as experiências do Senador Vergueiro, em 1847, e, mais tarde, a da Vergueiro e Cia., firma criada pelo próprio senador e seus filhos com o objetivo de trazer trabalhadores estrangeiros para atender às demandas dos fazendeiros. Entre 1847-1857, mais de 60 mil imigrantes foram distribuídos pelas fazendas paulistas.⁷ Após dez anos, essa experiência foi abandonada. Esses anos foram marcados por conflitos e lutas entre imigrantes e fazendeiros: estes não cumpriam os contratos, e aqueles, desestimulados pelos frequentes logros, apresentavam baixa produtividade no trabalho. Em 1856, a Revolta de Ibicaba pôs fim à importação de braços pela iniciativa particular.

Em 1886, foi criada a Sociedade Promotora de Imigração - SPI, cujo objetivo era *"introduzir uma proporção muito elevada de imigrantes para a lavoura e em menor proporção para as outras profissões"*. A SPI teve no presidente da Província, Dr. Antonio de Queiroz Telles, o seu impulsionador. Essa sociedade funcionava como um órgão para-estatal executor da política imigratória, aprovada pelos deputados da província. Reunia grupos de agricultores que conduziam, na prática, a política imigratória. Ao estado cabia repassar recursos para aquela instituição que se encarregaria de contatar os trabalhadores no exterior e de providenciar seu transporte para São Paulo. Em 1892, a SPI deveria ser extinta, mas seus membros consideraram que o governo ainda não tinha condições de assumir as tarefas

7. Dados para história da imigração e da colonização em São Paulo. Boletim do Departamento Estadual do Trabalho. São Paulo, n. 19, 2º. trimestre, 1916. p. 179. Ver STOLCKE V. e HALL, H. op. cit., p. 80-120.

exigidas pela imigração: arregimentação na Itália e organização dos contingentes para a viagem.

Nos dez anos de existência (1886-1895) dessa sociedade, entraram 220.000 colonos no país. A partir do momento em que a SPI assumiu as tarefas de arregimentação dos trabalhadores no exterior a imigração deu um salto: de 9 mil, em 1886, passou para 32 mil trabalhadores, em 1887. No ano da Abolição da Escravatura, a entrada ainda foi maior: 92 mil. (Ver Tabela 1, em anexo) Nesse ano, havia em torno de 100 mil escravos nas lavouras de café e, portanto, o fluxo de imigrantes em um só ano quase que ultrapassou o número de escravos nos trabalhos agrícolas.

No ano da Proclamação da República e no ano seguinte, a entrada de imigrantes se contraiu: no contingente de italianos a queda foi de quase 76%. Em 1891, o movimento imigratório recuperou o nível do ano da Abolição. Nos anos que se seguiram, houve uma nova queda, mas, em 1895, se verifica o ponto máximo de entradas. Nesse ano, entraram quase 140 mil imigrantes e, deste total, 114 mil destinavam-se à lavoura. Foi o ano recorde do movimento imigratório verificado entre 1884 e 1928 *gran finale*: a SPI encerrava suas atividades.

Em 1896, teve início a primeira crise cafeeira de superprodução. A entrada de trabalhadores caiu e atingiu o seu ponto mais baixo na virada do século, quando entraram 22.802 imigrantes e apenas 50% para a lavoura, já que o restante destinava-se à cidade.

O século XIX encerrou-se com o fluxo imigratório em declínio. O século XX inicia-se com uma recuperação, em 1901, para logo perder o que havia recuperado. A tendência era de queda em 1903 e 1904, em consequência, possivelmente, das denúncias contidas no "Relatório Rossi".⁸

8. ROSSI, A. Condizioni dei coloni italiani nello Stato di San Paolo. *Bollettino dell'emigrazione*. Roma, n. 7, 1902.

Houve, nos dois anos seguintes - em 1905 e em 1906, um pequeno aumento na entrada, mas esse se fixou num patamar baixo não se igualando ao verificado anteriormente.

Em resumo, para o período compreendido entre 1884 e 1906, temos o seguinte movimento de entradas de imigrantes em São Paulo:

TABELA I
ENTRADA DE IMIGRANTES EM SÃO PAULO 1884-1906

PERÍODOS	ITAL. %	ESP. %	PORT. %	BRAS. %
1884-1889	80,6	2,8	12,0	0,3
1890-1895	64,2	12,2	9,7	0,01
1896-1900	47,6	10,9	4,8	0,01
1901-1906	52,5	23,3	11,3	5,4

Fonte: Relatório da Secretaria dos Negócios da Agricultura de 1928. p. 343-344.

Nos anos 90, do século passado, entraram 628.470 trabalhadores imigrantes que tiveram suas passagens subsidiadas integralmente pelo estado. O mercado de trabalho consolidou-se de forma a não inibir a expansão cafeeira. Ainda em 1887, quando o total de imigrantes recém-chegados era da ordem de 53 mil, Antonio da Silva Prado constatava que, com esse volume de trabalhadores alocados nas fazendas, se chegou ao limite máximo de absorção de mão-de-obra pela lavoura do café.⁹

A essência da política de imigração foi criar um oferta de trabalhadores superior às necessidades da lavoura, de modo, a aumentar a concorrência entre os trabalhadores e, consequentemente manter a taxa salarial baixa.

Essa política, entretanto, não resultou apenas em salários baixos, mas também em uma forte expansão demográfica que trouxe graves problemas sociais, os quais

9. apud SPINDEL, Cheyva R. *Homens e máquinas na transição de uma economia cafeeira*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979, p. 91. Sobre o excedente de trabalhadores em relação às necessidades da lavoura ver: HOLLOWAY, que aponta um excedente de 300 mil trabalhadores.

passam a exigir a intervenção do Estado, por meio da criação de instituições voltadas para atender ao fluxo contínuo de estrangeiros, à crescente aglomeração urbana, à falta de moradia, à insalubridade, à higiene pública e às epidemias.

A população do Estado de São Paulo passou de 837.354, em 1872, para 1.384.753, em 1890, e para 2.282.279, em 1900¹⁰. Esse crescimento explica-se quase que exclusivamente pela entrada de estrangeiros propiciada pela política de imigração subvencionada pelo Governo. Pode-se dizer que, até 1920, a imigração foi a principal responsável pela expansão demográfica.

A experiência pioneira de constituição do mercado de trabalho é o ponto de partida do estudo sobre a saúde pública no Estado de São Paulo. A escolha desse ponto não é aleatória, já que entendo que o Estado ao assumir a responsabilidade de criar o mercado de trabalho livre, não pode se restringir à organização da corrente imigratória, tem que estender sua ação em direção à montagem de uma infra-estrutura intitucional capaz de responder aos problemas colocados pelo rápido crescimento da população. Até então, a organização tímida do Estado, no trato das questões ligadas à população, como saúde e higiene pública, mostrara-se compatível com uma sociedade baseada no trabalho escravo. O que vale dizer, que os problemas da *governabilidade* vêm à tona somente na presença da organização do trabalho baseada no trabalho assalariado. ROSEN e FOUCAULT, quando estudam as origens da medicina social, vão buscar na Revolução Industrial o nascimento dos *problemas da população*¹¹. Aqui quero mostrar que esses problemas se ligam à transição do trabalho escravo ao trabalho livre e à especificidade do processo de formação do trabalho assalariado.

10. SANTOS, Maria José. Apêndice B. Aspectos Demográficos In: VILLELA, A. E SUZIGAN, W. *Política do Governo e crescimento da economia brasileira 1889-1945*. 2a. ed. Rio de Janeiro: IPEA, 1975. p. 241-253.

11. FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p.79-98 e p. 286; ROSEN, George. *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. 77-141.



FIG. 2 A SAÍDA DOS IMIGRANTES. de ANGILO TOMASI

2. As instituições e a política de saúde

Nos itens seguintes, percorro o processo pelo qual o Estado de São Paulo cria as instituições ligadas à formação do mercado de trabalho, define uma política de saúde pública e constrói uma complexa estrutura de organismos responsáveis pela execução da política de saúde e higiene pública.

2.1. A Hospedaria de Imigrantes: um mercado de força de trabalho

Em 1888, construiu-se um novo prédio para a Hospedaria de Imigrantes, em substituição à velha casa improvisada para abrigar as famílias de trabalhadores que chegavam à Capital, vindas de Santos. O novo prédio representava, na época, a maior obra pública até então contruída na Província de São Paulo. Durante dez anos, a Sociedade Promotora da Imigração administrou a hospedaria que era, ao mesmo tempo, abrigo e mercado de "colonos", onde os capitalistas vinham para negociar a compra da força de trabalho.

O governo criou, na hospedaria, um mercado de mão-de-obra, da *mercadoria especial*. Afirmar que a hospedaria funcionava como um verdadeiro mercado de força de trabalho não é exagero, mas sim, permite se ter a medida exata do caráter específico assumido por essa instituição em São Paulo, um caráter totalmente distinto do de outras hospedarias instaladas quer no Rio de Janeiro, quer em Porto Alegre. A hospedaria da Ilha das Flores, no Rio de Janeiro, abrigava os imigrantes o tempo necessário para os despachos aduaneiros e desinfecções de bagagens. A hospedaria de São Paulo era o local onde entravam e saíam fazendeiros e administradores de fazendas em busca de braços para as

lavouras. Em pleno recinto da Instituição, agentes intermediários atuavam na realização de contratos de mão-de-obra. Para evitar abusos, o governo instalou uma agência de colocação de imigrantes recém-chegados. Sobre esse verdadeiro mercado de força de trabalho, DENIS comenta: *"os preços subiam quando a procura era grande e os fazendeiros faziam concorrência entre si, baixavam no caso contrário. O mercado era público; os colonos podiam comparar as ofertas".*¹²

Até chegarem a esse mercado, os imigrantes percorriam um longo caminho - de Gênova, principal porto italiano, a Santos, onde os vapores chegavam completamente lotados de homens, mulheres e crianças, recrutados pela Sociedade Promotora da Imigração. De Santos seguiam para a hospedaria do Brás, na Capital. Os imigrantes eram vacinados, e cada família recebia o cartão de permanência, cujo prazo era de uma semana. Nesse período, o imigrante deveria fechar negócio, assinar contrato e ir trabalhar em alguma fazenda de café. Durante o período de permanência, a hospedaria fornecia duas refeições principais, às 11 horas e às 16 horas. Pela manhã e à noite era fornecido pão com café. Para as crianças menores de 3 anos fornecia-se leite (500 gr.). A hospedaria tinha capacidade para alojar duas mil pessoas, e contava com um médico para atender aos doentes e aos partos.

Logo após a inauguração do novo prédio, foi nomeado médico daquela instituição o Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho, (futuro fundador da Faculdade de Medicina de São Paulo, em 1913). Em suas *"Memórias"*, ele relata que sua nomeação se deveu a compromissos políticos, a retribuição de favores prestados por seu pai, eminente figura do Partido Conservador. Apesar da relutância de seu pai, fervoroso crítico dos *"empregos públicos"*, o recém-formado em medicina acabou aceitando o emprego.

12. DENIS, P. op. cit., p. 175.

Durante três dias, o Dr. Arnaldo permaneceu no cargo de médico da imigração e, nesse curto espaço de tempo, pôde sentir e observar as condições daquele prédio recentemente inaugurado. Em suas *"Memórias"*, criticava a concepção do edifício, em cuja construção não observou qualquer preceito de higiene e de engenharia sanitária. A ausência de normas de engenharia sanitária era atribuída à visão bacharelesca das instituições públicas sempre dirigidas e dominadas por advogados sedentos de poder - *"os bacharéis dos negócios públicos."*¹³

O número de imigrantes abrigados na hospedaria excedia às medidas projetadas para o prédio, agravando os defeitos da construção. Ao amontoamento de imigrantes uniam-se as moléstias tropicais, a falta de higiene e a falta de alimentação, que criavam um ambiente propício às epidemias devastadoras. O inferno de Dante foi a imagem usada pelo jovem médico da imigração para descrever a hospedaria e concluir que se o escritor italiano a tivesse conhecido incluí-la-ia em seus infernos, onde seus patricios purgariam culpas por terem abandonado a pátria *"em busca do ouro"*.¹⁴

Em janeiro de 1889, relata o Dr. Arnaldo, a febre amarela eclodiu em Santos. Muitos imigrantes vindos de Santos dirigiam-se à Hospedaria de Imigrantes no Brás. E tal fato, porém, não motivou a adoção de medidas no sentido de proteger os imigrantes já ali alocados, isolando-os para evitar o *"contágio"*.

O descaso não se resumia a esse episódio, fazia parte do dia a dia da hospedaria. Um exemplo de desleixo e de falta de higiene presentes no cotidiano daquele prédio era o necrotério: situava-se no porão da hospedaria, abaixo justamente da sala de enfermaria, onde mulheres parturientes

13. CARVALHO, Arnaldo Vieira de. *Memórias. Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*. Número especial em comemoração do Primeiro aniversário de falecimento do Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho, São Paulo, junho de 1921. p. 217-237.

14. CARVALHO, Arnaldo Vieira de op. cit. p. 219.

cuidavam de seus filhos recém-nascidos em meio ao ccheiro que subia do porão.

A meteórica passagem do Dr. Arnaldo pelo cargo de médico da Hospedaria de Imigrantes resultou dos obstáculos que encontrou para realizar mudanças. Após a primeira visita, elaborou uma lista de alterações no funcionamento da instituição e encaminhou-a ao Diretor, que nada fez. Frustrado na sua primeira tentativa, o Dr. Arnaldo foi ao Presidente da Província que por sua vez remateu as queixas ao inspetor da imigração, *"um outro bacharel, que com o vício profissional, em longo arrazoado procurou demonstrar ser tudo assim mesmo e nem poder ser melhor."*¹⁵

As *Memórias* do Dr. Arnaldo não constituem o único documento que expõe as condições precárias em que foram jogados milhares de imigrantes. Há outras denúncias contidas, por exemplo, nos relatórios de inspetores da emigração e de funcionários do governo italiano. Entretanto, nas *Memórias*, há uma síntese do *"espírito"* que tomava conta daquela instituição: a visão bacharelesca e a retórica, companheiras íntimas do descaso com a situação do trabalhador.

A Hospedaria de Imigrantes era um depósito de gente. Segundo fonte oficial, havia dez dormitórios para abrigar duas mil pessoas, e não eram raras as denúncias de que o total de imigrantes ali alojados excedia esse número. Em 1898, o Dr. Vital Brasil, quando tratou de debelar uma epidemia de difteria na hospedaria, constatou que o número de abrigados excedia a capacidade do prédio.¹⁶ Um *"verdadeiro monturo"*, assim definia a hospedaria um viajante italiano, em 1888, ano da inauguração do prédio. O maior depósito de imigrantes, sem qualquer asseio, higiene ou comodidade, comentava um viajante que percorreu outras

15. Idem, p. 221.

16. BRASIL, Vital. Alguns casos de diphteria tratados pelo serum-antidiphtherico. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, v. 1, n. 3, abril 1898, p. 51.

regiões do País.¹⁷ Esse viajante desaconselhava seus conterrâneos a virem ao Brasil. Indicava a Argentina, onde, nessa ocasião, os imigrantes recebiam um lote para formar colônia agrícola autônoma; no Brasil, os imigrantes vinham apenas substituir o escravo na cultura do café. Outro italiano, Vincenzo Grossi, membro do Conselho de Emigração da Itália, visitou a hospedaria e, embora tratasse de forma positiva a vinda de seus patrícios para o Brasil, reclamava da superlotação. Viu oito mil imigrantes amontoados naquele prédio úmido, construído na região mais baixa da cidade¹⁸.

Há uma controvérsia acerca da capacidade da hospedaria. A fonte oficial afirmava que era de duas mil pessoas. Grossi, membro da emigração italiana, afirmava que era de quatro mil (embora tenha encontrado oito mil ou mais imigrantes ali abrigados), e Scalabrini, estudioso sobre a emigração italiana para a América do Sul, constatava que a hospedaria fora construída para 2.400 pessoas ou, no máximo, 4 mil, mas que durante o ano de 1895, auge da entrada de imigrantes, chegou a alojar 9 mil imigrantes.¹⁹ A imprecisão quanto ao número de imigrantes que a hospedaria teria capacidade de abrigar parece irrelevante e é, de fato, se não fosse a amplitude de variação encontrada no número de abrigados, de 2 mil a 9 mil. Isso avalia as condições desse alojamento construído inicialmente para abrigar entre 2000 a 2.400 pessoas, e que, no entanto, abrigou 4 vezes mais a sua capacidade. Isso explicava o porquê da hospedaria ter-se tornado um foco permanente de difusão de doenças e de epidemias.

Se o imigrante contasse com a sorte, sua estada não passaria de uma semana, caso não adoecesse e encontrasse logo emprego na lavoura de café. Nessa situação ideal, sua permanência se resumiria a uma passagem pela Capital: mal

17. MERITANNI, G. *Un mese nel Brasile* (note e impressioni di viaggio). Verona, 1888. p. 8-9 e 11.

18. GROSSI, Vincenzo. *Della emigrazione Italiana al Brasile*. Torino, Bocca, 1894, p. 23.

19. SCALABRINI, Angelo. Delle condizioni attuali della emigrazione nell' America Meridionale suoi rapporti coll'industria. *Congresso Geografico Italiano*. Roma, 1895 nº. 2, 1895, p. 18.

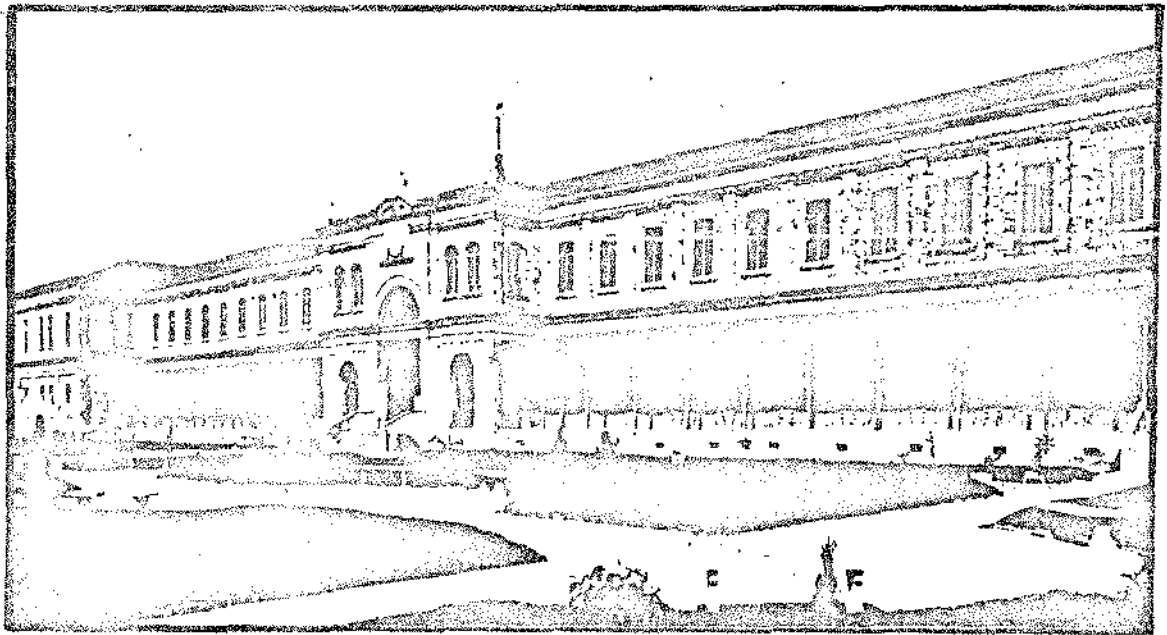


FIG. 3 HOSPEDARIA DE INIGRANTES

teria tempo de olhar a cidade pela janela da hospedaria, pois logo tomaria o trem na Estação da Luz rumo ao interior de São Paulo. Antes de partir, o imigrante receberia uma ração para viagem - 500 grs. de pão e 200 grs. de salame, pegaria suas bagagens, reuniria os filhos e iria tomar o trem da Cia. Paulista que o levaria gratuitamente para a lavoura de café (os principais fazendeiros de café eram os proprietários da Cia. Paulista).

2.2. A política de saúde: as instituições e a organização sanitária.

Em 1884, ano em que o Congresso paulista aprovara a lei da concessão de passagens gratuitas para os imigrantes, foi nomeado por ato do Presidente da Província de São Paulo, João Alfredo, o primeiro inspetor de higiene pública, Dr. Marcos de Oliveira Arruda. O cargo era exercido sem vencimentos, e o local de funcionamento da Inspetoria de Higiene era o consultório do médico. Somente dois anos depois da nomeação, em 1886, a inspetoria foi instalada em prédio próprio. Além do inspetor geral, a inspetoria contava com mais dois médicos e um delegado de higiene nas cidades mais importantes da Província (Santos e Campinas). A repartição não dispunha de orçamento próprio. Sua atuação estava subordinada à Inspetoria Geral de Higiene, com sede no Rio de Janeiro. Pouca coisa a Inspetoria de Higiene de São Paulo realizou no sentido de sanear a Capital e as principais cidades, Santos e Campinas. Dependia de verbas da Inspetoria Geral de Higiene, mais de uma vez negadas. O inspetor de higiene de São Paulo questionava-se sobre as finalidades da inspetoria: isolada, sem recursos, sem pessoal e sem o prestígio das autoridades.²⁰

20. Relatório do Dr. Marcos de Oliveira Arruda. Inspetor de Higiene da Província de São Paulo. 1886. citado por LEMOS, Fernando Cerqueira. Contribuição à história do Instituto Bacteriológico 1892-1940. *Revista do Instituto Adolfo Lutz*. São Paulo, 14/15, 1954. p. 9.

No relatório de 1886, o Presidente da Província de São Paulo, João Alfredo, advertia para o problema da saúde pública. Apontava a política imigratória posta em execução pela Província como a razão de suas preocupações com a saúde. Para atrair imigrantes era preciso sanear as cidades e, em especial a cidade de Santos, foco de epidemias.²¹

A saúde pública resumia-se às Posturas Municipais de 1875, as quais arrolavam normas sanitárias vagas para as cidades - remoção do lixo, limpeza dos quintais, abertura de ruas. Inexistiam estatísticas do movimento da população e da ocorrência de doenças. Na gestão de João Alfredo, organizou-se um plano geral de recenseamento com o objetivo de recensear a população, a produção agrícola e industrial, o comércio, a instrução, a justiça, a força pública e as condições de higiene pública. Essa iniciativa refletia a preocupação com o movimento crescente da imigração e com o descaso do Estado acerca das condições de vida da população. Mas não somente isso, a iniciativa do recenseamento mostrava o temor do governo com a interrupção da política imigratória devido às condições sanitárias do estado. Nesse ano, um documento da emigração italiana circulava entre os prefeitos italianos desaconselhando a emigração para o Brasil, principalmente para a Província de São Paulo, qualificada como das mais *inóspitas e insalubres*.²² Ciente de tal documento, o presidente da Província reafirmava seu compromisso com a forma de

21. Relatório apresentado à Assembléia Legislativa Provincial de São Paulo pelo Presidente da Província João Alfredo Correa de Oliveira no dia 15 de fevereiro de 1886. São Paulo, Typ. a vapor de Jorge Seckler e C. 1887. p. 25-26 e 86-88.

22. *idem*, op. cit., p. 27. A Comissão Central do recenseamento era composta por: Elias Antonio Pacheco Chaves; Domingos J. Nogueira Jaguaribe; José Joaquim de Carvalho; Abílio Aurélio da Silva Marques e Carlos Botelho.

transição do regime de trabalho através da política imigratória: *"o futuro agrícola do Brasil não está dependendo do trabalho servil, instituição que irremediavelmente, pela própria natureza, tem de acabar e para qual bem o sabem os proprietários, não é lícito esperar mais do que razoáveis atenções aos interesses particulares, enquanto se operar a transição do velho para o novo regime."*²³

Durante o Império, pouca coisa se fez em relação à saúde pública, as Posturas Municipais permaneceram solitárias e inoperantes. Apesar disso, o fluxo imigratório continuou a crescer mais devido ao agravamento da situação italiana do que às melhorias nas condições sanitárias da Província de São Paulo.

O avanço das epidemias de febre amarela na direção das cidades do Deste Paulista foi o fator que levou a mudança de atitude em relação à saúde pública. As epidemias ameaçavam a continuidade da expansão cafeeira e a própria política de imigração em massa.

Em 1891, a formulação a política de saúde começou com a organização do Serviço Sanitário. Neste mesmo ano, o governo, presidido por Américo Brasiliense, recebeu do Congresso autorização para gastar a quantia de trezentos contos de réis (R\$ 300:000\$000) com a aquisição do material necessário ao serviço, pagamento de pessoal e demais despesas.

A organização do serviço de saúde pública e à destinação de recursos para a sua montagem vem se juntar o decreto do Congresso do Estado que tornava obrigatórias a vacinação e revacinação em todo o estado.

Com a Proclamação da República, a federalização e a autonomia dos estados, as questões de saúde pública passaram a fazer parte do rol das atribuições dos estados.

23. *idem*, op. cit., p.5.

Em São Paulo, 1891-1893 foi o período de montagem e de estruturação dos serviços sanitários.

Em julho de 1892, a organização dos serviços de saúde pública já apresentava uma forma. O Serviço Sanitário, criado pela lei n.43 de 18 de junho de 1892, ficou subordinado à Secretaria de Estado do Interior e compunha-se de um Conselho de Saúde Pública, responsável pela emissão de pareceres acerca da higiene e salubridade pública e de uma Diretoria de Higiene, responsável pelo cumprimento das normas sanitárias, auxiliada pelas seções: Laboratório Farmacêutico, Laboratório de Análises Químicas, Laboratório Bacteriológico e Instituto Vacinogênico.

Era de competência da Diretoria de Higiene o estudo das questões de saúde pública, o saneamento das localidades e das habitações e a adoção de meios para prevenir, combater e atenuar as moléstias transmissíveis, endêmicas e epidêmicas. De forma genérica, apareciam na legislação os campos de policiamento sanitário de responsabilidade da Diretoria de Higiene: a inspeção de escolas, de fábricas e oficinas, de instituições confinadoras como hospícios, prisões, asilos, quartéis e hospitais; fiscalização da alimentação, bebidas e águas minerais; fiscalização do exercício profissional de medicina e de farmácia; policiamento de cidades e vilas e de cemitérios. Para melhor dirigir sua ação de prevenção e combate às moléstias transmissíveis, coube à Diretoria a organização de estatísticas demográfico-sanitárias.

Para levar adiante o policiamento sanitário, a Diretoria fez uma divisão do trabalho: o policiamento da Capital foi dividido em oito distritos, cada um com um delegado de higiene e dois fiscais desinfetadores; a cidade de Santos foi dividida em dois distritos, com um delegado em cada distrito e quatro fiscais desinfetadores; Campinas teve a mesma organização de Santos. Para as demais cidades do estado, foram alocados 62 delegados de higiene e 84 fiscais

desinfetadores. O mesmo número para as demais vilas do estado.

O pessoal alocado no Serviço Sanitário, sem contar o pessoal das seções auxiliares, correspondia, na Capital, a 33 pessoas, entre elas: o diretor, porteiros, amanuenses, engenheiro sanitário, delegados de higiene e fiscais desinfetadores. No interior, Santos absorvia 16 pessoas ligadas ao policiamento sanitário; Campinas, o mesmo número; as outras cidades, 124 no total; e nas demais vilas, um total de 168. Ao todo, a Capital absorvia 33 pessoas e o interior 304 pessoas dedicadas à saúde pública. Como se pode notar, as epidemias de febre amarela fizeram surgir a preocupação com as condições sanitárias das cidades e vilas do interior do estado. (Ver Tabela II, a seguir)

No ano de 1894, o primeiro Código Sanitário do estado foi promulgado, com 520 artigos, reunindo as normas de higiene e saúde pública. Regulamentava o espaço público e privado: ruas, praças, habitação, fábricas, oficinas, etc. Estendia as normas de higiene para outras esferas da vida dos habitantes das cidades de forma mais rigorosa do que a das Posturas Municipais. Nada escapava do código. Nas épocas de epidemias, a presença do fiscal, do desinfetador e do inspetor sanitário tornava-se mais visível e o exercício de polícia sanitária mais rigoroso.

Dois anos após a promulgação do Código Sanitário, o Serviço Sanitário foi reestruturado pela lei n.432, de 3 de agosto de 1896 que definiu a estrutura básica do Serviço Sanitário, a qual se manterá, com pequenas alterações, até 1911, quando tem lugar a sua reformulação.

Com a lei de 1896, a Diretoria de Higiene passou a ser denominada Diretoria do Serviço Sanitário e as seções auxiliares ganharam autonomia, formando seções específicas do Serviço Sanitário. Assim o serviço de estatística demográfico-sanitária tornou-se Seção de Estatística Demografo-Sanitária e o serviços de desinfecções tornaram-se uma seção denominada de Serviço Geral de Desinfecção. Ambas

TABELA II São Paulo- Saúde Pública.
Pessoal alocado no Serviço Sanitário do Estado, 1896.

GRUPOS	NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS
Diretoria do Serviço Sanitário.....	43 *1
Laboratório Farmacêutico do Estado..	17
Instituto Bacteriológico.....	7
Laboratório de Análises Químicas e Bromatológicas	9
Instituto Vacinogênico	7
Serviço Geral de Desinfecção.....	101
Seção Estatística Demografo-Sanitá- ria	5
Hospitais de Isolamento	
Hosp. de Isolamento da Capital	8
Lazareto *2.....	---
Posto Quarentenário *2	---
Posto de Observação *2	---
Serventes da Desinfecção e do Hospi- tal de Isolamento	6
TOTAL	203

Fonte: Lei nº 432 de 3/8/1896.

*1 Consta de Engenheiro Sanitário, Consultor Técnico do Gover-
no, prestando serviços à Diretoria do Serviço Sanitário.

*2 Na Lei nº 432 de 3/8/1896 há a autorização para o Governo
criar, mas não há a definição do nº de funcionários.

passaram a figurar no orçamento em rubrica distinta da Diretoria do Serviço Sanitário.

Com base na legislação de 1896, descrevo o funcionamento das seções que integravam o Serviço Sanitário e busco as relações da legislação com o desenvolvimento da economia e da sociedade paulista, naquele momento. (Ver Organograma I)

O Serviço Geral de Desinfecção absorvia uma parcela substancial dos recursos, o que mostrava sua posição estratégica no combate às epidemias. A política de saúde privilegiava as desinfecções como meio de ataque às moléstias transmissíveis. Comissões de fiscais desinfetadores seguiam para o interior do estado munidas de toda espécie de desinfetantes e de aparelhos para realizar as desinfecções, levavam estufas locomóveis e carros de condução de doentes e de cadáveres. A cada surto de febre amarela eram contratados novos desinfetadores, pois os alocados no serviço (16 fiscais-desinfetadores na capital, 8, em Santos e Campinas e mais 146, em outras cidades do interior) não davam conta de atender as requisições de desinfecções, condução de doentes e de cadáveres e a incineração de roupas e de objetos pertencentes a doentes de moléstias transmissíveis.

Nos tempos normais, o serviço de desinfecções seguia uma rotina: desinfetar instalações sanitárias em prédios públicos e privados, ralos, bocas de lobos, ruas e praças públicas. Mantinha um serviço especial na Hospedaria de Imigrantes, onde desinfetava roupas na estufa e objetos nas câmaras de enxofre e mantinha fornos de incineração de objetos e roupas. Os imigrantes eram os mais visados nas desinfecções. Em 1895, na hospedaria do Brás e na de São Bernardo, foram desinfetadas 1.956.486 peças de roupas na estufa, e mais de 500 mil objetos na câmara de enxofre. No Desinfectório Central, os números das desinfecções eram bem

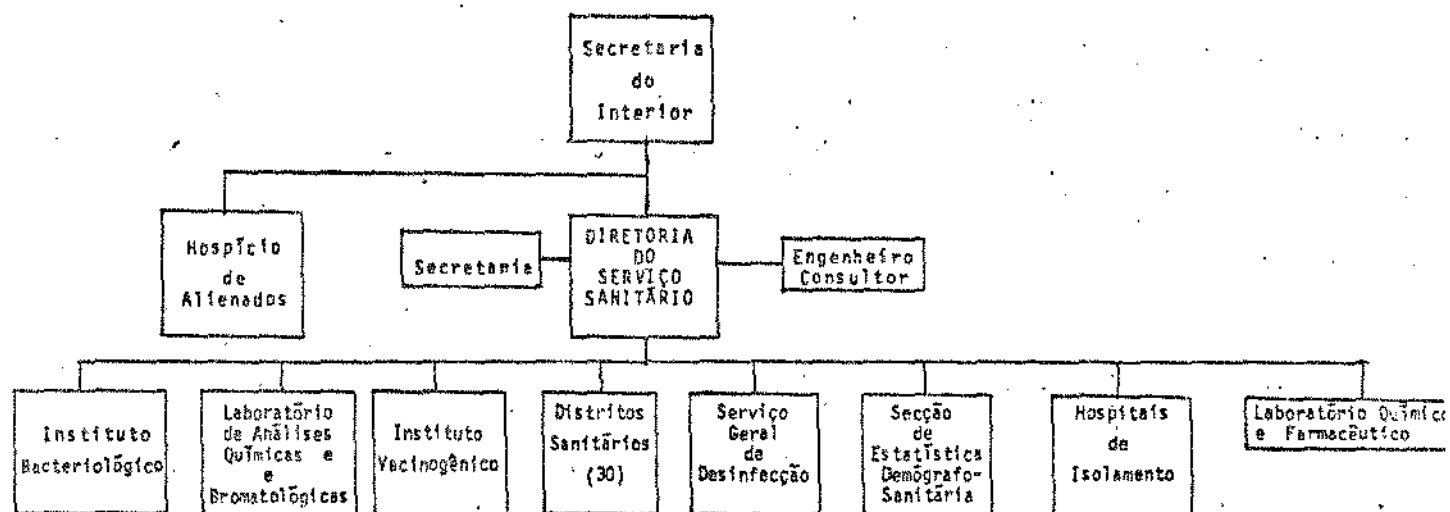


FIG. 4 ORGANOGRAHA I - ESTRUTURA DO SERVIÇO SANITÁRIO EM 1896. FONTE: CAHARGO, Ana M. F. *Os impasses da pesquisa microbiológica e as políticas de saúde públicas*. op. cit.

inferiores: 35.186 peças de roupas passaram pela estufa; 1.388 objetos foram submetidos à câmara de enxofre. Na hospedaria, o ritmo das atividades ligadas à desinfecção das roupas e objetos dos trabalhadores estrangeiros era bem mais intenso - para cada peça de roupa desinfetada nas estufas do Desinfectório Central, que atendia a demanda por desinfecções de toda a Capital, a hospedaria desinfetava 56 peças.

As atividades do Desinfectório Central concentravam-se nas desinfecções de prédios públicos, (quartéis da Luz e do 3º Regimento de Artilharia de Santana e nas estações do Fari e da Luz), de logradouros e de habitações, na remoção de mortos e no isolamento de doentes.²⁴

Uma diversificada e enorme quantidade de substâncias químicas e preparados químicos era empregada nas desinfecções: sulfato de cobre (o material mais utilizado no serviço), cloreto de cal, ácido sulfúrico, enxofre, ácido fênico, sulfato de ferro, bicloreto de mercúrio, carbonato de soda e ácido clorídrico, cresil, sacos de cal, álcool, vaselina e permanganato de potássio.

Para cada tipo de local, público ou privado, utilizava-se uma composição distinta das substâncias químicas. Em habitações, onde havia doentes ou mortos, os desinfetadores pulverizavam as paredes, o piso e as instalações sanitárias com uma composição de enxofre e vaselina misturada com bicloreto de mercúrio e outras substâncias. Nas inúmeras cocheiras instaladas na Capital, a desinfecção era feita com pulverizador a vapor que espargia cresil, álcool, carbonato de soda e ácido fênico cristalizado. Outras misturas químicas eram pulverizadas em locais públicos fechados e, ainda, uma nova composição era empregada nos largos, nas praças e logradouros públicos

24. Relatório do Serviço de Desinfecções Efetuados no ano de 1894. Apresentado ao Dr. Diretor Geral do Serviço Sanitário pelo Dr. Diogo de Faria. *Relatório da Secretaria do Interior do ano de 1894*. p. 7.

abertos. Nas escavações e nas remoções de terras realizadas pela Comissão de Saneamento da Secretaria da Agricultura, o Desinfectório Central enviava seus desinfetadores para procederem as pulverizações contra os males invisíveis contidos nas terras removidas.

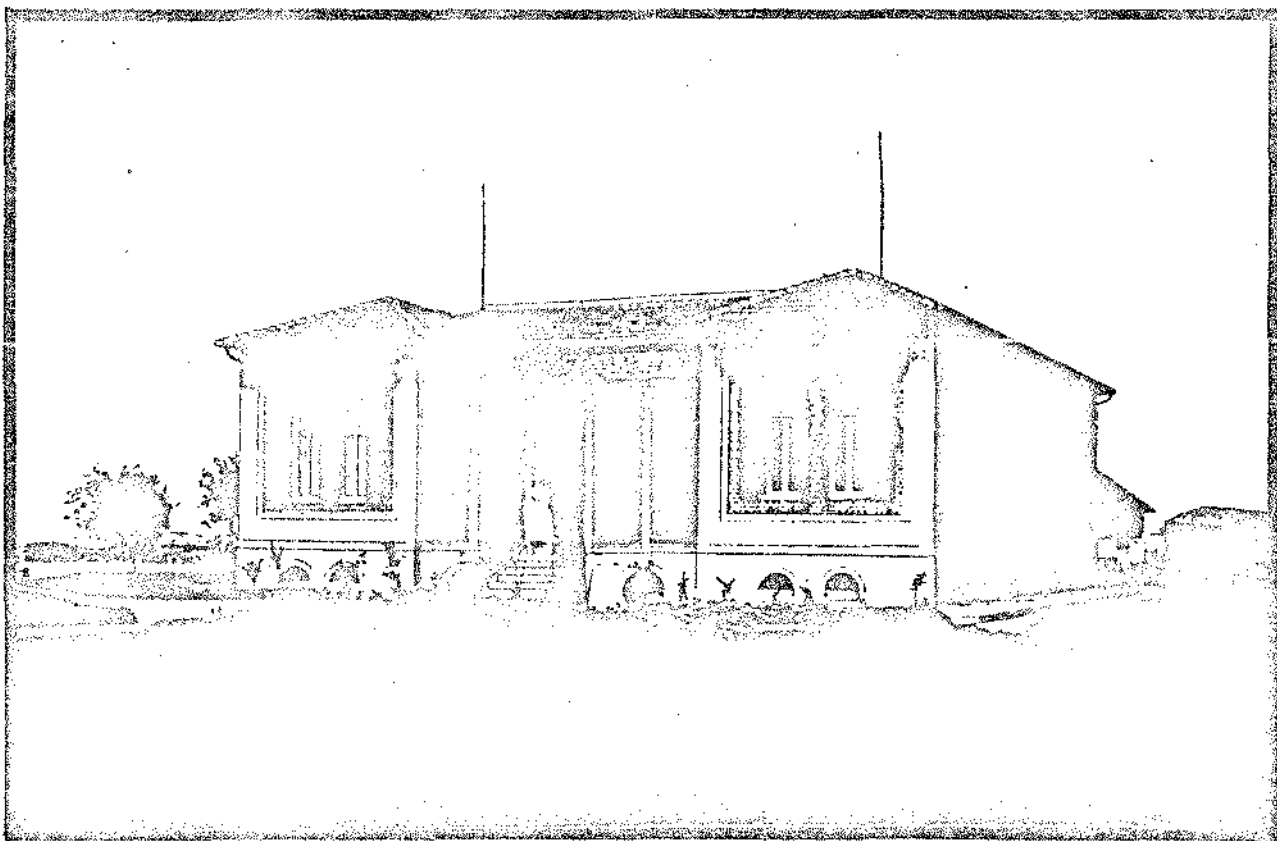
Em 1896, iniciou-se o uso de formol nas desinfecções. O Diretor do Serviço Geral de Desinfecções tornou-se um defensor do emprego do formol, por ser mais simples, mais prático e mais fácil de aplicar - qualquer leigo podia fazê-lo. Mostrava, no relatório do serviço, as reduções de custo com o uso do formol. O aparelho formogeno, em seis horas de funcionamento, consumia de 4 a 6 litros de álcool metílico e desinfetava 200 a 300 m².²⁵

O formol substituiu o enxofre. Sobre isso, expressava-se o Dr. Diogo de Faria: *"não tardará muito em que este agente (o enxofre) figurará nos arquivos das desinfecções como simples tradição, como muitos outros, cujas propriedades depuradoras foram outrora decantadas por homens eminentes e são hoje ridicularizadas pela ciência moderna"*.²⁶ Apontava as inúmeras vantagens do uso do formol em relação ao do enxofre: *"não destrói a madeira nem metais; não altera cores dos tecidos; seu poder de impregnação é maior e, 24 horas após a desinfecção, o cômodo pode ser habitado, bastando 4 horas de aeração e por fim seu emprego é fácil"*.

Além da diversificada gama de substâncias químicas empregadas, uma verdadeira parafernália de equipamentos e aparelhos especiais eram usados nas desinfecções. Havia estufas fixas assentadas no Desinfectório Central, nos quartéis e nos alojamentos de imigrantes no Brás e em São Bernardo. As estufas locomóveis eram (quatorze) distribuídas entre as localidades do interior sujeitas às epidemias:

25. Relatório do Serviço de Desinfecções efetuadas no ano de 1896. Apresentado ao Dr. Diretor do Serviço Sanitário pelo Dr. Diogo de Faria. p. 129-130. *Relatório da Secretaria do Interior do ano de 1896*.

26. *Idem*, p. 166.



Pavilhão de classe.

FIG. 5 FONTE: AS NOSSAS GRAYURAS. SERVIÇO SANITARIO. HOSPITAL DE ISOLAMENTO. IN: REVISTA MEDICA DE S. PAULO. 1900. p. 174-182.

Araraquara, Belém do Descalvado, São Carlos, Jaboticabal, Dois Córregos, Rio Claro, Brotas, Leme, Limeira, Franca, Itatiba, Bananal, Cachoeira, e Lorena.

Os pulverizadores eram os aparelhos mais empregados. Na Capital, havia 35 pulverizadores e, no interior, 19, distribuídos entre as cidades onde ocorressem epidemias.

Todo o material das desinfecções era importado de firmas européias. Estufas fixas e acessórios foram encomendados na Geneste-Herschel. As matérias químicas - os desinfetantes - também eram importados da Alemanha, França e Inglaterra.

Para enfrentar a epidemia da febre amarela de 1896, que se estendeu por muitas cidades do interior foram comissionados 214 desinfetadores. Novos aparelhos foram adquiridos: os pulverizadores passaram de 54 para 176; o pulverizador a vapor passou de 1 para 3; as estufas fixas passaram de 4 para 20; as estufas locomóveis, de 14 para 20. O Serviço passou a contar com 74 animais dos quais 46 serviam aos carros utilizados pelo Desinfectório Central.²⁷

O gasto com substâncias químicas, com aparelhos e com o sustento de animais era uma das rubricas mais pesadas no orçamento do Serviço Geral de Desinfecção, diferentemente do que ocorria em outras seções, (à exceção do Laboratório Farmacêutico) nas quais esse item da despesa era desprezível.

O Serviço Geral de Desinfecção contava, ainda, com 31 carros - seis carros conduziam doentes para o Hospital de Isolamento (hoje Hospital Emílio Ribas), e três destinavam-se a levar mortos por moléstias transmissíveis. Esses carros eram usados por pessoas pobres e indigentes. O Dr. Diogo de Faria, porém, propunha ampliar o serviço com a compra de um carro para transportar doentes de moléstias contagiosas, de outras classes sociais. Na avaliação do Dr. Diogo de Faria,

27. Idem, p. 106-129.

um carro que atendesse somente *particulares com recursos* era necessário, porque o regulamento sanitário proibia o transporte em carro de praça de doentes com doenças transmissíveis.²⁸

Um carro desse tipo que não transportasse indigentes, provavelmente ficaria ocioso porque as pessoas com recursos não faziam isolamento no hospital, permaneciam em casa, uma vez que o próprio Código Sanitário previa casos de isolamento domiciliar. Hospitais e carros de condução de doentes e mortos eram apenas para os pobres, aqueles cujas casas - habitações coletivas e cortiços - não dispunham de condições para o isolamento.

Habitações, cocheiras, edifícios públicos, estações de estrada de ferro, logradouros públicos, terras removidas, nada escapava da mira das desinfecções. O Diretor do Serviço de Desinfecção Dr. Diogo de Faria, em seu relatório de 1895, mostrava-se otimista, pois, em nenhuma das casas desinfetadas, ocorreu reincidência de moléstia contagiosa, o que provava, segundo ele, a sua eficácia. A "vulgarização" do serviço na Capital ocorria devido a esses resultados positivos. Antes, as desinfecções restringiam-se a casos de moléstias de notificação compulsória; agora eram pedidas nas clínicas da Capital, mesmo para aquelas moléstias que não constavam na notificação obrigatória. E concluía: "*em breve a prática das desinfecções figurará nos hábitos da população e da classe média de São Paulo*".²⁹

Essa observação otimista do diretor das desinfecções denunciava que as práticas das desinfecções eram intervenções destinadas aos pobres e aos trabalhadores; as demais classes sociais gozavam de privilégios quer em relação à saúde, quer em relação ao tratamento da doença.

28. Relatório do Serviço de Desinfecções efetuadas no ano de 1895. Apresentado ao Dr. Diretor Geral do Serviço Sanitário pelo Dr. Diogo de Faria. p. 3-45. *Relatório da Secretaria do Interior do ano de 1895.*

29. *idem*, p.3-45

As desinfecções eram o exemplo mais expressivo do momento de transição que vivia o conhecimento médico. Nelas havia resquícios da concepção miasmática das doenças. Embora essa concepção estivesse em declínio desde a segunda metade do século XIX, ela ainda permanecia como explicação de doenças cuja forma de transmissão se ignorava. Particularmente, isso ocorria com a febre amarela, cujo meio de propagação continuava desconhecido, apesar dos avanços das pesquisas bacteriológicas.

O Serviço Geral de Desinfecção, o Laboratório Farmacêutico, o Instituto Bacteriológico e o Vacinogênico ocupavam o lugar central na política de saúde e articulavam-se no combate às epidemias.

O Laboratório Farmacêutico surgiu para diminuir as despesas do estado com a compra de medicamentos e substâncias químicas empregadas nas desinfecções junto a farmácias particulares. O estado demandava grandes quantidades desses produtos para abastecer os hospitais, as desinfecções, as enfermarias dos quartéis e das prisões, etc.

Até 1930, os processos industriais ligados à produção de medicamentos limitavam-se à manipulação de substâncias naturais de origem animal ou vegetal, preparados em pequenos laboratórios, em farmácias e em boticas. Em São Paulo, dominavam o setor de manipulação e aviamento de fórmulas de medicamentos os estabelecimentos *Botica do Visado d'Ouro* e a *Baruel e Cia.*³⁰

Logo após a Proclamação da República, o Diretor do Tesouro aprovou a criação do laboratório conforme proposta

30. Relatório do Laboratório Farmacêutico do Estado de São Paulo de 1894. *Relatório da Secretaria do Interior do ano de 1894*. p. 3-9.

Ver: GIOVANNI, Geraldo. *A questão dos remédios no Brasil: produção e consumo*. São Paulo: Polis, 1980. p.50-57. O autor faz um comentário sobre a produção farmacêutica antes de 1945. Os grandes laboratórios só entraram no Brasil depois de 1930; dentre eles os que hoje formam a indústria farmacêutica: Johnson & Johnson, Abbot, Roche, CIBA, etc. Na década de 20, funcionavam no Brasil Sidney-Ross, Bayer, Rhodia, Beecham, Merck e Androsaco.

apresentada pela Inspetoria de Higiene. O primeiro Presidente do Estado de São Paulo, Prudente de Moraes, designou o Dr. Pedro França Pinto para organizar, regulamentar e escolher o local de funcionamento do laboratório.

Em 1890, o laboratório começou a funcionar numa antiga farmácia adquirida pelo estado, e passou a ser denominada *Farmácia do Estado*, cujo objetivo era fornecer medicamentos e aviar receitas para as enfermarias das instituições públicas e para as ambulâncias que iam para o interior debelar surtos epidêmicos.³¹

A partir de 1891, atendendo a uma reivindicação dos funcionários públicos, o Presidente do Estado, Américo Brasiliense, aprovou o acesso dos funcionários aos medicamentos e o aviamento de receitas pelo laboratório. Os pedidos de aviamento de receitas e de remédios dos funcionários eram atendidos a preço de custo e as despesas descontadas da folha de pagamento. Com a incorporação dessa clientela, o laboratório cresceu e o número de funcionários passou de 4 para 8. O prédio onde funcionava mostrou-se acanhado e um novo e mais amplo foi alugado.

Em 1895, assume a direção do laboratório o farmacêutico Christovão Buarque de Hollanda que introduz uma série de modificações na organização do trabalho, dividindo as atividades em três seções encarregadas do receituário: a dos funcionários públicos; a das enfermarias sustentadas pelo estado (hospício, cadeias, força pública, penitenciária, força federal e Hospedaria de Imigrantes) e a das repartições públicas (Comissão de Desinfecção da Capital, Instituto Bacteriológico, Repartição Central da Polícia, Corpo de Bombeiros e Laboratório de Análises Químicas).

31. Relatório do Diretor do Laboratório Farmacêutico do Estado de São Paulo apresentado ao Dr. Alfredo Pujol DD. Secretário dos Negócios do Interior 1895. *Relatório da Secretaria do Interior do ano de 1895*. p. 3-17.

As enfermarias do hospício, da cadeia e da força pública eram as que mais demandavam medicamentos. Em seguida, vinham as ambulâncias, remessas de drogas e medicamentos aos inspetores sanitários em trabalhos no interior do estado.**

Em 1895, foram contratados mais dois práticos, ficando o serviço do laboratório com um prático em química e cinco práticos em farmácia. No total, o número de funcionários do laboratório passou de oito, em 1893, para dezesseis, em 1895.

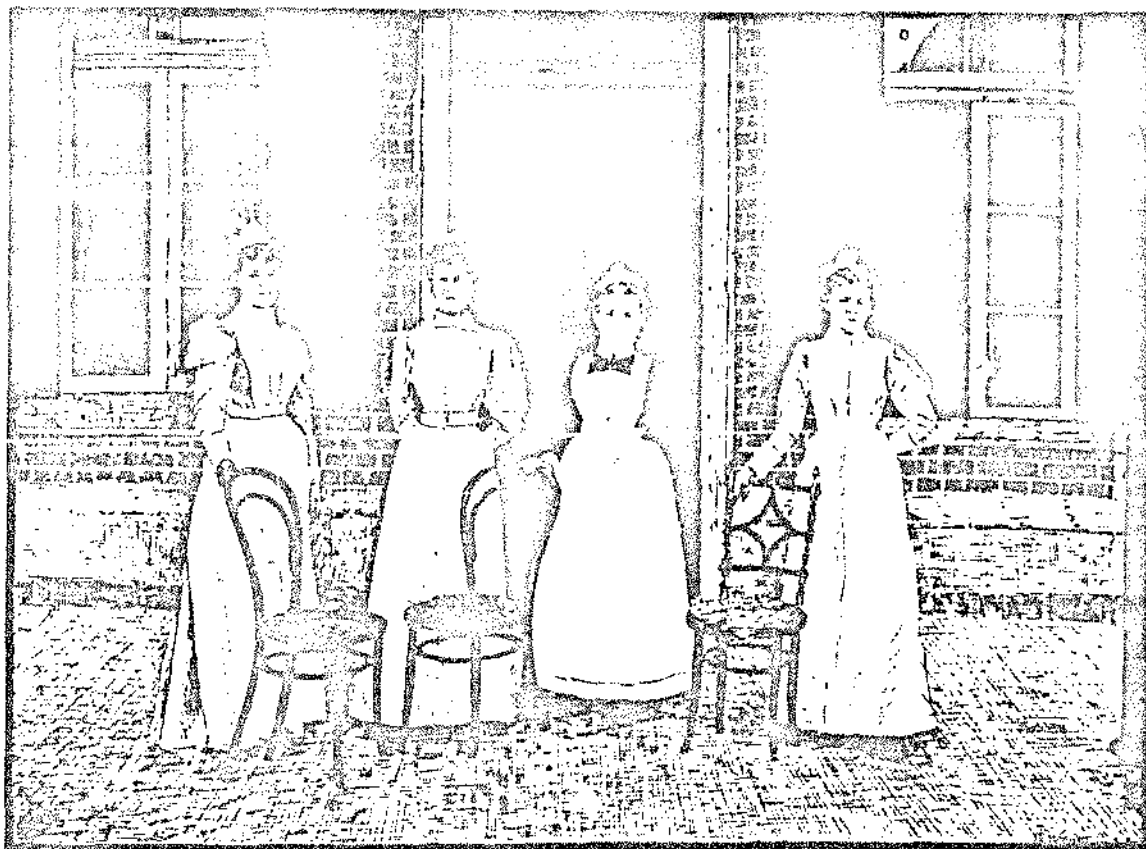
O fornecimento de gêneros utilizados na manipulação dos medicamentos, como banha, vinho, vinagre, etc., era feito por firmas comerciais da Capital. Duas firmas apareciam, nos relatórios, como as vencedoras das concorrências para os anos de 1895 e 1896 - a *Queiroz Vizeu e Cia.* e a *Francisco Duarte e Irmãos*.

A parcela significativa dos gastos do laboratório era com drogas, cujo fornecimento ficou a cargo da firma vencedora da concorrência, em 1895 e 1896, *Baruel e Cia.*, a maior farmácia e drogaria em funcionamento na Capital.

Em 1896, quando o laboratório passou a ser uma seção diretamente vinculada ao Serviço Sanitário, e não mais ao Secretário dos Negócios do Interior, o Diretor do laboratório enviou ao estrangeiro o Dr. Henrique Schaumann, proprietário da *Botica do Ueado d'Duro*, para encomendar balanças, drogas, vasilhames, acessórios, produtos químicos, etc. O laboratório ampliava-se e modernizava-se.

Na implantação, no melhoramento e na expansão do Laboratório Farmacêutico, o Dr. Christovão Buarque Hollanda enfrentou muitas críticas dos estabelecimentos farmacêuticos particulares e do comércio importador. Apesar disso, manteve-se como um árduo defensor da continuidade de seu funcionamento: apontava para os resultados positivos do

32. Ver nos Relatórios do Diretor do Laboratório Farmacêutico do Estado para os anos de 1894, 1895, 1896, 1897, ps. 6-9, 21-24, 186-187 e 16. Todos os relatórios encontram-se nos *Relatórios da Secretaria do Interior do Estado* para os respectivos anos.



Algumas Enfermeiras.

FIG. 6 FONTE: AS NOSSAS GRAVURAS. SERVIÇO SANITÁRIO. HOSPITAL DE ISOLAMENTO. IN: REVISTA MÉDICA DE S. PAULO. 1900. p. 174-182.

orçamento e destacava para as vantagens auferidas pelo estado com a criação do laboratório. No Império, quando o governo contratava farmácias particulares para o fornecimento de medicamentos às enfermarias e às repartições públicas, os gastos eram abusivos. Os preços cobrados pelas farmácias excediam em quase três vezes aos do laboratório. Os estabelecimentos particulares trabalhavam com uma margem de lucro de 80% sobre a matéria-prima para cobrir os gastos com água, luz, impostos, quebras e salários de seus funcionários. Se não houvesse o laboratório, o estado dispenderia 80% a mais com medicamentos para suas enfermarias.³³

A presença do laboratório indicava a forma mais complexa da intervenção do Estado na questão da saúde pública. O Estado passou à esfera da produção de desinfetantes e remédios empregados nas desinfecções e nas enfermarias e à esfera da importação de substâncias químicas e equipamentos, competindo com firmas particulares, priorizando a articulação entre as instituições e as práticas sanitárias.

O Instituto Bacteriológico cumpriu, durante os anos das epidemias, um papel fundamental - o de investigar cientificamente as causas e as formas de propagação das epidemias e das doenças transmissíveis. Foi o primeiro órgão do estado responsável pela pesquisa científica. Dedicou-se ao estudo da microscopia bacteriológica em geral e, em especial, da etiologia das epidemias, endemias e epizootias e da elucidação de diagnósticos com auxílio de exames microscópicos. Aplicou o método científico da experimentação e da pesquisa microscópica divulgados pela concepção bacteriológica.

33. Relatório do Diretor do Laboratório Farmacêutico do Estado de São Paulo apresentado ao Dr. Alfredo Pujol Secretário dos Negócios do Interior 1895. *Relatório da Secretaria do Interior do ano de 1895*. p. 11.

Se as instituições da organização da saúde pública do estado fossem classificadas em função das concepções da origem das doenças, poderíamos afirmar que o Serviço Geral de Desinfecção ligava-se à concepção miasmática e o Instituto Bacteriológico à microbiana. A polaridade - miasma e micróbio - estava presente na estrutura dos serviços de saúde pública, caracterizando o momento de transição em que a velha concepção não foi de todo abandonada e a nova não foi de todo aceita.

Até 1893, o Instituto Bacteriológico funcionou ligado ao Serviço Sanitário com o nome de Laboratório Bacteriológico. A partir dessa data, mudou de denominação e passou a constar em separado no orçamento da saúde. Seu primeiro diretor foi o Dr. Félix Le Dantec, Yque veio para dirigi-lo por indicação de Pasteur, atendendo a um pedido do Vice-Presidente do Estado, Dr. J. A. Cerqueira César. Em Paris, o embaixador Gabriel de Toledo Piza e Almeida serviu de porta-voz do governo paulista, entrando em contato com os professores Pasteur e Fouqué do Instituto de França, para que ambos indicassem discípulos para as instituições que estavam sendo criadas na área da saúde pública. Le Dantec, com 23 anos, veio para São Paulo para montar o laboratório. Iniciaria a formação de um grupo de profissionais, através de dois cursos que ministraria - um sobre microbiologia e outro sobre biologia geral, constando de temas como fermentação, moléstias microbianas, resistência dos tecidos à invasão de micróbios, vacinação e imunização. Le Dantec não conseguiu permanecer nos trópicos mais do que quatro meses, e seu programa de cursos para formação de pessoal médico-pesquisador não saiu do papel. Nos quatro meses que Le Dantec permaneceu à frente do laboratório, de dezembro de 1892 a abril de 1893, iniciou estudos sobre a febre amarela e coletou material em Santos. Os resultados desses estudos não chegaram aa ser formulados e divulgados em São Paulo,

pois, quando partiu, Le Dantec levou todo o material coletado.³⁴

Adolfo Lutz foi nomeado, em caráter interino, para substituir Le Dantec. A partir da gestão de Lutz (1893-1908), o instituto começou realmente a funcionar. A primeira investigação e elucidação de diagnóstico foi feita para a confirmação do surto de cólera-morbo que estava ocorrendo na Capital. O instituto confirmou a moléstia e o bacilo foi isolado.³⁵

O surto de cólera-morbo atingiu os imigrantes alojados na Hospedaria de Imigrantes. No instituto foram feitos exames de laboratório e mais autópsias em duas crianças vindas da hospedaria. Entre agosto e setembro de 1893, a cólera-morbo reinou na Capital. Das 23 mortes registradas em agosto, 11 ocorreram na hospedaria.

Em setembro, o número de mortes subiu de 23 para 28 e, a partir de outubro, começou a declinar. Neste mesmo mês foram registradas duas mortes entre os imigrantes.

Nos meses seguintes, a cólera-morbo reapareceu em cidades do Vale do Paraíba: Cachoeira, Cruzeiro, Guaratinguetá, Pindamonhagaba, Lorena, Queluz e Taubaté. Os médicos do instituto, auxiliados pelo inspetor sanitário Dr. Henrique Thompson, coletaram material para exames laboratoriais e novamente foi confirmado o diagnóstico.

Em 1894, a cólera-morbo ressurgia em cidades do Vale do Paraíba. Dessa vez, a moléstia foi importada da Capital Federal e não trazida pelos imigrantes. As cidades do Vale do Paraíba, situadas na fronteira entre o Estado do Rio de Janeiro e o de São Paulo, eram muito vulneráveis aos ataques de moléstias vindas da Capital Federal. A

34. LEMOS, Fernando Cerqueira. Contribuição à história do Instituto Bacteriológico 1892-1940. *Revista do Instituto Adolfo Lutz*, São Paulo, 14/15, 1954 (nº especial), p. 19.

35. Infecção intestinal aguda grave, início súbito, diarreia, vômitos e desidratação. A morte pode sobrevir poucas horas após o início da doença. Agente infeccioso - *Vibrio cholerae* ou vibrião colérico. Transmissão através da ingestão de água ou alimentos contaminados pelas fezes e vômitos de pacientes. Ver BENENSON, Abram S. (Editor). *Controle das doenças transmissíveis no homem*. México: Organização Pan-Americana da Saúde, 1963. p. 47-48.

comunicação, via estrada de ferro Central do Brasil, entre a região e a cidade do Rio de Janeiro, considerada a mais insalubre do país, facilitava a penetração de moléstias e, em especial a da cólera e a da varíola.

O pânico tomou conta do Secretário da Agricultura, responsável pela Hospedaria de Imigrantes, quando na véspera do Natal de 1894, dois mil dos cinco mil imigrantes alojados na hospedaria apresentaram, simultaneamente, vômitos e diarreias, seis horas depois de terem comido bacalhau no almoço. A hipótese era de que os imigrantes estivessem atacados pela cólera-morbo que ainda grassava nas cidades do Vale do Paraíba. O diagnóstico ficou a cargo do Instituto Bacteriológico que constatou, entretanto, ser um caso de envenenamento por peixe. Na preparação do bacalhau, empregou-se, para macerá-lo por 24 horas, água impura e além disso, fazia muito calor. Em vinte horas, os imigrantes já estavam restabelecidos, embora alguns estivessem ainda debilitados. Apenas um morreu.³⁶

O Instituto Bacteriológico constituiu o braço direito do Serviço Sanitário, fornecia diagnósticos e auxiliava na formulação da ação sanitária contra moléstias que se manifestavam na Capital e no interior. Elucidou a ocorrência, dentre outras moléstias, da cólera, da febre tifóide, da peste bubônica e da febre amarela.

Nos seus primeiros anos, o Instituto Bacteriológico dedicou-se a estudar e a definir a natureza das febres que ocorriam na Capital, as denominadas *febres paulistas*. Mais da metade dos clínicos atribuíam-lhes o caráter de febre palustre - malária. As *febres paulistas* foram as responsáveis pela morte de quase uma pessoa por dia ou duas mortes por 1000 habitantes no período de um ano.³⁷ Após intensos estudos, Lutz concluiu que as *febres paulistas*

36. Relatório do Instituto Bacteriológico para o ano de 1894. *Relatório da Secretaria do Interior do ano de 1894*, p. 33-37.

37. LEMOS, Fernando Cerqueira. *op. cit.*, p. 31.

eram, na verdade, a febre tifóide.³⁸ Seu diagnóstico foi uma de suas grandes contribuições à saúde pública. Trouxe polêmica, porque a totalidade dos médicos da Capital insistia na natureza palustre das febres. Lutz manteve seu diagnóstico e acertou. Mais tarde, houve a aceitação geral de que o impaludismo não ocorria na Capital, pois não havia aí sinais de malária epidêmica e não ocorriam sintomas como a febre intermitente e tremedeira. A febre tifóide foi reconhecida nos trabalhos do Instituto Bacteriológico como entidade mórbida autóctone na Capital.³⁹

A febre tifóide ocorria nos bairros mais pobres e sujos da cidade. A população desses bairros foi proibida de passear e fazer piqueniques em locais próximos aos mananciais, a fim de evitar contaminação, porque já se constataria que a água do abastecimento não estava ainda contaminada. O Serviço Sanitário divulgou normas para a extinção das moscas que, segundo Lutz, eram os agentes transmissores.⁴⁰

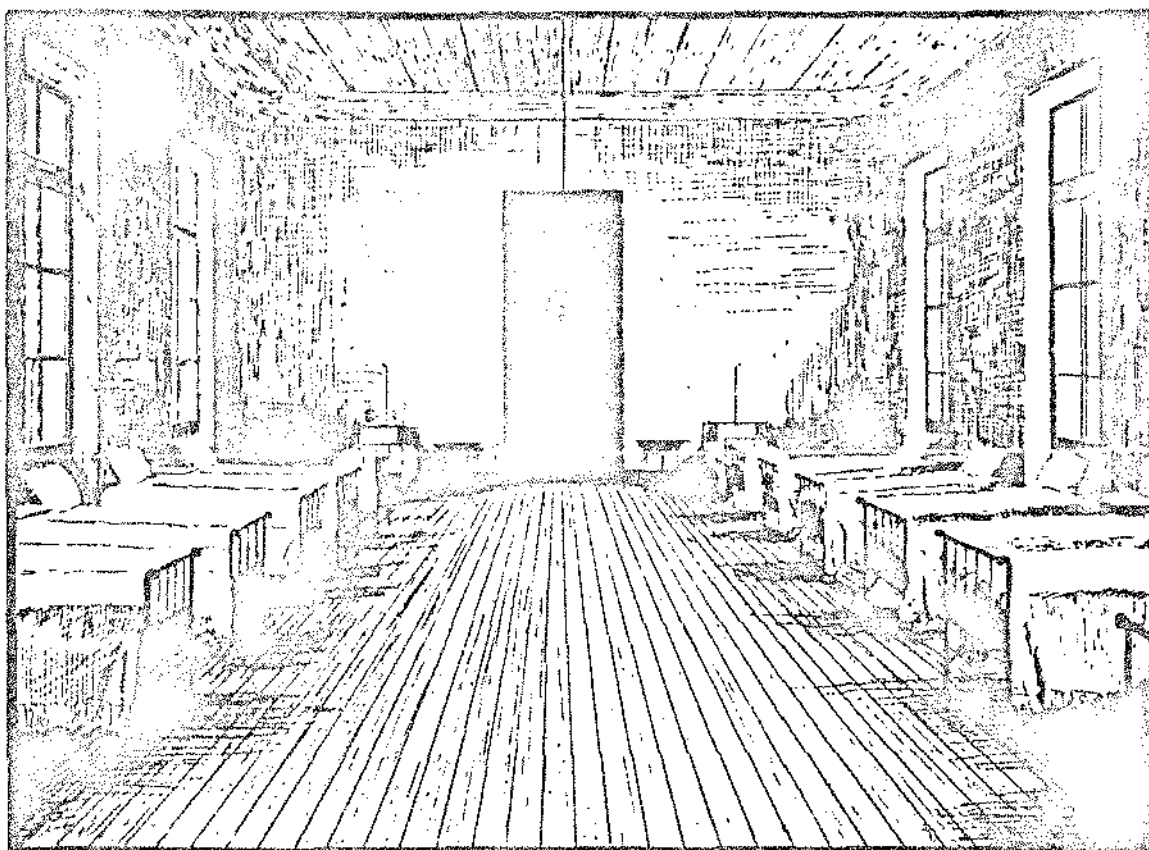
Os estudos sobre a febre amarela dominaram a vida desse instituto desde a sua criação até o esclarecimento completo do processo de transmissão da moléstia. Em 1903, nas históricas experiências, no Hospital de Isolamento, que contaram inclusive com o Dr. Lutz como cobaia, submetendo-se à picada do mosquito *Aedes aegypti*, na época denominado *stegomya fasciata*, a forma de propagação da febre amarela foi finalmente elucidada.

De 1894 a 1903, o instituto realizou inúmeros exames bacteriológicos de materiais coletados de doentes e

38. Doença infecciosa caracterizada por febre contínua, cefalalgia, mal-estar. Pode causar hemorragia intestinal nos casos não tratados. Agente infeccioso - bacilo tifóide, *Salmonella typhi*. Transmissão: água ou alimentos contaminados por fezes ou urina do doente. As moscas são também agentes de infecção de alimentos. Ver: BENENSON, Abram. op. cit., p. 162.

39. As bactérias típicas foram encontradas nos rins, baço e fígado - bacilo de Eberth. as culturas feitas com o bacilo foram encaminhadas por Lutz para o Professor Eberth que confirmou a presença do bacilo. Uma vez diagnosticada a febre paulista, o soro antitífóide começou a ser usado. Ver: Resumo dos trabalhos do Instituto Bacteriológico de São Paulo 1892 a 1906. Relatório apresentado à Diretoria do Serviço Sanitário. *Revista Médica de S. Paulo*. Jornal prático de medicina, cirurgia e higiene. São Paulo, ano X, n. 4, fevereiro de 1907. p. 70-80.

40. Idem. op. cit., p. 70-80.



Interior de uma Enfermaria.

FIG. 7 FONTE: AS NOSSAS GRAVURAS. HOSPITAL DE ISOLAMENTO. op. cit.

de cadáveres. Centenas de trabalhos foram publicados com os resultados dos exames de sangue e do vômito negro. A busca da bactéria, do microorganismo causador da febre amarela, nunca chegou a resultados positivos.

Os pesquisadores do instituto acompanharam de perto as experiências do Dr. Sanarelli, médico e pesquisador italiano, que dizia ter descoberto o bacilo causador da febre amarela. Em 1898, o Dr. Lutz e o assistente do Instituto Bacteriológico, Dr. Arthur de Mendonça, foram a Santos recepcionar o *ilustre* médico. Juntos foram para São Carlos do Pinhal, onde estava ocorrendo um surto epidêmico e aí permaneceram no Hospital de Isolamento, improvisado para atender aos doentes, fazendo exames e experiências para isolar o bacilo icteróide ou bacilo de Sanarelli.

De 14 a 19 de fevereiro de 1898, o Dr. Lutz e o Dr. Mendonça fizeram experiências em São Carlos do Pinhal e conseguiram, em alguns doentes, isolar o bacilo de Sanarelli, que supunham ser o agente infeccioso. Entretanto, os resultados obtidos com a aplicação do soro, produzido a partir desse bacilo foram negativos. Os pacientes não apresentaram nenhuma reação positiva. O Dr. Lutz convenceu-se de que o método soroterápico, proposto por Sanarelli, tinha pouco futuro para debelar o mal.⁴¹

Por outro lado, o Dr. Lutz analisando o sangue de doentes portadores de febre amarela, conseguiu isolar o bacilo em alguns doentes apenas, não de todos, o que, para ele, era indício de que o agente da infecção não havia sido ainda descoberto. Entretanto, ele não dispunha de razões suficientes para desacreditar ou para duvidar do papel etiológico do *bacilo de icteróide* ou de *Sanarelli* na febre amarela, uma vez que esse organismo era encontrado só em doentes da febre amarela. Lutz manteve-se nessa posição cética mais ou menos um ano, quando então, de forma

41. LUTZ, Adolfo. Relatório apresentado ao Dr. Diretor do Serviço Sanitário de São Paulo. Trabalhos do Instituto Bacteriológico do Estado de São Paulo durante o ano de 1898. *Revista Médica de S. Paulo*, São Paulo, ano II, n. 11, 1899. p. 316.

pioneira, negou a validade do *bacilo icteróide* como agente etiológico da febre amarela. Segundo ele, essa bactéria não passava de um agente de alguma infecção *oportunistica*, não sendo o causador da febre amarela. Essa posição do Dr. Lutz gerou tal celeuma no instituto que levou seu assistente Dr. Mendonça a pedir demissão.⁴²

Por meio de estudos, de exames bacteriológicos e de experiências, o Dr. Lutz negou a teoria Sanarelli e pioneiramente aderiu à teoria havanesa desenvolvida pela *Comissão Militar Norte Americana em Cuba* de que o mosquito era o vetor de transmissão da febre amarela.⁴³

Em 1903, o Dr. Emílio Ribas, Diretor do Serviço Sanitário, e o Dr. Adolfo Lutz, Diretor do Instituto Bacteriológico, promoveram as experiências no Hospital do Isolamento que acabaram por confirmar a teoria *havanesa*.⁴⁴

O instituto pesquisou os meios de destruir os mosquitos adultos e as larvas depositadas nas águas paradas e realizou experiências com vapores de enxofre queimado, fumaça em pó de piretro e emulsão de creolina e querosene.⁴⁵

O instituto ocupou-se também de outras doenças. Quando de sua criação, a difteria era considerada uma moléstia exótica, quase desconhecida no país e no Estado de São Paulo.⁴⁶ Com a intensificação da corrente imigratória os casos começaram a aparecer com maior frequência. Não havia, segundo Dr. Lutz, navio de imigrantes que não trouxesse casos de difteria a bordo. A maioria dos casos observados ocorria na Hospedaria de Imigrantes, o que levou-o a

42. A discussão entre Lutz e Arthur de Vieira Mendonça está transcrita em diversos artigos publicados na Revista Médica de S. Paulo, editada pelos Drs. Arthur de Mendonça e Victor Godinho.

43. As experiências da Comissão Militar Norte Americana foram publicadas na Revista Médica de São Paulo.

44. As experiências dirigidas por Emílio Ribas e Adolfo Lutz no Hospital de Isolamento foram relatadas e publicadas na Revista Médica de S. Paulo.

45. Resumo dos trabalhos do Instituto Bacteriológico de São Paulo 1892 a 1906. op. cit., p. 70-74.

46. Doença infecciosa aguda das amígdalas, faringe, laringe, nariz e de outras membranas mucosas, ou da pele. Nos casos não tratados, após 2 a 6 semanas, ocorre paralisia dos nervos cranianos. Agente infeccioso - *Corynebacterium diphtheriae*. Transmissão: contato com doente ou portador. Ver: BENENSON, Abram. op. cit., p. 78-79.

concluir : "não há dúvida que esta forme muitas vezes o centro de irradiação."⁴⁷

Para a verificação bacteriológica da difteria, as atividades do instituto foram fundamentais, pois esse era o único órgão da estrutura sanitária do estado em condições de pesquisar a origem bacteriológica do mal, de diagnosticá-lo e de tornar possível a formulação de medidas higiênicas.⁴⁸

Pouco ou quase nada o instituto fez em relação à tuberculose que, por mais paradoxal que possa ser, era a moléstia responsável pelo maior número de óbitos na Capital e no interior. O próprio Dr. Lutz reconheceu, no final de sua gestão no instituto, pouco antes de partir para o Instituto de Manguinhos, no Rio de Janeiro, que a questão não tinha sido estudada.⁴⁹ Em 1902, a Secretaria do Interior requisitou do Instituto Bacteriológico um estudo sobre a tuberculose. Nomeou-se uma comissão composta pelos Drs. Lutz, Vital Brazil, Dorival Penteado, Carlos Meyer, Bonilha de Toledo, Ivo Bandi e Las Casas dos Santos. A comissão não produziu nenhum trabalho. Em 1905, o Dr. Lutz foi a Paris representando o governo do Estado de São Paulo no Congresso sobre tuberculose. Essas foram as únicas ligações do instituto com o estudo sobre a tuberculose escassas e não sistemáticas.

Uma das preocupações do Instituto Bacteriológico, segundo o Dr. Lutz, era a de colher material geográfico e histórico sobre as moléstias infecciosas e endêmicas observadas no estado, tanto no homem quanto no animal. Entretanto, na execução desse trabalho surgiram muitas dificuldades - faltavam pessoas para percorrer o interior e faltavam recursos para os deslocamentos, viagens, diárias etc. A intenção era percorrer todos os anos um pedaço do território e explorá-lo ao máximo. Assim sendo, o Instituto

47. LUTZ, Adolfo. Relatório apresentado ao Diretor do Serviço Sanitário. op. cit., p. 309.

48. Resumo dos trabalhos do Instituto Bacteriológico de São Paulo. 1892 a 1906. op. cit., p. 79.

49. Idem, p. 80.

Bacteriológico não formou uma completa geografia patológica do estado.⁵⁰

A partir de 1904, o instituto começou a sofrer com a falta de verbas. Um servente, dos dois serventes, foi dispensado. Dois anos depois foi suspensa a verba para pagar desenhista. A receita do instituto era formada pela verba aprovada pelo Congresso do Estado e pelo pagamento recebido pelos exames bacteriológicos feitos a pedido de particulares. À exceção do ano de 1895, quando a verba orçada para o Instituto teve um aumento de 70% em relação a 1894, nos anos que se seguiram, o valor se manteve e, em 1904, houve uma queda. Nesses anos, nos relatórios dos trabalhos do instituto, as queixas tornaram-se frequentes. Em 1908, o Dr. Lutz deixou a direção, cargo que ocupou por quase 15 anos, para trabalhar, com o Dr. Oswaldo Cruz, no recém-criado Instituto de Manguinhos. A falta de verba vem se juntar a falta daquele que foi o organizador da pesquisa científica no estado, o precursor da bacteriologia paulista. Começava para o Instituto um tempo de privações e de baixo estímulo à pesquisa.

O Instituto Vacinogênico era o órgão responsável pela produção da vacina contra varíola.⁵¹ A obrigatoriedade da vacinação e revacinação contra a varíola foi determinada no Código de Posturas Municipais de 1886. Essa obrigatoriedade foi confirmada e estendida a todo o estado com a lei nº 13, de 7 de novembro de 1891, decretada pelo Congresso do Estado. Nessa mesma lei foram estipulados os instrumentos para que se tornasse efetivo o seu cumprimento - a criação e a organização de um instituto que fizesse a cultura da vacina animal contra a varíola e a

50. LUTZ, Adolfo. Relatório apresentado ao Dr. Diretor do Serviço Sanitário de São Paulo, *op. cit.*, p. 318.

51. Doença viral sistêmica. Agente infeccioso: vírus da varíola. Transmissão: contatos com doentes. Ver: BENENSON, Abram. *op. cit.*, p. 364.

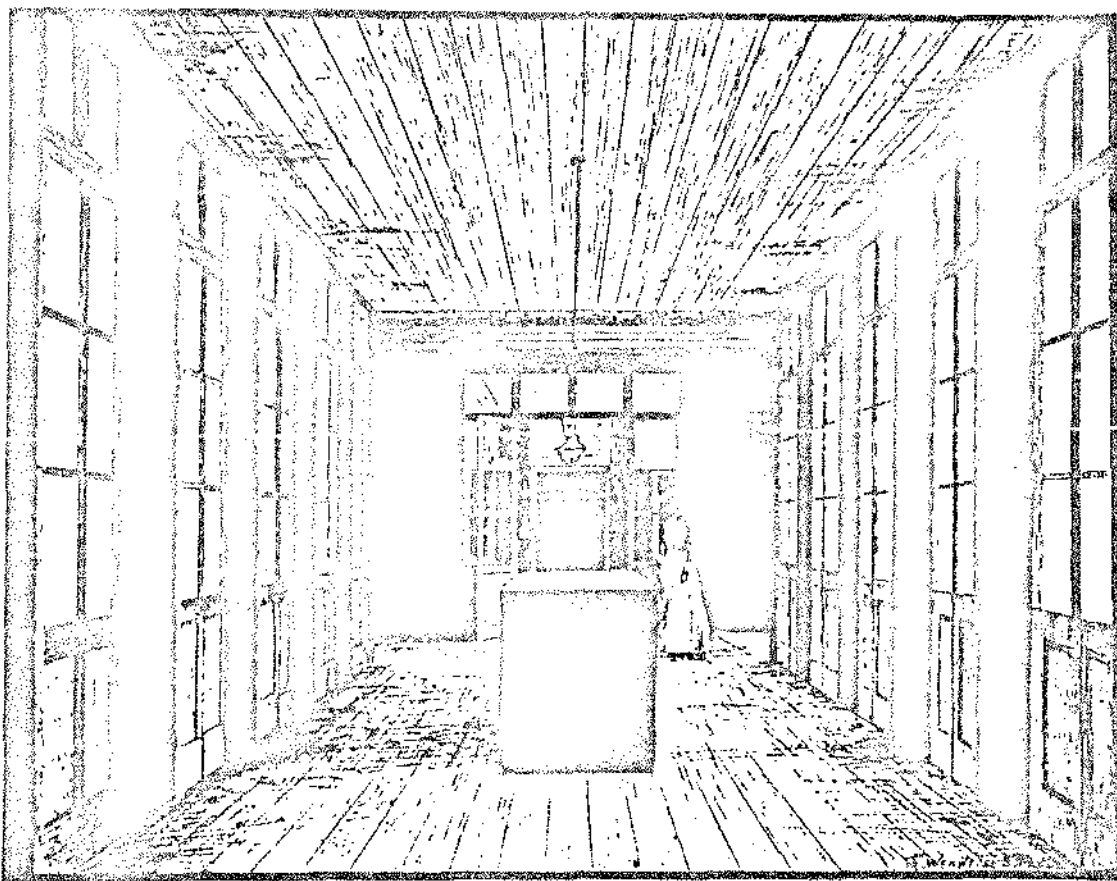
criação de postos de vacinação. Definia, a lei, a gratuidade da vacinação.

A partir de 1894, o Instituto Vacinogênico começou a figurar no orçamento da saúde com recursos independentes, tendo como Diretor, pelo longo período de 1892-1913, o Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho. O serviço de vacinação não chegou a criar postos específicos para esse fim. A vacinação era feita pelos inspetores sanitários, quando das visitas domiciliares. Duas dificuldades apresentavam-se ao inspetor sanitário: em primeiro lugar, o acompanhamento do desenvolvimento da inoculação entre os pobres da cidade que habitavam casas coletivas ou cortiços, dada a alta rotatividade dessa população; em segundo lugar, a qualidade da vacina, pois eram frequentes as queixas de que a vacina não pegava. O Diretor do Instituto Vacinogênico respondia às reclamações com ironia. Afirmava que quando a vacina pegava a queixa era de que a vacina era virulenta demais. Com isso, o Dr. Arnaldo criticava tanto os inspetores sanitários quanto os clínicos de São YPaulo por suas constantes queixas.⁵²

Apesar das dificuldades de controle da inoculação, a varíola, durante o período de 1893-1899, estava em quarto lugar como causa de morte por doenças infecciosas, vindo depois da tuberculose, do impaludismo e da febre tifóide.

A organização da estatística demográfico-sanitária começou em 1892, mas somente em 1894 foram divulgadas as primeiras informações sanitárias. Até então, não existia registro sistemático de mortalidade geral, causas de morte, nascimentos, casamentos, etc. Na Capital, os dados eram levantados junto aos cartórios; no interior, além dos cartórios, as Comissões Sanitárias de Santos e Campinas auxiliavam no levantamento de informações para essas cidades. No restante do estado, as informações eram pouco

52. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, n. 7, 1902, p. 136-137.



Passadiço.

FIG. 8 FONTE: AS NOSSAS GRAVURAS. HOSPITAL DE ISOLAMENTO. op. cit.

fidedignas devido à irregularidade com que os cartórios enviavam dados ao Serviço Sanitário.

Em 1896, pela lei nº 432, foi criada a Seção de Estatística Demografo-Sanitária, como seção específica do Serviço Sanitário. A seção era responsável por organizar boletins mensais da mortalidade geral para todo o estado; divulgar dados meteorológicos que pudessem explicar o crescimento ou o declínio das epidemias e endemias e a frequência de certas causas de morte; e coligir informações que servissem para se avaliar ou tomar conhecimento do grau de sanidade da Capital e do interior.⁵³

Somente em 1905/06, os dados demográficos-sanitários tornaram-se mais completos. A remessa de informações era feita pelos oficiais do registro civil. Depois de quase onze anos de funcionamento, a Seção de Estatística Demografo-Sanitária conseguiu a pontualidade no envio dos dados por parte dos oficiais. Para obter esse resultado, o Secretário da Justiça aplicava suspensões aos funcionários dos cartórios que não remetessem os mapas com as informações a tempo de serem tratados e divulgados através dos boletins da seção. Mesmo assim, as estatísticas do interior, afirmava o Dr. Jaime Serva, diretor da Seção de Estatística Demografo-Sanitária, deixavam muito a desejar.⁵⁴

Para concluir essa descrição da estrutura do serviços de saúde pública, criada em 1896, resta o Laboratório de Análises Químicas e Bromatológicas. Esse órgão era responsável pela realização de análises de produtos alimentícios, bebidas, águas minerais e remédios. Sua atividade tinha uma estreita ligação com a polícia sanitária, já que era a retaguarda da fiscalização do comércio de gêneros alimentícios.

Durante os primeiros anos de funcionamento do Laboratório de Análises Químicas, o Dr. Henrique Schaumann

53. Lei nº 432 de 3 de agosto de 1896. *Coleção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1896.*

54. *Relatório da Secretaria do Interior para o ano de 1905 e 1906.*

ocupou o cargo de direção. Em 1896, esse órgão passou a ser denominado Laboratório de Análises Químicas e Bromatológicas, e sua direção foi ocupada por Dr. Antonio Campos Sales.

Em 1894, o relatório das atividades desenvolvidas pelo laboratório mais parecia um *manual de falsificação*. O Dr. Henrique Schaumann descrevia as principais falsificações encontradas nos alimentos consumidos pela população da Capital.

A adulteração dos alimentos era corriqueira. A banha de porco consumida na Capital era inteiramente importada de Chicago e Cincinnati, nos Estados Unidos, onde havia a principal indústria de suínos, com exploração em grande escala para atender às importações dos países da América Latina. Afirmava o Dr. Schaumann: "*É um fato lamentável que a banha consumida em São Paulo, com raras exceções, seja falsificada*".⁵⁵ Os comerciantes misturavam à banha água, substâncias químicas, gesso, sulfato de barita, óxido de alumínio, sebo e óleos.

Na cerveja, as substâncias mais frequentemente encontradas pelo Dr. Schaumann eram os ácidos salicílico e bórico. As pequenas fábricas de cerveja eram as que maior uso faziam dessas substâncias por não disporem de equipamentos necessários e próprios para a esterilização da produto. Por essa razão, o diretor do laboratório considerava um grande progresso para a Capital a instalação recente de duas grandes cervejarias, a Antártica e a Brahma, com aparelhagem própria para esterilização e pasteurização.

O laboratório analisou o leite consumido em São Paulo e constatou a presença de bicarbonato de sódio e miolo de vitelas. Na farinha de trigo, encontrou gesso, sulfato de barita, greda e magnésia. O Dr. Schaumann sugeriu uma *blitz*

55. Relatório do Laboratório de Análises Químicas do Estado de São Paulo. Diretor Henrique Schaumann. *Relatório do Interior do ano de 1894*, p. 44.

nas fábricas de macarrão, que ultimamente se instalavam da noite para o dia na Capital.⁵⁶

Até o final do século, o Serviço Sanitário ficou estruturado dessa forma. Contava com esses órgãos para a execução dos serviços relacionados à saúde pública. Foi quando a peste bubônica atacou a cidade de Santos, e o assistente do Dr. Lutz, no Instituto Bacteriológico, Dr. Vital Brasil foi deslocado para aquela cidade na tentativa de reprimir a expansão da moléstia.⁵⁷ Em meio à epidemia, em 1899, faltou o soro antipestoso, porque o Instituto Pasteur de Paris não o possuía em quantidade suficiente à exigida pela cidade portuária. Algum soro fora obtido junto a um navio francês, cujo comandante cedeu sua reserva à Diretoria do Serviço Sanitário, mas não foi suficiente. A dificuldade de obtenção de soro foi o impulso necessário para a criação do Instituto Soroterápico instalado na Fazenda do Estado, localizada no Butantã, cujo objetivo específico era a fabricação de soro e de vacina antipestosa.

Com o Instituto Soroterápico do Butantã completa-se a estrutura do Serviço Sanitário montada a partir de 1892. Aos poucos, a antiga Diretoria de Higiene foi desmembrando-se de suas atribuições e definindo novos órgãos, com objetivos específicos, responsáveis pela execução de uma determinada tarefa, ou de uma antiga atribuição antes absorvida pela Diretoria de Higiene.

Nesses anos de montagem e aparelhamento dos serviços sanitários, estiveram a sua frente, de 1891 a 1892, o Dr. Sérgio Meira, que mais tarde fundou a Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo; de 1892 a 1898, o Dr. Joaquim José da Silva Pinto Júnior; e de 1898 a 1916, o Dr. Emilio Ribas. Em 1895, o Dr. Emilio Ribas ingressou no

56. *Idea*, p. 45-55.

57. Zoonose específica envolve roedores e suas pulgas, que transmitem a infecção ao homem. Agente infeccioso: bacilo da peste, *Yersinia pestis*. Transmissão: picadas de pulgas infectadas. Ver: BENENSON, Abram. op. cit., p. 267-269.

serviço público como inspetor sanitário. Um ano depois, foi designado chefe da Comissão Sanitária de Campinas e nesse cargo permaneceu até 1898, quando foi nomeado Diretor do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo.⁵⁸

No funcionamento dos serviços de saúde pública, o principal responsável pelas práticas de policiamento e de vigilância sanitária era o inspetor sanitário.

Aos trinta inspetores sanitários alocados no Serviço Sanitário competiam as visitas domiciliares, a vigilância da habitação, a vacinação, a direção e a fiscalização das desinfecções feitas pelos desinfetadores (funcionários do Serviço Geral de Desinfecções). O policiamento sanitário de rotina incluía a fiscalização dos alimentos comercializados e fabricados, a fiscalização da qualidade da água, dos esgotos, da limpeza das ruas das cidades, do lixo, a fiscalização das farmácias e das drogarias. Através dessa fiscalização de rotina os inspetores recolhiam elementos para as pesquisas do Instituto Bacteriológico e do Laboratório de Análises Químicas e Bromatológicas e exerciam seu poder de polícia, fazendo cumprir o Código Sanitário, por meio da aplicação de intimações e multas.

O serviço sanitário era organizado de forma que o inspetor sanitário exercesse controle médico sobre a população em geral (e não sobre o indivíduo) e sobre a casa, a água, o esgoto, a ventilação e o lixo. Os médicos intervinham na organização do espaço da casa e da cidade. Nesse sentido, eles foram os organizadores e administradores do espaço coletivo.

No estudo sobre o nascimento da medicina social, FOUCAULT constata que os médicos, antes mesmo que os engenheiros e os arquitetos, formularam os quatro problemas

58. O Dr. Euílio Ribas cursou medicina na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Clinicou logo após de formado em Santa Rita do Passa Quatro e em Tatuí. Nessa cidade foi médico do pessoal que construiu o ramal ferroviário de Sorocaba para Tatuí.

fundamentais do espaço: o das localizações - estudaram os componentes determinantes dos locais como o clima, o solo, a umidade, a secura, os ventos; o das coexistências - estudaram a densidade, a proximação, a aglomeração dos homens entre si, dos homens com as coisas, dos homens com os animais e dos homens com os mortos; o das moradias e o dos deslocamentos - estudaram os movimento das populações e a propagação das doenças.⁵⁹

Na legislação sanitária encontra-se a preocupação com os problemas da população em geral e a definição do inspetor como responsável pela polícia médica. A polícia médica, forma de intervenção específica definida na legislação, não se aplica o conceito que ROSEN formula com base na experiência alemã. Na Alemanha, o conceito foi forjado nos quadros do cameralismo, a variedade alemã do mercantilismo, que designava as práticas centralizadoras da administração e da política econômica da monarquia absolutista e representava a tentativa de sistematização do funcionamento dos serviços administrativos, através do treinamento de funcionários públicos. A idéia de polícia era chave em relação a problemas de saúde e doença, significava *"...um programa de ação social voltado para a saúde que visava mais o aumento do poder do Estado do que a melhoria das condições de vida da população"*.⁶⁰ *"O bem-estar da sociedade era identificado ao bem-estar do Estado"*. *Politicamente, raison d'état era o fundamento da política social"*.⁶¹

Com advento da sociedade industrial, o conceito de polícia médica esvaziou-se e seus objetivos tornaram-se obsoletos. A decadência do absolutismo e os dilemas da sociedade industrial encarregaram-se de enterrá-lo. O conceito de medicina social surgiu como o mais adequado para

59. FOUCAULT, Michel. op. cit., p. 213.

60. ROSEN, George. op. cit., p. 188.

61. ROSEN, George. op. cit., p. 146-147.



Lavanderia a vapor.

FIG. 9 FONTE: AS NOSSAS GRAVURAS. HOSPITAL DE ISOLAMENTO.op. cit.

dar respostas aos problemas de doenças criados pela industrialização.

Do antigo conceito permaneceu a idéia de sistematização do funcionamento da administração dos serviços públicos, da centralização da administração e da fiscalização do cumprimento das normas sanitárias.

No final do século XIX, o emprego do conceito, na legislação sanitária paulista, prendia-se às idéias de fiscalizar e vigiar a população em geral, mas, em especial, os pobres, as classes consideradas perigosas, pois eram as disseminadoras das doenças. O conceito de polícia aplicava-se à saúde pública, mas não se restringia a essa área - encontram-se na educação as denominações de inspetor de ensino, delegado de ensino, como se encontram as de inspetor sanitário, de delegado de higiene. Na segurança pública, as denominações *delegado de polícia* e *inspetor de polícia* revelam que o termo *polícia* assume claramente o significado de vigiar e controlar a população. Esse significado desprende-se do sentido original do termo - *politeia* - constituição ou administração de um Estado.⁶²

Na administração da saúde pública no Estado de São Paulo, o conflito entre o poder local e o estado percorreu os anos das epidemias de febre amarela. A legislação de 1896 tentou precisar as áreas de atribuição entre os municípios e o estado. Com a experiência adquirida, nos sete anos de epidemias, a legislação buscou definir, com melhor clareza, as responsabilidades de cada autoridade pública, para evitar as dificuldades de relacionamento entre os intendentes e as câmaras de um lado, e os inspetores sanitários, os delegados de higiene e os fiscais desinfetadores de outro.

Coube ao município o saneamento básico do meio (águas, esgoto, drenagem, etc); o policiamento sanitário das habitações quer particulares, quer coletivas; a fiscalização

62. ROSEN, George. op. cit., p. 148

das fábricas e de todos os estabelecimentos que podiam influir na salubridade das cidades; a fiscalização da alimentação pública; a vacinação e revacinação e a organização da assistência pública aos indigentes. O policiamento sanitário a cargo do município deveria seguir as normas definidas no código sanitário do estado.

Ao estado couberam a organização e a execução das intervenções *agressivas ou defensivas* quando a localidade fosse invadida por uma moléstia epidêmica. Nesses momentos, os inspetores sanitários ficariam com a direção e organização dos serviços, antes dirigidos pela municipalidade. Por exemplo, a direção do Hospital de Isolamento, da localidade atacada, passava a um inspetor sanitário nomeado pelo Diretor do Serviço Sanitário. Com essa medida, atenuavam-se os conflitos entre o poder local e o poder das autoridades sanitárias estaduais. Nas épocas epidêmicas, a chefia local do Hospital de Isolamento muitas vezes não se submetia às determinações dos inspetores sanitários em serviço na localidade.

Nas épocas normais, os inspetores sanitários responsabilizavam-se pela inspeção dos serviços a cargo do município, pelos estudos científicos das questões da saúde pública e pela indicação de medidas que previnisses a ocorrência de moléstias transmissíveis. Entretanto, a adoção das medidas preventivas sugeridas ficava a cargo da municipalidade.

Apesar da tentativa de precisar as áreas de atuação do estado e do município, a legislação falhou, porque não distinguiu com clareza as atribuições de cada uma das esferas. Assim, os conflitos de poderes não foram resolvidos. A organização do serviço de vacinação e revacinação e a fiscalização da alimentação pública competiam tanto ao município quanto ao estado. Havia áreas de interseção dos poderes locais e estaduais nas quais ambos

poderiam interferir a seu modo e, até mesmo, com procedimentos diametralmente opostos.⁶³

A crítica à legislação de 1896 condenava a preservação do princípio da autonomia dos municípios que ela procurou defender nos seus artigos. Os que condenavam a autonomia concedida aos poderes locais argumentavam que as câmaras e os prefeitos municipais não cuidavam da higiene e, por isso, deu-se a invasão de febre amarela nas cidades do Oeste Paulista.

A constituição do estado de 1891 referendou o princípio de autonomia municipal e os serviços sanitários fundamentais ficaram a cargo das municipalidades. Na verdade, a saúde pública estava entregue aos poderes locais, às câmaras e aos intendentess. A legislação de 1896 procurou diminuir a autonomia municipal, aprovando algumas intervenções do estado: a primeira referia-se às epidemias, quando a direção dos serviços sanitários, passava às autoridades estaduais; a segunda referia-se à supervisão dos serviços a cargo do município, como abastecimento de água, canalização de esgotos, de águas pluviais, drenagem do solo, calçamento, irrigação das vias públicas, asseio das ruas e dos logradouros públicos e sua conservação, remoção e incineração de lixo e posturas sobre construções que passava às autoridades sanitárias estaduais.

O Dr. Emílio Ribas, criticando a legislação de 1896, afirmava que a lei entregou ao estado a execução da tarefa mais difícil: a fiscalização dos serviços sanitários executados pelo poder local e a direção dos serviços sanitários em épocas anormais. Na verdade, restou ao estado o *"papel difficilimo de remediar os males causados pela incuria ou mau aparelhamento das municipalidades"*.⁶⁴

63. HEIRA, Sérgio Fiorentino de Paiva. A Reforma do Serviço Sanitário. *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*. São Paulo, n. 13, julho de 1896, p. 6.

64. RIBAS, Emílio. Higiene Municipal. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, v. II, n. 24, 1905. p. 510-516.

Na Capital, a municipalidade abriu mão de suas responsabilidades quanto à saúde pública, eliminando inclusive a Intendência de Higiene Municipal, e deixando os serviços a cargo do Serviço Sanitário, conforme apregoava o diretor dessa instituição. O mesmo, porém, não ocorreu com as cidades do interior, onde o poder local manteve o controle sobre as questões de higiene e, muitas vezes, se negou a contribuir com os inspetores sanitários da repartição estadual. Santos e Campinas eram apontadas pelo Diretor do Serviço Sanitário como exemplos dos males que a autonomia municipal provocava, porque nessas cidades persistiam fatores de insalubridade.

Após o período das grandes epidemias, o desleixo das municipalidades do interior com respeito à saúde pública motivou o poder executivo a decretar, em 1906, a criação dos distritos sanitários distribuídos pelo território do estado e dirigidos por inspetores do Serviço Sanitário.

No estado foram criados 14 distritos sanitários. O primeiro distrito ficou com sua sede localizada na Capital e abrangia sete municípios: Guarulhos, Cotia, Itapeirica, Juqueri, Parnaíba, Santo Amaro e São Bernardo. A cidade de Santos tornou-se sede do segundo distrito sanitário, que cobria onze municípios do litoral: Apiaí, Cananéia, Caraguatatuba, Itanhaém, Iguape, São Sebastião, São Vicente, Ubatuba, Vila Bela, Xiririca e Iporanga. Campinas foi designada sede do terceiro distrito sanitário, a qual cobria toda a região circunvizinha. Na região do Vale do Paraíba, foi criado o quarto distrito sanitário com sede em Guaratinguetá. Esse distrito sanitário era o responsável pela manutenção da salubridade em 14 municípios, cortados pelo rio Parnaíba e pela Central do Brasil.

Os outros dez distritos sanitários criados pelo Decreto de 1906, no governo de Jorge Tibiriçá, tiveram suas sedes nas cidades de Taubaté, Sorocaba, Itapetininga, Itu, Limeira, Mogi-Mirim, Ribeirão Preto, Araraquara, Jaú e

Botucatu. Os distritos sanitários com alta concentração demográfica foram subdivididos em circunscrições, nas quais havia um inspetor sanitário e um número sumário de auxiliares. Os inspetores sanitários dos distritos sanitários do interior ficavam incumbidos de visitarem, pelo menos uma vez por mês, todos os municípios que compunham o distrito. A Capital foi subdividida em 13 circunscrições, Santos, em quatro e Campinas, em duas. Em casos excepcionais, o distrito, ou a própria circunscrição, poderia ser subdividido em seções sob a responsabilidade de inspetor sanitário, deslocado de outro distrito que apresentasse *boas condições higiênicas* e onde era desnecessária a presença permanente de um inspetor sanitário. Com esse decreto, o Serviço Sanitário do estado manteria uma polícia sanitária permanente nos municípios não só nas épocas epidêmicas como estabelecia a legislação em vigor.⁶⁵ Tudo indica que esses distritos não foram implantados. Em 1907, no orçamento da saúde (Ver Tabela 10, em anexo) só aparecem as comissões sanitárias de Santos, Campinas e Ribeirão Preto.

Um balanço do orçamento da saúde para o período de 1890-91 a 1906 mostra que a participação da despesa da saúde na despesa total do estado se situou em 3,48%. Os anos de reforma na legislação sanitária (1896 e 1906) registraram os menores percentuais de gastos em saúde, 2,49 e 2,18, respectivamente (Ver Tabela III, a seguir). Os maiores percentuais foram registrados nos anos de 1893 e 1894, quando teve início a montagem da estrutura dos serviços sanitários e as campanhas contra as epidemias de febre amarela.⁶⁶

65. Decreto n. 1343 de 27 de janeiro de 1906. *Leis e Decretos do Estado de São Paulo do ano 1906*.

66. Para efeitos de comparações entre os anos, desconsiderei os primeiros anos de registro 1890-91 e 1892, pois eles envolvem um período financeiro distinto dos seguintes. Nestes, a despesa ordinária fixada é para o ano financeiro que vai de 1º de janeiro a 31 de dezembro. Estas diferenças explicam a queda na despesa em saúde entre 1890/91 e 1892. Para evitar conclusões precipitadas, resolvi não incluir estes anos nas comparações de comportamento do gasto em saúde.

TABELA III São Paulo - Saúde Pública.
Participação da Despesa com Saúde no Orçamento
do Estado de São Paulo 1890/91 - 1906. (\$000)

ANOS	DESPESA COM SAÚDE A	ORÇAMENTO DO ESTADO DE SÃO PAULO B	A/B %
1890/91	360:080	6.243:460	5.77
1892	199:440	13.607:871	1.47
1893	1.071:200	22.125:000	4.84
1894	1.571:200	25.320:265	6.21
1895	1.102:140	33.741:531	3.27
1896	902:140	36.281:945	2.49
1897	1.295:340	47.217:914	2.74
1898	1.195:340	41.939:175	2.85
1899	1.417:600	39.409:225	3.60
1900	1.265:200	38.192:462	3.31
1901	1.268:800	41.633:463	3.05
1902	1.326:000	40.317:563	3.29
1903	1.340:000	39.644:557	3.38
1904	1.234:000	33.414:261	3.69
1905	1.229:200	35.099:652	3.50
1906	1.033:100	47.346:204	2.18
M	--	--	3.48

Fonte: Coleção de Leis e Decretos do Estado de São Paulo.
Vários anos.

Até 1895, as verbas destinadas à saúde pública estavam pouco distribuídas. Concentravam-se na própria organização da Diretoria de Higiene e nos Socorros Públicos. Era a época do alastramento das epidemias de febre amarela pelo interior do estado e os Socorros Públicos vinham em auxílio das zonas mais afetadas. A verba destinava-se a cobrir despesas de deslocamentos dos inspetores sanitários, desinfetadores, diárias, compra de drogas, aparelhos e objetos de custeio.

Para todo o período estudado, o orçamento para saúde em 1894 foi o mais elevado. A participação da saúde no orçamento total do estado foi de 6,21%. Nesse ano, organizou-se a Comissão Sanitária de Santos e instalaram-se desinfetórios nessa localidade, em Campinas e em Rio Claro. A metade do orçamento continuava alocada em Socorros Públicos.

Após a reforma de 1896, quando se registrou uma das menores participações do gasto em saúde no orçamento, verifica-se uma tendência à elevação da despesa com pessoal. Os aumentos de gasto em saúde refletiam as mudanças trazidas pela reforma sanitária. Dentre as modificações estava a contratação de um maior número de inspetores sanitários, desinfetadores, etc. A Diretoria do Serviço Sanitário obteve maior aumento: 107,00% no ano de 1897 em relação ao de 1896. Em seguida, vinha o Serviço Geral de Desinfecção, cujo aumento nos recursos destinados às despesas com pessoal foi da ordem de 104%. Esse serviço obteve um aumento de 66% no gasto com materiais e animais. Nesses dois órgãos, concentravam-se as atividades de combate às epidemias. Se os diferentes órgãos da organização sanitária fossem classificados, em termos de recursos, eles seguiriam a ordem: Diretoria do Serviço Sanitário, Serviço Geral de



Lavanderia a vapor.

FIG. 10 FONTE: AS NOSSAS GRAVURAS. HOSPITAL DE ISOLAMENTO. op. cit.

Desinfecção, Laboratório Farmacêutico, Laboratório de Análises Químicas e Bromatológicas, Instituto Bacteriológico, Instituto Vacinogênico e a Seção Demografo-Sanitária.

O ano de 1904 registrou um corte da ordem de 15 a 16% em todos os órgãos do Serviço Sanitário à exceção do Serviço Geral de Desinfecção e do Instituto Soroterápico. Houve uma redistribuição dos recursos entre os diversos órgãos em favor do Instituto Soroterápico, cujo aumento de receita foi empregado na aquisição de materiais e matrizes para a elaboração do soro antipestoso e antiofídico. A participação dos gastos em saúde no orçamento do estado elevou-se de 3,38%, em 1903, para 3,69%, em 1904, por causa dos aumentos no Instituto Soroterápico.

Em 1906, verificou-se a maior queda na participação da saúde no orçamento do estado: de 3,50%, em 1905, passou para 2,18%, em 1906. O descenso das ocorrências de epidemias pode explicar essa queda nas receitas destinadas à saúde. Desde 1903, as epidemias de febre amarela vinham diminuindo. As experiências levadas a cabo pelos Drs. Emílio Ribas e Adolfo Lutz determinaram a forma de transmissão da febre amarela, via vetor-mosquito. Sem as constantes ameaças das epidemias, o estado reduziu ainda mais os recursos destinados à saúde.

Os gastos com saúde pública descrevem um movimento quase que constante. Eles ascendem depois de alguma reforma sanitária como, por exemplo, em 1896-1897 e em 1906-1907; porém, passados um ou dois anos inicia-se um movimento de descenso que se encerra com uma nova reforma sanitária.

3. Santos: cidade das *seções*⁶⁷ e das bexigas

Minha exposição partiu da formação do mercado de trabalho, enfatizei sua especificidade e sua influência na definição da política de saúde. Em seguida, tratei da política de saúde, buscando seu sentido nas legislações sanitárias. Por fim, descrevo a estrutura e o funcionamento dos serviços de saúde, acompanhando as modificações impostas pela legislação sanitária dos anos de 1892 e 1896. Nos tópicos seguintes, acompanho o movimento de expansão das epidemias de febre amarela e mostro sua dupla influência sobre o processo de urbanização das cidades do interior paulista e sobre a elaboração da política de saúde, que acabo de discutir. Nesse sentido, volto no tempo para o período que antecede a organização dos serviços sanitários. Esse retorno tem por objetivo recuperar o processo de gestação da política de saúde e da urbanização, os quais estiveram ligados ao alastramento das epidemias. A cidade de Santos era o foco de irradiação das epidemias, por isso ela é o ponto de partida.

Cidade portuária, essa era a característica essencial de Santos, ponto obrigatório para onde convergia a produção cafeeira. A cidade ligava-se ao Oeste Paulista por uma única estrada - a São Paulo Railway, a inglesa ou Santos-Jundiaí, inaugurada em 1867/68. A partir desse ano, a sua posição de único porto exportador para a produção do Oeste Paulista está consolidada.

Pela cidade de Santos entravam todas as mercadorias importadas e, a principal delas, a mão-de-obra, o que vai marcá-la como uma cidade de população flutuante, na qual transitam pessoas de passagem para outra cidade ou para alguma fazenda de café.

67. Seção: "febre intermitente ou periódica; malária, melaite, paludismo; impaludismo; batedeira, tremeadeira".

A medida que os negócios do café progrediam, a cidade foi absorvendo, cada vez mais, atividades ligadas à exportação. Entre 1873 e 1890, o número de comissários de café passou de 86 para 141; o número de estabelecimentos para depósitos de mercadorias cresceu de 19 para 33, e os estabelecimentos de despachantes aumentaram. O comércio local expandiu (o comércio de fazendas, secos e molhados e armarinhos) passou de 89 para 292 estabelecimentos.⁶⁸ A cidade era movida pela atividade exportadora e essa cresceu com o avanço das plantações de café em direção às novas terras dos planaltos ocidentais do estado. O porto de Santos tornou-se o mais próximo para o escoamento dessa produção, substituindo o porto da cidade do Rio de Janeiro, até então utilizado pelos exportadores de café.

Santos, embora não fosse em termos populacionais uma das principais cidades da província na década de 90, teve um crescimento expressivo: passou de 15.605 habitantes, em 1886, para 50.389 habitantes, em 1900, perfazendo um crescimento de 223%. Esse crescimento refletiu a expansão das exportações de café que alçou a cidade à categoria de principal porto exportador da produção cafeeira.

Antes do estabelecimento da Cia. Docas de Santos, em 1886-1889, o serviço do porto era realizado por numerosos rebocadores e saveiros. Havia muitos trapiches de diferentes proprietários que realizavam os serviços de embarque e desembarque de mercadorias. O monopólio da Cia. Docas de Santos acabou com os pequenos proprietários de embarcações e trapiches. Para ocupar o lugar deles, vieram os assalariados da Cia. Docas, os negros, libertos e ex-escravos, os imigrantes portugueses e os espanhóis paupérrimos que se ajeitavam pelo porto.⁶⁹ Os serviços portuários adaptavam-se

68. MELLO, Zélia Cardoso e SAES, Flávio A. M. Características dos núcleos urbanos em São Paulo. *Estudos Econômicos*. São Paulo, v. 15, n. 2, p. 307-337, maio/ago 1985, p. 316.

69. GITAHY, Maria Lúcia. Porto de Santos 1888-1900. In: PRADO, A. A. (org.). *Libertários no Brasil. Memórias, Lutas, Cultura*. São Paulo: Brasiliense, 1986.

ao crescente volume das exportações, tornavam-se mais eficientes e modernos.

O ano de 1889 não foi apenas o ano da República. O ano se encerrou com a queda da monarquia e começou com uma grande epidemia de febre amarela que pôs por terra o senso comum de que a moléstia era própria do litoral, da cidade de Santos, e de que não subiria a Serra do Mar. Pela primeira vez, a febre amarela saiu das terras do litoral e, de Santos, seguiu para o grande *Oeste Paulista*.

A febre amarela era bem conhecida da população santista. Desde 1850, a cidade vinha esporadicamente sendo visitada pela moléstia, que ora se manifestava epidemicamente, ora se reduzia a alguns casos entre os tripulantes dos inúmeros navios que vinham do Rio de Janeiro. No ano de 1889, entretanto, a epidemia iniciou-se com muita virulência. No primeiro mês do ano, a moléstia apareceu com a chegada de um vapor inglês, cuja tripulação estava atacada pelo mal, adquirido no porto do Rio de Janeiro. No final do mês de março, a moléstia corria solta pela cidade. A Câmara Municipal não dispunha de recursos para detê-la e recorreu aos governos da Província e do Império, mas nada recebeu. A epidemia extinguiu-se paulatinamente com a chegada das temperaturas mais baixas em junho. Desconhece-se o número de mortes. O único registro ficou nos livros do Cemitério de Paqueta, porém nem todos os registros contêm a causa da morte. Calcula-se aproximadamente com base nesses registros que o número de mortes chegou próximo a de 700 pessoas.⁷⁰

Esse número mostra que quase 4% da população santista foi vitimada pela epidemia. A população santista, em 1889, situava-se por volta de 18.000 habitantes. Ao iniciar a epidemia, uma grande parte dos moradores deixou a cidade e portanto, o percentual de mortes se eleva, se forem considerados apenas aqueles que permaneceram na cidade.

70. ALVARO, Guilherme. Santos em 1903 apontamentos para história sanitária da cidade. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo: v. 6, n. 11, junho 1903. p. 228.

Santos, a cidade da malária e da varíola - das *seções e das boxigas* - durante as décadas de 70 e 80, incorporou mais uma moléstia: a febre amarela. A cidade, construída sobre terrenos de antigos mangues e rodeada por áreas pantanosas, de clima quente e úmido e de verões prolongados, criou condições favoráveis ao desenvolvimento da malária, da varíola, da febre amarela e da tuberculose.

Mas o que de fato contou para a fixação dessas moléstias foi o descaso com que a questão sanitária foi tratada, durante essas décadas. O Império praticamente nada fez. Havia um único serviço mantido pelo ministério do Império para cuidar dos portos - Inspetoria de Saúde dos Portos, porém, segundo o Presidente da Província, João Alfredo, esse órgão pouco serviço prestava à cidade e ao porto, pois não contava com pessoal suficiente para fiscalização, interdição e desinfecção de navios.⁷¹

Somente quando as epidemias de febre amarela deixam o litoral - a cidade portuária, e avançam em direção às cidades do interior pondo em risco a política imigratória, a manutenção do porto de Santos e a expansão cafeeira, o governo do estado assume a tarefa de organizar o serviço de saúde pública e iniciar o saneamento do porto.

Em 1892, Vicente de Carvalho, secretário dos Negócios do Interior, responsável pelo Serviço Sanitário, constatava o abandono das questões de saúde pelo antigo regime e que restava pouca coisa a fazer, já que a epidemia grassava nas cidades do Oeste Paulista. Afirmava, lacônico, "...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 desolação e para a morte".⁷²

71. São Paulo. Relatório apresentado à Assembléia Legislativa provincial de São Paulo pelo Presidente da Província João Alfredo Correa de Oliveira no dia 15 de fevereiro de 1896. op. cit., p. 25-26, 33 e 86-88.

72. São Paulo. Relatório apresentado ao Senhor Doutor Vice-Presidente do Estado de São Paulo pelo YSecretário dos Negócios do Interior, Vicente de Carvalho, a 7 de abril de 1892-1893. São Paulo, Vanorden, 1893, p. IV.

A questão passou a ser sanear o porto ou abandoná-lo. Abandonar a cidade de Santos significava impedir que ela continuasse a ser o porto de entrada dos imigrantes e a responsável pelo trânsito da epidemia para as fazendas e cidades do interior. Abandonar a cidade-porto era tirar desse espaço as atividades econômicas ligadas à exportação do principal produto, o café, elo das relações comerciais do país com o exterior. Abandonar o porto traria um imenso prejuízo às exportações, principalmente nos anos de 1892 e 1893, quando os preços do café estavam em alta. Por fim, construir outro porto representava um custo que o Estado de São Paulo não poderia arcar.

Inicia-se, então, uma batalha para higienizar a cidade e o porto de Santos. Formaram-se a Comissão Sanitária de Santos, órgão ligado ao Serviço Sanitário da Secretaria dos Negócios do Interior, e a Comissão de Saneamento, ligada à Secretaria da Agricultura. Fora esses dois órgãos, criou-se, em Santos, a Intendência de Higiene, vinculada ao município.

A Comissão de Saneamento ficou encarregada das obras de canalização de água e construção da rede de esgoto. A Comissão Sanitária coube exercer o poder de polícia sanitária: vistoriar habitações, promover desinfecções, fiscalizar a limpeza de quintais e de terrenos baldios. A Intendência de Higiene restringiu-se a receber as reclamações e os pedidos da Comissão Sanitária, composta por médicos do recém-criado Serviço Sanitário de São Paulo.

A realização das obras de saneamento impunha uma verdadeira transformação da paisagem e da cidade de Santos. Vicente de Carvalho pedia autoridade efetiva, ou seja, poderes ilimitados para que as ações sanitárias não esbarrassem nos poderes locais instituídos: *"Autonomia de ação, faculdade de agir por si, sem a dependência apertada em que se acham para com o poder municipal"*.⁷³ A intervenção

73. São Paulo. *Relatório do Secretário dos Negócios do Interior de 1892*. op. cit. p. VIII.

do estado exigia todos os poderes para determinar a remoção de estábulos e de fábricas nocivos à saúde pública, a eliminação de casas coletivas, a demolição de prédios e demais construções contrárias à higiene, o isolamento de doentes, o asseio das ruas.

Guardadas as devidas dimensões, em 1892-93, o Estado de São Paulo executava em Santos uma reforma sanitária e urbana, antecipando o que se faria, anos depois, no Rio de Janeiro, quando Pereira Passos, dotado de poderes ditatoriais, promoveu o maior *bota-abaixo* no centro da cidade para dar passagem à majestosa Avenida Central.⁷⁴ Não se pode esquecer que, em 1890, Santos possuía uma população de 18 mil habitantes, ao passo que, em 1902-3, o Rio de Janeiro tinha uma população concentrada em mais ou menos 750 a 800 mil, e era a capital política e financeira do país. Isso, porém, não invalida a comparação: Santos sofreu a intervenção dos organismos estatais de forma muito semelhante à que iria sofrer o Rio de Janeiro: derrubada de prédios, limpeza de quintais, desinfecção de casas, saneamento do porto, construção da rede de esgoto e da canalização d'água. A recente decretação da vacina obrigatória contra a varíola e a criação do Instituto Vacinogênico impunham a organização da vacinação entre os habitantes da cidade.⁷⁵

Os componentes da cena sanitária e da reforma urbana eram os mesmos, só mudaram o lugar e os personagens. As razões econômicas, ditadas pela expansão do café, ligavam todos os componentes e personagens. Em 1902, quando

74. Sobre a reforma urbana e sanitária do Rio de Janeiro ver: BODSTEIN, Regina C. de A. *Condições de saúde e prática sanitária no Rio de Janeiro 1890-1934*. Niterói, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, UFF, 1984. Dissertação de mestrado. CARVALHO, José Murilo de. *Os bestializados*. O Rio de Janeiro e a República que não foi. São Paulo: Cia. das Letras, 1987. PORTO, Angela de A. *As artimanhas de Esculápio: crença ou ciência no saber médico*. Niterói, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, UFF, 1985. Dissertação de mestrado, p. 37-81.

75. Outra coincidência: a Revolta da Vacina, de 1904, no Rio de Janeiro, inicia-se como reação à obrigatoriedade da vacina contra varíola. Ver: SEVCENKO, Nicolau. *A revolta da vacina*. São Paulo: Brasiliense, 1984. (Coleção Tudo é História) e MEINY, José Carlos Sebe e BERTOLLI FILHO, Cláudio. *História social da saúde. Opinião pública versus poder, a campanha da vacina 1904*. São Paulo, Estudos CEBRAL, n.5, 1990.

Rodrigues Alves se lançou na árdua tarefa de sanear o Distrito Federal, principal cidade do país, o governo italiano proibia a emigração subsidiada para o Brasil. Coincidência ou não, o fato é que essa medida do governo italiano colocou mais um problema - o abastecimento do mercado de trabalho na atual conjuntura de crise da cafeicultura, quando os cafeicultores mais precisavam de mão-de-obra em abundância e a baixo preço.

A Secretaria dos Negócios do Interior, por meio da Diretoria do Serviço Sanitário, deu início ao combate da insalubridade no segundo porto da República, dada a importância de seu comércio e navegação: mais de 20 linhas de navegação mantinham a comunicação entre Santos, Europa e América do Norte. Em média, atracavam no porto 200 navios que embarcavam cerca de 250 milhões de quilos de café ao ano. Com as obras do porto levadas a cabo pela Cia. Docas de Santos, o atracadouro foi ampliado, permitindo o embarque anual de mais de 400 milhões de quilos para o ano de 1895-96.

Ainda na gestão de Vicente de Carvalho, quando J. A. Cerqueira César era Vice-Presidente do Estado de São Paulo, foi convidado para realizar estudos para a formulação de um plano de saneamento de Santos o Professor Estevam A. Fuertes, da Universidade de Cornell, responsável pelo saneamento de New Orleans, onde, também, ocorriam epidemias de febre amarela. Impossibilitado de vir a Santos, o prof. Fuertes indicou um assistente para recolher as informações necessárias para elaborar o plano de saneamento. Entretanto, dadas as notícias de mortandade e insalubridade em Santos, o prof. Fuertes estava em dificuldades para obter a aceitação por parte dos engenheiros civis mais qualificados para o trabalho. Assim, o plano ficou adiado até uma nova onda menos epidêmica e insalubre.⁷⁶

76. São Paulo. Relatório apresentado ao Sr. Dr. Presidente do Estado de São Paulo pelo Dr. César Motta Júnior. Secretário dos Negócios do Interior. 7/04/1893. São Paulo, Typ. Vanorden. 1893, p. 57.

Por fim, em 1894, o Dr. Fuertes veio pessoalmente a Santos, onde pôde ver, ouvir e recolher informações e trabalhos da Comissão de Saneamento da Secretaria da Agricultura e da Comissão Sanitária de Santos. Remeteu, tempos depois, o plano de saneamento com o detalhamento das obras de suprimento d'água, de esgoto e de drenagem, e das normas referentes à remoção do lixo, às construções de prédios e ao calçamento.

Iniciada a operação de saneamento de Santos, a cidade foi dividida em quatro distritos cada um sob o comando de um inspetor sanitário. Na chefia da Comissão Sanitária ficou o Dr. Tolentino Filgueiras. As inspeções foram direcionadas às habitações, ao litoral, ao porto e ao Hospital de Isolamento, em Ipanema. Na inspeção do hospital, a comissão eliminou o pequeno comércio instalado entre a cidade e o hospital. Desalojou os comerciantes e impediu a passagem, pela ponte de acesso ao hospital, de pessoas sem autorização prévia dos médicos. Começaram aí as primeiras queixas em relação à ação da Comissão Sanitária. A Comissão ordenou o fechamento do cemitério, devido a ausência de segurança: as covas eram rasas demais. Proibiu o transporte de cadáveres para o cemitério, por meio de bondes. Esses veículos conduziam indigentes falecidos das mais diferentes moléstias, inclusive moléstias epidêmicas, junto aos passageiros habituais daquele meio de transporte. Se por alguma razão o tráfego se interrompia, os bondes da Cia. Viação Paulista ficavam parados, minutos e minutos, com caixões de cadáveres em plena rua. Comentou o inspetor sanitário que, uma vez, um bonde ficou parado, por algum tempo, quando conduzia seis cadáveres de febre amarela." O chefe da Comissão Sanitária, Dr. Tolentino Filgueiras, recomendou que esses bondes fossem imediatamente incinerados por serem veículos que atuavam como *"verdadeiros condutores de micróbios"*.

77. Relatório anual da Comissão de Serviço Sanitário apresentado pelo Chefe Dr. Tolentino Filgueiras. Santos, 1894, p. 21-23.

As proibições expedidas pela Comissão Sanitária atingiram também as lavanderias públicas existentes na cidade que foram fechadas e logo em seguida reabertas por determinação do Intendente de Higiene de Santos. Iniciava-se o conflito entre a Comissão Sanitária, subordinada ao governo estadual, e o poder local, a prefeitura de Santos, na época Intendência Municipal, através do órgão responsável pela higiene pública, a Intendência de Higiene, cujo titular mandou reabrir as lavanderias com base, ou melhor, inspirado, segundo afirmou, nos "*conselhos dos mestres em higiene*". Numa cidade como Santos, argumentava, com clima quente, com população concentrada e vivendo em moradias onde faltavam cômodos até mesmo para dormir, as lavanderias públicas eram os únicos meios daquela população lavar roupa e se lavar.⁷⁸

O conflito entre o poder local e os médicos da comissão sanitária estadual acirrou-se com a questão da habitação em Santos que foi eleita como prioritária pela comissão para levar a cabo o saneamento da cidade. Sem acabar com a moradia da gente pobre de Santos, a comissão entendia que não se exterminaria o foco das epidemias.

As condições das habitações, com sua precariedade aterrorizadora, foram a principal denúncia elaborada pelos médicos da Comissão Sanitária. Nos relatos dos inspetores sanitários sobre como moravam os pobres, havia um sentimento de indignação contra a forma como era tratada a população pobre da cidade, submetida às condições mais humilhantes para ter um lugar onde dormir, porque para *viver*, como dizia o inspetor sanitário, era impossível que aqueles lugares servissem. Nessa questão, a Comissão travou uma batalha epistolar com a Intendência Municipal. Pedia, à *digna municipalidade*, a construção de familistérios ou vilas operárias. Familistérios eram galpões higiênicos provisórios, onde a população seria alojada até que vilas

78. *Idem*, p. 21-23.

operárias fossem construídas. Exigia a imediata demolição dos cortiços, que, segundo o chefe da Comissão Sanitária, era de se acreditar que não pudessem estar em acordo com as Posturas Municipais e que, portanto, não possuíam licença para permanecerem em pé. Construídos em terrenos desvalorizados, baixos e sujeitos a inundações, os cortiços abrigavam milhares de pessoas, sem respeitar qualquer preceito de higiene.

O policiamento sanitário empreendido pela comissão teve início em 18/01/1894, com visitas domiciliares, pelo meio das quais os médicos responsáveis, distribuídos pelos quatro distritos da cidade, observavam as condições do prédio, o número de habitantes, o número de latrinas, o abastecimento de água, promoviam a desinfecção do local e a vacinação contra varíola. Em Santos, nesse ano, foram registradas 10.758 visitas domiciliares. As habitações passaram por um verdadeiro banho de desinfecção com os mais diferentes produtos, um para cada função: sublimado corrosivo para assoalhos e paredes; solução de sulfato de ferro e ácido fênico ou creolina para esgotos e latrinas; e mais sulfato ferroso, sulfato de cobre e gás sulfuroso.

Pelas esquinas das ruas dos bairros mais atingidos pelas epidemias, principalmente na região próxima ao porto, queimavam-se velas de enxofre. As ruas ficavam mergulhadas em espessas nuvens de fumaças vindas dos cruzamentos das ruas mais transitadas, e o cheiro de enxofre misturava-se com o da maresia. As ruas do 1º distrito de Santos eram as mais visadas pelos inspetores. Esse distrito compreendia a parte mais antiga da cidade, próxima do cais, cheia de prédios antigos e de ruas tortuosas e estreitas. O inspetor sanitário responsável por esse distrito, Dr. Coriolano de Burgos, relatou a situação como a mais propícia ao desenvolvimento da febre amarela e de outras moléstias. Havia inúmeros cortiços e rara era a casa que não tivesse em seu quintal quartos de madeira para alugar. O inspetor interditou, nas proximidades do cais, dois enormes cortiços

com mais de 500 pessoas cada um. Durante a visita do inspetor, num quarto havia uma cama, mas segundo o inspetor à noite não se sabia quantos indivíduos aquele quarto abrigava. Os indivíduos retiravam-se pela manhã "deixando apenas um trapo de anagem que serviu de cama, um côto de vela e nada mais".⁷⁹

Os fechamentos de cortiços para demolições determinados pelos inspetores provocavam o desalojamento de centenas de pessoas que corriam de um lado para outro da cidade à procura de algum lugar para dormir. A Comissão Sanitária era, então, alvo das maldições e pragas jogadas pela população pobre. A municipalidade, já em conflito com a comissão, encaminhava ofícios desautorizando demolições para evitar novos desalojamentos. O Intendente Municipal de Higiene aconselhava o chefe da comissão a não mais emitir pedidos de demolição. Reconhecia, entretanto, a necessidade de eliminar do perímetro urbano os cortiços nocivos à saúde. Uma ou outra demolição era possível fazer, afirmava o intendente, mas não todas, porque as famílias desalojadas não tinham recursos para achar outra moradia, a não ser um outro cortiço. Se demolissem todos os cortiços, as famílias ficariam pelas ruas. Recomendava então, ao chefe da comissão o uso mais intenso de intimações e multas para que os proprietários reformassem os cortiços dentro de normas higiênicas. Enquanto isso, a Câmara Municipal providenciaria habitações para as *classes pobres*, a construção de familistérios ou de vilas operárias.⁸⁰

O chefe da comissão, Dr. Tolentino Filgueiras, diante do ofício do Intendente Municipal de Higiene, ficou indignado com a posição da intendência de pedir à comissão uma atitude de contemplação e temporização da situação. Os ânimos esquentaram. O chefe da comissão explicou que as

79. Relatório apresentado em 18 de julho de 1894 pelo Dr. Coriolano de Burgos. Inspetor Sanitário do 1º Distrito de Santos. p. 74-76.

80. Ofício do Intendente de Higiene Municipal de Santos, Sr. José Carlos Caetano Munhoz, para o Chefe da Comissão Sanitária Dr. Tolentino Filgueiras. *Relatório Anual da Comissão de Serviço Sanitário de 1894*. op.cit., p.11.

requisições de demolição eram expedidas quando o prédio não permitia nada mais do que ser posto abaixo. Portanto, todos os prédios condenados pelos inspetores deveriam ser demolidos. As multas eram aplicadas, mas a situação era de escárnio total. Os proprietários pagavam as multas e as reformas não eram feitas, ficando tudo como estava. O chefe da Comissão Sanitária recomendava à municipalidade a construção de galpões provisórios para abrigar os desalojados e livrá-los da especulação empreendida por proprietários de cortiços que residiam na Capital, e até mesmo no exterior, para fugir das constantes investidas das epidemias de febre amarela. Concluía o ofício, constatando a trágica contradição: *"Compunge ver-se nesta cidade a par de uma tão grande riqueza comercial a maior miséria em matéria de higiene"*.⁸¹

Riqueza e pobreza andavam juntas na cidade de Santos. O porto estava sobrecarregado de sacas de café espalhadas por seus armazéns, aguardando o embarque para a Europa e Estados Unidos. A exportação de café gerava milhões de libras esterlinas. O período compreendido entre 1885 a 1895 foi excelente para o grande comércio de exportação de café: os preços externos do café estavam elevados e as receitas de divisas cresciam, estimulando a expansão da cafeicultura.

A cidade de Santos via seu comércio crescer: a cada dia novas casas de exportação e importação abriam suas portas. Os negócios do café prometiam lucros para todos. A euforia de grandes emissões ocorridas após a Abolição da Escravatura e da Proclamação da República impulsionava o mundo dos negócios, através do crédito fácil e abundante. Se, no Rio de Janeiro, a expansão monetária, conduzida por Ouro Preto e continuada nos primeiros anos da República estimulou o *aumento artificial dos negócios* que depois se

81. Ofício do chefe da Comissão de Serviço Sanitário de Santos, Dr. Tolentino Filgueiras ao Intendente de Higiene Municipal de Santos. *Relatório Anual da Comissão de Serviço Sanitário*, op. cit., p. 12-14.

perdeu, em São Paulo, a abundância de crédito impulsionou a cultura cafeeira, desembocando mais tarde na crise de super-produção.⁸²

Em 1892, houve uma crise decorrente do estrangulamento na capacidade de transporte da estrada de ferro Santos-Jundiaí e na capacidade de armazenagem do porto, já que esses serviços estavam defasados em relação à quantidade de café produzida. As obras de construção do cais e da muralha, iniciadas pela CCia. Docas de Santos, não estavam concluídas. O porto mostrava-se incapaz de absorver o fluxo de café produzido. As obras envolviam muitas construções: armazéns, pátios cobertos, tanques para depósito de combustíveis, ramais férreos, guindastes, etc. Iniciadas em 1888, somente por volta de 1909 a Cia. Docas de Santos finalizou-as.

Na cidade de Santos, a maior parte dos trabalhadores era absorvida nas atividades portuárias ou em atividades ligadas à exportação - estivadores, carroceiros, trabalhadores de depósitos e armazéns. A presença de fábricas na cidade era bastante reduzida. Torrefação e moagem de café, refinação de açúcar, bebidas, fumo, carroças, sacos para café compunham as atividades industriais da cidade, na verdade de pouca expressão e diversificação.⁸³

Santos apresentava um fluxo bastante elevado de pessoas que circulava provisoriamente na cidade, em trânsito para outra cidade ou para a fazenda. Segundo as observações do inspetor sanitário, Dr. Coriolano de Burgos, quando de suas visitas aos cortiços, a maior parte das pessoas *moradoras* naquelas supostas habitações considerava Santos uma *"cidade de acampamento, uma cidade na qual eles estavam sempre com um pé na estrada e, por isso, sujeitavam-se a todas as agruras e oscilações da sorte, só esperavam reunir*

82. OLIVEIRA, Armando Sales de. *Discursos*. Rio de Janeiro, José Olympio, 1936, p. 85. citado por MILLIET, Sérgio, op. cit. p. 26.

83. NELLO, Zélia C. e SAES, Flávio A., op. cit., p. 315-316.

um pequeno pecúlio que lhes garantisse a subsistência em qualquer outra parte".⁸⁴ A população dos cortiços mudava de seis em seis meses. Dificilmente o inspetor sanitário podia acompanhar a vacinação de crianças de cortiços. Na segunda visita, elas já não eram mais encontradas.

A intensa flutuação da população resultava da pouca diversificação das atividades econômicas e da própria localização da cidade - porta de entrada e saída de São Paulo. Por essa última razão, a cidade abrigou os dois principais quilombos da Província de São Paulo: o de Jabaquara, o mais famoso, e o de Vila Mathias, nos quais os escravos fugidos das fazendas, durante a conturbada década de 1880, encontravam proteção. Já em 1886, uma lei municipal abolia a escravidão em Santos, dada a necessidade de mão-de-obra para as reformas do porto iniciadas nesse ano. A cidade tornara-se, ao longo dessa década, o principal reduto do abolicionismo paulista. Muitos dos escravos fugidos para Santos encontravam trabalho como carroceiros, ensacadores de café e estivadores. Os *quilombolas* do Jabaquara também buscavam trabalho no porto, quando esquecidos dos seus antigos donos. Entretanto, se a busca ao escravo fugido persistisse, os abolicionistas davam um jeito de retirar o escravo de Santos, em algum porão de navio.

No porto, o trabalho de carga e descarga de navios era feito por ex-escravos libertos ou foragidos e por portugueses e espanhóis. Esses trabalhadores habitavam os cortiços das proximidades do porto. Em toda essa área havia cortiços, principalmente nos quintais de armazéns ou tavernas. Nos espaços limitados de um quintal, de uma cocheira ou de uma taverna era construído um correr de casinhas, aproveitando-se, como material de construção, toda a sorte de materiais do lixo portuário: pedaços de tábuas de caixão de sabão ou batatas, caixotes de bacalhau, folhas de zinco ou lata de azeite, etc. Os ganhos dos proprietários

84. Relatório apresentado em 18 de julho de 1894 pelo Dr. Coriolano de Burgos. op. cit. p. 75-76.

com essas moradias eram tão elevados a ponto de criarem resistência à demolição autorizada pela Comissão Sanitária: do total de 3000 prédios existentes, em 1890, 771 eram cortiços e destes, 478 estavam em mal-estado.⁸⁵

Todo o transporte de café da ferrovia até o porto era feito em carroções puxados por mulas e disso resultava a grande quantidade de cocheiras que existiam em Santos. A remoção das cocheiras do centro da cidade foi a segunda batalha da Comissão Sanitária.

Aos poucos, o número de cocheiras e estábulos foi diminuindo, a ação dos inspetores proibia a permanência desses prédios no perímetro urbano e mandava demolir os que insistissem em permanecer. Em 1895, o inspetor sanitário responsável pela fiscalização das cocheiras mandou demolir 36 cocheiras e estábulos. Em algumas delas, o inspetor encontrou, ao lado das baias dos animais, um correr de casinhas de madeira servindo de cortiços. Em outras, o inspetor viu proprietários fazerem quartos sobre as baias e alugá-los a preços exorbitantes.⁸⁶

Em outra parte da cidade, no 1º distrito, uma região ainda mais insalubre, o inspetor sanitário chegou à conclusão que *"tudo serve de moradia ou dormitório para os pobres jornaleiros com suas mulheres e filhos, quase sempre depauperados por outras privações ainda mais dolorosas"*.⁸⁷

O binômio cocheiras-cortiço como solução de moradia dos trabalhadores pobres do cais do porto era a mais encontrada. Os trabalhadores do porto não podiam pagar aluguéis de casas em melhores condições. E, mesmo estas deixavam muito a desejar em termos de higiene, pois nas

85. ALVARO, Guilherme. Santos em 1903. Apontamentos para história sanitária da cidade. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, n. 12, 1903, p. 256. Ver também: GAMDETA, Wilson R. Desacumular a pobreza: Santos, limiar do século. *Revista de Estudos Regionais e Urbanos*. São Paulo, n. 11, 1984 e GITAHY, Maria Lúcia. op. cit., p. 71

86. Relatório Anual apresentado ao Dr. Tolentino Filgueiras, chefe da Comissão Sanitária em Santos pelo Inspetor Sanitário Dr. F. de Queiroz Carneiro Mattoso. *Relatório da Secretaria do Interior de 1895*. p. 64.

87. Relatório Anual apresentado em 31 de dezembro em 1895. Dr. Leopoldo Mendes da Costa Inspetor Sanitário em Comissão 1º Distrito de Santos. *Relatório da Secretaria do Interior de 1895*. p. 53.

casas de porta e janela recém-construídas, a distribuição dos cômodos era a mesma encontrada nos antigos casebres. A planta obedecia a uma mesma organização do espaço: da porta de entrada até o quintal havia um corredor, ao longo do qual em ambos lados, encontrava-se uma sucessão de portas, as quais davam para um outro cômodo; na parte frontal, uma sala com janela, em seguida, duas ou três alcovas e, no final do corredor, a cozinha com a dispensa. As alcovas eram formadas por pequenas peças sem janelas e sem ventilação; permaneciam trancadas durante o dia para à noite, servirem de dormitório para 2, 3 e 4 trabalhadores.

A proposta da Comissão Sanitária para resolver o problema de moradia implicava em construir vilas operárias sob a responsabilidade do poder municipal, o que tiraria os trabalhadores do jogo da especulação.

A comissão obteve alguns resultados positivos: na zona próxima ao cais, cortiços e coqueiras foram demolidos, mas nas zonas periféricas, as novas construções não observavam as normas higiênicas das Posturas Municipais e do Código Sanitário do Estado, contando com a omissão da Câmara Municipal.

Os atritos entre a comissão e o poder local se reacenderam com a questão do abastecimento de água e com a construção da rede de esgotos. Agora, no conflito, entravam duas poderosas empresas privadas: a Cia. de Melhoramentos de Santos e a City of Santos Improvements Ltd. A primeira instalou-se em Santos, em 1870, para construir a rede de esgoto e, passados vinte anos, as obras ainda não estavam concluídas. O chefe da Comissão Sanitária denunciava o não cumprimento de contrato por parte da empresa e a conivência da Câmara que não fiscalizava as obras previstas no contrato. O chefe da Comissão de Saneamento da Secretaria de Agricultura, Dr. Inácio W. da Gama Cochrane, aliou-se ao chefe da Comissão Sanitária nas denúncias e acusou a empresa de abusos. A Cia. Melhoramentos de Santos ligou os coletores das latrinas aos ribeirões que cortavam a cidade e aos

canais de drenagem, sem que as máquinas funcionassem para impulsionar e movimentar as águas e dejetos. O resultado foi que os dejetos acumulavam-se nas margens dos ribeirões. Outras queixas apareciam contra a Cia. Melhoramentos de Santos: os esgotos foram construídos sem impermeabilização, os conteúdos passavam ao sub-solo; cheiros pestilenciais exalavam das valas e das bocas de lobo; as latrinas foram construídas sem a declividade necessária. A companhia responsável ajudou a piorar a situação sanitária da cidade, graças à lentidão e aos vícios na construção dos esgotos. Os inspetores sanitários intimavam os proprietários a instalarem novas latrinas, e a Cia. Melhoramentos não os atendia. Pressionada pelas denúncias, a Cia. Melhoramentos de Santos cessou seus serviços. O impasse instaurou-se e o poder municipal manteve-se omissos. Por fim, a Comissão de Saneamento, subordinada à Secretaria da Agricultura, assumiu as tarefas de refazer a rede de esgotos.

O serviço de abastecimento de água a cargo da City of Santos Improvements era irregular, longe dos preceitos legais. A empresa não cumpria o contrato com a municipalidade. Em 1895, a população não tinha água suficiente e mesmo sem ter água a City cobrava esses serviços. O presidente da City, Dr. Fox, atribuía as falhas no abastecimento ao aumento da população de Santos, enquanto que, em Londres, na Assembléia com seus acionistas, distribuía dividendos de 3% livres de impostos para ações preferenciais. Apesar das queixas da City contra a desvalorização cambial que lhe impunha perdas, a empresa lucrava com os contratos com a municipalidade santista.**

As duas empresas, segundo o inspetor sanitário, *"são perniciosas a Santos e não cumprem absolutamente seus compromissos."*⁸⁸

88. Relatório apresentado ao Diretor Geral do Serviço Sanitário do estado de São Paulo pelo Chefe da Comissão de Serviço Sanitário em Santos, Dr. Tolentino Filgueiras. 1895. *Relatório da Secretaria do Interior de 1895*, p. 6-42.

89. Relatório Anual apresentado ao Dr. Tolentino Filgueiras, Chefe da Comissão Sanitária em Santos pelo Inspetor Sanitário Dr. F. de Queiroz Mattoso. op. cit., p. 68.

Os trabalhos da Comissão Sanitária, apesar dos conflitos com o poder local, com as empresas concessionárias de serviços públicos e com os clínicos, prosseguiram com as visitas domiciliares, com as vacinações e com as desinfecções.

O serviço de desinfecção foi aberto na estação da estrada de ferro Santos-Jundiaí. Desinfetavam-se cargas e bagagens dos imigrantes que iam para o interior. Nos tempos de epidemias, os imigrantes tinham até mesmo as roupas do corpo desinfetadas. Pulverizavam-se roupas, colchões, travesseiros, e os objetos que não podiam passar pela desinfecção química iam para as estufas instaladas no Hospital de Isolamento.

A oposição da população à vacina contra a varíola não foi além do emprego de expedientes, tais como: esconder crianças, dizer que as crianças estavam doentes, etc, porém nunca se transformou em revolta.

De 1894 a 1906, Santos, em todo o Estado de São Paulo, bateu o recorde por apresentar o maior coeficiente por 100 óbitos gerais, devido a moléstias infecto-contagiosas. (Ver Tabela 2, em anexo). Os picos foram registrados em 1895, quando o número de óbitos por moléstias infecto-contagiosas chegou a 58%; na Capital e em Campinas esse coeficiente foi de 20% e 15%, respectivamente. Por coincidência, nesse mesmo ano, houve o registro da maior entrada de imigrantes no estado, perto de 140 mil.

Os coeficientes de óbitos por moléstias infecto-contagiosas registrados em Santos foram superados pelos observados em Ribeirão Preto em 1903, quando, nessa cidade, ocorreu a epidemia de febre amarela; de 1914 a 1916, quando a malária atacou a população de Ribeirão Preto; e de 1919, 1920, 1921 e 1923, quando a tuberculose e outras moléstias

elevaram o número de óbitos. Fora esses anos, Santos manteve-se na dianteira como a cidade do Estado de São Paulo, onde mais óbitos por moléstias infecto-contagiosas ocorreram.

De 1894 a 1900, a febre amarela, dentre as moléstias infecto-contagiosas, foi a principal causa de mortes. A malária a seguia de perto: em média, vitimava 121 habitantes de Santos por ano, só perdendo para a Capital, onde fazia em média 183 vítimas por ano. A partir de 1901, o número de óbitos por malária em Santos e na Capital sofre uma queda. Em Santos, somente em 1923 e em 1925 o número de óbitos supera a média anual de óbitos verificada para os anos 1894/1900 de 121 óbitos.

A febre tifóide em Santos não possuiu a expressão que tinha na Capital e em Ribeirão Preto. Entre 1894 e 1904, a média anual de óbitos por essa moléstia era de 16, bem inferior à verificada na Capital - de 112 e, em Ribeirão Preto, 24 óbitos por ano.

Santos, depois da Capital, era a cidade que tinha mais óbitos por tuberculose no Estado de São Paulo. Embora crescesse o número de óbitos em termos absolutos, a participação nos óbitos totais verificados no Estado se reduziu.

Durante os anos de 1895, 1896 e 1897, quando as epidemias de febre amarela dominaram a cidade, o número de óbitos era superior ao número de nascimentos, ou seja, o crescimento vegetativo da população foi negativo. Somente Santos registrou esse fenômeno em todo o Estado de São Paulo.

4. Para além do mar: as cidades do oeste paulista. *A epidemia do oeste e o início da urbanização.*

Deixo o litoral e sigo para as cidades da região cafeeira, mais próspera, para onde se dirigiam os trabalhadores e onde, na década derradeira do século passado, as epidemias de febre amarela se estabeleceram. Quando a epidemia deslocou-se para as cidades do interior de São Paulo, nenhuma possuía serviços urbanos. Campinas, por exemplo, uma das cidades mais antigas e ricas da região cafeeira não possuía rede de água e de esgoto, as ruas eram mal-calçadas e sujas, o serviço de limpeza pública ineficiente, atendendo uma parte restrita da cidade. As epidemias alertaram para a precariedade da vida urbana e chamaram a atenção do poder público e da sociedade para a necessidade de se organizar o espaço da cidade.

Duas estradas de ferro - a Paulista e a Mogiana - percorriam vastas regiões do oeste, cujas plantações de café sucediam umas às outras. A paisagem era essencialmente formada por imensos arbustos de café, de mais de dois metros. Jundiaí e Campinas, a região cafeeira mais antiga, com algumas plantações de mais de 30 anos, era a primeira a ser alcançada de trem. Seguindo a linha da Mogiana, a paisagem modificava-se - ao invés de grandes arbustos, viam-se agora pequenos arbustos, plantas novas em crescimento. Era a região mais recente de penetração do café: Casa Branca, Ribeirão Preto, São Simão, etc.

Em 1883, a Companhia Mogiana de Estradas de Ferro chegou a Ribeirão Preto, fronteira avançada do café. Seis anos depois, a família Prado adquiriu, nesse município, sua maior plantação de café, com mais de 3 milhões de pés concentrados numa única propriedade - a fazenda São Martinho.⁹⁰ O café avançava pelas terras Yvermelhas e novas

90. LEVI, Darrell E. *A família Prado*. São Paulo: Cultura 70, 1977. p. 167. Martinho da Silva Prado Júnior havia comprado uma fazenda na região em 1884, logo depois da inauguração da ferrovia.

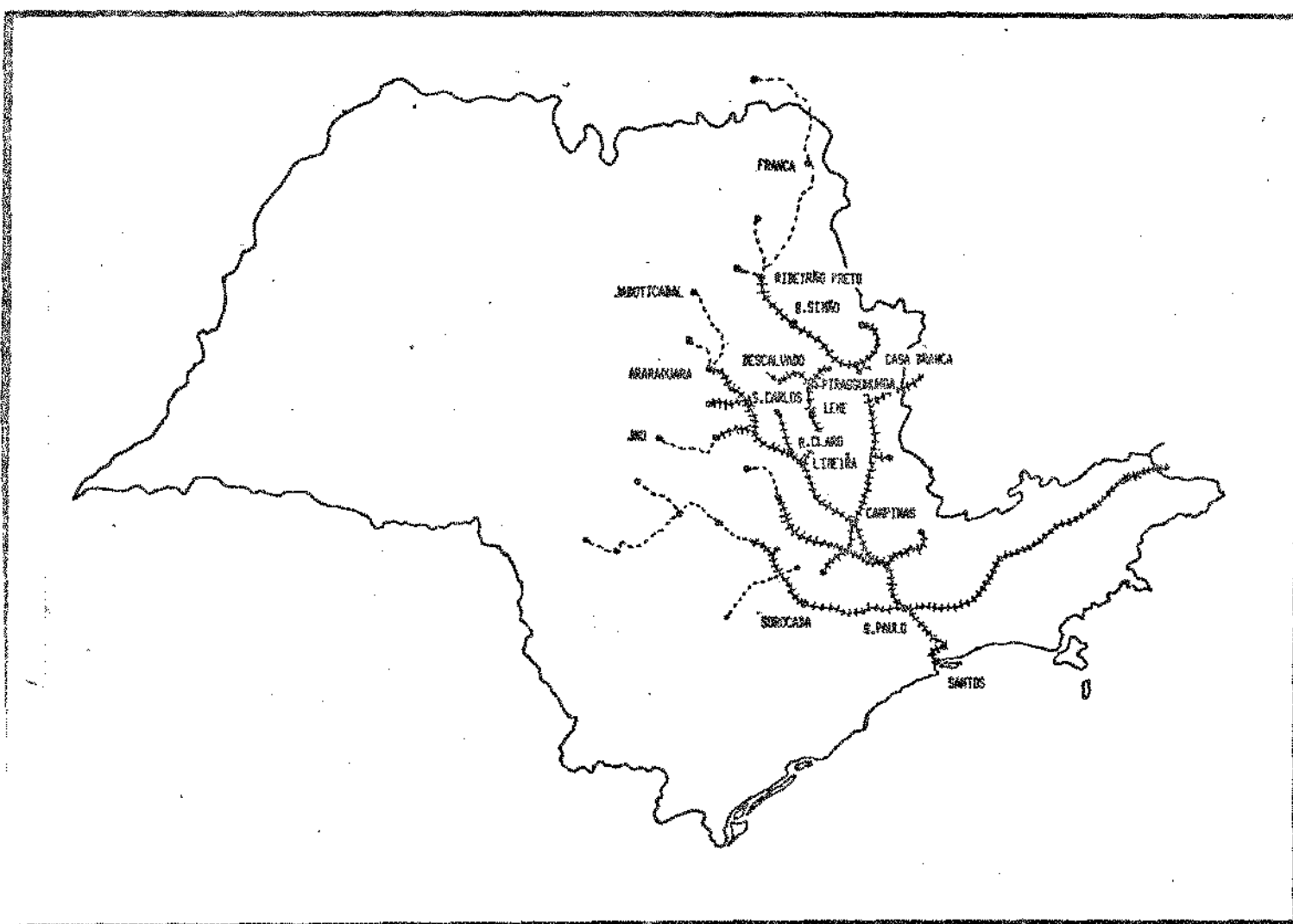


FIG. 11 ROTEIRO DA EPIDEMIA DE FEBRE AMARELA 1889-1904

em busca da maior produtividade. A direção indicava os planaltos ocidentais da Província - o chamado Oeste Paulista.

Primeiro, entre 1850 e 1870, houve a ocupação do oeste, nucleado por Campinas. Mas o café não se deteve aí, prosseguiu na sua marcha e aquele se tornou o *Oeste Velho*, frente às novas plantações surgidas com as derrubadas das florestas e das matas no chamado *Oeste Novo* na década de 80. Com a derrubada da mata, surgia a terra vermelha, fértil, pronta para a semeadura, e novas fazendas formavam-se. A estação da estrada de ferro foi instalada em seguida, e os trilhos avançavam. Em 1900, o último ponto do mundo civilizado era Jaboticabal; além desse ponto, o viajante cairia em plena mata virgem.⁹¹

No período compreendido entre 1885 e 1895, a marcha cafeeira foi contínua em direção à região de Ribeirão Preto, Sertãozinho, São Simão, Cravinhos e Santa Rita do Passa Quatro. O comportamento dos preços do café era favorável, já que subia sem mostrar sinais de queda. Nada havia para impedir a expansão das lavduras. Entre 1890 e 1900, foram criados, nessa região, 41 municípios.

O processo de urbanização do interior era a consequência palpável do auge da cafeicultura, o resultado desses anos favoráveis ao café. A produção crescia e as necessidades de mão-de-obra cresciam, também. Ocorria o povoamento de terras cada vez mais longínquas. As vilas formavam-se em torno das fazendas, o comércio, antes quase totalmente ambulante, começava a se fixar nas proximidades das estações da estrada de ferro. A vila desenvolvia-se e surgia a cidade. No vasto interior da Província de São Paulo foram criadas, numa única década, dezenas de cidades, nucleadas pelas fazendas de café e pela estrada de ferro.

A capacidade de disseminar o florescimento de cidades pelo interior, formando um mercado consumidor difuso

91. KONBEIG, P. *Pioneiros e Fazendeiros de Café*. São Paulo: Hucitec Polís, 1984, p. 172-176

e capaz de exercer demandas sobre o comércio e sobre a indústria nascente, diversificando-os era uma característica singular do desenvolvimento da produção cafeeira, ou seja, que não se verificou na cultura canavieira e na algodoeira, durante o Império e depois na República. A forma itinerante da cultura cafeeira paulista permitiu a difusão de cidades pelo interior. Isso pode ser observado na tabela abaixo, que mostra o crescimento da população de alguns municípios de São Paulo.

TABELA IV
POPULAÇÃO DE ALGUNS MUNICÍPIOS DE SÃO PAULO

MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO		
	1874	1886	1900
SÃO PAULO	31.385	47.697	239.820
SANTOS	9.191	15.605	50.389
CAMPINAS	31.397	41.253	67.694
RIBEIRÃO PRETO	5.552	10.420	59.195
GUARATINGUETÁ	20.837	25.632	38.263
TAUBATÉ	20.847	19.501	34.723
SOROCABA	13.999	20.166	10.562
ITAPETININGA	21.426	11.362	13.270
RIO CLARO	15.035	20.133	31.891
ITU	10.821	15.840	17.193
PIRACICABA	15.753	22.150	25.374
DRACMANÇA	19.495	16.214	32.904
CASA BRANCA	10.201	7.748	16.133
FRANCA	21.419	10.040	15.491
JABOATÃO	6.406	18.341	33.412

Fonte: CAMARGO, José Francisco de. *Crescimento da população no Estado de São Paulo e seus Aspectos Econômicos*. São Paulo, IPE, v. 2 e 3, p. 10-25, citado por NELLO, Zélia C. e SAES, Flávio A. M. op. cit., p. 310.

Em 1874, a capital da província, São Paulo, não era o município de maior concentração populacional, pois Campinas apresentava uma população quase igual a da Capital. O que chama a atenção do observador é o fato de que, no mínimo, mais quatro cidades do interior tinham uma concentração populacional nada desprezível para a época: Taubaté, Guaratinguetá, no Vale do Paraíba, Itapetininga e Franca apresentavam quase 2/3 da população da Capital e Rio

Claro, Bragança, Piracicaba e Sorocaba entre metade e um terço da população da Capital.

Não era uma, mas várias cidades que cresciam pelo interior. Difundiam-se a cultura urbana, o comércio, a indústria, as oficinas mecânicas, os serviços ligados ao comércio de café. O interior não podia mais ser confundido com uma vasta extensão de unidades agrícolas. O rural e o urbano mesclavam-se, interpenetravam-se, o que torna difícil uma definição clara do que vinha a ser esse interior.

Havia cidades consolidadas, onde o café dominou, mas que não representavam mais a principal região produtora, como, por exemplo, Campinas e Rio Claro. Havia cidades decadentes, que tiveram um passado grandioso, como Taubaté e Guaratinguetá, mas que, nas décadas finais do século XIX, se ressentiam do declínio da produtividade do café e perdiam população. E, por fim, havia as cidades novas, ainda não consolidadas na década de 80, como Ribeirão Preto e Jaú, que acompanhavam a expansão do café e recebiam desta efeitos positivos.

No caminho percorrido pelo café, MILLIET revela o poder da cultura de gerar grandeza e decadência: *"A terra cansada que ele abandona se despoeva, empobrece, definha; a terra virgem que ele deflora logo se emprenha de vida ativa, enriquece, progride".*⁹²

Sobre as cidades recém - criadas pela marcha cafeeira, MILLIET, novamente, ilustra com imagens visíveis os seus movimentos: *"Cidades cogumelos... surgidas do dia para a noite na boca do sertão desbravado pelo cafezal".*⁹³

Algumas cidades, apesar da decadência do café, conseguiram criar raízes e diversificar suas atividades econômicas, graças a condições mais favoráveis, como situação geográfica, rede de comunicação ferroviária, população, etc. Para continuar a crescer e sobreviver ao

92. MILLIET, Sérgio. *Roteiro do café. Análise histórica-demográfica da expansão cafeeira no Estado de São Paulo*. São Paulo: 1938, p. 5

93. MILLIET, Sérgio. op. cit., p. 33.

abandono do café, a cidade precisava mostrar seu potencial, diversificar suas atividades e encontrar uma nova vocação econômica. Não foi o que ocorreu, entretanto, na região do Vale do Paraíba. A decadência sobreveio à riqueza e as cidades definhavam e, pouco a pouco, iam morrendo, deixando em algum casarão abandonado as marcas do tempo de grandeza. Areias, Taubaté, Ubatuba, as *cidades mortas*, entraram em letargia profunda durante a Primeira República.

Na década de 90, destacaram-se, em termos populacionais, as cidades de Ribeirão Preto que, entre 1886 e 1900, teve sua população acrescida em 468% e São Paulo, cuja população, para o mesmo período, cresceu 403%, abrindo distancia em relação à segunda cidade do estado. Campinas, entretanto, nesse período, não apresentou o mesmo dinamismo que a marcou nos anos anteriores. Ela representava o *Destê Velho*, ao passo que Ribeirão Preto era o *Destê Novo*, a última fronteira do café, a ponta avançada de penetração da cafeicultura.

Os imigrantes dirigiam-se para a região de Ribeirão Preto. Entre 1898 e 1902, dos 123.069 imigrantes distribuídos pelas fazendas de São Paulo, 40% concentraram-se nos municípios de Ribeirão Preto, São Simão, São Carlos, Araraquara e Jaú. Nesses municípios, as oportunidades de emprego eram maiores e a remuneração melhor, porque era permitido ao colono plantar produtos alimentares entre as fileiras do jovem cafezal.⁹⁴

É sobre esse vasto interior, formado por cidades marcadas pelo desenvolvimento da lavoura cafeeira, pelo forte movimento imigratório e pelo crescimento da população, que a ação da política de saúde vai se concentrar: uma vasta região atacada, ano após ano, por epidemias.

Se Santos era vista pelos viajantes italianos que vieram observar as condições dos imigrantes como a cidade

94. MONBEIG, Pierre. *Pioneiros e fazendeiros de São Paulo*. São Paulo: Nacitec-Polis, 1984. p. 172.

"mais suja do país, depois do Rio de Janeiro..., dominada pelo calor excessivo..., ar torpe e pesado, impregnado por exalações fétidas e que, no verão, importava do Rio de Janeiro, a febre amarela, constantemente...", o mesmo não era dito das cidades do interior para onde os imigrantes se dirigiam. O litoral, dizia outro viajante, estava infestado de febre amarela, mas nas fazendas, no interior, não havia perigo.⁹⁵ Mesmo não havendo perigo, este último observador, Angelo Scalabrini, desaconselhava a vinda de italianos para o Brasil e criticava o governo italiano pelo desamparo aos emigrados, jogados pelo consulado à própria sorte. Descrevia a situação dos italianos como: "marcados por milhares de opressões, males e insuficientemente nutridos se forem diaristas; se forem empreiteiros são mal remunerados e pior alojados; sofrem extorções no armazém da fazenda, não têm assistência médica, escola e ofícios religiosos...". E concluía "os fazendeiros não se despojaram dos métodos usados, por séculos, com os negros".⁹⁶

Outro observador das condições dos italianos em São Paulo afirmava que a febre amarela 'concentrara-se no litoral e não ultrapassara a Serra do Mar que era uma "barreira que a natureza, providencialmente, estendeu a pouca distância do Oceano, para salvaguardar as férteis e riquíssimas regiões do interior." Esse observador sustentava e divulgava a opinião das autoridades paulistas de que há dez anos atrás, a febre amarela não se desenvolvia nas terras do planalto e, portanto, não se podia condenar todo o interior, onde as terras eram férteis e havia riqueza e onde os colonos residiam e trabalhavam.

95. LOMONACO, Alfonso. *Al Brasile*. Milano: Leonardo Vallardi, 1889, p. 205. e SCALABRINI, Angelo. *Delle condizioni attuali della emigrazione nell'America Meridionale nei suoi rapporti coll'industria*. Secondo Congresso Geográfico Italiano. Roma, 1895. p. 18.

96. SCALABRINI, A. op. cit. p. 18-19.

97. ZETIARY, Arrigo de. *Il Brasile e Il Secondo Congresso Geográfico Italiano*. Roma: G. Bertero, 1895, p. 20-23. Este autor afirmava que a Argentina estava movendo campanha de descrédito contra o Brasil.

Ainda em 1897, essa opinião persistia. Um jornalista italiano procurando mostrar a situação real dos imigrantes, afirmava: "a febre amarela não ameaça o imigrante que reside no interior porque ela está localizada no litoral".⁹⁸

Se esses escritos fossem anteriores a 1889, ou se fossem apenas material de propaganda da emigração, seriam compreensíveis as afirmações neles contidas. Assim como ocorria com o material de propaganda para a vinda de braços para as lavouras de café, esses textos procuravam atenuar as reais informações sobre a incidência das grandes epidemias de febre amarela nas cidades do interior do estado.

Os guias para italianos recém-chegados a São Paulo, produzidos como material de divulgação da imigração, procuravam diminuir os efeitos da febre amarela. O *Metodo facile* (*manuale indispensabile per l'emigrante che si reca al Brasile*), além de listar as palavras em português necessárias às primeiras comunicações do imigrante, além de conter explicações sobre as autoridades do serviço de imigração, que receberiam e colocariam o imigrante em contato com os fazendeiros e administradores das fazendas de café e além de explicar as moedas e medidas, incluía também esclarecimentos sobre a febre amarela e os meios de preveni-la. Quanta à febre amarela confirmava que a "moléstia atinge os habitantes do litoral, e não se estende quase nunca às cidades do interior".⁹⁹ O *manuale* passava a idéia de que nenhuma dúvida pairava sobre a origem e transmissão da febre amarela. Afirmava taxativamente que: "A origem da febre amarela é bem conhecida e explicável pelos miasmas que se desenvolvem nos materiais vegetais e animais em putrefação".¹⁰⁰ Em vista disso, recomendava aos imigrantes manterem-se limpos, tomando banhos diariamente e não

98. MOSCA, Oreste. *L'emigrazione italiana al Brasile (S.Paolo e Pará)*. Torino: Origilia, 1897. p. 15-19.

99. Del Rosso, C. *Metodo facile* (*manuale indispensabile per l'emigrante che si reca al Brasile*). Milano: A. Biatti, 1892. p. 218

100. *Ibid.*, p. 218.

abusarem de bebidas e nem da alimentação. Indicava ser "muito perigoso ficar fora à noite, suar e não trocar a camisa".¹⁰¹ E como medida preventiva: "tomar de pouco em pouco um cálice de bom vinho, de Fernet Branca e de Ferro-China Bisleri, produtos italianos genuínos que vêm importados para o Brasil".¹⁰² Para a cura da febre amarela, o manual recomendava "a pólvora do quinino, de 150 a 200 grs por dia, o sulfato de quinino, de 1 a 2 grs por dia, a cânfora, a melissa, a sálvia, o chá e, sobretudo, o vinho puro misturado com água".¹⁰³

A tônica do guia para imigrantes era reduzir a extensão do alastramento da febre amarela, pelo interior do estado de São Paulo, dar como conhecida a origem da moléstia e apresentar medicação para preveni-la e curá-la e, principalmente, incentivar a vinda dos imigrantes. Quando foi publicado, em 1892, a febre amarela grassava pelas cidades do interior paulista, em especial naquelas que recebiam maior contingente de imigrantes.

Nos meios médicos, na imprensa médica especializada e no recém-criado Serviço Sanitário do Estado, a questão mais debatida e que, por longo tempo, permaneceu sem resposta foi justamente a origem, a forma de propagação e a profilaxia da febre amarela.

4.1. A capital agrícola: a cidade que queria ser Capital.

Contradizendo as afirmações de muitos viajantes italianos e as informações do material de propaganda para atrair imigrantes, todos os anos, entre 1889 e 1904, registrava-se a ocorrência de epidemia em alguma das cidades do oeste paulista.

101. Idem, p. 211.

102. Idem, p. 211-212.

103. Idem, p. 211.

O verão de 1889 foi, excepcionalmente, quente, como noticiava a *Gazeta de Campinas*, de 25 de janeiro de 1889. O editorial do jornal comentava a relação entre as altas temperaturas e a invasão das chamadas "*febres de mau caráter*". O jornalista reclamava da ausência de medidas higiênicas na cidade e da presença de epidemias em Santos e na Corte.¹⁰⁴ Decorrido um mês, surgiu o primeiro caso de febre amarela na cidade numa imigrante recém-chegada de Santos. A partir desse caso, a doença irrompeu em epidemia mais forte do que a de Santos, pois era a primeira vez que ela ocorria no interior paulista.

Ao longo das décadas de 50, 60, 70 do século dezanove, Campinas tornou-se o principal centro agrícola e comercial de todo o vasto oeste. A *princesa d'oeste*, como chamavam-na, era, no dizer dos contemporâneos, a "*capital agrícola da Província*".¹⁰⁵

Estava implícito nesta denominação um certo despeito por não ser Campinas, de fato, a capital e, sim, São Paulo. A rivalidade entre essas cidades só se encerrou no decorrer da década de 90, quando São Paulo explodiu em termos populacionais e na diversificação das atividades econômicas. Em 1874, a população de Campinas era quase igual a da Capital, 31.397 e 31.385 habitantes, respectivamente. Até a metade da década de 80, a população das duas cidades era muito semelhante. Na década seguinte, a população da Capital quintuplicou - consolidando sua posição dominante como centro urbano, comercial, industrial, financeiro e administrativo.

Na última década do século XIX, Campinas era a região cafeeira mais antiga, do chamado oeste, com plantações de 30 a 40 anos, cuja produtividade estava em declínio. Outras áreas, como Ribeirão Preto, apresentavam maior produtividade devido às terras novas e às plantações

104. GAZETA de CAMPINAS. Campinas, 25/01/1889, p. 1.

105. Idem, p. 1.

jovens.¹⁰⁶ A cidade de Campinas perdia dinamismo em termos populacionais e econômicos em favor da Capital e de outras cidades do oeste, em especial de Ribeirão Preto. A hipótese levantada para explicar esse declínio está no efeito negativo trazido pelo prolongamento das linhas férreas para além de Campinas, as ligações férreas entre Campinas e Mogi-Mirim e Rio Claro¹⁰⁷. A facilidade de comunicação entre a Capital e as cidades do oeste retirou de Campinas o papel de centro distribuidor de mercadorias para o interior. Enquanto o comércio atacadista decrescia na cidade, o comércio a varejo ganhava maior importância, crescia ao ritmo do crescimento da população.

A interiorização das plantações de café ao invés de afrouxar os laços com a Capital devido à distância, reforçou-os por efeito da melhoria dos meios de comunicação. As três principais estradas de ferro - a Paulista, a Mogiana e a Sorocabana, e seus ramais, encurtavam o tempo de deslocamento e revigoraram as relações econômicas do interior, cuja população, em 1886, totalizava 1.036.639 habitantes e, em 1920, 3.652.774, enquanto na Capital havia 47.697 e 579.033, respectivamente, em 1886, e 1920.¹⁰⁸ A Capital concentrava 4,6% da população, em 1886, e, em 1920, passou a concentrar 15,8%, portanto, no interior, concentrava-se 95,4% e 84,2% da população do estado em 1886 e 1920, respectivamente. Esse vasto interior constituiu a base da expansão industrial de São Paulo enquanto mercado consumidor e de trabalho. Os elevados preços do café, a imigração e a marcha itinerante da cultura cafeeira explicam a formação desse imenso mercado.

As epidemias de febre amarela que começaram a ocorrer em Campinas todos os anos, a partir de 1889, durante quase uma década, contribuíram para a redução no ritmo de seu crescimento populacional e juntaram-se àquelas causas

106. MONTEIRO, Pierre. op. cit., p. 168-172.

107. HELLO, Zélia C. e SAES, Flávio A. M. op. cit. p. 367-397.

108. Idem, p. 320 e MILLIET, Sérgio. op. cit. p. 21

que freavam o dinamismo da cidade, característico nas décadas de 50, 60 e 70 do século passado.

Quando a febre amarela atingiu Campinas, a *capital agrícola da Província* possuía uma precária infra-estrutura urbana, não havia água encanada, esgoto e as habitações estavam em péssimas condições higiênicas.

A epidemia de 1889 deixou um número desconhecido de vítimas. Dados colhidos pelo Dr. Ângelo Simões, um dos poucos médicos que permaneceu na cidade, indicavam que o total de mortos foi de 1.200, dos quais 406 eram imigrantes italianos. A população do município, nesta época, girava em torno de 41 a 45 mil habitantes.¹⁰⁹ A cidade havia sido abandonada, várias fábricas fecharam suas portas, como a MacHardy e a Lidgewood. Algumas fecharam para sempre, indo se estabelecer na Capital, àquela época livre de epidemias de febre amarela.

"A cidade parecia um cemitério"; em pouco mais de um mês, a cidade tinha um ar de abandono: transitavam pelas ruas apenas alguns carros de médicos e muitos habitantes fugiram aterrorizados. Essas impressões marcavam o relato feito por um contemporâneo da grande epidemia.¹¹⁰

Campinas tornou-se o centro disseminador da epidemia. Na cidade havia o entroncamento ferroviário das vias de acesso para o interior, e portanto a moléstia encontrou a porta de entrada para sua penetração no oeste.

Nos dois anos seguintes, a epidemia voltou, porém sua virulência foi mais branda, conforme o relato do Diretor do Instituto Agrônomo, o austríaco Franz Wilhelm Dafert.¹¹¹

109. CARNEIRO, Alfredo. *História da Epidemia em Campinas*. Campinas: Typ. Cardona Imprensa a vapor, 1891, p. 64.

110. *Idea*, p. 5.

111. *Relatório Anual do Instituto Agrônomo do Estado de São Paulo de 1892. Apresentado ao cidadão Dr. Jorge Tibiriça Digníssimo Secretário dos Negócios da Agricultura do Estado de São Paulo pelo Dr. Phil F. W. Dafert H. A com a colaboração de H. von Hering, C. Muller, F. J. Scheider e dos membros do Instituto*. Campinas: Tipografia da Cia Industrial de São Paulo, 1893. p. 168. Dr. Dafert estudou a relação entre a natureza higiênica do sub-solo de Campinas e as epidemias, e as condições meteorológicas e a mortalidade em Campinas. Suas observações sobre a relação entre temperatura e epidemia concluíam que quanto mais frio tanto menor o perigo.

Em 1892, a epidemia retornou à cidade com maior força e difundiu-se por Rio Claro e Limeira. Para auxiliar no combate, o Serviço Sanitário recém-criado convocou estudantes de medicina para trabalharem nas cidades flageladas do oeste.

Nos quatro anos que se seguiram à primeira epidemia, a população renovou-se, a corrente imigratória trouxe novos contingentes de trabalhadores para Campinas e região e a epidemia foi virulenta, porque encontrou uma população renovada e não imune.

O fluxo imigratório condicionava o grau de virulência da epidemia. Em Santos, por exemplo, o constante movimento renovador da população contribuía para as frequentes epidemias que assolavam a cidade. De 1889 a 1900, somente em 1897 e 1899, o número de atingidos foi menor do que 100 indivíduos.

Para evitar que a epidemia se alastrasse para o interior foi montada a Comissão Sanitária de Campinas nos moldes da de Santos. De 1896 a 1898, o inspetor sanitário, Dr. Emílio Ribas, foi o chefe da comissão. Quando assumiu a chefia, ocorria pela primeira vez o registro de um excesso de óbitos sobre o número de nascimentos. A principal causa de óbitos era a febre amarela. Em 1896, 51% do total de óbitos por febre amarela foi registrado em Campinas. (Ver Tabela V, a seguir)

Em 1896, a Comissão Sanitária iniciou uma rigorosa campanha de saneamento da cidade, com limpeza das ruas, drenagem do solo, visitas domiciliares, desinfecções. A cidade foi dividida em cinco distritos sanitários com um inspetor sanitário em cada um deles. O policiamento domiciliar foi a principal prática sanitária da campanha contra a epidemia. As habitações eram constantemente inspecionadas. Das 16.123 habitações particulares visitadas pelos inspetores sanitários, em 1898, 467 eram cortiços e estalagens. Havia na cidade 610 cocheiras e estábulos. A comissão aplicava intimações e multas aos proprietários para

que reformassem as habitações. Por reforma, a comissão entendia a impermeabilização do solo e instalação de abertura nos cômodos para entrada de luz e ar. Ainda, na cidade, existiam casas com alcovas, próprias da arquitetura colonial presente nas casas geminadas, estreitas e compridas, as chamadas casas de porta e janela junto à calçada.

Nas visitas aos domicílios, os inspetores sanitários cuidavam, além da construção, da desinfecção do prédio, das fossas, e da vacinação de seus moradores, em especial, das crianças. As desinfecções regulares eram defendidas como forma de evitar moléstias infecto-contagiosas.

Em Campinas, desde as primeiras epidemias de febre amarela, havia um prédio destinado ao *Desinfectória Central*, contendo forno incinerador, estufas e outros aparelhos. Trabalhavam no serviço de desinfecção de fossas, mictórios, estábulos, cocheiras, habitações, etc., dez desinfetadores e sete cocheiros que transportavam o material e os doentes de moléstias transmissíveis para o Hospital de Isolamento, um barracão de tábuas, construído em 1889/90.

A convicção da Comissão e do Serviço Sanitário era de que as epidemias de febre amarela tenderiam a desaparecer com a ação sistemática da polícia sanitária. De fato isso ocorreu, pois, em 1898, registraram-se apenas três casos de febre amarela, tendo um ocorrido fora da cidade, no arrabalde - do Taquaral - onde não havia água potável e nem rede de esgoto.¹¹² Nesse arrabalde e no núcleo colonial Campos Salles, as condições sanitárias eram tidas, pelo inspetor sanitário, como péssimas e como responsáveis pela permanência da febre amarela. Naquele ano, no núcleo

112. BAYMA, Theodoro. Estado Sanitário de Campinas em 1898. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, V. 2, 1899. p. 168.

TABELA V. MORTALIDADE POR DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS NO
ESTADO DE SÃO PAULO-PERRE AMARELO. 1894-1929.

ANO	CAPITAL	SANTOS	CONFINOS	AID. FRETO	E.S. PAULO
1894	25	172	-	-	197
1895	39	1838	81	-	1178
1896	98	435	738	6	1557
1897	28	37	321	-	876
1898	26	343	3	1	988
1899	29	2	4	-	186
1900	94	268	2	-	1147
1901	3	-	-	-	5
1902	3	-	2	1	32
1903	16	7	6	254	514
1904	1	1	-	-	3
1905	2	-	-	-	2
1906	-	-	-	-	-
1907	-	-	-	-	-
1908	-	-	-	-	-
1909	-	-	-	-	-
1910	-	-	-	-	-
1911	-	-	-	-	-
1912	-	-	-	-	-
1913	-	-	-	-	-
1914	-	-	-	-	-
1915	-	-	-	-	-
1916	-	-	-	-	-
1917	-	-	-	-	-
1918	-	-	-	-	-
1919	-	-	-	-	-
1920	-	-	-	-	-
1921	-	-	-	-	-
1922	-	-	-	-	-
1923	-	-	-	-	-
1924	-	-	-	-	-
1925	-	-	-	-	-
1926	-	-	-	-	-
1927	-	-	-	-	-
1928	-	1	-	-	-
1929	5	3	1	-	-

FONTE: ANUÁRIO DEMOGRÁFICO. Seção de Estatística
demográfico-sanitária, São Paulo, Imprensa Oficial, 1929
v. 12 pp VII.

colonial, vinte e oito pessoas foram atacadas por febre amarela e destas, onze morreram.¹¹³

Em 1898, o Dr. Emilio Ribas foi nomeado Diretor do Serviço Sanitário do Estado, ficando o Dr. Theodoro Bayma na chefia da Comissão Sanitária de Campinas, de 1898 a 1901.

Na gestão do Dr. Theodoro Bayma, as epidemias de febre amarela praticamente desapareceram da cidade: as ocorrências registradas foram de 2 a 4 casos. O número de vítimas declinava. Em 1901, no último relatório do chefe da Comissão Sanitária, o Dr. Theodoro Bayma constatava que a cidade estava livre "*do pavoroso espectro amarelo*". O intendente municipal de Campinas confirmava que a cidade estava *reabilitada*, já que nos últimos quatro anos a doença não havia entrado em Campinas, apesar de continuar em outras cidades do oeste.¹¹⁴

Em 1902, no primeiro relatório do Dr. Octávio Marcondes Machado, sucessor do Dr. Theodoro Bayma na chefia da Comissão Sanitária de Campinas, as desinfecções, como meio profilático da febre amarela, eram contestadas à luz das experiências dos médicos norte-americanos, em Cuba. O meio de combate recomendado era a destruição dos viveiros dos mosquitos - *stegomya fasciata*. Apesar das desinfecções prosseguirem, o extermínio dos focos de mosquitos passou a ser a medida recomendada pelo Dr. Emilio Ribas, diretor do Serviço Sanitário. As medidas envolviam limpeza pública, remoção de lixo e de objetos que serviam de depósitos de águas das chuvas nos quintais e nos terrenos baldios e a proibição do uso de vasos com plantas aquáticas, locais ideais para a reprodução do mosquito. Em ofício, o diretor do Serviço Sanitário apelava para que os chefes das Comissões Sanitárias do interior obtivessem, junto aos empresários da limpeza pública, a remoção de objetos,

113. Idem, p. 169-170. O núcleo colonial não fazia parte da área sob a responsabilidade da Comissão Sanitária de Campinas.

114. BAYMA, Theodoro. Estado Sanitário de Campinas em 1901. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, V. 5, n. 8, 1902. p. 148.

garrafas, latas etc. jogadas nos terrenos baldios e quintais.¹¹³ Promovia-se pela primeira vez uma campanha contra o mosquito, antes mesmo do Serviço Sanitário realizar as históricas experiências do Hospital de Isolamento.

No relatório do chefe da Comissão Sanitária, as reclamações referiam-se à existência de bairros que não contavam com serviço de água encanada, e sim, com poços, verdadeiros viveiros de mosquitos. Permaneciam esses bairros, em especial, a populosa Vila Industrial, sem rede de esgotos. As fossas formavam águas estagnadas.

Os pântanos e os terrenos alagadiços formados pelos córregos constituíam outra ameaça à saúde pública. A Câmara Municipal a quem cabia tomar as providências não realizava obras de canalização de córregos e de drenagem do solo. Em 1903, a febre amarela voltou a fazer vítimas e o chefe da Comissão Sanitária pedia intervenção do estado no município, para que as obras fossem feitas. A intervenção não veio e as obras permaneceram nos relatórios como reclamações constantes, por longos anos. Ao todo, cortavam a cidade cinco córregos, cujas margens estavam permanentemente alagadas - o córrego do Saneamento, o do Tanquinho, o do Campinas Velhas, o do Cortume e o do Piçarrão, nos quais a Comissão Sanitária havia encontrado mosquitos-anopheles (malária). Mais grave era a situação dos córregos do Cortume e do Piçarrão que serviam ao matadouro municipal e que conservavam em seus cursos e em suas margens restos de matanças.¹¹⁴ A comissão exigia a limpeza, a drenagem do solo, a redução de alagados formados pelos córregos e pelo ribeirão Anhumas que havia sido canalizado e retificado

113. MACHADO, Octávio Marcondes. Estado Sanitário de Campinas em 1902. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, V. 6, n. 24, 1903. p. 533.

114. MACHADO, Octávio Marcondes. Estado de Campinas em 1911. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, V. 15, n. 8, 1912. p. 157.

.....Estado Sanitário de Campinas em 1912. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, V. 16, n. 2, 1913. p. 25.

.....Estado Sanitário de Campinas em 1904. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, V. 8, n. 8, 1905. p. 184-187,

durante as primeiras devastações da febre amarela, mas que precisava de novas reformas.

A Comissão Sanitária continuou os serviços de extinção dos mosquitos auxiliada pela empresa de limpeza pública que removia latas, objetos e garrafas que pudessem servir de depósito d'água. Em 1904, foram extintos pela empresa 711 viveiros de mosquitos e, em 1905, 106.¹¹⁷ Em 1907, foram organizadas as *brigadas contra mosquitos*, formadas por desinfetadores que percorriam os arrabaldes da cidade, removendo entulhos encontrados nos terrenos e quintais.

Devido à peste que entrou no Estado de São Paulo, em 1899, pelo porto de Santos, a Comissão Sanitária de Campinas começou a incineração de ratos. Em 1901, 4.239 ratos foram incinerados. A Câmara Municipal de Campinas, em 1903, destinou uma verba especial para o pagamento dos *portadores de ratos*. Por animal caçado e entregue no Desinfectório Central para incineração, o *vendedor de ratos* recebia a quantia de 100 réis. Em 1903, o total de ratos incinerados foi de 47.190 e, um ano depois, 55.666.¹¹⁸ A compra de ratos pela Comissão Sanitária, com recursos destinados pela Câmara Municipal, estimulou a caça aos roedores e antecipou o que iria ser prática corrente durante a reforma urbana do Rio de Janeiro.

À medida que a febre amarela estava sendo controlada outras moléstias infecto-contagiosas começaram a aparecer nos relatórios da comissão sanitária e, dentre elas, a tuberculose. E não era por menos, pois a tuberculose era a doença responsável pelo maior número de óbitos, só perdendo essa posição nos anos de epidemia de febre amarela.

117. MACHADO, Octávio Marcondes. Estado Sanitário de Campinas em 1904. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, V. 8, n. 8, 1905. p. 184.

Estado Sanitário de Campinas em 1905. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, V. 9, n. 12, 1906. p. 244

118. BAYHA, Theodoro. Estado Sanitário de Campinas em 1901. op. cit. p. 152-153.

MACHADO, Octávio Marcondes. Estado Sanitário de Campinas em 1903. op. cit. p. 536-537.

Estado Sanitário de Campinas em 1904. op. cit. p. 184-187.

Campinas era, na região, o centro urbano para o qual eram atraídos doentes de várias localidades em busca de tratamento no Hospital da Santa Casa de Misericórdia, o que elevava o número de óbitos registrados, já que muitos chegavam à cidade para morrer. Alguns doentes eram abandonados por parentes na plataforma da estação ferroviária.

Entre 1896 e 1927, a tuberculose foi responsável por 7 a 8% dos óbitos totais e, dentre as moléstias infecto-contagiosas, foi a responsável por quase 50% dos óbitos. A cidade contribuiu, durante o período de 1896 a 1927, com 5 a 8% dos óbitos totais do estado. Era a terceira cidade no estado, com maior número de óbitos por tuberculose. (Ver Tabela 2 e 5, em anexo)

A tuberculose atingia principalmente a população negra que, segundo o Dr. Theodoro Bayma, chefe da Comissão Sanitária, vivia em habitações sem um mínimo de higiene e, além disso, entregue ao alcoolismo.¹¹⁹

Apesar do elevado número de óbitos, as medidas preventivas se restringiam às reformas das habitações insalubres que, na sua maioria, não se efetivavam por falta de recursos da população. Para tratamento, a única alternativa era o isolamento, a segregação em sanatórios e dispensários. Em Campinas, como não havia sanatórios, uma enfermaria da Santa Casa recebia os doentes, cujo número excedia o número de leitos. Assim, a maioria dos doentes permanecia em casa até a morte.

Para surpresa do Dr. Octávio Marcondes Machado, chefe da Comissão Sanitária de Campinas, a moléstia não se estendeu apesar da ausência de medidas; a única medida posta em prática era a desinfecção da habitação depois da morte do doente. Antes disto, a tuberculose vivia entre todos e em toda parte. A divulgação de conselhos higiênicos, impressos em envelopes de correspondência, foi adotada pela comissão.

119. BAYMA, Theodoro. Estado Sanitário de Campinas em 1901. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, V. 5, n. 8, 1902. p. 158

Um desses conselhos alertava para o número de óbitos por tuberculose em Campinas - 110 pessoas por ano, e condenava as casas "*velhas, sujas, sem luz e sem ar, onde o micróbio da tuberculose podia viver por longo tempo.*"¹²⁰

Entre 1896 e 1898, a mortalidade infantil na faixa de 0 a 5 anos era a responsável por quase 50% do número total de óbitos em Campinas. A constatação alarmante não se desdobrou, entretanto, em medidas para evitar sua continuidade. Em 1898, segundo o relatório da Comissão Sanitária, houve uma retração no número de óbitos infantis que passou a representar 32% dos óbitos gerais. Em 1900, porém, voltou a participar com 50% no total de óbitos.¹²¹ Em 1912, essa relação permanecia constante - dos 1836 óbitos ocorridos, 930 eram de menores de 5 anos.¹²²

A Comissão Sanitária de Campinas não encontrou oposição organizada contra a vacinação. Segundo o relatório do chefe da Comissão Sanitária, em 1901, metade da população urbana estava vacinada contra a varíola.¹²³

Em 1904, quando a varíola propagou-se na forma de epidemia no Rio de Janeiro, em Campinas foram registrados sete casos e um só óbito. A baixa ocorrência de casos de varíola era explicada pelo elevado número de vacinações realizadas pela comissão: de 1895 a 1904, foram vacinados 25.764 indivíduos. A cidade, nesta época, contava com uma população estimada em 30 mil habitantes. Em 1905, o número de vacinações era de 27.818, equivalente a quase 100% da população urbana, ou seja, a cobertura vacinal era quase total. Em 1907, o número de vacinações realizadas, desde a instalação da Comissão Sanitária, era de 30.247.¹²⁴

120. MACHADO, Octávio Marcondes. Estado Sanitário de Campinas em 1909. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, V. 13, n. 3, 1910. p. 47.

121. BAYMA, Theodoro. Estado Sanitário de Campinas em 1901. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, V. 4, n. 3, p. 49.

122. MACHADO, Octávio Marcondes. Estado Sanitário de Campinas em 1912. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, V. 16, n. 2, 1913. p. 21-22.

123. BAYMA, Theodoro. Estado Sanitário de Campinas em 1901. op. cit. p. 150-153.

124. MACHADO, Octávio Marcondes. Estado Sanitário de Campinas em 1904. op. cit. p. 184-187.

_____. Estado Sanitário de Campinas em 1905. op. cit., p. 244-248.

Quando em 1908, a Capital Federal foi novamente atacada pela varíola, o chefe da Comissão Sanitária de Campinas, Dr. Octávio Marcondes Machado, não perdeu a oportunidade para mostrar que a persistência da varíola na cidade do Rio de Janeiro se devia ao fato da população ter resistido à aplicação da vacina. A revolta da vacina, segundo o chefe da Comissão Sanitária, guiada com *obstinação* por *menores pouco escrupulosos e politiqueros*, deixou a população vulnerável. Nesse ano, os dois casos registrados em Campinas foram importados da Capital Federal que irradiava a epidemia para outros estados. Em São Paulo, os pontos mais atingidos foram Santos, a Capital e Pindamonhangaba. De julho a novembro, um inspetor sanitário de Campinas, Dr. Benigno Ribeiro, foi deslocado, temporariamente, para Santos para auxiliar a Comissão Sanitária daquela cidade.

Campinas ficou reduzida a um único inspetor sanitário, mas mesmo assim, o Dr. Octávio Marcondes Machado com os fiscais sanitários (2) e os desinfetadores (7) e auxiliado pelos clínicos e farmacêuticos da cidade vacinaram a população da área sob a responsabilidade da Comissão Sanitária. O número de vacinações passou de 30.247, em 1907, para 55.192, em 1908. O aumento de vacinações foi de 82%. Isso representava que do total da população, da área sob a responsabilidade da Comissão Sanitária de Campinas, 55% estava vacinada. Na Capital Federal até 1910, a varíola permaneceu como um sério problema de saúde pública.¹²⁵

Debeladas as epidemias de febre amarela, a cidade viu os serviços sanitários reduzidos ao mínimo: a vacinação, a limpeza dos terrenos baldios e as desinfecções das casas de tuberculosos, a Comissão Sanitária de Campinas reduziu-se a dois inspetores sanitários e a dois fiscais não

. Estado Sanitário de Campinas em 1907. op. cit., p. 84-85.

125. MACHADO, Octávio Marcondes. Estado Sanitário de Campinas em 1908. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, V. 12, n. 4, 1909. p. 67-70. Sobre a cidade do Rio de Janeiro ver: BODSTEIN, Regina Cele de Andrade. *Condições de saúde e prática sanitária no Rio de Janeiro 1890-1934*. Niterói, ICHP/UFF, 1984. (mimeo/dissertação de mestrado.)

médicos. Apesar da redução de pessoal, a área sob responsabilidade da comissão ampliou-se, ficando constituída por Valinhos, Cosmópolis, Vila Americana, Rebouças, Arraial dos Souzas, Joaquim Egídio e Vila de Santa Bárbara.¹²⁶ Em 1905, o chefe da Comissão Sanitária estimava que sob os cuidados da referida comissão estava uma população de 90.000 habitantes. De 1906 a 1912, a estimativa era de 100 mil habitantes, sendo 35 mil somente na cidade de Campinas.

As visitas domiciliares, as inspeções das habitações, deixaram de ser feitas devido à redução do número de inspetores sanitários. Desde 1902, entretanto, frequentemente apareciam nos relatórios as dificuldades que os inspetores sanitários encontravam em intimar os proprietários a fazerem reformas e melhorias nas habitações, em consequência da crise financeira por que passava a cafeeicultura.¹²⁷ A tabela a seguir mostra essa queda.

Tabela VI

Campinas - Intimações para reformas de habitações

Ano	Número de Intimações para obras de reformas e melhorias nas habitações	Total de Intimações
1898	1746	2169
1900	1703	1941
1906	319	432
1907	208	301

Fonte: Relatório dos Chefes da Comissão Sanitária de Campinas. Vários anos.

Nos anos marcados pelas epidemias de febre amarela, Campinas apresentou coeficientes de mortalidade por moléstias infecto-contagiosas superiores aos verificados na

126. Atualmente, esses antigos lugarejos tornaram-se municípios como Valinhos, Vila Americana (Americana), Cosmópolis, Rebouças (Sumaré) e Vila de Santa Bárbara (Santa Bárbara D'Oeste). A Vila de Santa Bárbara foi incorporada à comissão em 1906, com a reforma do serviço sanitário.

127. MACHADO, Octávio Marcondes. Estado Sanitário de Campinas em 1903. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, V. 7, n. 22, 1904. p. 536.

Capital. Em 1896 e 1897, as moléstias infecto-contagiosas foram responsáveis por 37,46% e 28,93% do número total de óbitos ocorrido em Campinas.

A ação da Comissão Sanitária de Campinas transformou as condições sanitárias, como o demonstra a queda da mortalidade por moléstias contagiosas. Na primeira década do século XX, essa causa era responsável, em média, por 13,77% dos óbitos gerais. (Ver Tabela 2, em anexo)

As melhorias obtidas pela comissão na higiene urbana em parte explicam a queda no número de óbitos verificados na cidade em relação à zona rural, apesar da tendência dos doentes dos sítios virem para a cidade, a fim de receberem tratamento e, muitas vezes, morrerem nos hospitais - Santa Casa de Misericórdia e Isolamento. A falta de assistência médica e a morosidade no atendimento nos sítios explicam o maior número de óbitos na zona rural.¹²⁸

A eliminação de entulhos dos terrenos baldios, a fiscalização do recolhimento do lixo e da limpeza das ruas e das praças e a fiscalização dos serviços de água e esgotos foram práticas da comissão que surtiram efeitos positivos sobre a higiene da cidade.

Em alguns casos, a pressão feita através das denúncias pela comissão junto à municipalidade ou às empresas de serviços públicos trouxe resultados. Em 1903, o chefe da comissão reclamava da escassez de água encanada e da má qualidade d'água fornecida à população. Dois anos depois, no seu relatório anual, o Dr. Octávio Marcondes Machado reconhecia que a qualidade da água havia melhorado. A Cia. de Água e Esgotos de Campinas, por empenho do engenheiro-chefe, Dr. Augusto de Figueiredo, havia instalado um novo filtro de depuração das águas.¹²⁹ A quantidade continuava insuficiente, e a comissão insistia reclamando.

128. MACHADO, Octávio Marcondes. Estado Sanitário de Campinas em 1903. op. cit. p. 531-532.

_____. Estado Sanitário de Campinas em 1904. op. cit., p. 182-183.

_____. Estado Sanitário de Campinas em 1907. op. cit., p. 82.

129. Não obtive informações sobre essa empresa, mas é provável que fosse uma empresa privada, como todas do gênero naquela época.

Em 1907, o volume de água encanada aumentou de cinco milhões de litros para nove milhões de litros e, a sua distribuição foi regularizada, de modo a atender os pontos da cidade onde havia escassez. A Cia. de Águas e Esgotos havia, nesse mesmo ano, estendido um ramal para levar água para a Vila Industrial e, dois anos depois, a rede de esgoto foi instalada.¹³⁰

Se alguns resultados foram obtidos no abastecimento de água e na extensão da rede de esgoto, o mesmo não ocorreu com a drenagem do solo, apesar dos constantes apelos da comissão à municipalidade. As condições do solo, em 1912, retrocederam à situação encontrada no período anterior às grandes epidemias, tal era o descaso da Câmara Municipal e da Intendência em realizar obras de saneamento nas margens dos córregos da cidade. A deterioração do solo piorou ainda mais com a concessão de licenças para a instalação de olarias no perímetro urbano, devido às escavações feitas para a retirada do material cerâmico. Na olaria montada nos terrenos da Baronesa de Itapura, em plena área urbana, o chefe da Comissão Sanitária encontrou larvas de anofeles, o vetor da malária. Ao pedido de fechamento da olaria feito pela Comissão Sanitária, o Intendente Municipal, Dr. Drozimbo Maia, respondeu negativamente, solidarizando-se com a Baronesa de Itapura, em defesa da propriedade privada.¹³¹

A saúde pública esbarrava nos interesses privados, as intimações e multas para reforma de habitações eram ignoradas pelos proprietários, as olarias eram instaladas nas zonas centrais e os cortumes lançavam detritos poluentes nos córregos.

130. MACHADO, Octávio Marcondes. Estado Sanitário de Campinas em 1903. op. cit., p. 531.

_____ Estado Sanitário de Campinas em 1905. op. cit., p. 244-248.

_____ Estado Sanitário de Campinas em 1907. op. cit., p. 83-84.

_____ Estado Sanitário de Campinas em 1909. op. cit., p. 47-51.

131. MACHADO, Octávio Marcondes. Estado Sanitário de Campinas em 1910. op. cit., p. 92-96.

_____ Estado Sanitário de Campinas em 1912. op. cit., p. 25.

Durante a primeira década do século XX, Campinas apresentou coeficiente de 13,77% dos óbitos por moléstias transmissíveis ou infecto-contagiosas, portanto abaixo da Capital (17,52%), de Santos (26,87%) e de Ribeirão Preto (16,89%). Nas décadas seguintes, as condições sanitárias da cidade pioraram, o que se refletiu nos coeficientes de mortalidade por moléstias infecto-contagiosas que passaram a superar os verificados na Capital. Se excluirmos o ano da gripe espanhola, a participação dos óbitos por moléstias infecto-contagiosas no número total de óbitos, passou de 13,77%, (1900-1909) para 15,68%, (1910-1919), em Campinas, e de 17,52%, (1900-1909) para 13,59%, (1910-1919), em São Paulo. Nesse período, Campinas ressentiu-se do descaso em que foram lançadas as cidades do interior depois de passadas as epidemias de febre amarela.

As reformas de 1906 e 1911 do Serviço Sanitário descuidaram, de modo geral, das cidades do interior, não por descaso, mas porque a prioridade eleita por essas reformas, após debeladas as grandes epidemias, era a Capital, ou melhor, o desenvolvimento urbano da Capital.

4.2. Para além da princesa d'oeste: as cidades do oeste distante.

Apesar das medidas implementadas junto à Estrada de Ferro Paulista, consentidas por seu diretor Conselheiro Antonio Prado - desinfecção das bagagens na estação, uso de vagon especial para as pessoas que embarcassem em pontos contaminados, transmissão telegráfica dos nomes de todos os indivíduos suspeitos, dentre outras, a epidemia de febre amarela penetrou em outras cidades, como Belém do Descalvado, Limeira, Pirassununga, Leme e Rio Claro.

Na Fazenda Floresta, em São Carlos do Pinhal, uma turma de 300 colonos italianos chegou de Santos com alguns doentes. Apesar de terem apenas pernoitado em Santos e de terem viajado em trem especial até a Estação Floresta, dois

dias após sua chegada, um colono falecia. Em seguida, mais dois faleceram. As desinfecções foram feitas em todas as casas da colônia, nos vagões que os trouxeram e na estação de desembarque. Transcorria o ano de 1895 e o inspetor sanitário Dr. Balthazar Vieira de Mello constatava: a febre amarela chegou a São Carlos.¹²²

No mesmo ano, em Araraquara, onde grassava uma epidemia, que o clínico local sustentava ser paludismo, foi confirmado o diagnóstico de febre amarela. A febre amarela atingia mais outra cidade. Um inspetor sanitário deslocado para Araraquara iniciou as desinfecções das habitações e a limpeza das ruas.

No relatório do inspetor sanitário, Dr. Evaristo da Veiga *"sobre os meios de defesa contra a febre amarela em várias cidades do oeste"*, ele narrou as viagens e os encontros que promoveu com as Câmaras Municipais, nas quais aconselhava a adoção de medidas urgentes e de caráter mais severo do que as constantes nas posturas municipais. O próprio inspetor sanitário, comissionado pela Diretoria do Serviço Sanitário, elaborou um projeto de lei para que as Câmaras Municipais das localidades atacadas pela epidemia aprovassem. No projeto de lei, arrolava uma série de medidas contra a *"importação e desenvolvimento da febre amarela"*, criava a Inspetoria de Higiene Municipal, sob a responsabilidade de um médico, auxiliado por fiscais tanto quanto fossem necessários e instruía sobre as visitas domiciliares diárias, sobre as multas, sobre a notificação obrigatória de doentes, sobre o ocultamento de doentes, sobre o isolamento de doente, sobre as desinfecções e sobre a vacinação obrigatória contra a varíola. A adesão ao projeto de lei foi completa por parte dos municípios de

122. Relatório sobre os casos de febre amarela ocorridos na Fazenda Floresta, município de São Carlos do Pinhal, apresentado ao Sr. Dr. Joaquim José da Silva Pinto Jr. DD. Diretor Geral do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo pelo Dr. Balthazar Vieira de Mello, Inspetor Sanitário em Comissão. Março/abril de 1895. p. 99-100. Relatório apresentado ao Sr. Dr. Presidente do Estado de S. Paulo em 30 de março de 1896 pelo Secretário de Estado dos Negócios da Interior e Instrução Pública Alfredo Pujol. São Paulo, TYP do Diário Oficial, 1896 (Anexos X e XI).

Descalvado, Pirassununga, Leme, Jaú e Rio Claro.¹³³ A aprovação, porém, não implicava no seu cumprimento.

Um ano depois, em Rio Claro, explodia um surto epidêmico agravado pelo ocultamento dos doentes, como pôde constatar o inspetor sanitário que para essa cidade foi designado, acompanhado por uma turma de desinfetadores, todos vindos da Capital. Rompia-se a *harmonia* entre Comissão Sanitária, chefiada pelo Dr. Evaristo da Veiga, e a Intendência Municipal, os clínicos da cidade e até mesmos os cocheiros que transportavam os cadáveres e os doentes. O conflito foi aberto com a Intendência Municipal ofendida por ser considerada pelo inspetor sanitário, como irresponsável por não ter cumprido as medidas aprovadas no *projeto lei*. Com os clínicos, o conflito eclodiu quando esses foram acusados de ocultarem os doentes de febre amarela, e com os cocheiros por causa do pagamento do transporte de cadáveres e doentes, feito em seus carros. O pagamento estava a cargo da Diretoria do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, já que a Intendência Municipal de Rio Claro não dispunha de recursos financeiros para arcar com aquelas despesas, de acordo com o Intentente.¹³⁴ Sem condições de se manter à Yfrente da Comissão Sanitária na defesa da cidade contra a epidemia, o inspetor sanitário, Dr. Evaristo da Veiga, foi substituído pelo Dr. José Redondo, mas os conflitos não cessaram. O jornal da cidade *O Rio Claro* fazia ferrenha oposição à ação do Serviço Sanitário do Estado. As remoções dos doentes eram difí'ceis. As desinfecções das habitações não eram toleradas pela população. Havia *curandeiros* intervindo nos cuidados dos doentes nos domicílios. Os clínicos da cidade não comunicavam os casos. Para descobrir

133. Relatório apresentado ao Dr. Diretor Geral do Serviço Sanitário sobre os meios de defesa contra a febre amarela em várias cidades do Oeste, pelo Dr. Evaristo da Veiga Inspetor Sanitário. 1895. p. 164-170. Relatório apresentado ao Sr. Dr. Presidente do Estado de São Paulo em 30 de março de 1896, op. cit. (Anexo XXII).

134. Relatório apresentado ao Dr. Diretor do Serviço Sanitário pelo Dr. Evaristo da veiga. Inspetor Sanitário em Comissão na cidade de Rio Claro. 1896. p. 280-284. Relatório apresentado ao Sr. Dr. Presidente do Estado de São Paulo pelo Secretário dos Negócios do Interior e Instrução Pública. São Paulo, TYP do Diário Oficial, 1897.

os doentes, o inspetor sanitário colocou um secreta para seguir os clínicos. O secreta contratado, um cabo do destacamento policial, acabou adquirindo a moléstia e faleceu. Depois desse acontecimento, o inspetor sanitário pediu à Câmara Municipal que colocasse fiscais para percorrerem a cidade, casa por casa, em busca de doentes.

A epidemia não dava trégua. A cidade era o ponto de partida da Estrada de Ferro Rio Clarense, uma das seções da Paulista. A própria Cia. Paulista mantinha em Rio Claro uma de suas oficinas mecânicas de reparação de máquinas. Em 1896, as oficinas contavam com 250 operários que muitas vezes tinham que se deslocar para atender reparações de máquinas em outras localidades, como em São Carlos, Jaú e Jaboticabal, onde grassava a epidemia. Os ferroviários, alocados nos serviços dos trens, maquinistas, foguistas, bilheteiros, etc., eram os mais atingidos pela moléstia. Quando seguiam para Jaú ou Jaboticabal, ali pernoitavam e, na manhã seguinte, voltavam para Rio Claro, trazendo a moléstia e espalhando-a entre os companheiros. O novo conflito aberto pelo inspetor sanitário foi justamente com os ferroviários. O inspetor proibiu que eles se deslocassem para o centro da cidade; deveriam permanecer nas cercanias da estação. Os ferroviários ameaçaram entrar em greve, obrigando o inspetor sanitário a relaxar nas medidas segregatórias.¹³⁵

Rio Claro girava em torno da Estação de Ferro da Paulista e possuía uma reduzida diversificação de atividades econômicas. O comércio se restringia a algumas lojas de tecidos, secos e molhados e ferragens, e a indústria era representada por pequenas fábricas de bebidas, refinação de açúcar e vestuário. Apesar das melhorias urbanas que começaram a ser implementadas a partir dos surtos epidêmicos

135. Relatório apresentado à Diretoria Geral do Serviço Sanitário do Estado. Acerca da epidemia de Rio Claro pelo Dr. José redondo. Inspector Sanitário em Comissão, 1896. p. 328-330. Relatório apresentado ao Sr. Dr. Presidente do Estado de São Paulo pelo Secretário dos Negócios do Interior e Instrução Pública de 1896. São Paulo, TYP do Diário Oficial, 1897.

- as ruas não eram calçadas, a iluminação elétrica era deficiente, a rede de água encanada, em 1895, estava em construção; a rede em funcionamento atendia poucas casas e não havia em andamento nenhuma obra de instalação da rede de esgoto.

Na região próxima à estação ferroviária, concentrava-se uma numerosa população, um amontoado de moradias em péssimas condições de higiene, intitulada pelo o inspetor sanitário, Dr. Victor Godinho, "*a parte podre e negra da cidade*". Dessa região, provinha a maioria dos doentes de febre amarela.¹³⁶

A descrição da cidade de São Carlos feita pelo inspetor sanitário, Dr. Balthazar Vieira de Mello, quando esta foi novamente atacada pela epidemia, era mais desoladora do que a encontrada para Rio Claro - "*...cada casa possui uma venda, restaurante ou botequim e estalagem, repletos de colonos que ali se alojam à espera de trabalho, vivendo na mais ampla promiscuidade de sexos, sem a mínima observância de preceitos de higiene...*"¹³⁷

Essas estalagens preocupavam o inspetor, pois considerava que a extinção da febre dependia mais da eliminação daquelas do que da distribuição de água pura. O saneamento, a água, o esgoto, o calçamento das ruas, a drenagem do solo eram vistos pelo inspetor como complementares ao saneamento da habitação. As desinfecções de pouco valiam, concluía o inspetor, quando feitas em "*casebres destituídos de qualquer camada impermeável que a isole do solo e do teto...*"¹³⁸

A incompatibilidade entre as normas higiênicas propostas pelo inspetor e os interesses dos proprietários

136. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, V. I, n. 6, 1898. p. 106. e MELLO, Zélia C. e SAES, Flávio A. op. cit., p. 318.

137. Relatório apresentado ao Dr. J. J. da Silva Pinto Jr. D. D. Diretor Geral do Serviço Sanitário do Estado de S. Paulo pelo inspetor sanitário Dr. Balthazar Vieira de Mello sobre a epidemia da febre amarela na cidade de São Carlos do Pinhal. 1896. p.293-296. Relatório apresentado ao Sr. Dr. Presidente do Estado de S. Paulo pelo Secretário dos Negócios do Interior e Instrução Pública de 1896. São Paulo, TYP. Diário Oficial. 1897.

138. *Idea* p. 297.

das estalagens logo veio à tona. Desentendimentos entre os comerciantes da cidade e as autoridades sanitárias precediam os pedidos de transferência do inspetor sanitário comissionado na localidade.

As últimas epidemias foram as de 1903/1904 em São Simão e Ribeirão Preto. Essa região correspondia à zona de expansão da cafeicultura, por onde a frente pioneira avançava. A produção da região, com 110 milhões de pés de café, de 15 a 20 anos, foi a responsável pela superprodução de 1896-1902.¹³⁹

Ribeirão Preto e São Simão eram os municípios mais procurados pelos imigrantes. Entre 1898 a 1902, dos 123.069 imigrantes distribuídos nas fazendas de café, 14.293 estavam nas fazendas de Ribeirão Preto e 7.837, nas de São Simão. A preferência por esses municípios se explicava, segundo MONBEIG, pelo fato das fazendas aí instaladas oferecerem melhores oportunidades de emprego e melhor remuneração.¹⁴⁰

São Simão nasceu da expansão febril do café. A cidade tinha 353 prédios e uma população instável. As casas contruídas do dia para a noite estavam longe dos preceitos de higiene definidos nas posturas municipais. Apenas 1/10 das casas tinha assoalho e forro, as restantes eram acampamentos.

Não havia esgoto e os dejetos eram jogados nos córregos. Quando eclodiu a epidemia, três inspetores sanitários se deslocaram para a cidade e deram início às práticas de combate ao mosquito. Foi em São Simão que se aplicaram os ensinamentos extraídos das experiências

139. MONBEIG, Pierre. op. cit. p. 167-171

A região do Vale do Paraíba, que compreendia Taubaté, Pindamonhangaba, Jacareí, Bananal e São José dos Campos, tinha nesta época 15 a 45 milhões de pés; a região de Campinas, Amparo, Bragança, São João da Boa Vista e Moroca tinha 77 milhões de pés e a região da depressão periférica entre os rios Tietê e Piracicaba, que compreendia Limeira, Araras, Rio Claro, Leme, Descalvado, Pirassununga, tinha de 36 a 48 milhões de pés. O total de pés de café no Estado de São Paulo era de 690 milhões.

140. Idem. p. 172. A média de produção da região era de 70 a 90 arrobas (15 kg) por 1000 pés de café. As outras regiões produziam menos da metade dessa produção. A melhor remuneração era devido à possibilidade do imigrante dispor de culturas de subsistência que em outras áreas eram vetadas.

realizadas no Hospital de Isolamento (aliás as históricas experiências foram feitas com mosquitos vindos de São Simão). Sob orientação do Diretor do Serviço Sanitário, Dr. Emílio Ribas, a Comissão Sanitária atuou, procurando mostrar à população e incutir-lhe a ligação existente entre o mosquito e a moléstia. As recomendações eram para se eliminarem os possíveis viveiros de mosquitos, através da limpeza dos quintais, canalização dos córregos, drenagem das margens, extinção dos capinzais situados no perímetro urbano. No auge da epidemia, a Diretoria do Serviço Sanitário assumiu a direção completa dos serviços de saneamento, antes de responsabilidade da municipalidade. Ao lado das medidas de extinção dos mosquitos, o Dr. Ribas recomendou à Comissão Sanitária a desinfecção das casas e a queima de piretro e enxofre, apesar de considerá-los pouco eficientes, porque as casas possuíam muitas aberturas. Acoissado pela fumaça, o mosquito saía e voltava quando a fumaça se extinguia. As casas não tinham forros e as paredes eram crivadas de buracos, verdadeiras peneiras. A epidemia cedeu mais devido à chegada das baixas temperaturas que eliminou os mosquitos do que às práticas pouco eficazes de extermínio dos viveiros de *Aedes aegypti*.

De São Simão a epidemia foi para Ribeirão Preto. Enquanto ocorria a epidemia em São Simão, a Câmara Municipal de Ribeirão Preto pediu ao Serviço Sanitário que fizesse desinfecções nas bagagens e nas pessoas que fugiam a pé daquela cidade em direção a Ribeirão Preto, pois o controle, através dos passaportes sanitários, só se efetivava junto à população que deixava São Simão de trem.

Por essa época, o município de Ribeirão Preto tinha 59.195 habitantes, na zona urbana havia 13 a 14 mil habitantes, dos quais 9/10 eram italianos. As habitações, verdadeiros amontoados, localizavam-se em terrenos baixos, próximos à estação da estrada de ferro. Um córrego separava a zona das casas da estrada de ferro. Embora houvesse distribuição de água encanada, o uso de cisternas era

corrente, pois o abastecimento não atendia ssuficientemente as duas zonas da cidade, a alta e a baixa. A rede de esgoto servia a um único trecho da cidade - a parte alta.

Os casos iniciais de febre amarela ocorreram justamente na zona baixa, em pior situação de higiene. Sua limpeza começou com 200 homens que durante um mês, com 30 carroças, removeram o lixo, garrafas, latas, etc. e cortaram o capinzal. Registraram-se 810 casos de febre amarela dos quais 254, segundo a estatística, foram casos de morte. (Ver Tabela V, já apresentada) Nesse mesmo ano, 1903, no Estado de São Paulo, ocorreram 514 óbitos por febre amarela; a metade ocorreu em Ribeirão Preto. Segundo o Diretor do Serviço Sanitário, Dr. Ribas, a epidemia de Ribeirão Preto seria muito maior, dadas as condições higiênicas da cidade, e em especial, da zona baixa, se não fosse a adoção das medidas de combate ao mosquito.¹⁴¹

Uma comissão sanitária permanente foi estabelecida em Ribeirão Preto, chefiada pelo Dr. Eduardo Lopes. A cidade foi dividida em três distritos, cada um com um inspetor sanitário responsável pela inspeção dos domicílios, fiscalização da limpeza, remoção de tinhas, de garrafas ou de qualquer outro receptáculo que pudesse servir de viveiro do *stegomya fasciata*. No centro da cidade, não se encontrava grande quantidade de tinhas ou pipas. As cisternas foram eliminadas. Nos arrabaldes, o controle era mais difícil, já que ainda não havia água canalizada. Em cada casa havia uma cisterna. O policiamento sanitário não encontrou, nem entre as melhores casas, nenhuma em consonância com o regulamento sanitário. No 3º Distrito, o mais populoso e pobre, havia 849 casas, das quais 360 tiveram seus proprietários intimados para fazerem reformas e outros 21 foram interditadas.¹⁴²

141. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, V. 6, n. 22, 1903 p. 478-483.

Revista Médica de S. Paulo. São Paulo, V. 6, n. 23, 1903 p. 505-515.

142. LOPES, Eduardo. Estado Sanitário de Ribeirão Preto em 1904. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, V. 8, n. 14, 1905, p. 310-311.

Em 1905, Ribeirão Preto apresentava evidências de melhorias nas condições sanitárias: a febre amarela não mais aparecera e a malária havia registrado uma queda no número de casos e de óbitos. (Ver Tabela 3, em anexo). A extinção dos viveiros de mosquitos continuava, pois a cidade era cercada por pântanos e valas, o que dificultava a sua completa liquidação. As cisternas continuavam também devido ao insuficiente abastecimento de água. Mesmo com o contrato entre a Prefeitura e a Empresa de Águas e Esgotos de Ribeirão Preto, pertencente a família Silva Prado (Martinho da Silva Prado e filhos), o problema permanecia para as casas dos arrabaldes do Barracão, Vila Tibério e Morro do Cipó.¹⁴³

De 1903 a 1909, Ribeirão Preto apresentou uma redução no número de óbitos por causa de moléstias contagiosas. A ação do saneamento e do policiamento sanitário contribuiu para a queda os óbitos por moléstias infecto-contagiosas que passaram de 35,33% para 10,26% do total de óbitos. (Ver Tabela 2, em anexo).

Provavelmente, as epidemias de, febre amarela de 1903 e 1904, na região de maior atração de imigrantes, contribuíram para o saldo negativo no movimento migratório para esses anos. O número do saídas, ou seja, o regresso de imigrantes foi maior do que o número de entradas.

143. LOPES, Eduardo. Estado Sanitário de Ribeirão Preto em 1905. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, V. 9, n. 11, 1906. p. 217-222. Ver: SAES, Flávio A. H. *A grande empresa de serviços públicos na economia cafeeira*. São Paulo: Hucitec, 1986. p. 144.

TABELA VII
ESTADO de SÃO PAULO - ENTRADAS E SAÍDAS DE IMIGRANTES

ANOS	ENTRADAS	SAÍDAS	SALDO
1903	16.553	36.410	-19.857
1904	23.761	32.679	- 8.918
1905	45.839	34.819	11.020
1906	56.214	41.349	14.865
1907/1910	143.972	132.292	11.680

Fonte: Santos, Maria José, *op. cit.*, p. 254.

A queda do fluxo imigratório e o saldo negativo de entradas de imigrantes relacionadas às grandes epidemias é inteiramente estranha aos estudos sobre a imigração, os quais insistem em mostrar que eles resultaram, exclusivamente, da crise de superprodução cafeeira. Não sustento que a queda se explique apenas pela ocorrência das epidemias, o que seria um exagero. As epidemias aconteciam há mais de uma década e, portanto, se elas tivessem o poder de influência sobre a corrente imigratória já teriam demonstrado anteriormente. Não se pode ignorar a crise cafeeira, bem como a receptividade de economia norteamericana aos imigrantes italianos, no início do século XX, como elementos presentes naqueles anos de retração e de êxodo de colonos das fazendas, porém não se pode esquecer que quando a febre amarela atingiu a região de Ribeirão Preto, a principal fronteira de expansão da cultura do café, não se conhecia realmente o modo de transmissão da febre amarela e portanto se desconhecia a forma mais adequada para combatê-la. Naquele momento, a epidemia era uma ameaça real e uma ameaça que poderia persistir por mais alguns anos, como ocorrera nas outras cidades do oeste. Não se podia prever que a grande epidemia de Ribeirão Preto e São Simão encerraria uma etapa da história da saúde pública no Estado de São Paulo - o tempo das epidemias.

As epidemias, na verdade, agravaram uma situação já extremamente deteriorada da massa de imigrantes que veio para a lavoura do café do Oeste Paulista.

Embora a febre amarela fosse considerada doença das cidades ou dos bairros sujos, onde as habitações eram úmidas, escuras e pouco ventiladas, os trabalhadores das fazendas não estavam a salvo. Em quase todas as colônias, os trabalhadores cultivavam uma pequena produção de alimentos como hortaliças, batatas, frutas, queijos, mel, etc., cujo excedente comercializavam nas cidades e nas estações de estrada de ferro. Na cidade e, principalmente na estação da ferrovia, o contato com a moléstia era inevitável. Outras vezes, os imigrantes permaneciam nas cidades até que o pessoal da fazenda providenciasse instalações nas colônias e, quando chegavam nas plantações de café, já vinham acometidos pelo mal. Se bem que a virulência das epidemias se registrasse nas cidades, os contatos inevitáveis entre o pessoal do campo com o da cidade tornavam as fazendas vulneráveis.

A doença era a maior "desgraça" que poderia acontecer ao colono. Mesmo que a família do colono fosse composta por mais adultos-trabalhadores do que por crianças e velhos, a doença retirava do colono toda as chances de viver um pouco melhor e até de fazer algumas economias. Os gastos com médicos e remédios eram "exageradamente caros" e corriam por conta do colono. O agente diplomático e consular italiano que esteve nas fazendas de São Paulo em 1893 dizia ter encontrado colonos que tiveram que pagar por uma visita do médico 50 mil réis, o equivalente ao ganho pelo trato de 1000 pés de café por ano.¹⁴⁴ Esse mesmo agente consular afirmava que se o colono contasse com "boa saúde" e com um

144. ROZUADOWSKI, A. L. *San Paolo. Emigrazione e Colonie: raccolta di rapporti dei r.r. agenti diplomatici e consolari*. Roma, 1893. p. 166-168, citado por PINHEIRO, Paulo S. e HALL, M. *A classe operária no Brasil. Condições de vida e de trabalho relações com os empresários e o Estado*. Documentos. São Paulo, Brasiliense, 2, 1981 p. 16-19.

"fazendeiro honesto", ele venceria as dificuldades dos trabalhos na lavoura e poderia formar um pecúlio.¹⁴⁵

Um viajante italiano que fez um levantamento sobre as condições de vida dos colonos para escrever um guia para a emigração lastimava a ausência da instituição italiana do "*médico conduto pago pela prefeitura (comune)*", um médico mantido pelo governo para atender gratuitamente aos pobres. No Brasil, quando algum colono adoece chama por sua conta o médico, e como as distâncias são grandes e as estradas péssimas, a assistência médica é muito cara e os medicamentos também. Quanto mais distante a fazenda da cidade mais caro é o serviço médico.¹⁴⁶ Em Jaú, o agente do Ministero del' Affari Esteri, Adolfo Rossi, encontrou maiores dificuldades para os colonos economizarem, porque qualquer doença absorvia todas as suas economias. Os médicos de Jaú para fazerem uma visita nas fazendas cobravam 50 mil réis por légua. Além disso o colono tinha de pagar o aluguel do transporte. Somente em Rio Claro, o agente italiano encontrou em 18 fazendas a assistência médica. Mesmo assim, os fazendeiros custeavam essas despesas através do desconto de dois mil réis de cada colono.¹⁴⁷ Em muitas fazendas de Campinas, Rossi encontrou instituído o desconto dos salários dos colonos para custear esses gastos. O desconto era de 3 mil réis por mês. Os colonos, porém, reclamaram ao agente italiano que os fazendeiros não pagavam o médico, e quando eles precisavam, acabavam pagando de novo.¹⁴⁸

No repatriamento, o consulado priorizava aqueles colonos que estivessem doentes, porque esses não teriam mais condições de permanecer a serviço dos fazendeiros. Outra prioridade no repatriamento era a da família cujo homem, chefe, havia morrido, só restando mulher e menores. Nas

145. *Idea*, p. 18

146. FRESCURA, B. *Guida dello stato di San Paolo nel Brasile*. Piacenza: G. Favari, 1904, p. 67.

147. ROSSI, Adolfo. Condizioni dei coloni italiani nello Stato di San Paolo. *Pollettino dell'Emigrazione*. Roma, n. 7, 1902 p. 43.

148. *Idea*, p. 43-51

descrições de Rossi era difícil encontrar famílias que não tivessem perdido, no mínimo, dois indivíduos.

A situação dos imigrantes italianos, descrita pelo agente do Ministero del' Affari Esteri, era tão dramática que o governo italiano proibiu a imigração subvencionada para São Paulo. O Decreto Prinetti visava, exclusivamente, a São Paulo, que era o único estado a subvencionar a imigração.

Na verdade, diria um crítico do *Relatório de Rossi*, a situação descrita não era novidade ou uma peculiaridade daquele momento de crise econômica por que passava a economia cafeeira; os colonos italianos sempre estiveram na pior situação possível - moravam em casas sem higiene, com água impura, sem esgoto, andavam descalços, depauperados. Somente em 1902, o governo italiano preocupou-se com os emigrados para o Brasil. Dadas as repercussões do "*Relatório Rossi*", a Rivista Italo-Americana pediu a Vincenzo Grossi, membro do Conselho de Emigração e que já viera a São Paulo várias vezes, para aquilatar a extensão dos fatos relatados.

Na sua crítica Vincenzo Grossi mostrava-se adversário do recém-criado Comissariado Geral para Emigração do Ministério del Affari Esteri, do qual Rossi era o representante enviado a São Paulo. Acusava o governo italiano de desconhecer as péssimas condições dos colonos e de permitir a saída de milhares de italianos "*pela suspeita porta da emigração subvencionada*". Há muito tempo a situação era aquela descrita por Rossi, e não era a crise que punha os trabalhadores imigrantes em pior situação.¹⁴⁹ Criticava o Decreto Prinetti, por ser uma medida impossível de ser cumprida e que caberia ao governo italiano auxiliar os colonos e resolver o problema na própria Itália, pois a economia italiana expulsava trabalhadores. Desde 1894, em outros artigos, Grossi insistia na tecla de que cabia ao

149. GROSSI, Vincenzo. La crisi del caffè e l'emigrazione italiana nello stato di San Paolo. *Rivista Italo-Americana de S.L.P.E.C.*, Roma, n. 1, 1902, p. 7-16.

governo italiano dar alguma retaguarda para os emigrados. Ao invés disto, o governo derramou em proporções alarmantes emigrantes na pátria do *beri-beri* e da febre amarela.¹⁵⁰ O governo italiano deveria proibir, segundo Grossi a "*partida de vapores carregados de emigrantes destinados a Santos e ao Rio de Janeiro, durante os meses de febre amarela*".¹⁵¹

No *Relatório Rossi* transparecia que o que o seu autor procurava encontrar em São Paulo, terra de grandes fortunas, não era o assalariado, o colono depauperado, mas o imigrante enriquecido, o imigrante que venceu e se tornou proprietário, mesmo que pequeno. Ao invés disto, encontrou uma massa de trabalhadores miseráveis. Nas raras vezes em que encontrou o imigrante proprietário, dono de pequenas roças ou de pequeno comércio, o autor ficava radiante. Nas suas andanças pelas cidades do oeste, encontrou, em Bariri, italianos *bem de vida*, quase todos pequenos proprietários de terra ou de comércio. Há quinze anos atrás, o preço da terra naquela região, segundo Rossi, permitia que alguns colonos, com alguma economia, se tornassem proprietários.¹⁵² Quando chegou a Amparo, ficou ainda mais satisfeito: participou de um sarau com os que chamou de *os notáveis da colônia*, pequenos comerciantes e industriais.¹⁵³ Mas, na verdade, a grande massa de imigrantes que fugia da miséria na Itália, encontrou, nas fazendas de café, o espectro do trabalho assalariado, com todas as suas facetas e isso chocou o agente do Comissariado Geral da Emigração.

O aumento do regresso de trabalhadores, durante os anos de 1902 a 1906, a elevação das saídas acima do número de entradas e a própria proibição da imigração subvencionada estreitaram o mercado de trabalho. O estreitamento não

150. GROSSI, Vincenzo. Per un migliore in dirizzo ed una pui efficace tutela dell'emigrazione italiana all'estero specialmente al Brasile. *Rivista di Sociologia*. Roma, n. 8, dicembre, 1894. p. 9.

151. GROSSI, Vincenzo. L'emigrazione italiana in America e specialmente al Brasile. *Discorso*. Roma, G. Bertero, 1895, p. 16.

152. ROSSI, A. op. cit., p. 43

153. ROSSI, A. op. cit., p. 63.

chegou a comprometer a continuidade da expansão da economia cafeeira que, mesmo com a proibição, em 1902, de não se plantar mais pés de café, novas plantações foram abertas.

A instabilidade do mercado de trabalho acentuou-se, não que antes não ocorressem flutuações. DENIS constatou que, a partir do final da colheita nos meses de agosto e setembro, era comum encontrar pelas estradas famílias de colonos se deslocando para uma nova fazenda, ou mais freqüente ainda, para as cidades e destas para a Capital. A partir de 1903-1904, esses deslocamentos se tornaram mais intensos. As cidades, nascidas da marcha do café, passaram a oferecer oportunidades de emprego e as condições sanitárias melhoravam. Os dados sobre o número de óbitos nas cidades e nos sítios indicavam que nos sítios se morria com maior facilidade.

O caminho para o trabalhador levava-o, na sua aspiração máxima, à Capital, e se esse não pudesse ser trilhado, ficava ali mesmo, numa das cidades do oeste.

CAPÍTULO II

SÃO PAULO: A CAPITAL DO CAFÉ

1. São Paulo no final do século dezenove: Transformações de uma cidade

Até a segunda metade do século passado, São Paulo era uma pequena aldeia sem nenhuma importância econômica ou política. Havia apenas a Faculdade de Direito no Largo do São Francisco a atrair estudantes da Corte e de outras províncias e, por isso, era conhecida por *cidade dos estudantes*. Alvares de Azevedo, em sua peça escrita por volta de 1850 - *Macário* - retratou a cidade de São Paulo como pacata, desértica e sombria. A imagem da cidade, descrita pelo escritor, contrastava com a alma da juventude. Seu personagem, um jovem estudante vindo da Corte, foi introduzido na cidade pelas mãos do demônio que a apresentou lúgubre: as torres escuras das igrejas, os casebres pretos e as ruas estreitas. Os habitantes acompanhavam o aspecto sombrio da cidade eram mulheres solitárias, padres, soldados e estudantes.¹

Trinta anos depois, o *burgo dos estudantes* era outra cidade. Com a expansão do café e a imigração estrangeira, a cidade passou por grandes transformações econômicas e populacionais. São Paulo tornou-se uma cidade de produtores e de comerciantes, uma cidade burguesa. Contrastava com a Corte, pois era uma cidade ordeira e ainda mantinha sua característica de origem - *cidade universitária*.

Sobre a cidade do Rio de Janeiro, em 1881, eis as impressões deixadas pela educadora alemã Ina Von Binzer.

"... cidade colorida e barulhenta..."

1. AZEVEDO, Antonio Alvares de. *Macário*. Campinas, Instituto de Estudos da Linguagem. Funcaap. Unicaap, 1982.

"... das cidades que tenho visto não conheço nenhuma tão barulhenta como o Rio. Em comparação a estadia em Berlim é como se fosse num lugar de veraneio para acalmar os nervos; nem Londres achei tão ruidosa!"

"Passam com estrondo os bondes de burro, tocando repetidamente os sinais de alarme; pequenos carros ingleses de um só assento denominados tilburis estrepitosamente correm a galope sobre o mais horrível dos calçamentos. Os cavalos a galope..."

"Vendedores de água, vendedores de jornal, (estes, justamente, são tão intoleráveis como os papagaios da fazenda), vendedores de balas, de cigarros, de sorvetes; italianos apregoando peixe; realejos e outros instrumentos, não se levando em conta os inúmeros pianos soando janelas a fora, tudo isso atroa pelas ruas estreitas, onde os sons estridentes se prolongam indefinidamente."

"... apesar do barulho ensurdecedor, vivem todos na rua ou mais ou menos na rua."

"A casa parece não possuir força de atração suficiente, nem utilidade, pois em caso contrário ninguém se divertiria em bisbilhotar sempre como novidade o movimento da rua."²

Como se vê, o Rio de Janeiro é, nessa época, a cidade mais barulhenta do mundo, com uma multidão nas ruas, o espaço público em movimentação constante. A casa, a vida privada sem resguardo se estende para a rua através de suas janelas escancaradas. A função administrativa e política da cidade marca a vida dos seus habitantes e contribui para a agitação.

2. BINZER, Ina Von. *Alegrias e tristezas de uma educadora alemã no Brasil*. São Paulo: Editora Anhembí Limitada, 1956. p. 55-56.

Se o Rio assim se caracterizava, a imagem de São Paulo compunha o seu contraponto - nem colorida, nem ruidosa, nem tropical. Não havia aquela agitação na Capital dos paulistas e nem tanta sujeira e desordem. Ao contrário da Corte, São Paulo nunca teve presença significativa de escravos e nem teve elevada densidade demográfica.

A multidão tomou conta da cidade de São Paulo somente com a entrada em massa de imigrantes, fenômeno que se agravou ainda mais na segunda metade da década de noventa do século XIX, quando os imigrantes abandonaram as fazendas de café e vieram para as áreas urbanas, principalmente, para a Capital. Em 1896, com a primeira crise de superprodução cafeeira, esse movimento se acentuou e se arrastou até início do século XX. A crise cafeeira e a redução da imigração subsidiada, proibida pelo Decreto Prinetti, redirecionaram o fluxo de trabalhadores para a Capital que se viu frente a uma crescente população, à criação de novos bairros e à instalação de fábricas e de casas comerciais.

Dos imigrantes, perto de 695.000, que entraram no Estado de São Paulo entre 1904-1918, 430 mil (62%) vieram fora da imigração subsidiada, e, portanto, *livres* para procurar emprego em atividades distintas da cafeicultura.³

Dois movimentos direcionaram o fluxo de trabalhadores para a Capital - os egressos da lavoura cafeeira e os contingentes de imigrantes não subsidiados.

Na última década século passado, ocorreu uma verdadeira "epidemia de urbanização", segundo MONBEIG, quando a cidade de São Paulo passou de 65 mil habitantes, em 1890, para 240 mil, em 1900. A fisionomia da cidade começou a mudar. A pacata cidade dos estudantes da Faculdade de Direito da São Francisco transformava-se numa cidade comercial, financeira e industrial.

3. SANTOS, Maria José. Apêndice B - Aspectos Demográficos In: VILLELA, Anibal e SUZIGAN, Wilson. *Política do governo e crescimento da economia brasileira, 1889-1945*. Rio de Janeiro: IPEA, 1975. p. 249. Ver também Spindel, C. op. cit. p. 128.

O rápido crescimento da cidade assombrava o viajante Henrique Raffard, que a havia visitado em 1885 e retornara em 1890, encontrando-a totalmente diferente da que tinha visto anos antes - um grande número de novas construções e um movimento agitado tomando conta das ruas do centro. O ar antigo de *cidade acadêmica*, "*escondida atrás de suas rótulas e de seus mosteiros*", havia se perdido.⁴ Chamaram a atenção do viajante os grandes prédios que abrigavam sedes de empresas, como o da Companhia Paulista de Estradas de Ferro, o da Caixa Filial do Banco do Brasil, o do New London and Brazilian Bank e o da São Paulo Railway Company. As grandes companhias e os bancos preferiam se instalar numa das três principais ruas do centro da cidade: a rua São Bento, a rua 15 de novembro e a rua Direita, ruas que desenhavam o triângulo central da colina onde, inicialmente, edificou-se a cidade.

As residências de alguns *grandes capitalistas* permaneciam, ainda, suntuosamente instaladas no centro. Os preços dos terrenos dessa região triplicavam e muitas das antigas casas eram vendidas para o estabelecimento de comércio e de bancos, como as do Conselheiro Antonio Prado e a do grande fazendeiro e industrial Elias Pacheco Chaves.⁵

Construíram-se novas obras públicas em 1890, como o viaduto do Chá, que liga a rua Direita à rua Barão de Itapetininga, cruzando o Morro do Chá, o palácio do Governo, a Tesouraria e outros prédios modernos e imponentes que contrastavam com a simplicidade da igreja do Colégio dos Jesuitas, cujas paredes caiadas e lisas eram apenas rasgadas por janelas sem ornamentos e por uma porta ordinária.

Henrique Raffard constata o desenvolvimento comercial da capital paulista pelo estabelecimento de sucursais das principais casas estrangeiras do Rio de Janeiro e de Santos. A prosperidade do comércio era visível.

4. RAFFARD, Henrique. Alguns dias na Paulicéia. *Revista Trimestral do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro*. Rio de Janeiro, vol. 55, parte 2, 1892. p. 160.

5. Idem, p. 162-163.

A Casa Garraux estava instalada num luxuoso prédio, onde expunha suas mercadorias: objetos de arte, livros, vinhos, guarda-chuvas, etc. Monsieur Garraux introduzia entre os paulistas o hábito de usar envelope para correspondências.⁶ Mas ainda, segundo Raffard, não se podia comparar as lojas paulistanas "*aux grands magasins do Rio*", da rua do Ouvidor.⁷

Assim, no decorrer de 80 e 90, o centro da Capital foi se transformando. Novas ruas foram traçadas, formando ligamentos perpendiculares a partir das que formavam o "famoso triângulo". O núcleo central ganhava movimentação e as antigas ruas perdiam a característica de serem, ao mesmo tempo, local de residência e de atividades comerciais e bancárias. Os antigos moradores deixavam suas residências, permitindo a expansão dos estabelecimentos comerciais e bancários. O crescimento urbano imprimia uma nova orientação à organização do espaço, resultando na especialização das funções urbanas. O aumento da população, a maior divisão social do trabalho e as novas funções levaram à segmentação de espaços com as respectivas funções: zonas comerciais e bancárias, zonas industriais e zonas residenciais. O centro deixou de ser um local de prestígio para se fixar residência, já que ficara muito movimentado, barulhento e congestionado.

Ocupado totalmente o maciço central, a cidade estendeu-se pelas planícies. E as estradas de ferro foram as primeiras a ocupar os terrenos das baixadas, mais uniformes e próprios para o assentamento dos trilhos. Além disso, os terrenos situados nas várzeas eram mais baratos, o que reduzia o custo do investimento. Primeiramente, construiu-se a estrada de ferro São Paulo Railway, ligando Santos a Jundiaí, passando pela Capital. Depois, em 1877, a ferrovia D. Pedro II, futura Central do Brasil que instalou no Brás

6. NOGUEIRA, Emlia. Alguns aspectos da influência francesa em São Paulo na segunda metade do século XIX. *Revista de História*. São Paulo, V.7, n. 16, 1953, p. 317-348.

7. RAFFARD, Henrique. *op. cit.*, p. 167-168.



FIG. 12 FONTE: ELETROPAULO. INSTALAÇÃO DOS TRILHOS NO LARGO DO TESOURO, 1962.

uma estação, a *Estação do Norte*, onde desembarcavam pessoas e mercadorias vindas do Rio de Janeiro e do Vale do Paraíba. O bairro do Brás desenvolvia-se entre as duas estações das estradas de ferro - a do *Norte* e a *Inglesa*. Nas proximidades das duas estações, por onde chegavam os imigrantes, foi edificado o prédio da Hospedaria de Imigrantes, um dos maiores prédios públicos da época.

O Brás, por se localizar junto aos traçados das ferrovias que facilitavam o transporte de mercadorias, por oferecer terrenos mais baratos e por ter um mercado de trabalhadores atraiu para o bairro e para toda a região leste da cidade, fábricas, oficinas e um pequeno comércio. Os bairros da zona leste (Móoca, Belenzinho, Pari, Cambuci, Ipiranga), cujo centro era o Brás, constituíram-se em bairros industriais e operários.⁸ Em 1872, no Brás, moravam cerca de 2.307 pessoas, sendo um dos menores bairros da capital em termos populacionais. Vinte anos mais tarde, absorvia 32.387 habitantes e passou a ocupar o segundo lugar na lista dos bairros mais populosos da capital, só perdendo para o bairro de Santa Efigênia, cuja população era de 42.715 habitantes.⁹

Ao norte da Capital, concentrou-se um pequeno comércio, e logo as ruas da região tornaram-se movimentadas, cheias de mascates, de vendedores ambulantes e de pessoas pobres, movimento estimulado pela presença da Estação Luz, plataforma de embarque para as cidades do interior do estado. As linhas férreas delinearão os bairros proletários e as zonas comerciais e industriais.

8. PRADO JR., Caio. A cidade de São Paulo. Geografia e história. In: *Evolução Política do Brasil e outros estudos*. São Paulo: Brasiliense, 1963. p. 95-115.

_____. Contribuição para a geografia urbana da cidade de S. Paulo. In: *Evolução Política do Brasil e outros estudos*. op. cit. pp. 117-146. Ver também:

MORSE, Richard. *Formação histórica de São Paulo*. São Paulo: DIFEL, 1970.

TORRES, Maria Celestina Teixeira Mendes. *Brás*. São Paulo: Departamento do Patrimônio Histórico. Prefeitura Municipal de São Paulo. História dos Bairros de São Paulo. s/d.

RIBEIRO, Maria Alice Rosa. *Fábrica e Cidade. Trabalhadores*. Campinas, Secretaria de Cultura, Esporte e Turismo. Prefeitura Municipal de Campinas. 1999. p. 2-22

9. MORSE, R. op. cit., p. 238.

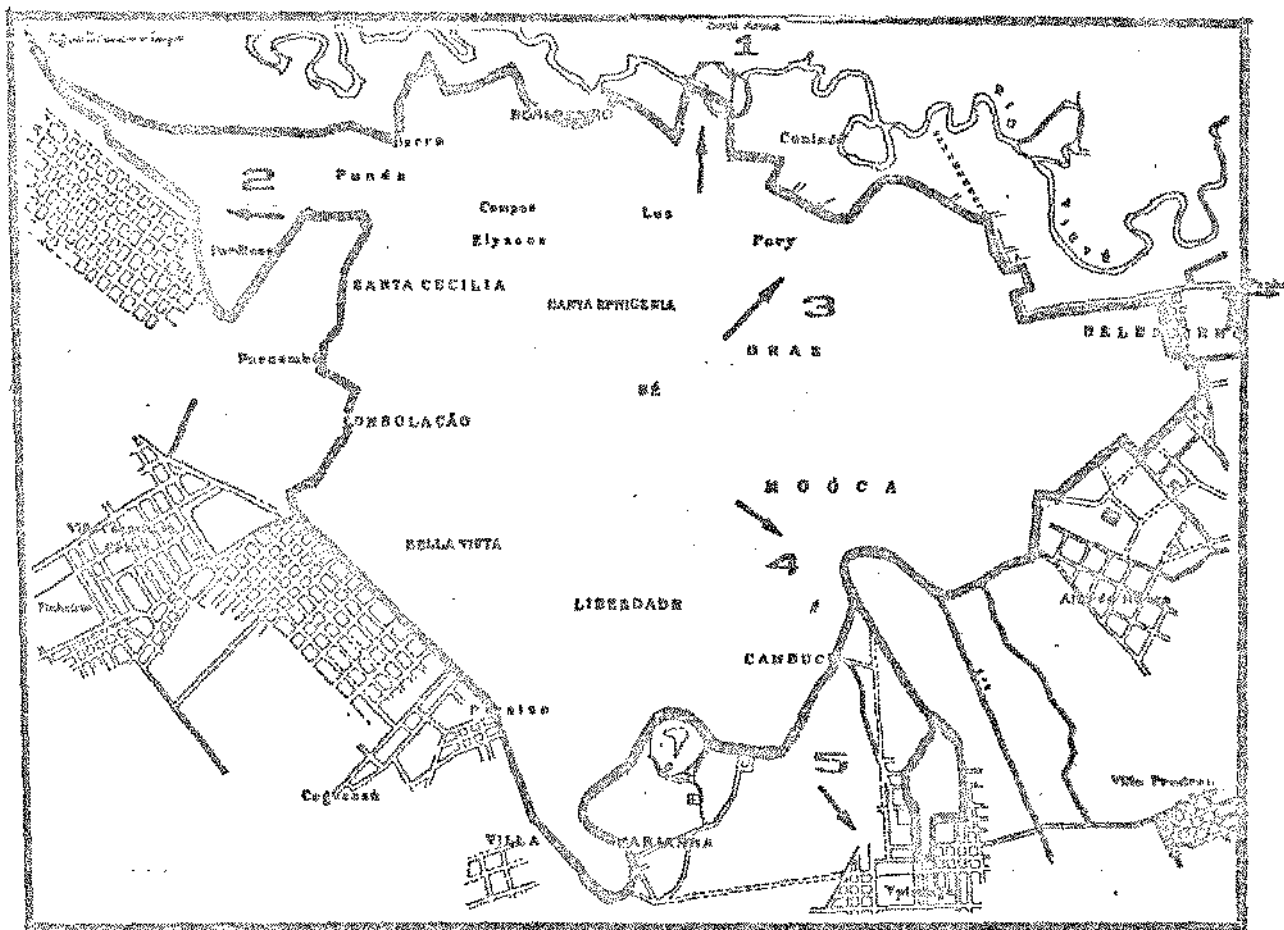


FIG. 13 CIDADE DE SÃO PAULO - DIRECIONAMENTO DA EXPANSÃO URBANA

1. SANTANA - CAMPOS ENTRE O RIO TIETÊ E SERRA DA CANTAREIRA
2. PIRITUBA, ÁGUA BRANCA E CAMPOS DE PERDIZES
3. PARI
4. MOOCA
5. IPIRANGA

Se os operários, as fábricas e as ferrovias ocuparam as baixadas, a burguesia olhou para o alto, em busca de ar puro, e foi ocupar os maciços que se estendiam a oeste do maciço central da Sé, cuja ocupação se iniciou no final da década de oitenta com a construção das primeiras residências burguesas no recém-formado bairro de Higienópolis e se espalhou ao longo dos terrenos da colina, em cujo topo se assentou a Avenida Paulista, aberta ao tráfego em 1891.¹⁰ Higienópolis foi projetado para ser um bairro burguês: o próprio nome marca seu caráter de classe - lugar higiênico, aprazível e de ar saudável, longe das fumaças das fábricas do Brás e da Móoca e longe da balbúrdia do centro comercial e financeiro.

Os loteadores Martinho Burchard, Victor Nothmann e Joaquim Eugênio de Lima compraram as antigas chácaras do Barão de Ramalho e da Bella Cintra (esta deu origem a Avenida Paulista) e começaram a fracioná-las em lotes, a abrir ruas e a arborizar o bairro. Trouxeram água, luz, gás, esgoto e até linha de bondes. Apenas a pavimentação das ruas ficou para mais tarde. Os lotes eram de dimensões avantajadas, de modo que o proprietário pudesse dispor de amplos espaços para a construção de uma mansão, horta, pomar, jardins e cocheiras. Aos primeiros compradores, comerciantes, industriais, especuladores imobiliários, profissionais liberais de origem estrangeira, veio se juntar a burguesia cafeeira que deixava suas antigas moradias no centro e nos Campos Elíseos. Eram os Frados, os Penteados, os Pacheco Chaves, etc. grandes proprietários de fazendas de café que não cuidavam exclusivamente de negócios cafeeiros, mas estendiam seus interesses para outras esferas produtivas urbanas, como o comércio, a indústria, os bancos, as ferrovias, negócios geridos a partir da Capital.

10. HONEN, Maria Cecília MacLório. *Higienópolis grandeza e decadência de um bairro paulistano*. São Paulo. Departamento do Patrimônio Histórico. Prefeitura Municipal de São Paulo: História dos Bairros de São Paulo, v.17, s/d.

A taipa dos antigos casarões cedia lugar ao tijolo; as mansões eram projetadas por escritórios especializados de arquitetura e algumas delas tiveram suas plantas projetadas no exterior. Dos projetos arquitetônicos traçados erguiam-se castelos, palácios, chalés suíços. A arquitetura mostrava as mudanças culturais que o crescimento da economia cafeeira trazia para a Capital. As velhas construções pesadas, monótonas e toscas, feitas sob influência portuguesa, já não combinavam com o gosto da burguesia cafeeira urbanizada. O gosto pelo exótico, pelas fachadas ornamentadas e pelas misturas de estilos surgiam nos novos bairros, e Higienópolis ilustrava esse novo senso estético. No bairro recém-construído, havia muitas fachadas que estampavam o *novo padrão cultural*, e Ramos de Azevedo se tornava o *paladino da nova arquitetura* que perduraria até depois de 1920.¹¹

O novo gosto cultural, trazido pelas famílias ricas, nascidas e residentes por longo tempo em pacatas localidades do interior, comportava a ostentação e o exibicionismo. A vida social tornou-se visível. Deixou a singela sala da casa de taipa pelos salões de festas dos palacetes de Higienópolis e da Avenida Paulista. E foi mais longe, buscou os *espaços públicos*, como o da Cervejaria Stadt Stern, ao ar livre, entre árvores, palmeiras e orquestra, onde a burguesia, em seu fulgor, podia ser ligeiramente observada pelos transeuntes.

Para a multidão que passava e espreitava, a cidade reservou-lhe os *quiosques* fétidos próximos às estações das estradas de ferro, onde os moradores dos cortiços, os vagabundos, as mulheres de *vida fácil* e os trabalhadores podiam tomar bebidas alcóolicas baratas.¹² Para esses locais

11. MORSE, R. op. cit., p. 255-257. Sobre Ramos de Azevedo ver: Loureiro, Maria Assélia Salgado. *A evolução da casa paulista e a arquitetura de Ramos de Azevedo*. São Paulo: Voz do Oeste/Secretaria do Estado da Cultura, 1981.

12. MORSE, R. op. cit. p. 265.

quem dirigia um olhar *examinador* eram os inspetores sanitários e a polícia.

Do centro da cidade para a periferia, várias linhas de *bonds* (*trams*) já estavam em funcionamento, em 1890, reduzindo a preocupação dos paulistanos com as distâncias, que se alargavam com a expansão do perímetro urbano das últimas décadas do século XIX. O asseio dos bondes começava a impressionar alguns membros da recém-inaugurada Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. Em 1896, um dos boletins da Sociedade trazia comentários sobre o péssimo estado higiênico desses veículos: "*Entre nós, afirmava o articulista, não pode haver maior sacrifício do que entrar em um bond*". Ilustrava o *sacrifício* enumerando diversas cenas cotidianas que se desenrolavam ao longo de um trajeto percorrido de bonde: grosseria dos condutores, atritos entre eles e passageiros; nos dias chuvosos, a lama tomava conta dos assentos; nos dias secos, o pó tornava os bancos imprestáveis para o uso a que se destinavam, e os escarros, lançados no pavimento do veículo por fumantes, gripados e até mesmo por tuberculosos, transformavam o bonde num veículo de transmissão de doenças.¹³

2. Crescimento populacional, os imigrantes e a administração municipal

Em 1900, Alfredo Moreira Pinto chamava a capital de São Paulo de "*cidade dos italianos*". O fluxo imigratório contínuo foi responsável pelo crescimento populacional da Capital. Mesmo entre 1902 e 1906, em que houve retração na entrada de imigrantes, o fluxo de trabalhadores para as fazendas reduziu-se numa proporção maior do que para a Capital.

Entre 1886 e 1890, a população da Capital cresceu cerca de 36%. Em média, por ano, acrescentavam-se 4.309

13. A.T. Asseio nos Bonds. *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*. São Paulo, n. 16, ano 2, 1896, p. 15-16.

pessoas às estatísticas demográficas. De 1890 a 1900, o crescimento da população foi extraordinário: cerca de 269% ou seja, em média, foram incorporadas, por ano, à população da Capital, cerca de 17.500 pessoas. A taxa geométrica de crescimento da população, entre 1890 e 1900, foi de 14% ao ano, nunca antes e nem depois registrada.¹⁴ Em 1890, a Capital absorvia 5% do total da população do estado; em 1900, 10%.¹⁵

Nesse período, entrou no Estado de São Paulo a maior leva de imigrantes, um total de 719.595 pessoas, 80% por meio da imigração subvencionada. Nos anos seguintes, de 1901 a 1910, a imigração subvencionada caiu para 40% do total de imigrantes que entrou no estado. Mesmo com a queda de quase metade nas passagens gratuitas, a Capital não se ressentiu e continuou a crescer.

Parece natural que, com a queda da imigração subsidiada, crescesse o fluxo de imigrantes recém-chegados para a Capital, pois os que entravam com recursos próprios não tinham o compromisso de irem para a lavoura.

Entretanto, o crescimento populacional da Capital ocorreu mesmo no período, no qual a imigração subvencionada cobria 80% do total de imigrantes entrados no estado. Esse crescimento resultou do contínuo fluxo de trabalhadores que abandonavam os trabalhos nas lavouras cafeeiras. Dentre outras razões, a vinda dos ex-colonos para a cidade de São Paulo deveu-se às dificuldades de sua permanência no

14. MATOS, Odilon N. A cidade de São Paulo no século XIX. *Revista de História*. São Paulo, n. 21 e 22, 1955, p. 114.

SINGER, Paul. *Desenvolvimento Econômico e Evolução Urbana*. São Paulo. Ed. Nacional e Ed. da USP, 1968, p. 138.

População da capital (S. Paulo) Taxa de Crescimento

Anos	População Total	Anos	Taxa
1886	47.697	1886-1890	0,00
1890	64.934	1890-1900	12,00
1900	239.820	1900-1910	14,00
1920	579.033	1900-1920	4,5
1930	887.810	1920-1930	4,5

15. NORSE, R. op. cit., p. 362 e SANTOS, Maria José. op. cit., p. 247, 248, 249.

interior atacado constantemente por epidemias de febre amarela. Embora não tivesse um papel decisivo, a febre amarela influenciou o redirecionamento do movimento da população. Não se pode esquecer que a Capital não foi atingida pelas epidemias, ao passo que toda vasta região do oeste, trilha da expansão da cafeicultura, vivia sob suas constantes ameaças na última década do século passado.¹⁶

Quando o Conselheiro Antonio da Silva Prado (1840-1929) assumiu a direção do governo da Capital paulistana, em 1879, encontrou uma cidade em crescimento: concentração de quase 10% da população de todo o estado e em pleno desenvolvimento urbano e cultural.

A Capital tornou-se um centro econômico e político da maior importância, o que explica o interesse do maior fazendeiro paulista em assumir a administração municipal. Afinal, por que o ex-conselheiro do Império, ex-ministro da Agricultura, ex-senador, grande fazendeiro e industrial, proprietário de estradas de ferro e banqueiro teria interesse em administrar os problemas urbanos? O domínio político da família Prado vinha desde o Império e estendeu-se até o início da Primeira Grande Guerra. Por mais de dez anos, o Conselheiro Antonio Prado permaneceu à frente do governo da Capital.¹⁷

A gestão de Antonio Prado, o primeiro a exercer o cargo sob o título de prefeito da Capital (antes o poder executivo era exercido por um vereador que assumia a Intendência Municipal), deixou, segundo a avaliação de MORSE, apenas dois monumentos isolados: o novo Mercado Municipal e o Teatro Municipal. O governo não orientou o crescimento da cidade: ajudou apenas a embelezá-la.¹⁸

16. MORSE, R. op. cit. p. 248. Este autor é um dos poucos a levantar essa hipótese para explicar o crescimento estupendo da Capital durante os anos 90. Considerava que: "O episódio da febre amarela foi um fator, embora não decisivo, do crescimento precipitado da cidade (de São Paulo) cuja análise ainda não está completa quanto a certos detalhes de importância".

17. MORSE, R. op., cit., p. 233-239. Sobre a família Prado ver também: LEVI, Darrell E. *A família Prado*. São Paulo: Cultura 70, 1977, e HOMEN, Maria Cecília MacLério. op., cit., p. 19-26.

18. MORSE, R. op., cit., p. 317.

Corrigiu o traçado de algumas ruas da parte antiga da cidade, pavimentou e urbanizou outras tantas ruas e atendeu às questões colocadas no dia a dia.

A avaliação pouco positiva da gestão de Antonio Prado contrapõe-se à avaliação de PRESTES MAIA e à de PASQUALE PETRONE que vêem nesse período "*a segunda fundação da cidade*" e a "*terceira fundação da cidade*", respectivamente. Segundo esses estudiosos das questões urbanas, nas administrações dos prefeitos Antonio Prado (1899-1910) e Raimundo Duprat (1911-1914), a cidade passou por transformações urbanísticas imensas. O primeiro surto urbanístico da Capital ocorreu por volta de 1872-1875, no governo de João Theodoro Xavier, Presidente da Província, que gastou mais da metade do orçamento anual da Província na urbanização da Capital; o segundo surto urbanístico ocorreu no início do século XX justamente no governo de Antonio Prado; o terceiro, na administração que sucedeu à de Antonio Prado, a de Raimundo Duprat, e o quarto, somente em 1938-1945 na gestão de Prestes Maia (1938-1945) quando foi feita uma remodelação radical no traçado urbano, seguindo orientação de um plano urbanístico.¹⁹

Durante a administração de Antonio Prado, não houve planejamento do crescimento da cidade. Dentre as melhorias realizadas estão a ponte sobre o Anhangabaú, ligando o Brás a Santa Efigênia e o saneamento da várzea do Carmo e do Tamanduateí. As obras de saneamento e drenagem do Tamanduateí, iniciadas em 1904, estenderam-se até 1916 na administração de Washington Luiz que completou a retificação do rio. Em 1907, o Prefeito Antonio Prado iniciou a construção do viaduto Santa Efigênia, permitindo a comunicação direta entre o centro da cidade e as estações da Inglesa e da Sorocabana, eliminando as diferenças de níveis entre os bairros Bom Retiro, Luz, Santa Efigênia, Campos Elíseos e a Sé, parte central da capital.

19. PETRONE, Pasquale. A cidade de S. Paulo no século XX. *Revista de História*. São Paulo, n. 21 e 22, 1955, p. 137.

A europeização da Capital tornou-se visível com a arborização. Durante a sua gestão, Antonio Prado mandou plantar mais de 25 mil árvores: plátanos, eucaliptos, *Ligustrum japonicum*, andassu, palmeira imperial, que passaram a fazer parte da paisagem urbana da Capital, ao lado dos antigos e escassos cedros plantados no século passado. A entrada da Capital no mundo cultural europeu se traduziu na construção de um grande teatro - o Teatro Municipal, cuja construção teve início na gestão de Antonio Prado, embora tenha sido inaugurado por Raimundo Duprat, em 1911. Foi a obra de maior vulto legada por sua administração. Em 1907, o arquiteto Cláudio Rossi foi enviado à Europa para adquirir materiais elétricos, aparelhos de cena, portas de galvano e outras peças de decoração para o teto do auditório do teatro.²⁰

A administração do Conselheiro Prado pautou-se, desde o início, como ele mesmo a definiu, "*pela austeridade, uma gestão econômica, mas que não consistia apenas em arbitrárias ou irrefletidas reduções de despesas*". A arrecadação cresceu de 2.700 contos para 6.362 contos, ou 11% ao ano, com a mesma estrutura de tributos, na qual os impostos sobre indústrias e profissões representavam mais da metade dos recursos arrecadados, seguido da receita do Matadouro Municipal. O aumento da arrecadação resultou do aumento das atividades econômicas na cidade, do aumento do número de casas comerciais, de armazéns e dos serviços profissionais e da própria melhoria na cobrança dos tributos. Para isso, a administração montou uma rigorosa fiscalização sobre o comércio de gêneros. Sem ter necessidade de promover a criação de novas fontes de receita, novos tributos, graças ao crescimento da cidade e à melhoria da arrecadação, o Conselheiro gabava-se de não ter "*agravado os munícipes com imposições exageradas*" e de ter melhorado as finanças municipais através do cumprimento das

20. Relatórios apresentados à Câmara Municipal de São Paulo pelo Prefeito Dr. Antonio da Silva Prado. São Paulo, 1899, p. 7.

leis orçamentárias e da melhor arrecadação de tributos. Gabava-se mais do fato de que, apesar de estar fazendo reformas e melhoramentos na Capital, não havia recorrido a recursos extra-orçamentários. Uma única exceção foi a desapropriação de terreno e construção do Teatro Municipal, as quais exigiram a obtenção de empréstimo. E, em 1906, novo empréstimo foi negociado para a construção do Viaduto de Santa Efigênia.

Não foi difícil reduzir as despesas, como apregoava Antonio Prado, pois, na prática, ele passou alguns serviços para o estado, como o da higiene e o da fiscalização das habitações. O Conselheiro, no início de sua administração, dispensou os médicos em exercício na antiga Intendência de Polícia e Higiene que passaram a ser funcionários do Serviço Sanitário do Estado, como inspetores sanitários. Com isso, a antiga Intendência foi praticamente extinta.²¹ As boas relações entre o prefeito e o diretor do Serviço Sanitário, Dr. Emílio Ribas foram responsáveis pelos poucos atritos criados nessa área, o que destoava do que ocorria com muita frequência nas cidades do interior, onde, volta e meia, explodiam conflitos entre o poder municipal e os inspetores sanitários do Serviço Sanitário do Estado.

A administração municipal coube, em termos de higiene e saúde públicas, sanear as várzeas, como foi feito na do Carmo e do Tamanduateí; fiscalizar o cumprimento do contrato de concessão dos serviços de limpeza pública pela empresa encarregada; intimar particulares quando da não realização de obras, como passeio, muros, limpeza dos terrenos baldios, aterros e até mesmo extermínio de formigueiros. Somente em 1913, na organização da administração municipal, instaurou-se uma Diretoria de

21. Relatório do ano de 1899 apresentado à Câmara Municipal de São Paulo pelo Prefeito Antonio da Silva Prado em 31 de março de 1900. São Paulo, Typ. a vapor Espindola, Siqueira e Comp. 1900. p. 8.

Relatório do ano de 1901 apresentado à Câmara Municipal de São Paulo pelo Prefeito Antonio da Silva Prado. p. 95.

Polícia de Administração e Higiene, a primeira criada depois da extinção da Intendência de Polícia e Higiene, em 1899.

A política urbana da gestão do Conselheiro Antonio Prado priorizou a região central da cidade, deixando os bairros periféricos no mais completo abandono. Não houve um planejamento nem mesmo uma orientação geral para a condução do crescimento da cidade, apenas o embelezamento da parte central.

Os bairros italianos e de crescimento recente como o Brás, Barra Funda, Bela Vista (Bexiga) e Bom Retiro foram objetos de denúncias de abandono por parte da municipalidade na imprensa, em especial no jornal italiano *Fanfulla*, porta-voz da colônia italiana da Capital. Defendendo uma linha mais liberal, o *Fanfulla* não deixou de criticar a administração municipal pelo descaso com que tratava os bairros distantes do centro da cidade e onde se aglomeravam trabalhadores italianos. Com o objetivo de traçar a anatomia cotidiana dos vários quarteirões e subúrbios de São Paulo, o jornal publicou uma série de reportagens sobre os bairros italianos, para que as autoridades pudessem formar uma idéia da "situação moral e material" da população da Capital. O bairro do Brás foi apresentado, na reportagem, por meio de suas fontes de riqueza, as grandes indústrias ali instaladas: a tecelagem de lã e aniagens Álvares Penteado, a fábrica de licores dos irmãos Trevisan, a destilaria francesa, o moinho de café e açúcar, a fábrica de salame e mortadela de Arquimedes Nieri, etc. Percebia-se a importância comercial crescente do bairro pelo número de lojas, armazéns e depósitos ali instalados. Apesar de seu desenvolvimento, o bairro dispunha apenas de uma única rua transitável - a Avenida Rangel Pestana, que para o *Fanfulla* deveria ser a única conhecida pelo prefeito, pois as outras ruas permaneciam "feias, cheias de lama, sujas, fétidas e impraticáveis, mesmo as transversais à Rangel Pestana", denominadas pelo jornal como: "ruas sem nome", ... "ruas que

*fazem os carros perderem as rodas"... "ruas das blasfêmias e dos impropérios"...*²²

As reclamações dirigidas à municipalidade não ficavam restritas às precárias condições de conservação das ruas, mas se estendiam ao sistema de transporte e ao recolhimento do lixo depositado nas calçadas durante dias até que a limpeza pública o recolhesse. Na Barra Funda, outro bairro objeto da reportagem, a situação era pior do que a encontrada no Brás. Com um desenvolvimento industrial e comercial menor do que o do Brás, a Barra Funda encontrava-se num abandono completo. Faltavam calçadas, água corrente limpa e suficiente, esgoto, etc. No Bexiga, o serviço de bondes, puxados por burros, da *Viação Paulista*, dispunha de um só veículo para o trajeto entre o mercado São João e o Bexiga.²³

Em 1904, o *Fanfulla* retomava o tema da melhoria das condições de vida nos bairros operários da Capital e constatava que a situação pouco mudara. A administração municipal continuava a ignorar as "*reclamações que vinham diretamente dos cidadãos*". As ruas centrais apresentavam melhorias e a periferia continuava no abandono.²⁴

A série de artigos estampados nas páginas do jornal sobre as condições dos bairros habitados por trabalhadores, a partir de 1899, buscava traduzir o sentimento dessa camada da população sobre os problemas colocados no seu cotidiano pelo crescimento urbano. Ao mesmo tempo, procurava despertar-lhe a idéia da responsabilidade do poder público nos melhoramentos urbanos. O abandono dos bairros operários era da competência do poder municipal; as

22. Da São Paulo a São Paulo e Vice-Versa-Al Braz. *Fanfulla*. S. Paulo, 14 de março de 1899 p. 2, apud Hall, M. e Pinheiro, P.S. op. cit., p. 23-25.

23. A Barra Funda *Fanfulla*. São Paulo, 16 de março de 1899 e Campos da Bela Vista (A Bexiga). *Fanfulla*. São Paulo, 25 de abril de 1899. apud. Hall, M. e Pinheiro, P.S. op. cit. p. 25-27.

24. Cronaca Osservazioni. *Fanfulla*. São Paulo, 13 de junho de 1904. apud Hall, M. e Pinheiro, P.S., op. cit., p. 245.

reclamações eram dirigidas no sentido de pressionar a municipalidade na solução dos problemas.²³

3. Legislação sanitária e a saúde pública

A cidade de São Paulo permaneceu livre das epidemias de febre amarela durante a década de 90, quando as epidemias reapareciam ano após ano em Santos e nas cidades do interior, embora não se possa afirmar que a razão da ausência de epidemias de febre amarela fossem suas melhores condições de salubridade. As baixas temperaturas explicam mais a ausência dos mosquitos e, portanto, da febre amarela do que as condições de salubridade da Capital. As frequentes doenças que atingiam a sua população atestam a fragilidade das condições sanitárias da Capital.

Ainda na última década do século dezenove, a Capital sofreu uma epidemia de varíola. Em 1898, a moléstia surpreendeu a população paulistana, deixando-lhe um saldo de 345 óbitos. A varíola foi a segunda moléstia responsável pelos óbitos ocorridos na Capital (a primeira foi a tuberculose). Em 1908 e 1912, a varíola retornou à Capital. Todas as vezes que surgia na Capital Federal, reaparecia na cidade de São Paulo mais branda, porém insistente, apesar da extensão da vacinação atingida em São Paulo. Em 1908/1909 cerca da metade da população da Capital estava vacinada.²⁴

O sarampo figurava na lista das cinco principais moléstias causadoras de óbitos e ocupava o *honroso* segundo lugar nos anos de 1905, 1906, 1907, 1909, 1910 e 1911. Essa

23. É interessante observar que a imprensa dirigida e produzida para os trabalhadores moradores dos bairros *italianos* influenciava de uma determinada forma a cultura política da população desses bairros: as reclamações dirigiam-se sobre o resultado da ação do governo - e nunca sobre a maneira como o processo decisório era feito. Ou seja, havia a crença de um poder municipal *benfeitor*. Não se questionava *quem decide* e nem se reivindicava participação na decisão. Nesse sentido, a imprensa dita alternativa contribuiu para criar e perpetuar os valores políticos populares baseados na legitimidade da decisão do Estado e na ausência de demanda na participação nas decisões. Ver a esse respeito CARVALHO, José Murilo *Introdução* In: SILVA, Eduardo. *As Queixas do Favela*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989. pp. 18-22; e SILVA, Eduardo. *op. cit.*, p. 34-35.

24. *Relatório da Secretaria do Interior de 1908/1909* apresentado ao Presidente do Estado de São Paulo pelo Dr. Carlos A.F. Guimarães ao Presidente Albuquerque Lins. São Paulo, 1912.

moléstia tinha seu aparecimento ligado ao fluxo imigratório. Em 1905 e 1906, quando os óbitos por ela causados foram em número expressivo, mais de 90% dos doentes internados no Hospital de Isolamento provinham da Hospedaria de Imigrantes do Brás.²⁷

Nos cinco primeiros anos do século XX, o coeficiente de mortalidade por mil habitantes apresentou uma queda importante em relação ao registrado nos cinco anos anteriores. Entre 1900-1904, o coeficiente de mortalidade situou-se em torno de 17%, enquanto que nos cinco anos anteriores, a média do coeficiente situava-se ao redor de 24%. Nos próximos cinco anos, o coeficiente elevou-se para 18%. A tendência à elevação persistiu, e, entre 1910-1914, o coeficiente subiu para 19,5%. Apesar dessa elevação não foram mais registrados coeficientes iguais àqueles verificados no final do século passado. (Ver Tabela 4, em anexo).

Até 1900, as doenças infecto-contagiosas eram responsáveis por 20 a 26% do número total de óbitos. Depois desse ano, a participação dessas moléstias como causas de óbitos caiu, situando-se, durante os próximos dez anos, em torno de 16 a 18%. Entre 1910 e 1919, a participação continuou a cair, situando-se em torno de 13,59%, se não ocorresse a grande epidemia de gripe espanhola, em 1918, que empurrou o percentual para 18,07% (Ver Tabela 2, em anexo).

A Capital, ao longo dos trinta e seis anos de estatísticas demográfico-sanitárias, apresentou coeficientes de óbitos por doenças infecto-contagiosas superiores aos do Estado de São Paulo, com exceção dos anos de 1895, 1903, 1910, 1911, 1912 e 1919. Somente nos anos de epidemias de febre amarela, nas cidades de Santos, Campinas e Ribeirão Preto, os coeficientes de óbitos por moléstias infecto-contagiosas verificados na Capital eram inferiores aos dessas cidades. Depois de 1910-1911, os coeficientes de

27. Relatório apresentado ao Sr. Dr. Secretário dos Negócios do Interior e Justiça pelo Dr. Eulio Ribas, Diretor do Serviço Sanitário, 1905. *Revista Médica de São Paulo*. São Paulo, 13, 1906.

Óbitos por moléstias transmissíveis registrados na Capital situam-se, em geral, abaixo dos verificados nas cidades de Santos, Campinas e Ribeirão Preto. Santos sempre apresentou coeficientes de óbitos por moléstias infecto-contagiosas superiores a qualquer outra cidade do estado.

No início do século, havia, no meio médico, um consenso de que no "*estado atual da ciência*" a redução da ocorrência de moléstias transmissíveis dependia da realização de obras urbanas, como drenagem do solo, estabelecimento de uma rede de água potável e abundante e de uma bem construída rede de esgoto. Essas obras diminuiriam a incidência da febre tifóide, da cólera, das perturbações gastro-intestinais e de outras doenças, e, mesmo da mortalidade infantil. Já outras moléstias, como sarampo, coqueluche e escarlatina, a profilaxia recomendada era o isolamento e as desinfecções. A tuberculose também entrava neste rol e não poderia se furtar da desinfecção das habitações, onde o contágio era responsável por 80% dos casos.²⁸

A legislação e o aparato sanitário convergiram para atender a essas demandas profiláticas. Até 1911, vigorou o Código Sanitário de 1894, o primeiro elaborado no Estado de São Paulo. Fora esse, foram elaboradas leis sanitárias que o regulamentavam: a lei de 1896 e o decreto de 1906.²⁹ Em 1911, foi feita uma reforma no Código Sanitário que colocou na ordem do dia preocupações relacionadas ao processo de urbanização. Nesse sentido, a reforma trouxe para a legislação questões que se desenvolveram no decorrer do processo de crescimento das cidades do estado, em especial, da Capital que, na última década do século XIX, cresceu excepcionalmente.

Com a reforma, tentou-se precisar as áreas de atuação do estado e do município. Coube ao município o

28. COMI, Emilio. Epidemiologia. *Revista Médica de S. Paulo*, São Paulo, (5) 11 junho, 1901 p. 187, 190 e 191.

29. Essas legislações foram objeto do primeiro capítulo deste trabalho.

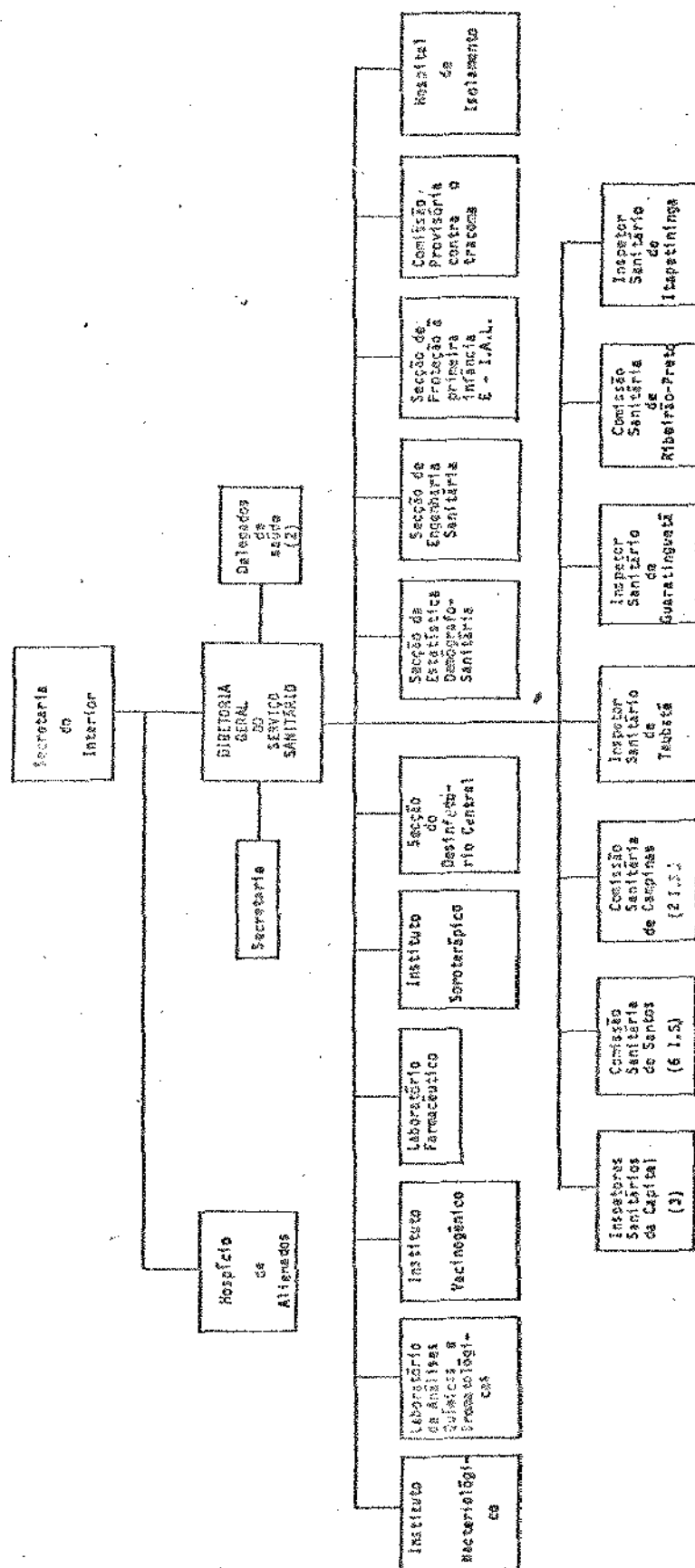


FIG. 14 ORGANOGRAMA II - ESTRUTURA DO SERVIÇO SANITÁRIO EM 1911.

policiamento sanitário, ou seja, fazer cumprir as leis sanitárias nas habitações privadas e coletivas, o saneamento básico e o melhoramento dos serviços de esgoto, água, calçamento, limpeza pública, drenagem do solo, a fiscalização de fábricas, oficinas, estabelecimentos industriais e comerciais, matadouros, mercados e a fiscalização da alimentação pública. O estado fiscalizaria as atividades do município, podendo então intervir, não só em épocas epidêmicas, mas também com medidas profiláticas preventivas. A inspeção médica-escolar ficou a cargo do estado, no caso de escolas estaduais. Cabia-lhe também a fiscalização de farmácias e de drogarias, e a fiscalização do exercício da medicina, da farmácia, da obstetrícia e da odontologia.³⁰

A preocupação em precisar as áreas de atuação das duas esferas de poder não era nova na legislação. Era uma questão recorrente nunca resolvida principalmente nas cidades do interior, onde o poder local era exercido por meio do poder de mando das grandes famílias proprietárias de forma mais ou menos arbitrária, conforme convinha a seus interesses.³¹

Na Capital, desde o início da gestão Antonio Prado, havia um quase perfeito entrosamento entre a Diretoria do Serviço Sanitário e a municipalidade, a tal ponto que eram escassas as críticas feitas à atuação de um em relação ao outro. O que se depreende desse entrosamento é que ele se sustentou no fato de o Conselheiro ter entregue completamente ao estado, ou seja, à Diretoria do Serviço Sanitário as questões pertinentes à saúde pública da

30. Decreto no. 2141 de 14 de novembro de 1911. *Coleção de Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1911*. Tomo XXI, São Paulo, Typ. D. Oficial, 1912, p. 406-407. e *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, n. 22, 1911, p. 432-436.

31. TELAROLLI, Rodolpho. *O Poder local na República Velha*. São Paulo: Ed. Nacional, Brasileira V. 364, 1977. p. 79-120. O linchamento dos Britos, em Araraquara, em 1897, objeto de estudo desse livro, serviu para seu autor elucidar as formas de manifestação de um fenômeno político-social, o coronelismo ou o poder local exercidos pelos chefes políticos. A absolvição dos culpados do linchamento teve, no seu desenrolar, a transferência da sede do julgamento sob o pretexto da existência de uma epidemia de febre amarela em Araraquara.

Capital. Na verdade, o Conselheiro abriu mão de exercer seu poder sobre essa questão. Se alguma divergência ocorreu entre os poderes - o municipal e o da Diretoria, esta foi específica, como a questão da limpeza pública, por exemplo.

A presença das fábricas e das oficinas mecânicas na Capital era marcante e a reforma sanitária de 1911 definiu, com maior precisão, as tarefas que compunham o policiamento sanitário das fábricas e estabelecimentos similares. Cabiam aos inspetores sanitários visitar diariamente os estabelecimentos fabris, observando e registrando as condições de salubridade, e ordenando a remoção dos estabelecimentos perigosos, o saneamento dos insalubres e o emprego de meios apropriados para torná-los toleráveis. Nas visitas às fábricas, os inspetores deveriam se informar sobre a natureza, o tempo de trabalho, a idade, o sexo e o número de operários. Os inspetores dispunham de poder para aplicar multas, caso não se cumprissem as leis sanitárias. Foram designados como responsáveis pela visita às fábricas três inspetores, os Drs. Afonso Azevedo, Teixeira Mendes e Francisco Luiz Viana, o que indicava uma maior preocupação com as condições sanitárias dos locais de trabalho. O policiamento sanitário de fábricas e oficinas, antes diluído entre os 35 inspetores sanitários alocados na Capital, passou a ser exercido sob a responsabilidade exclusiva dos três inspetores sanitários.

Um embrião de legislação trabalhista começava a ser esboçado na regulamentação sanitária. Mesmo que a legislação social, tenuamente esboçada, se restringisse aos operários de fábricas, à proibição do trabalho de menores de 10 anos, à admissão de menores de 10 a 12 anos para executar *serviços leves* e à proibição do trabalho noturno a menores de 18 anos, um esboço de legislação trabalhista estava embutida na legislação sanitária.

A reforma da legislação sanitária de 1911 previa medidas de proteção da cidade contra a ação nociva das fábricas. Definia a adoção de dispositivos especiais que

protegessem não só os operários, mas também a vizinhança, o habitante da cidade, contra gases, poeiras e vapores. O resíduo sólido, o lixo industrial, deveria ser removido para fora do perímetro urbano, e os resíduos líquidos, canalizados para a rede de esgoto, e as águas residuais dos despolpadores de café deveriam ser tratadas antes de serem lançadas nos cursos d'água.

Se essa legislação era cumprida ou não é uma questão difícil de ser respondida. É provável que não fosse, mas uma coisa é certa: a legislação destinava-se à cidade de São Paulo. E se em algum lugar ela tivesse chances de ser cumprida seria na Capital e em mais nenhuma outra cidade do estado.

Não era só com respeito às fábricas que o regulamento sanitário de 1911 trazia definições de normas; havia também uma preocupação com as construções urbanas. O crescimento da cidade de São Paulo aumentou o número de prédios, acentuando a tendência ao relaxamento das normas de construções definidas desde 1894 no Código Sanitário e nas Posturas Municipais. Entre 1890 e 1900, o número de prédios construídos passou de 7.500 para 20.000, o que significou um expressivo aumento no número de prédios que anualmente eram construídos na Capital. A média de construções era de 500 prédios anuais. A partir de 1890, esse número duplica. E entre 1895-1900, triplica. Apesar da elevação no número de prédios que anualmente se incorporavam à cidade, a febre de construções de fato ocorreu de 1910 a 1915, quando 4.100 prédios foram construídos por ano.³²

32. Ver a revista: *A construção em São Paulo*, São Paulo, ano I, n. 1, dezembro de 1923.

Ano	N. de Prédios
1880	2.500
1885	5.000
1890	7.500
1895	12.500
1900	20.000
1905	25.000
1910	32.500
1915	53.000
1920	72.500

Desde a organização do Serviço Sanitário, um engenheiro sanitário atuava junto à sua Diretoria como consultor técnico, auxiliando a seção de demografia sanitária nos trabalhos de cartografia e no registro das condições meteorológicas das cidades do interior e da Capital. O registro sistemático das vicissitudes climáticas tinha grande importância, pois havia um consenso de que as altas temperaturas verificadas no verão estavam relacionadas ao aparecimento e à intensidade das epidemias de febre amarela.

Durante muitos anos, exerceu o cargo de Engenheiro Sanitário, o Dr. Theodoro Sampaio. Em 1911, assumia o cargo o Dr. Mauro Alvaro de Souza Camargo. Só que desse ano em diante, o cargo deixou de ter apenas aquelas atribuições; na verdade, foi constituída uma seção de Engenharia Sanitária, formada por um engenheiro-chefe e mais dois engenheiros-ajudante. A seção teve funções ampliadas; além da elaboração de pareceres técnico-sanitários sobre questões de saúde pública, a seção era responsável pela fiscalização das construções de prédios na Capital e pela vistoria dos serviços de saneamento no interior e na Capital.

A seção contava com mais três fiscais de obras além dos engenheiros. As atribuições, antes diluídas entre os médicos-inspetores sanitários, passaram a ser de responsabilidade de um pessoal técnico preparado para executá-las. Isso denotava a preocupação crescente com o processo de urbanização da Capital que, nos últimos anos, ocorria de forma intensa e caótica, sem cumprir as normas sanitárias. Essa seção consolidou-se como um dos órgãos fundamentais do Serviço Sanitário. Quatorze anos depois, em 1925, comportava o dobro de pessoal destinado a fiscalizar as construções de prédios e as condições de moradia dos trabalhadores da Capital.

Em síntese, o regulamento de 1911 reforçou a parte referente ao policiamento sanitário da Capital, tornou mais rigorosas as normas, definiu responsabilidades pela

fiscalização e criou órgãos específicos para atuarem no policiamento e no estudo das questões colocadas pelo intenso crescimento da cidade: a presença das fábricas, o crescimento da população, o aumento do número de construções urbanas, o crescimento dos cortiços e da indigência. Nesse sentido, o regulamento sanitário com seus 562 artigos pendia para a cidade de São Paulo e para os novos problemas surgidos com o processo de crescimento urbano desordenado.

São nesses aspectos que residem a diferença entre esse regulamento e as leis sanitárias anteriores que se voltavam para o interior, para as cidades atingidas, ano após ano, pelas epidemias. Mesmo na reforma sanitária de 1906 pairava ainda a preocupação com o *fantasma* das epidemias.

Outros *fantasmas* percorriam as ruas da Capital: a mortalidade infantil, a tuberculose e a febre tifóide. Esses espectros eram as formas de manifestação das condições precárias da Capital, resultantes do crescimento urbano e populacional desordenado. Refletiam as condições de habitação, a qualidade da alimentação, o abastecimento insuficiente de água, a precária rede de esgotos e o lixo urbano acumulado pelo impulso da urbanização.

4. A Capital e a morte de crianças

4.1. Um cortejo fúnebre

Desde 1901, a Santa Casa de Misericórdia da Capital mantinha um contrato de prestação de serviço funerário para o município. Em 1911, a Câmara renovou o contrato por mais 10 anos. Aquela instituição fornecia caixões e veículos para o cortejo fúnebre. Os caixões eram produzidos pela firma Rodovalho Junior Horta e Cia., segundo especificações determinadas no contrato. Os caixões fornecidos eram divididos em três grandes categorias: *caixões para adultos; caixões para donzelas e caixões para*

anjos. O contrato especificava para essas categorias seis classes de pregos, correspondendo à qualidade e ao luxo apresentados pelo referido caixão. Assim, o caixão de primeira classe para anjos era descrito como:

"Caixão de madeira coberto de seda de cor, bordado a ouro e forrado de cetim, guarnecido de galão de ouro fino e flor de 18 a 21 linhas de largura, com quatro argolas e florões dourados, pés e cadeados também dourados, travesseiro da mesma seda do caixão, bordado a ouro: 80\$000".

Esse produto, destinado à burguesia, contrastava com o caixão listado para a 6ª classe:

"Caixão coberto de metim de cor, guarnecido com seis tiras de galão do Porto número três, com quatro argolas e cadeado, forrado de morim e com travesseiro da mesma fazenda: 11\$800".³³

Ao invés da seda, do bordado a ouro, dos galões de ouro fino, o humilde metim, um tecido de algodão ordinário, seis galões de Porto e o morim eram os adereços e forros dos caixões mais pobres. As diferenças não só se resumiam aos ordinários panos, mas também se traduziam em pregos: a primeira classe valia 80\$000 (oitenta mil réis) e o de sexta classe 11\$800 (onze mil e oitocentos réis). Esse último era igual ao salário mensal de um inspetor sanitário alocado na diretoria do Serviço Sanitário, o que significa que, mesmo o caixão de 6ª classe não deveria ser destinado ao cortejo fúnebre dos pobres da cidade. Para esses reservava-se o gratuito, sem especificações...

Mas o serviço funerário não se resumia no caixão e nos seus adereços: havia os veículos para condução dos

33. Relatório de 1911 apresentado à Câmara Municipal de São Paulo pelo Prefeito Raymundo Duprat, São Paulo, Casa Vanorden, 1912, p. 72-73

defuntos, no seu último percurso entre os vivos. As mesmas categorias aparecem: veículos para *cadáveres adultos*; veículos para *cadáveres de donzelas* e *cadáveres de anjos*. O veículo para condução de *cadáveres de anjos* classificado na 1ª classe era descrito assim:

"Carruagem com vidros, pintada de branco ou encarnado, com uma figura de anjo no alto, trabalho de escultura, frisos dourados, sanefas de seda bordadas a ouro, com franjas caindo nas portas. É puxada a quatro cavalos brancos completamente ajazados e com plumas de avestruz, dirigidos por dois cocheiros e um lacão corretamente fardados com casaca, calção e botas: 80\$000"

A pompa dos quatro cavalos brancos ornados com plumas de avestruz se desfazia no veículo de 6ª classe composto por:

"Coche pequeno, com quatro⁸ colunas, pintado de branco: puxado a dois cavalos e guiados por um cocheiro fardado: 8\$000"

No ano de 1911, a firma Rodovalho Junior, Horta & Cia atendeu à encomenda de 6.923 caixões: desses, 3.865 eram para menores, 2.151, para adultos e 907, para indigentes, esses fornecidos gratuitamente.³⁴ Dos 3.865 caixões para menores, apenas 73 foram de 1ª classe; o restante foram encomendados por outras classes. Dos 2.151 de adultos, 146 eram caixões de 1ª classe.

A enorme quantidade de encomendas de caixões para menores chama a atenção para o problema da mortalidade infantil na Capital. Dentre as cláusulas de contrato entre a Prefeitura, a Santa Casa de Misericórdia e a firma Rodovalho Jr., Horta & Cia, havia a determinação de que: *"os coches e*

34. *Idea*, p. 76.

carros para anjos fossem em duplicata, a fim de se atender às necessidades da população".³⁵

A gravidade do problema - mortalidade infantil, expressa na necessidade de duplicar a oferta de carros, coches e caixões, era sentida há muito tempo. Em 1892, o Secretário dos Negócios do Interior, Dr. Cesário Motta Jr., instituiu uma comissão composta pelos Drs. Bráulio Gomes Mello de Oliveira, W. Strain e Bento José de Souza para realizar estudos sobre as causas da mortalidade infantil. Segundo dados levantados em 1892, os óbitos na faixa etária de 0 a 7 anos foram iguais a 2.443. Desse total, os óbitos na faixa etária de 0-12 meses participavam com 1488, ou seja, 61%.³⁶ Em 1893, a comissão apresentou seu relatório ao secretário dos Negócios do Interior, no qual listava as principais causas da mortalidade infantil e de crianças: nascimentos ilegítimos, alimentação precária, habitações insalubres, abuso do álcool, falta de asseio e oscilações de temperatura e de umidade na atmosfera da Capital.

Além dessas razões, a comissão identificou o imigrante recém-chegado à Capital como aquele que mais sofria com a situação, que mais pagava com a vida de seus filhos: *"Chegados a esta Capital, acumulados no edificio 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 difficil digestão; ao meio dia frutas verdes e esprezadas pelo sol..."*.³⁷ A alimentação inadequada e a falta de alimentação dos imigrantes eram as causas para explicar as mortes das crianças.

No obituário, as doenças responsáveis pelas mortes das crianças eram as enterites, as entero-colite e outras próprias do aparelho digestivo. Insistia a comissão: *"...nas*

35. *Idea*, p. 74.

36. Relatório Apresentado ao Senhor Doutor Presidente do Estado de S. Paulo pelo Dr. Cesário Motta Jr. Secretário dos Negócios do Interior. 7 de abril de 1893. São Paulo typ a vapor de Vanorden e Comp., 1893, p. 196-197.

37. *Idea*, p. 199-200.

classes menos favorecidas da fortuna, as crianças começam a comer cedo fazendo uso de uma alimentação absolutamente imprópria para sua idade; quem uma vez tiver feito uma peregrinação por certos bairros e pelos cortiços atestará isto..."³⁸

No relatório, a comissão não omitia a precária situação do proletariado em São Paulo e mostrava-se sensível ao denunciar os poucos recursos que os operários recebiam nos seus trabalhos, tanto os homens, quanto as mulheres para enfrentar uma vida caríssima, como a da Capital. As moléstias gastrintestinais, responsáveis pela mortalidade das crianças, tinham como origem a miséria e o seu abandono por parte das mães que as deixavam para procurar trabalho. Cedo, as crianças deixavam de receber leite materno e começavam a ser alimentadas com os alimentos existentes na casa destinados aos adultos.

Não havia, entretanto, consenso no meio médico sobre os problemas envolvidos na mortalidade infantil. Como responsável pelo alto índice de mortes³⁹ de crianças outras opiniões apontavam a ignorância, não a ignorância vinda da miséria, mas a ignorância simplesmente. O Dr. Teixeira Alvares, num livro destinado às mães ignorantes, defende essa posição.⁴⁰ O que é relevante ressaltar é que essa posição não é isolada; pelo contrário, a leitura atenta de seu livro permite encontrar argumentos que irão, mais tarde, servir de fundamento para a reforma sanitária de 1925.

A miséria, segundo ele explicava a mortalidade infantil nas cidades européias, mas não a registrada na capital paulista. Na cidade de São Paulo, "é a ignorância da mãe de família" que cedo administra "farinha láctea, banana

38. *Ibid.*, p. 200-201. BLOUNT encontrou o sarampo como principal causa da mortalidade infantil em óbitos entre 0-12 meses. Ver: BLOUNT, John A. *The public health movement in S. Paulo, Brazil. A history of the sanitary service 1892-1918*. New Orleans, Tulane University, 1971. p. 174 (Doctor of Philosophy Thesis).

39. ALVARES, João Teixeira. *Mortalidade das crianças em São Paulo (Conselhos às mães de família)*. São Paulo, Typographia Carlos Gerke e Cia. 1894. O Dr. João Teixeira Alvares era professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e membro da Sociedade de Obstetrícia da França.

e caldo de feijão" para os recém-nascidos. Sentenciava sua conclusão em negrito: "*as mães são assassinas dos próprios filhos*".⁴⁰ A ignorância era pior "*nas classes desfavorecidas*", principalmente nas "*famílias indigentes de imigrados*", pois, entre eles, praticavam-se horrores em termos de alimentação. O autor enumerava: "*torrada de carne seca, suja de terra, e de excremento*" servia para distrair uma criancinha enquanto a mãe cuidava dos afazeres domésticos; criança de menos de um ano comia "*polenta frita com macarrão*" etc. Era impossível convencer as mães de que o leite, o leite materno era o único alimento indispensável às crianças. O aleitamento era logo abandonado porque, de acordo com o médico, as mães eram "*levadas pela ganância de ganhar a vida e fazer fortuna*" e iam trabalhar fora, deixando as crianças o dia todo com alguma parenta velha, que não querendo ouvir choro, dava às crianças: "*pão duro, azedo, desmanchado n'água, caldo de feijão com farinha de mandioca, restos de macarrão com queijo, pão molhado em vinho zurrapa etc.*".⁴¹

Colocar a culpa na ignorância e na ganância das mães, como fazia o discurso médico, era no mínimo escamotear a questão. Du melhor, não reconhecer o estado de miséria em que se encontravam os trabalhadores da cidade de São Paulo. O Dr. Teixeira Álvares estava certo nas suas observações acerca da inadequação da alimentação dada às crianças na primeira idade. A causa, porém, provavelmente estivesse nos poucos recursos, nos baixos salários que impediam o trabalhador de dar leite aos filhos. Por esse mesmo motivo, a mulher era lançada no mercado de trabalho e abandonava os filhos durante sua jornada de trabalho. Assim, seus "*conselhos às mães de família escritos em linguagem chá*"

40. *Ideia*, p. 57.

41. *Ideia*, p. 59.



Venda de Ratoz.

FIG. 15 FONTE: AS NOSSAS GRAVURAS. DESINFECTÓRIO CENTRAL. op. cit.

caíram no vazio, se é que chegaram às mãos das mulheres-trabalhadoras, domésticas e operárias.⁴²

4.2. Do que se alimentam os pobres...

As amas de leite

Caso as crianças recebessem leite de vaca, isso não significaria uma garantia contra as doenças do aparelho digestivo. Quando, em 1894, o Laboratório de Análises Químicas, sob a direção do Dr. Henrique Schaumann, analisou a qualidade do leite consumido, na Capital, constatou a presença de bicarbonato de sódio e miolo de vitelas misturados ao líquido. As falsificações não eram raras, e o leite, alimento de ampla demanda, era um dos produtos que sofriam processos de multiplicação por meios artificiais, principalmente nas épocas de entre-safras.⁴³

Não só o leite era alvo das adulterações, mas também outros alimentos, tais como a banha de porco, cujo consumo era generalizado, a farinha de trigo e as bebidas. A fiscalização e a análise dos alimentos deveriam ser constantes, pois dois elementos atuavam como incentivo para aumentar a quantidade de alimentos de forma artificial: de um lado o aumento extraordinário da população da Capital e, por outro, a expansão da agricultura de alimentos que não acompanhava o crescimento populacional. Na década de 90, houve uma contração da produção de alimentos em favor da produção de café, cujo preço no mercado internacional era favorável, e que se beneficiou da expansão de crédito promovida pela política monetária do *encilhamento*. Os preços dos produtos alimentares estavam em alta em virtude do fraco desempenho de sua oferta e da desvalorização cambial, resultante das emissões que ocorreram pós-proclamação da

42. *Idem.*, p. 10-47. Na introdução, o autor esclarecia que o "livro é para as famílias, escrito para o povo, sua linguagem é chã, seu estilo se afasta completamente da tecnologia científica e compendiária".

43. Relatório do Laboratório de Análises Químicas do Estado de São Paulo. Diretor Henrique Schaumann. *Relatório do Secretário do Interior do ano de 1894*. p. 44.

República. Por sua vez, a precipitação do câmbio elevou o preço dos produtos importados. O custo de vida elevou-se, pressionado por essas forças.⁴⁴ A medíocre oferta de alimentos e os elevados preços dos produtos alimentares quer nacionais, quer importados, contribuíram para a *inadequação* da alimentação das crianças, resultando daí, o número assustador de mortes devido a problemas gastrintestinais.

No relatório da Seção de Estatística Demográfico-Sanitária do Serviço Sanitário de 1896, os óbitos na faixa etária de 0 a 5 anos correspondiam a 53% do total de óbitos verificados na Capital, e os óbitos ocorridos na faixa etária de 0 a 12 meses, correspondiam a 31,26% dos óbitos totais. O levantamento estatístico cobria os quatro distritos da Capital: Sé, Consolação, Santa Efigênia e Brás, e ainda os subdistritos: Santana, Penha, São Miguel e Nossa Senhora do Ó. O maior número de óbitos de crianças na faixa etária de 0 a 5 anos foi verificado no Brás: 34,51% dos óbitos totais.

As principais moléstias causadoras de morte eram aquelas ligadas ao aparelho digestivo, gastroenterite, enterite, entero-colite e diarréia infantil, responsáveis por 23,54% dos óbitos totais. Em segundo lugar, vinham as moléstias infecciosas, responsáveis por 20%, e as moléstias do aparelho respiratório, que representavam 13,28% do total de óbitos.⁴⁵

Segundo o Dr. Jayme Seiva, responsável por aquela seção, a Capital apresentava duas características demográficas: um maior número de nascimentos em relação ao de mortes e uma elevada mortalidade infantil (em média, por dia, morriam 15,49 habitantes e nasciam 20,62), características explicáveis por ser São Paulo uma cidade nova, que recebia grande leva de imigrantes compostas por

44. DELFIN NETTO, Antonio. *O Problema do café no Brasil*. São Paulo, IPE, 1991, p. 30 e 47.

45. Relatório da Seção de Demografia apresentado ao Dr. J.J. da Silva Pinto Jr., DD. Diretor Geral do Serviço Sanitário pelo Dr. Jayme Seiva. 1896. *Relatório do Secretário do Interior do ano de 1896*. pp. 195-224.

famílias com muitas crianças que não encontravam condições de vida condizentes para sua sobrevivência. De acordo com o relatório do Dr. Jayme Serva: *"A cidade não está preparada para receber tão grande aumento de população, sem casas necessárias e sem número suficiente para abrigar esse acréscimo de famílias... e criará motivos de se tornar menos saudável do que natural-mente seria, concorrendo para o desenvolvimento de certas enfermidades que muitas vezes se terminam pela morte, principalmente de crianças"*.⁴⁶

A morte nos primeiros anos de vida era de tal magnitude que o diretor do Serviço Sanitário, em seu relatório de 1896, afirmava que, se se expurgassem os óbitos de crianças de 0 a 5 anos do obituário geral, a Capital apareceria como uma cidade em pleno gozo das melhores condições de salubridade.⁴⁷

O Serviço Sanitário fez pouca coisa de concreto em relação à mortalidade infantil e de crianças. A publicação do relatório da comissão nomeada para investigá-la serviu mais para mostrar a preocupação do governo com a questão do que como buscar medidas para enfrentar o problema. Reconhecia-se o problema, o que já era um avanço. Para não se afirmar taxativamente que nada tenha sido feito, uma recomendação da comissão foi executada - o Serviço Sanitário passou a fiscalizar o serviço das amas de leite, antes feito através de anúncios de particulares nos principais jornais da Capital. A partir do regulamento, as mulheres que mediante pagamento amamentavam no seio uma criança na sua casa ou na casa do contratante passaram a ser obrigadas a fazerem registro junto ao Serviço Sanitário para poderem exercer seu ofício. Embora regulamentado e normatizado pela Diretoria de Serviço Sanitário, parece que sua aplicação não se deu imediatamente.⁴⁸

46. Idem. p. 225.

47. Relatório da Secretaria do Interior do ano de 1896. p. 6.

48. Regulamento para Amas de leite. Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. São Paulo, ano 1, no. 9, março 1896. p. 14-18.

Somente em 1906, doze anos depois da publicação do Regulamento, o serviço de fiscalização parecia estar em funcionamento. Os inspetores sanitários faziam a inspeção das amas de leite e atendiam lactentes filhos de indigentes, no Serviço Sanitário. Para as crianças pobres e indigentes, foi organizado o serviço de amas de leite. As nutrizas ou lactantes eram, em geral, mulheres imigrantes que se inscreviam como amas de leite para completar o orçamento doméstico. Esse serviço *amas de leite*, que por muitos anos era próprio de escravas e de ex-escravas, passou a ser feito por imigrantes, preferencialmente. Durante o ano de 1906, os inspetores sanitários examinaram 105 nutrizas para serem registradas junto ao Serviço Sanitário, como *amas de leite oficiais* das quais 44 eram italianas, 30 portuguesas, 15 espanholas, 13 brasileiras, uma alemã, uma austríaca e uma grega. Na inspeção, os médicos do Serviço Sanitário faziam o exame da qualidade e da quantidade de leite de cada uma das nutrizas e as classificavam em: "*boas, aproveitáveis e más*". O serviço de inspeção divulgava instruções para as famílias sobre os perigos do aleitamento sem que a *ama de leite* tivesse sido examinada. Recomendava às famílias abastadas para que não as empregassem sem o certificado expedido pelo Serviço Sanitário.

Junto ao serviço de *amas de leite*, havia o consultório de lactentes, cujo inspetor sanitário responsável era o Dr. Clemente Ferreira. No ano de 1906, o consultório atendeu 28 crianças, um baixo número de atendimento atribuído ao fato do serviço ter sido recém instalado e por não ser, ainda, conhecido pela população.⁴⁹

Cinco anos depois, parece que o serviço ganhou importância, pois foi transformado numa seção específica do Serviço Sanitário sob a responsabilidade de três médicos, com orçamento próprio, independente da Diretoria do Serviço Sanitário.

49. Relatório da Secretaria do Interior do ano de 1906. São Paulo, 1907. p. 222.

A seção de amas de leite estava organizada somente na Capital e sua criação se deveu à reforma sanitária de 1911 que trazia, nas suas determinações, a preocupação com o aumento da população e com o crescimento urbano desordenado, que vinham marcando nos últimos anos a Capital.

Na reforma sanitária seguinte, a de 1917, a seção de Inspeção de Amas de Leite permaneceu com as mesmas funções: exame das nutrizas, sua aptidão para o aleitamento e atendimento dos filhos da população pobre da cidade, porém a denominação passou a ser *Seção de Proteção à Primeira Infância e Inspeção de Amas de Leite*. No consultório para lactentes foram instalados um laboratório de pesquisas clínicas e uma farmácia.⁵⁰

Com a reforma de 1925, a Reforma Paula Souza, a seção de Proteção à Primeira Infância foi extinta e suas atribuições foram transferidas para a Inspetoria de Educação Sanitária e Centros de Saúde. Na nova estrutura do Serviço Sanitário, a inspetoria reunia todos os serviços ligados à criança e à mulher.⁵¹

Mais cuidados com a população infantil foram instituídos ainda no regulamento de 1911. Foram designados quatro inspetores sanitários com a atribuição específica de fazer inspeção sanitária nas escolas da Capital. Nos antigos regulamentos, a inspeção escolar era da competência de todos os inspetores sanitários, indiscriminadamente. A diretoria do Serviço Sanitário modificou a fiscalização escolar, definindo responsabilidades, nomeando os inspetores sanitários, Dr. Balthazar Vieira de Mello, Dr. Alcino Braga, Dr. Evaristo Bacelar e Dr. Catta Preta para executarem a inspeção desde a construção dos prédios escolares, a escolha do mobiliário escolar, a verificação dos processos de ensino, métodos, posições e atitudes escolares até ao exame

50. Lei no. 1596 de 29 de dezembro de 1917. *Coleção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1925*. São Paulo, Typ. D. Oficial, 1926.

51. Decreto no. 3876 de 11 de julho de 1925. *Coleção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1925*. São Paulo, Typ. D. Oficial, 1926.

individual dos alunos e empregados e a vacinação. A inspeção escolar não se organizou em seção independente.

4.3. Um bairro de anjinhos

O problema da mortalidade infantil nos primeiros cinco anos de vida era bem maior do que a mera fiscalização e normatização das amas de leite, cujo ofício passou a ser exercido até com *carfeirinha* assinada pelas autoridades sanitárias. Nem mesmo o problema se esgotava na fiscalização dos alimentos vendidos à população, como denunciava a *Folha do Povo*: "*o leite de vaca não é alimento para ninguém, desnatado, diluído e contaminado, cheio de impurezas de toda a espécie...*"⁵²

Isto tanto era verdade que o coeficiente de óbitos na faixa de 0 a 12 meses por mil nascidos vivos, durante o período de 1909 a 1929, manteve-se bastante alto, sendo os anos de 1910 a 1914, os que apresentaram o mais elevado coeficiente de óbitos de menores de um ano, como se observa na Tabela abaixo.

TABELA VIII
CAPITAL - ÓBITOS DE MENORES DE UM ANO, E PRINCIPAL CAUSA DE MORTE 1909/1929

Períodos	Coef. de óbitos totais p/1000 nascidos	CAUSA DE MORTE	
		Diarréias e enterites	
		coef.s/1000 óbitos gerais	coef. s/1000 nascidos
1909	167,31	14,46	74,80
1910/1914	183,09	16,68	89,14
1915/1919	171,75	14,73	79,37
1920/1924	172,71	15,05	81,66
1925/1929	166,81	15,35	80,78

Fonte: Anuário Demográfico do ano de 1929. São Paulo
Imprensa Oficial, 1932. p. 162-163.

52. *Folha do Povo*. São Paulo, Editor Edgard Leuenroth, n. 86, ano II, p. 1, 1909. e *Folha do Braz*. São Paulo, n. 91, 1899.

E as causas de morte nessa faixa etária mantiveram-se ligadas aos problemas do aparelho digestivo, à qualidade e à quantidade de alimentos ingeridos. Em 1913, dos mil nascidos vivos, 97,60 morreram devido às enterites e às diarréias, o mais alto coeficiente observado no período. Nesse mesmo ano, dos mil nascidos vivos, cerca de 200 morreram nos doze primeiros meses de vida. Em 1918, o coeficiente de mortalidade infantil sobre mil nascidos vivos superava o verificado em 1913, situando-se em 222,72 devido à gripe espanhola.

Durante os vinte e um anos de registro estatístico, a mortalidade infantil representou um terço dos óbitos gerais. O mesmo se verificou em alguns anos do século passado: em 1892, o total de óbitos gerais levantados pela Diretoria do Serviço Sanitário foi de 4841 e, na faixa etária de 0 a 12 meses, foi de 1488, ou seja, 30,73% do total. No ano seguinte, esta participação manteve-se 31,58%.

TABELA IX
CAPITAL - ÓBITOS GERAIS E MORTALIDADE INFANTIL 1909/1929

PERÍODOS	ÓBITOS GERAIS (A)	MORTALIDADE INFANTIL (B)	B/A
1909	5.757	1863	32,36
1910-1914	7911,2	2715	34,31
1915-1919	9700,2	2992,6	30,85
1920-1924	11.748	3730,2	31,76
1925-1929	14.273,4	4510	31,59

Fonte: Anuário Demográfico do ano de 1929. São Paulo, Imprensa Oficial, 1932. p. 162-163 e VII.

O populoso bairro do Brás era o que maiores contribuições trazia à mortalidade geral e infantil. Em 1892, o Brás contribuiu com 1380 óbitos para um total de 4841, ou seja, 28,50%; em seguida, situava-se Santa Efigênia, com 979 óbitos gerais; a diferença, portanto, era significativa, cerca de 401 óbitos ocorriam a mais no Brás. No ano seguinte, o Brás continuava na liderança, apesar do bairro ser o segundo em número de habitantes. No bairro ou freguesia de Santa Efigênia a população era de 42.715, portanto o bairro mais populoso da Capital; este, no entanto, contribuiu com 964 óbitos. Enquanto isso, o Brás, com 32.387 habitantes contribuía para o obituário geral com 1.734, ou seja, 5,35% da população do Brás morreu durante o ano de 1893. Isto significava que no Brás o número de mortes era quase duas vezes maior do que na Capital como um todo, cujo total de óbitos foi de 5.702 para uma população de 192.409 habitantes, ou seja, morriam, naquele ano, 2,96 habitantes de cada 100 habitantes.

A freguesia da Consolação, onde se encontrava o Hospital de Isolamento, ocupava o segundo lugar na distribuição dos óbitos pelos bairros da Capital. Dos 21.311 moradores da Consolação, 1065 morreram no ano de 1893, ou seja, 4,99%.⁵⁴

O Brás ficou conhecido como o mais importante bairro da Capital devido ao número de oficinas mecânicas, de serralherias e de fábricas que se instalavam em suas ruas. Era o bairro da população imigrante, era o bairro dos italianos, estágio inicial de muitos imigrantes que chegavam à Capital paulista. Lá estava a Hospedaria de Imigrantes, lá estavam a Estação Norte e a Inglesa - pontos de desembarque de milhares de imigrantes.

O Brás desconhecido era o Brás identificado como o bairro, no qual aconteciam, mais do que em qualquer outro da

54. Os dados de população foram retirados de MORSE, R. op. cit., p. 238.

Capital, um grande número de mortes de crianças e no qual se desenrolavam epidemias, como a de febre tifóide.

Até 1896, o principal cemitério da Capital era o da Consolação: quase 80% dos mortos eram enterrados ali. A Capital contava, nessa época, com três cemitérios - o da Consolação, o do Brás e o da Penha. Já em 1899, a Capital passou a dispor de mais dois cemitérios - o de Araçá e o de Santana. O cemitério do Araçá era o maior da Capital entre 1899 a 1911 e 1914 e 1916: foram enterradas 52 a 73% das pessoas falecidas na Capital ou vindas do interior. O segundo era o do Brás, onde foram realizados cerca de 18 a 30% do total de enterros da Capital, naqueles anos. (Ver Tabela X)

Em 1901, foram incorporados mais dois cemitérios aos já em funcionamento - o da Freguesia do Ó e o de São Miguel. Três anos mais tarde, em 1904, funcionavam 12 cemitérios, mas os maiores continuaram a ser o do Araçá e o do Brás.⁵⁵

No total de enterramentos de menores feitos na Capital, 57% foram feitos no Cemitério do Araçá nos anos 1899 a 1911 e 1914 e 1916. Em alguns anos, essa percentagem atingiu 69% do total de enterros de menores. Do total de enterramentos no Araçá e no Brás, esse último apresentou uma maior participação de enterros de menores. Ou seja, no Cemitério do Brás, do total de enterros, 80% foram de menores. No Araçá, os enterros de menores participaram em média com 53% sobre o total de enterros. (Ver Tabelas XI e XII)

Mais uma vez, o Brás liderava a estatística de mortalidade de menores. O número de enterros de menores no Cemitério do Brás confirma, de outro modo, o maior número de óbitos de menores ocorridos no Brás. Embora as informações

55. Os cemitérios eram: Araçá, Brás, Consolação, Vila Mariana, Santana, Freguesia do Ó, Penha de França, Protestantes, Lageado, São Miguel, Ordem 3a do Carmo e S.S. Sacramento. Os Cemitérios dos Protestantes e o da Ordem 3a. do Carmo estavam sob a administração do cemitério da Consolação e o do S.S. Sacramento sob a administração do Cemitério do Araçá. Esses três cemitérios eram particulares e os restantes eram municipais. Ver *Relatórios dos Prefeitos da Capital*. Vários anos.

TABELA N. SÃO PAULO: PRINCIPAIS CEMITÉRIOS DA CAPITAL SEGUNDO
 O NÚMERO DE ENTERRAMENTOS, 1896-1916.

A N O S	Principais cemitérios			Total de enterramentos em todos os cemitérios da capital	Participação sobre total		
	GRACA	BRAS	CONSOL.		GRACA	BRAS	CONSOL.
1896	-	1.275	4.719	6.060	-	21	78
1897	3.660	933	251	5.816	73	19	5
1898	3.516	877	287	4.680	72	18	6
1899	3.424	940	308	4.670	69	19	6
1900	3.688	1.151	286	5.143	68	20	5
1901	3.392	1.831	280	5.146	66	28	5
1902	3.608	1.141	296	5.533	65	21	5
1903	3.668	1.110	252	5.476	63	20	5
1904	3.871	1.289	298	6.202	62	21	5
1905	3.510	1.217	295	5.698	62	21	5
1906	4.220	1.338	324	6.676	63	20	4
1907	3.796	1.582	297	6.419	59	25	5
1908	3.979	1.668	397	6.898	58	24	6
1909	4.637	1.883	420	7.923	58	24	5
1910	5.376	2.787	454	9.668	54	28	5
1911	4.826	2.883	474	9.224	52	30	5

FONTE: Relatórios dos prefeitos da capital para vários anos. Não foram obtidas
 informações para os anos de 1897, 1898, 1912, 1913 e 1915.

TABELA XI.5. VAREJO: PRINCIPAIS COMISSOES DO CAPITAL,
 SEGUNDO O RENDIMENTO DE ENTERRAMENTOS DE HERANÇAS

ANOS	BRACCA		BRAC		CONSOL.		Total de enterramentos deixados em cemitérios
	R.R.	%	R.R.	%	R.R.	%	
1896	-	-	1.075	27	2.066	72	3.983
1899	2.245	69	769	23	112	3	3.263
1900	2.033	68	709	23	114	4	3.012
1901	2.038	65	793	25	139	4	3.194
1902	2.314	64	929	25	127	4	3.634
1903	1.851	61	804	27	93	3	3.057
1904	2.121	61	924	26	127	4	3.479
1905	2.051	59	890	24	101	3	3.494
1906	2.191	57	1.036	27	100	3	3.036
1907	1.912	57	966	28	111	3	3.437
1908	2.202	56	1.142	28	129	3	4.047
1909	2.033	52	1.250	32	116	3	3.906
1910	2.122	50	1.352	32	133	3	4.201
1911	2.677	50	1.401	29	159	3	5.025
1914	2.937	48	2.167	35	160	3	6.153
1916	2.576	44	2.043	35	155	3	5.781

FONTE: Relatórios dos prefeitos da capital para vários anos.

Não foram obtidas informações para os anos 1897,

1898, 1912, 1913 e 1915.

TABELA XII. SÃO PAULO: ENTERRAMENTOS NOS
PRINCIPAIS CEMITÉRIOS DA CAPITAL
SEGUNDO ADULTOS E MENORES. 1896-1916.

A N O S	GRUPO A			GRUPO B		
	Total	Menores	%	Total	Menores	%
1896	-	-	-	1.275	1.075	84
1899	3.668	2.265	62	933	769	82
1900	3.516	2.655	58	877	709	81
1901	3.424	2.000	61	940	793	84
1902	3.888	2.316	59	1.151	929	81
1903	3.392	1.851	54	1.031	804	78
1904	3.603	2.121	59	1.141	924	81
1905	3.453	2.051	59	1.110	890	81
1906	3.971	2.191	57	1.289	1.036	80
1907	3.510	1.912	54	1.217	966	79
1908	4.225	2.202	54	1.330	1.162	85
1909	3.796	2.030	53	1.582	1.250	79
1910	3.979	2.122	53	1.660	1.352	81
1911	4.637	2.677	58	1.888	1.481	78
1914	5.376	2.937	55	2.787	2.167	78
1916	4.826	2.576	53	2.883	2.043	73

FONTE: Relatório dos prefeitos da capital
para vários anos. Não foram obtidas
informações para os anos de 1897,
1898, 1912, 1913 e 1915.

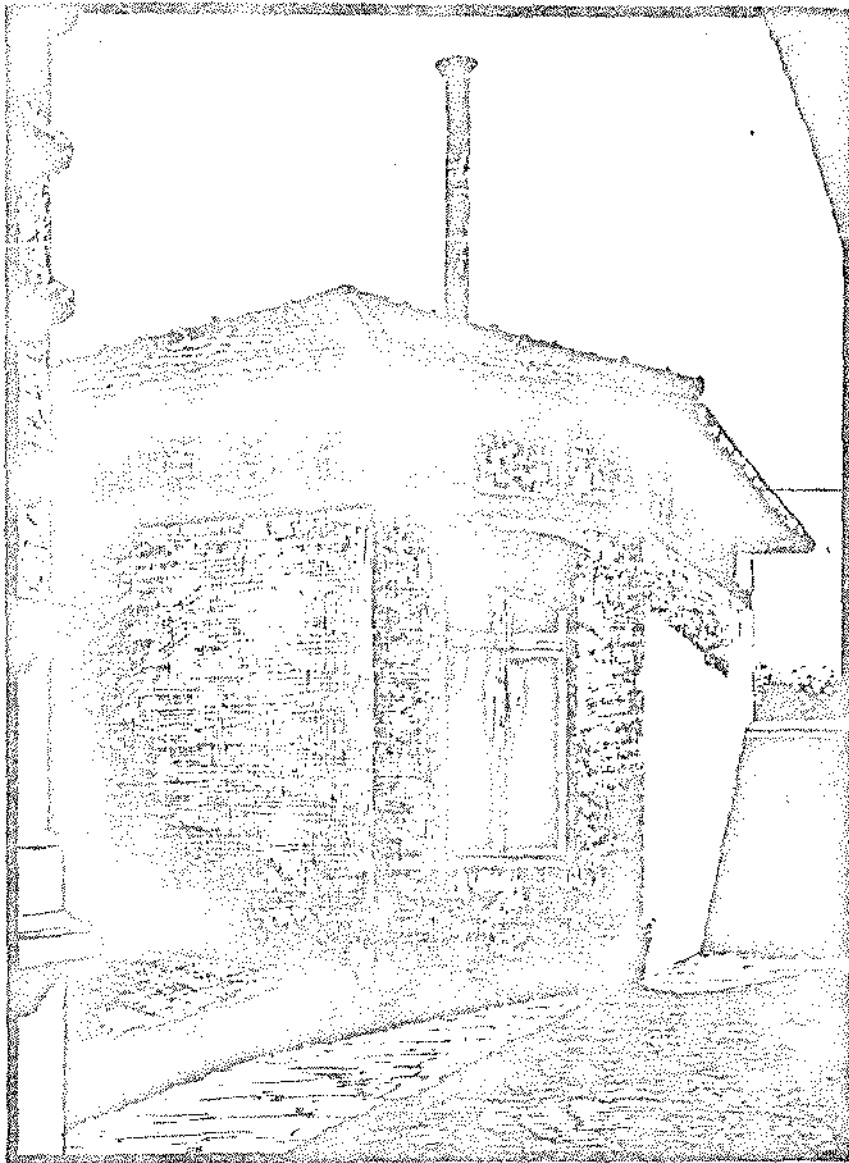
não apresentem especificações sobre faixas etárias, classificando apenas como adultos e menores, é provável que a maior percentagem de óbitos entre menores seja na faixa etária de 0 a 12 meses, como indicam as estatísticas. Dos 100 enterramentos feitos no Cemitério do Brás, 80 eram de menores e destes uma grande parte com menos de um ano.

5. A peste da civilização: a fantasia punitiva do progresso⁵⁴

5.1. Uma campanha cristã: a nova cruzada

O progresso, as grandes aglomerações e a urbanização trouxeram a física, o mal da civilização, a peste branca. Com tais conotações, a tuberculose entrava, em primeiro lugar, no obituário da Capital e do Estado de São Paulo. O maior número de óbitos de todo estado eram registrados na Capital desde que o Serviço Sanitário começou a divulgar as estatísticas demográfico-sanitárias. Em 1894, o primeiro ano de publicação das estatísticas sobre mortalidade, 69% dos óbitos por tuberculose de todo o Estado ocorreram na Capital. É provável, que ainda o levantamento tivesse inúmeras falhas, como o comentava o Diretor da seção de estatística, Dr. Jayme Serva. As falhas na informação estatística concentravam-se, principalmente, no interior, onde os levantamentos de dados eram insuficientes e descuidados. De 1895 a 1899, a Capital participou com 31,5% dos óbitos por tuberculose, uma queda que denotava uma melhoria nos registros para o interior. Entre 1900 e 1904, a participação dos óbitos ocorridos na Capital situou-se em torno de 17% do total do estado. Foi, nesse período que, na Capital, se assistiu ao início da campanha contra a tuberculose. Até então, essa moléstia aparecia nos

54. Essa é uma das metáforas forjadas para a tuberculose que encontrei nos relatórios do Serviço Sanitário e em revistas médicas da época. Sobre o uso da doença como símbolo ou metáfora. Ver: SONTAG, Susan. *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.



Casa onde são incinerados os Ratos.

FIG. 16 FONTE: AS NOSSAS GRAVURAS. DESINFECTÓRIO CENTRAL. op. cit.

relatórios da Secretaria do Interior como a principal responsável pelos óbitos verificados na Capital, mas pouco se fez além de mera constatação do fato. Os relatórios, com um certo orgulho, situavam essa moléstia como a "*moléstia das grandes cidades*", como se a sua presença no obituário fosse um atestado do grau civilização atingido pela Capital.⁵⁷ Para não ser acusado de ignorar o problema, o Diretor do Serviço Sanitário, Dr. J.J. da Silva Pinto Jr. propunha a construção de um sanatório. Nos sucessivos relatórios, a idéia da construção do sanatório, como a medida de saúde pública para tratar do tuberculoso, era mencionada sem muita convicção, porém mais como uma obrigação de dizer alguma coisa sobre o problema. A idéia do sanatório não saiu dos relatórios do Serviço Sanitário, porque, nesse mesmo período, as atenções estavam voltadas para as grandes epidemias de febre amarela que atingiam a zona cafeeira do estado.

A campanha antituberculose ganhou destaque a partir da ação quase que individual, do Dr. Clemente Ferreira, inspetor sanitário do Serviço Sanitário da Capital. Em 1899, ele iniciou, na imprensa diária da cidade de São Paulo, a divulgação da necessidade de sanitários populares para o isolamento e tratamento de tuberculosos pobres, e fundou a *Associação Paulista de Sanatórios Populares para Tuberculosos*, cujo objetivo era angariar fundos para a construção de sanatórios populares em Campos do Jordão e não na Capital, como propunha o Diretor do Serviço Sanitário.⁵⁸ A Associação foi composta por duas comissões: uma de propaganda e arrecadação de donativos e outra técnica e administrativa. Por meio da comissão de

57. Relatório da Secretaria do Interior do ano de 1896, p.7-8.

58. Desde 1897, o Dr. Luiz Pereira Baretto enaltecia, na Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo, as qualidades climáticas de Campos do Jordão para o tratamento de moléstias do peito. Dizia, então: "A experiência que tenho hoje da ação dos Campos do Jordão sobre a tuberculose não me permite outra linha de conduta senão prescrever sem perda de tempo a ida para Campos do Jordão a todos os doentes cujos pulmões não estejam ainda de todo comprometidos" *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*. São Paulo, n. 27, 1897, p. 36

propaganda, linha de frente da associação, pelas diversas cidades do interior foram sendo organizadas sub-comissões, cujo objetivo era conquistar a opinião pública para a campanha em prol da construção do sanatório e divulgar, por meio de conferências, preceitos profiláticos, tais como: a notificação obrigatória, o uso de escarradeiras com água fenicada, a higiene doméstica, o arejamento dos aposentos.

Quase quatro anos depois de criada a associação, em artigo publicado na *Revista Médica de S. Paulo*, o idealizador da "Campanha anti-tuberculose", o Dr. Clemente Ferreira, confessava-se frustrado, pois o "apelo feito ao corpo técnico dos municípios do interior do estado ficou sem resposta", assim como de pouco resultou o apelo à generosidade privada, pois a associação não conseguiu angariar os recursos necessários para a construção do sanatório.

Em 1902, o nome da associação mudou para *Liga Paulista Contra a Tuberculose* e sua ação restringiu-se à propaganda, à confecção de cartazes, avisos, instruções populares com noções básicas de higiene, e ao apelo junto aos poderes públicos, às companhias de estradas de ferro e às gerências de fábricas e oficinas para que ajudassem na divulgação e na execução de medidas profiláticas do tipo: "proibição de escarrar no chão e no soalho de estabelecimentos públicos e locais com concentração humana"; "adoção de escarradeiras com líquido antiséptico", "varredura úmida dos locais públicos e das fábricas e oficinas", "vagões próprios para tuberculosos", "exame clínico do pessoal operário nas fábricas e afastamento dos operários com tuberculose aberta" e "adoção de escarradeiras de bolso para tuberculosos".⁵⁹

Paralelamente à ação da Liga, entre 1900 e 1902, o governo do Estado de São Paulo nomeou o Dr. Victor Godinho para estudar, na Europa, os diversos tipos de sanatórios. Na

59. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, ano V, n. 3, 1902. p. 41/49.

Alemanha onde existiam 64, o maior número de sanatórios, dispondo de 5.571 leitos para pobres, o Dr. Godinho constatou que a legislação social e as companhias de seguro eram as maiores responsáveis pelo crescimento do número de sanatórios. A legislação obrigava os patrões e os operários a contribuírem mensalmente com uma quota destinada ao seguro contra a invalidez e a moléstia, e companhias seguradoras entenderam que teriam maior ganho se financiassem a construção de sanatórios, do que se arcassem com o ônus da invalidez de milhares de indivíduos devido à tuberculose.⁶⁰

Em São Paulo não havia legislação social e muito menos interesse da iniciativa privada - empresas seguradoras. Para o Dr. Godinho, a responsabilidade pela construção de um sanatório teria que ser do governo. O estado financiava a imigração de trabalhadores, argumentava o Dr. Godinho, a um elevado custo e estava perdendo, anualmente, os recursos que imobilizava devido à tuberculose. Sua argumentação fundamentava-se na economia de recursos que o estado teria se construísse sanatórios para tuberculosos pobres, já que ele próprio financiava a imigração. O sanatório completaria a obra higiênica realizada pelo Serviço Sanitário em São Paulo. Ao invés de Campos do Jordão, propunha que o sanatório fosse construído nos arredores da Capital, cujas condições de temperatura e de localização (quase 800 metros acima do nível do mar) eram propícias, fora a facilidade de acesso, superior a de Campos do Jordão.⁶¹

Na falta de recursos para construir um sanatório, a *Liga Paulista contra a Tuberculose* acabou por criar um dispensário, inaugurado em 1904, na Capital. O dispensário atenderia, como afirmava, em seu discurso inaugural, o Dr. Clemente Ferreira, aos "*deserdados da sorte, aos vencidos da vida*", com a distribuição de leite, pão e carne, além de medicamentos, como óleo de fígado de bacalhau, fortificantes

60. Revista Médica de S. Paulo, São Paulo, ano V, n. 13, 1902, p. 247, 248 e 250.

61. Revista Médica de S. Paulo, São Paulo, ano V, n. 16, 1902, p. 314.

e anticatarrais e auxiliaria no pagamento do aluguel de moradias das pessoas que estivessem com a moléstia e impossibilitadas de trabalharem.⁶² Os médicos ligados ao dispensário visitariam freqüentemente os tuberculosos. Logo após a inscrição do doente no dispensário, um médico inspecionaria sua casa e administraria instruções quanto à higiene, à alimentação e aos cuidados com a família.

Após sete anos de funcionamento do *Dispensário Dr. Clemente Ferreira*, seu diretor fez um balanço dos resultados e constatou que o dispensário recuperou para o trabalho o "capital humano, de 476 pacientes, 200 homens e 276 mulheres", "economicamente curados e com a capacidade de trabalho restaurada". Durante esses anos, foram feitas 2.037 visitas a domicílios de tuberculosos, 291 em média por ano, e 8.648 inspeções de higiene, vigilância e instruções anti-tuberculose. Ainda, no dispensário, foram realizadas 3.422 consultas médicas e 47.883 exames médicos. Na sede do dispensário estava localizada a distribuição de alimentos: por ano, foram distribuídas 3 toneladas e meia de carne, 4.294 litros de leite e quase 2 toneladas de pão.⁶³

A maioria dos doentes atendidos no dispensário, em 1912, eram adultos residentes no bairro do Brás. Do total dos pacientes, cerca de 70% residiam em habitações coletivas, alojamentos de uma só peça, onde coabitavam indivíduos sãos. Apenas 68 dos 222 doentes dormiam só num aposento; o restante partilhava seu dormitório com 2, 3, 4, 5 e até 7 pessoas.⁶⁴

O maior número de doentes era colhido entre as empregadas domésticas, os operários fabris, os empregados do comércio, as costureiras e as cozinheiras, segundo informações obtidas nas fichas de inscrições.⁶⁵

62. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, ano VII, n. 13, 1904, p. 275-279. Faziam parte da Diretoria do dispensário os Drs. Clemente Ferreira, Victor Godinho, João Pedro da Veiga, Américo Brasiliense, Saturnino da Veiga e Nicolau Falcone.

63. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, ano XIV, n. 13, 1911, p. 256-258.

64. *Revista Médica de S. Paulo*. S. Paulo, ano XVI, n. 7, 1913, p. 137-139.

65. *Ibidem*, p. 138.

O Dr. Victor Godinho, Presidente da Liga Paulista contra a Tuberculose, afirmava que a tuberculose não era um simples problema de patologia - era muito mais um problema social. Era a moléstia que mais empobrecia o proletariado *"reduzindo-o às condições de inválido, parasita e de desolação e miséria nos lares"*. Era a *"peste dos pobres"*.⁶⁶ O Dr. Godinho estimava que 60% da população em algum momento da vida sofreu do mal, que se não a conduziu para morte, (em média morria um indivíduo por dia) a conduzia para a maior miséria, pois a lançava para fora do mercado de trabalho.

As chances de cura do tísico dependiam das suas condições de vida. Por isso, o tísico era considerado um doente caro, pois precisava ter uma *mesa farta e substancial*, alimentação escolhida, apropriada e nutritiva, vestes limpas, banhos frequentes, roupas esterelizadas, repouso e *tranquilidade de espírito*. Como o Dr. Godinho pontificava: *"nem farmácias e nem cemitérios"*, a cura era possível para todo o doente que se alimentasse bem, fizesse repouso, aspirasse bons ares e tivesse vestes limpas.

A forma de tratamento do tuberculoso deve ter sido a principal responsável pelo encaminhamento dado a campanha antituberculose, campanha comandada pelo *altruismo* dos médicos, que apareciam na linha de frente. Embora o Serviço Sanitário contribuisse com recursos para o dispensário e para a propaganda das medidas profiláticas, ele pouco aparecia na verdade. O caráter da campanha antituberculose destoava integralmente daquele imprimido, por exemplo, na febre amarela, quer na sua primeira fase, quando ainda se desconhecia o vetor transmissor, quer na segunda fase, quando já se tinha conhecimento da forma de transmissão. Na febre amarela, o Serviço Sanitário assumia por completo a ação sanitária e essa se localizava no meio ambiente, nas desinfecções e na extinção do mosquito. No caso da tuberculose, a campanha assumia o caráter de caridade

66. Revista Médica de S. Paulo, São Paulo, ano VII, n. 4, 1904, p. 76-77.

cristã, pois na sua liderança estavam o médico altruísta e as senhoras da sociedade. A Liga contra a Tuberculose era composta por uma comissão técnica e uma administrativa, uma de propaganda e a *Comissão de Senhoras*. Dessa comissão faziam parte a Viscondessa da Cunha Bueno, D. Isabel Ferreira, D. Anna de Moraes Burchard, D. Anita Tibiriga, D. Camilla Patureau de Oliveira, D. Paulina de Souza Queiroz, D. Elisa de Barros Cavalcanti, D. Ana Junqueira de Azevedo Marques, senhoras da elite econômica e política paulista, proprietárias de fazendas de café, esposas de especuladores imobiliários, esposas de políticos e industriais.⁶⁷

A ação sanitária movida pela campanha antituberculose visava ao doente - ao indivíduo doente e a sua família. A miséria envolvia o doente e abria espaço para a entrada das senhoras caridosas que se dispunham a promover chás, quermesses, bailes e outras formas de lazer próprias de sua classe para angariar recursos para os tuberculosos pobres e para seus filhos. Não se pode esquecer que a tuberculose espalhou-se e estendeu-se pelas camadas pobres da população e penetrou sub-repticiamente nos lares da classe dominante, por meio da prestação de serviços de domésticas, cozinheiras, costureiras. Com isso, o apelo à caridade da sociedade se tornou mais direto. E o medo da sociedade do contágio não deve ter sido tão desprezível, pois era comum o tuberculoso esconder sua moléstia para não perder seu emprego.

O apelo à caridade e ao espírito cristão marcaram o caráter da campanha contra a tuberculose, como nunca se tinha visto antes (e mesmo depois) no tratamento ou campanha contra uma moléstia ou epidemia.

O altruísmo dos médicos caía por terra, quando se constatava que todos os médicos, alocados juntos à liga e ao dispensário, eram inspetores sanitários, logo, funcionários públicos do Serviço Sanitário. Exerciam suas funções de

67. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, ano XI, n. 3, 1908. p. 63-64.

inspetores sanitários junto à liga com vencimentos do estado e sem prejuízos para suas clínicas particulares. Portanto, o recurso vindo do Governo para a campanha antituberculose parece não ter sido desprezível, embora não se possa ter uma idéia precisa do seu montante.⁶⁸

5.2. O leite *inocente* das vacas tuberculosas

No município de São Paulo, em 1904, estava em funcionamento o serviço de inspeção de vacas, um outro aspecto da participação do poder público municipal na campanha contra a tuberculose. Fazia-se o exame das vacas que forneciam leite para a população da Capital: as vacas eram submetidas à inoculação com a tuberculina, substância que denunciava se a vaca estava ou não com tuberculose. As que estivessem seriam eliminadas, já que sua carne não poderia ser comercializada.⁶⁹

Durante o ano de 1904, o fiscal da prefeitura, Dr. Epifânio Pedrosa, vacinou 4.091 vacas nos diversos estábulos espalhados pela Capital: dessas, 720 estavam com tuberculose, ou seja, 17,8%. Havia, nas cercanias da Capital, cerca de 660 proprietários de vacas, responsáveis pela abastecimento de leite da Capital. Como, ao invés de abaterem as vacas condenadas, os seus proprietários estavam vendendo-as por preços vis para as cidades do interior, o prefeito da Capital, Antonio Prado, encaminhou para a Câmara Municipal um projeto de lei que determinava o abate imediato das vacas tuberculosas.⁷⁰ Com a perspectiva dos abates,

68. Veja o artigo Dispensário Clemente Ferreira sete anos de funcionamento (10 de julho de 1904 a 10 de julho de 1911). *Revista Médica de S. Paulo*, São Paulo, ano XVI, n. 13, 1911, p. 257. Não há menção às cifras, quando se menciona a participação do estado e do município na ação do dispensário, o que parece, no mínimo, estranho!

69. Não há informações seguras quando da instituição do exame das vacas. Há em algumas fontes, o ano de 1898 e, em outras, 1903, como sendo o ano da promulgação da lei que se instituiu a tuberculização obrigatória das vacas leiteiras e a destruição das condenadas. Ver: *Revista Médica de S. Paulo*, São Paulo, ano V, n. 3, 1902, p. 46 e *Revista Médica de S. Paulo*, ano VII, n. 16, 1905, p. 345.

70. *Revista Médica de S. Paulo*, São Paulo, ano VII, 1905, p. 349. Lei n. 72 de 22/11/1904.

houve uma corrida de grandes e pequenos criadores para a compra de animais e a entrada, na Capital, de novos animais. Os estábulos ficaram superpovoados (2500 animais, enquanto em épocas normais o número de vacas matriculadas era de 700 a 800) e a fiscalização teve de ser rigorosa, pois não se cuidou de inocular os novos animais. Para o Dr. Pedrosa, houve a entrada de vacas vindas da Argentina que estavam condenadas pela fiscalização daquele país. Para inocular as vacas, o Dr. Pedrosa recebeu de Dr. Koch a tuberculina; quando a tuberculina vinda do exterior acabou, empregou-se a fabricada pelo Instituto de Manguinhos, da Capital Federal.

O consumo de leite na cidade de São Paulo situava-se em torno de 20 mil litros/dia, para o ano de 1905, o que correspondia a um litro de leite para 14 pessoas, consumo esse bem superior ao verificado na Capital Federal, onde a relação era de um litro de leite para 25 pessoas. Observa-se que mesmo na cidade de São Paulo o consumo de leite era baixíssimo. Aquela cifra só foi atingida devido à queda no preço do leite de 800\$000 para 500\$000. Com a superlotação dos estábulos, houve um aumento da oferta e uma elevação do consumo que passou de 13 mil litros em 1904 para 20 mil litros em 1905.

Esses dados evidenciam a precariedade da alimentação da população infantil e da alta taxa de mortalidade de crianças na Capital.⁷¹ Havia, nessa época, na Capital, 100 vendedores ambulantes de leite que comercializavam o produto em latas e passavam de casa em casa pelos diversos bairros. Alguns dos ambulantes eram também proprietários de vacas, principalmente imigrantes italianos que com uma ou duas vacas comercializavam o produto excedente.

A fiscalização e a inoculação das vacas não ocorreram de forma tranquila: os proprietários dos estábulos

71. *Idea*, p. 351.

volta e meia reclamavam da perda de seus animais, condenados pela fiscalização.

No meio médico, o Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho, que por coincidência também era proprietário de uma leiteria, sustentava a tese de que não havia perigo do homem infeccionar-se ingerindo leite ou carne tuberculosa de bovinos: só havia perigo quando o leite provinha de animal com mamite tuberculosa. Para ele, não havia identidade entre a tuberculose humana e a bovina.⁷² Assim, abriu-se o debate sobre a validade da inoculação das vacas com a tuberculina. A Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo manifestou-se a favor da inoculação da tuberculina por ser esse o único elemento de que dispunha a ciência para diagnosticar a tuberculose bovina. Rejeitou a tese de que a carne do animal tuberculoso não era perigosa ao homem, argumentando que no "estado da ciência", nada se podia afirmar com segurança completa. A tuberculose do gado podia ser ou não, inteiramente idêntica à humana.⁷³

Em 1910, a questão do leite e da inoculação das vacas com tuberculina ressurgia novamente por iniciativa da Sociedade de Agricultura e de dois vereadores que propunham a extinção do emprego da tuberculina na inspeção bovina para o diagnóstico da tuberculose precoce do gado. Precedia à manifestação da sociedade, o protesto geral dos vaqueiros

72. CARVALHO, Arnaldo Vieira de. A tuberculose bovina é transmissível ao homem e vice-versa? *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, Ano VI, n. 3, 1903, p. 41-42. Na *Revista Médica de S. Paulo*, São Paulo, ano VI, n. 4, 1904, p. 84, havia o seguinte anúncio publicitário: "O MELHOR LEITE PARA CRIANÇAS ENCONTRA-SE NA LEITERIA MODELO Dr. ARNALDO VIEIRA DE CARVALHO". Muitas vezes surgiam conflitos de interesse no meio médico, porque muitos médicos, além de profissionais liberais, eram proprietários, como no caso do Dr. Arnaldo que possuía interesses no setor do abastecimento do leite. O Dr. Carlos Botelho, que foi presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo e Secretário da Agricultura, possuía um grande estabelecimento de bovinos na Capital para o abastecimento de leite e carne. Veja: "Ata da Sessão Ordinária de 15/07/1911". *Revista Médica de S. Paulo*. Ano XVI, n. 14, 1911, p. 279-280. No Jardim Aclimação, havia um serviço de fornecimento de leite à população cujo gado era submetido à inoculação da tuberculina o proprietário era o Dr. Carlos Botelho.

73. O debate está transcrito nas páginas da *Revista Médica de S. Paulo*. Veja os artigos publicados pelo Dr. Victor Godinho na *Revista Médica de S. Paulo*, ano VI, n. 4, 1903 pp. 61-68, e pelo Dr. Afonso Azevedo na *Revista Médica de S. Paulo*, ano VI, n. 5, 1903 pp. 97-104; e a Ata da Sessão de 16 de fevereiro de 1903 da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. *Revista Médica de S. Paulo*, São Paulo, ano VI, n. 16, 1903 pp. 363-366.

contra a tuberculina e a eliminação do gado que apresentasse reação positiva.⁷⁴ A Sociedade de Agricultura posicionava-se contra a lei que obrigava a sacrificar toda a vaca que tivesse reagido à tuberculina. Segundo a Sociedade de Agricultura, as medidas postas em práticas pela fiscalização tinham contribuído para elevar o preço do leite e impedido o pobre de consumi-lo. Em 1910, o consumo de leite na Capital era de 25 mil litros/dia.⁷⁵ Isso significava que em quatro anos o consumo de leite aumentara de 1 litro/dia para 14 pessoas para 1 litro/dia para 12,56 pessoas (se utilizarmos a estimativa empregada pela Seção de Demografia do Serviço Sanitário: a população da Capital igual a 314 mil habitantes).

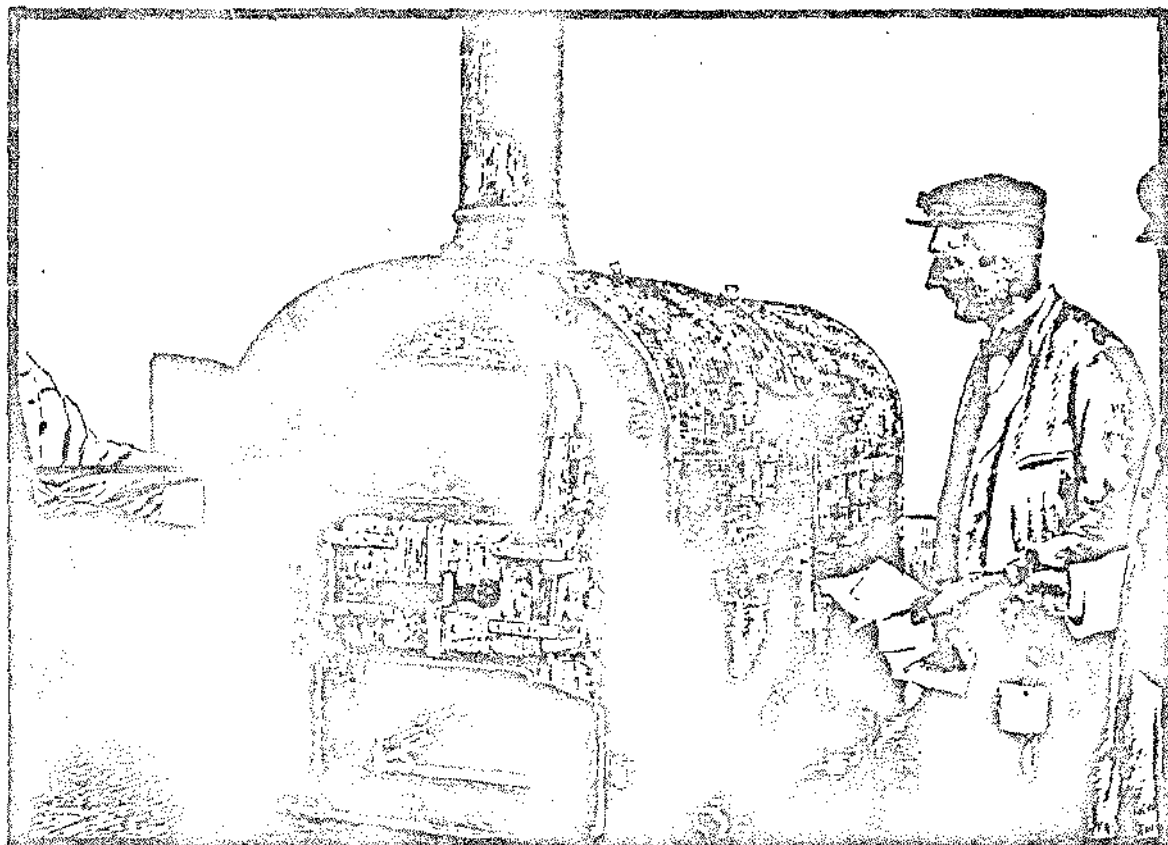
A argumentação da entidade de classe que reunia os proprietários de vacas fornecedoras de leite para a Capital, contrária à inoculação da tuberculina e à eliminação dos animais tuberculosos, indicava o baixo consumo de leite e apelava para a opinião pública, dando mostras de conscientização dos problemas sociais resultantes do baixo consumo de leite. É isso o que se depreende da afirmação "... o pobre que não pode comprar o leite porque custa muito caro, é obrigado a substituí-lo na alimentação por outras substâncias sempre pouco digestivas e frequentemente prejudiciais por causar perturbações gastro-intestinais".⁷⁶

Apesar do protesto dos vaqueiros e da Sociedade de Agricultura, o serviço de fiscalização e de exame dos animais manteve-se, pois a higiene pública reconhecia o perigo do consumo do leite e da carne de animais tuberculosos. Além disso, nada garantia que a população pobre pudesse passar a consumir leite, caso fosse abolida a vacinação das vacas e, de outra parte, ninguém sabia com

74. *Revista Médica de S. Paulo*, ano XII, n. 23, 1910, p. e *Revista Médica de S. Paulo*, ano XIII, n. 24, 1910, pp. 465-466.

75. Para se ter uma idéia do consumo de leite, o articulista referia-se ao consumo de leite em Milão, como sendo de 110 mil litros/dia. *Idem*, p. 466.

76. *Revista Médica de S. Paulo*, ano XII, n. 24, 1910, p. 466.



Forno Crematório dos Ratos.

FIG. 17 FONTE: AS NOSSAS GRAVURAS. DESINFECTÓRIO CENTRAL. op. cit.

segurança quais seriam as consequências se a população ingerisse leite de vaca tuberculosa.

5.3 Como mora o pobre - a tuberculose sem metáforas

Como parecem fáceis os caminhos que conduzem ao reconhecimento da miséria na cidade cuja riqueza cresce do dia para noite! Se a proporção do alimento básico, o leite, era um litro de leite/dia para 12 a 14 pessoas, não muito distante disso estava a relação habitação/ gente pobre - 12 a 14 pessoas por aposento ou cômodo.

Um dos primeiros inquéritos sobre habitações operárias e cortiços na Capital foi feito em 1893, quando a Capital foi atingida por alguns casos de febre amarela, logo encarados como anúncio da entrada da Capital no rol das cidades atingidas pela epidemia. A casa, a habitação operária, era considerada o "*ponto vulnerável do sistema de defesa da higiene urbana*". A comissão responsável pelo inquérito defendia a posição de que de nada valia a melhoria do abastecimento d'água, do serviço de esgoto, da drenagem do solo, da retificação de rios, da limpeza das ruas e quintais, se a unidade urbana - a habitação, não fosse reformada, a habitação que "*acumula a classe pobre, a estalagem, onde pulula a população operária, o cortiço ..., essas construções acanhadas, insalubres, repulsivas algumas, onde as forças vivas do trabalho se juntam em desmedida, fustigadas pela dificuldade de viver numa quase promiscuidade que a economia lhes impõe, mas que a higiene repele*".⁷⁷

77. Relatório da Comissão de exame e inspeção das habitações operárias e cortiços no distrito de Santa Efigênia. Relatório apresentado à Câmara Municipal de São Paulo pelo Intendente Municipal Cesario Ramalho da Silva. 1893. São Paulo, Typ a Vapor de Espindola, Siqueira e Comp. 1894. p. 43. A Comissão especial era composta por cinco membros escolhidos a partir de um acordo entre a Intendência Municipal e a secretaria do Interior. Faziam parte da Comissão o Sr. Luiz C. do Amaral Gama, Engenheiro-Chefe da Repartição de Obras Municipais, Sr. Theodoro Sampaio - Engenheiro Sanitário da Secretaria do Interior; e os Delegados de Higiene: Dr. Candido Espinheira, Dr. Cunha Vasconcellos e Dr. Marcondes Machado.

No relatório, a comissão especial encarregou o poder municipal de "salvar a cidade ameaçada", proibindo os abusos nas zonas mais novas e que iam se adensando com a chegada de imigrantes e de outros trabalhadores. Qualquer construção era transformada em moradia para a população pobre que chegava à cidade: "cortiços ou estalagens, casas de dormida, os prédios transformados em hospedarias, as vendas ou tascas, quase todos com aposentos no fundo para aluguel, os hotéis de 3a. e 4a. ordem, transformados em cortiços".⁷⁸ Na zona inspecionada foram arrolados 60 cortiços abrigando uma população de 1320 indivíduos de todas as nacionalidades. Em três ruas da região, havia uma concentração de 42 cortiços: a rua dos Gusmões, General Osório e Santa Efigênia. Ao lado dos cortiços, havia o *hotel - cortiço*, uma espécie de restaurante, onde a população operária, à noite, se aglomerava para dormir, e os sobrados, convertidos em cortiços por meio de divisões e subdivisões, comuns na rua do Bom Retiro, cujo nome parecia uma ironia se o visitante olhasse para os locais onde se acolhiam os trabalhadores. Em 43 cortiços, a Comissão contou 281 cubículos para uma população de 965 habitantes. A população excedia cerca de 1/4 da capacidade dos cubículos. À noite, o problema se agravava ainda mais, pois muita gente apenas pernoitava.⁷⁹

Sete medidas foram indicadas pela comissão para que os cortiços pudessem continuar a funcionar: calçamento e instalação de ralos no pátio interno, arborização, sistema de esgoto completo para as latrinas, água canalizada para uso doméstico, tanques para lavagens de roupas (um para cada grupo de seis casas, com ralos para esgoto), iluminação da área comum. Outras medidas foram arroladas para melhorar a higiene dos cubículos ou *casinhas*, tais como: pé direito de 3,5 a 4 m, ventilação das alcovas, clarabóias nos cômodos onde a iluminação fosse insuficiente, melhoria do assoalho;

78. *Idea*, p. 44.

79. *Idea*, p. 48.

caliação uma vez por ano, chão cimentado na cozinha, lotação determinada de modo a não exceder 15 metros cúbicos por pessoa e inscrição num livro rubricado pela polícia de todos os habitantes. Para os cortiços sem condições de reforma, a comissão pediu sua demolição e, em alguns casos, a desapropriação para construção de uma vila operária higienizada.⁸⁸

Como forma de desobstruir o centro da cidade, a comissão propunha a construção de vilas operárias num raio de 10 a 15 Km do centro e a extensão das linhas das estradas de ferro. Assim, as vilas seriam construídas seguindo os trilhos das estradas, eliminando as dificuldades de transporte e de comunicação dos operários com os locais de trabalho. Todas as direções da periferia da cidade eram apontadas para a construção das vilas operárias: os terrenos pelos lados de Santana, de Pirituba, de Água Branca, os terrenos para além da Mooca, os vizinhos do Ipiranga, São Caetano até a Estação de São Bernardo e mais para os lados da Penha. (Ver Fig. 13). O objetivo era desafogar a área central da Capital, retirando o excesso de população aglomerada nos cortiços e valorizar a região central, expulsando os pobres, os trabalhadores.

No inquérito, a Comissão Especial, composta por um engenheiro sanitário e delegados do Serviço Sanitário, definiu os parâmetros para o desenvolvimento urbano: limpar a área central da Capital das habitações operárias, jogá-las para a periferia e reservar a região central, área de terrenos valorizados, para a localização privilegiada do comércio, dos serviços, do sistema bancário e de escritórios. A necessidade de higienizar o centro caminhava junto à necessidade de valorizar o capital aplicado em terras urbanas, quer na parte central, quer na periferia. Como bem sentenciava o inquérito: *"Uma cidade como esta, rodeada de campos vastíssimos; com terrenos largos adequados*

88. Idem, p. 51.

a todas as construções não deve possuir em seu seio (parte central) esses antros denominados cortiços onde fenece a saúde mais robusta e onde o operário incauto, à busca de uma economia ilusória e fatal, encontra quase sempre os germens que o dizima".⁸¹

Tanto o poder público municipal quanto o estadual estimulavam as empresas a construírem vilas e habitações operárias, mediante medidas que facilitavam o acesso à compra ou à utilização de terrenos devolutos e forneciam garantia de juros de 10% sobre o capital aplicado na construção, isenção de direitos municipais e estaduais sobre os prédios. As concessões, as vantagens e os privilégios dados às empresas construtoras exerceram o papel de alavanca para a valorização do capital. Tudo, entretanto, em nome da saúde pública.

Seis anos depois, *A Folha do Brás*, jornal de tendência anarco-sindicalista, editado por Edgard Leuenroth, denunciava a concentração de cortiços no bairro que crescia com a instalação de indústrias e de oficinas, atraindo grandes levas de trabalhadores que preferiam permanecer nas proximidades das fábricas do que se deslocar para outros bairros distantes 15 ou 20 Km dos locais de trabalho. A folha fazia um apelo para que o prefeito da Capital visitasse o Brás e visse com seus próprios olhos a situação de miséria dos trabalhadores.⁸² As denúncias do jornal visavam sensibilizar o poder público municipal - o prefeito e a Câmara Municipal, para que colocassem um paradeiro na construção de cortiços no Brás. Muitas vezes, as construções não passavam de readaptações de casas velhas, de aproveitamento de espaços vazios que ficavam por baixo de uma escada ou por cima do madeiramento do forro das salas, transformando-os em quartos para abrigar uma família inteira.⁸³

81. *Idem*, p. 54.

82. *A Folha do Brás*. Ed. Edgard Leuenroth, São Paulo, n. 86, 1899, p. 1.

83. *A Folha do Brás*. op. cit. n. 89, 1899 e *A Folha do Brás*, op. cit., n. 97, 1901.

Sem fugir do mesmo alvo - atingir o poder público, o jornal de outra tendência ideológica, o *Fanfulla*, denunciava, na vida paulista, a presença marcante do cortiço, cujo crescimento se deu a partir do último decênio do século XIX. A Capital, em 1904, comportava um terço de cortiços dentre todas as habitações existentes. O volume de habitações coletivas justificava "o alerta às autoridades públicas" que o jornal se propunha a fazer, através de suas páginas, como uma "contribuição no interesse do bem público".⁸⁴

Em suas páginas, as descrições dos cortiços ganhavam vida: "... casario de um andar, composto de duas filas de aposentos baixos, sujos, úmidos e minúsculos, pouco arejados... em cada cubículo, verdadeira colméia humana... a família de trabalhadores, às vezes composta de 6 a 9 pessoas". "... patiozinho é um montão de imundices... o odor nauseabundo, crianças raquíticas, ambiente malsão, brigas, lavagem de trapos..." Com descrições dessa natureza, a imprensa se unia para deplorar a ambição dos proprietários dos cortiços e para denunciar a forma de exploração capitalista que crescia na cidade - o aluguel de casas. Em São Paulo, a imprensa denunciava: "os senhorios têm seu capital a um juro fabuloso... e as casas que mais rendem são as para os miseráveis".⁸⁵ Qualquer melhoria urbana feita pelo poder público - calçamento de ruas, instalação da rede de água ou de esgoto, instalação de linha de bonde, era motivo para que se elevassem os aluguéis. As melhorias revertiam em benefícios para os senhorios que expandiam seus negócios, construindo mais habitações coletivas pela periferia. Um único senhorio possuía muitas casas de aluguel: a ordem era explorar a massa de trabalhadores pobres que aportava na Capital, vinda das lavouras de café ou da Hospedaria de Imigrantes, à procura de moradia.

84. *Fanfulla*. São Paulo, 11 de outubro de 1904, p. 2 citado por Hall, M e Pinheiro, P.S. op. cit. p. 42-43.

85. *A Terra Livre*. Ed. Edgard Leuenroth, São Paulo, n. 1, 1905, p. 4.

Por trás das divisórias de tábuas ou de lona, a tuberculose e a mortalidade infantil conviviam com os tristes trastes humanos jogados nos cortiços. Eram, dessas habitações que saíam os contingentes de tuberculosos, como constatou o Dr. Clemente Ferreira em sete anos de funcionamento do dispensário. O Dr. Emílio Ribas, Diretor do Serviço Sanitário, anunciava que "*acabar com a casa insalubre é acabar com a tuberculose*", pois as "*alcovas eram os celeiros do bacilo de Koch*".⁸⁴

6. Lixo, água e febre tifóide

6.1. Limpeza pública. O lixão dos trapeiros de São Paulo

O debate sobre limpeza pública na Capital teve, em 1899, grande repercussão. A peste bubônica atingia o porto de Santos e parecia capaz de alastrar-se, chegando à Capital. A possibilidade mostrava-se cada vez mais concreta, à medida que o olhar se fixava no estado da limpeza das ruas, dos terrenos baldios, dos passeios públicos. O estado deplorável da limpeza pública da Capital, a irregularidade da remoção do lixo, as sujeiras acumuladas nas ruas e terrenos baldios atraíam ratos. Nesse ano, o Diretor do Serviço Sanitário, Dr. Emílio Ribas, instituiu a *campanha contra roedores*, pagando *duzentão por cabeça*. A responsabilidade em manter a limpeza pública da Capital não era do Serviço Sanitário e este pouca coisa podia fazer além de incentivar a caça aos roedores e de reclamar, nos relatórios, da precariedade do serviço de limpeza pública. Logo, as denúncias vindas do Serviço Sanitário e da imprensa dirigiam-se à municipalidade e à empresa responsável pelo recolhimento do lixo, limpeza das ruas e terrenos baldios. Em 1899, a administração do Conselheiro Antonio Prado, da

84. Relatório apresentado ao Sr. Dr. Secretário dos Negócios do Interior e Justiça pelo Dr. Emílio Ribas, Diretor do Serviço Sanitário, 1905. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, n. 13, 1906, p. 261.

Prefeitura da Capital encontrou o serviço de limpeza pública sob a responsabilidade da empresa Mirtil Deutsch e Fernando Dreyfus, desde 1892/93.

Não só o Serviço Sanitário do Estado reclamava em seus relatórios da qualidade do serviço de limpeza pública, mas também a *Folha do Brás* denunciava a situação da Capital, considerada *vergonhosa*, pois o recolhimento do lixo não era regular e os "*asquerosos receptáculos de lixo expostos todas as manhãs às portas das casas*" ali permaneciam por dias, exalando cheiros e sofrendo ação de cães e gatos que espalhavam o lixo pela rua.⁸⁷ Como no caso das denúncias das habitações coletivas, a folha operária dirigia-se ao poder público municipal como o interlocutor capaz de resolver os problemas da classe trabalhadora moradora do Brás. A folha reivindicava que a prefeitura impusesse à firma Mirtil Deutsch e Fernando Dreyfus a obrigação de fornecer um modelo de receptáculo para recolher o lixo, isto é, caixas hermeticamente fechadas. A firma deveria, ao recolher o lixo, depositar outra caixa vazia limpa e desinfetada e transformar o lixo em adubo para distribuição junto às chácaras do município.⁸⁸

Nos números seguintes, o jornal reclamou do pouco caso com que foram tratadas as sugestões para a melhoria do recolhimento do lixo. O bairro do Brás, segundo a folha, era o que menores cuidados recebia dos poderes municipais. Denunciava que a empresa não cumpria a determinação do contrato de "*retirar o lixo das casas até às 9 horas*" e, mesmo assim, a prefeitura não multava a empresa. Ao contrário, a prefeitura emprestou à firma 40 carroças para reforçar os trabalhos da empresa no bairro de Santa Efigênia. Mais do que uma disputa pelos recursos públicos e pela preservação da limpeza, a jornal operário contrapunha a pouca atenção da prefeitura para com o bairro operário à muita atenção aos bairros centrais e burgueses. O Brás era

87. *A Folha do Brás* Ed. Edgard Leuenroth, São Paulo, n. 87, 1899, p. 1.

88. *Idem*, p. 1.

definido pela folha como: "o bairro onde menores são os recursos de higiene aplicados e é onde a população acha-se mais condensada".⁸⁹

Uma série de artigos foram publicados em 1899. A questão do recolhimento do lixo preocupava o jornal - a tribuna de defesa dos moradores do bairro. O Brás foi o único bairro a contar com uma folha para denunciar os problemas urbanos junto às autoridades municipais, exigindo melhorias higiênicas no abastecimento de água, na rede de esgoto e na habitação.

O penúltimo ano do século XX foi um ano propício às denúncias ligadas às condições de vida da população da Capital. A peste grassava em Santos e seu principal mecanismo transmissor correspondia à cadeia - sujeira/rato/pulga/peste. Por outro lado, no ano seguinte, encerrava o contrato de concessão dos serviços de limpeza com a firma Deutsch e Dreyfus e, por isso, a *Folha do Brás* propunha novas determinações para um novo contrato.⁹⁰

Nessa época, a diretoria do Serviço Sanitário também mostrou o mesmo empenho, talvez estimulado pelo término próximo do contrato entre a prefeitura e a firma de limpeza pública. Nomeou o inspetor sanitário Dr. Francisco de Almeida Cavalcanti para estudar o lixo na Capital. No relatório final, ele abordou o problema do lixo em dois aspectos: remoção e destino.⁹¹

Cabia à empresa de limpeza pública contratada pela prefeitura a remoção do lixo e os cuidados com o asseio das ruas, porém, segundo o inspetor sanitário, o serviço prestado pela empresa Deutsch e Dreyfus era "lento, insuficiente e perigoso e que há muito reclama completa reforma".⁹² Até altas horas do dia, o lixo era recolhido e as pesadas carroças de detritos rodavam pelas ruas mais

89. *A Folha do Braz*. Ed. Edgard Leuenroth. São Paulo, n. 88, 1899, p. 1.

90. *A Folha do Braz*. Ed. Edgard Leuenroth. São Paulo n. 90, 1899, p.1.

91. CAVALCANTI, Francisco de A. Contribuição para higiene de S.Paulo. *Revista Médica de São Paulo*. São Paulo, ano II, 1900, p. 211-222.

92. *Idem*, p. 212.

centrais da Capital, carroças de madeiras, sem verniz impermeabilizante, e muitas vezes sem tampas, pois o excesso de lixo não permitia fechá-las. Como o número de carroções não era suficiente, algumas ruas não tinham diariamente seu lixo recolhido.

A irrigação das ruas centrais era uma das tarefas que cabia, por contrato, à empresa, porém devido à falta de água da Capital, o serviço era executado com muita deficiência. A varredura das ruas de maior trânsito também era apontada como irregular pelo inspetor.

Todo o lixo da Capital era depositado à margem esquerda do Tietê, onde a empresa tinha suas cocheiras, oficinas de conserto de material, veículos diversos, vassouras e as habitações dos empregados. Havia dois fornos incineradores, mas apenas um funcionava, admitindo uma pequena carga de lixo. Como não havia incineração eficiente de um volume significativo de lixo, monturos iam sendo formados, onde miseráveis e trapeiros catavam vidros, ferro, papel e trapos para sobreviverem.

Os catadores de lixo pagavam à empresa para catar e depois vendiam o produto catado no comércio de trapos e de ferro velho. O comércio de trapos estava na mira dos inspetores sanitários, pois nos últimos anos, ele havia crescido muito. Em diversos pontos da cidade, especialmente no Brás e no Bom Retiro, havia depósitos de trapos no interior dos prédios ocupados por italianos recém-chegados à Capital. Uma verdadeira indústria de trapeiros, como conceituava o Serviço Sanitário, desenvolvia-se. Uma população miserável e suja coletava junto aos monturos e levava o produto da coleta para suas habitações até que os *comissários*, intermediários entre os trapeiros e as indústrias de papel, o comprassem. Os *comissários* mantinham o material catado em barracões de madeira localizados nos bairros onde adquiriam os trapos.

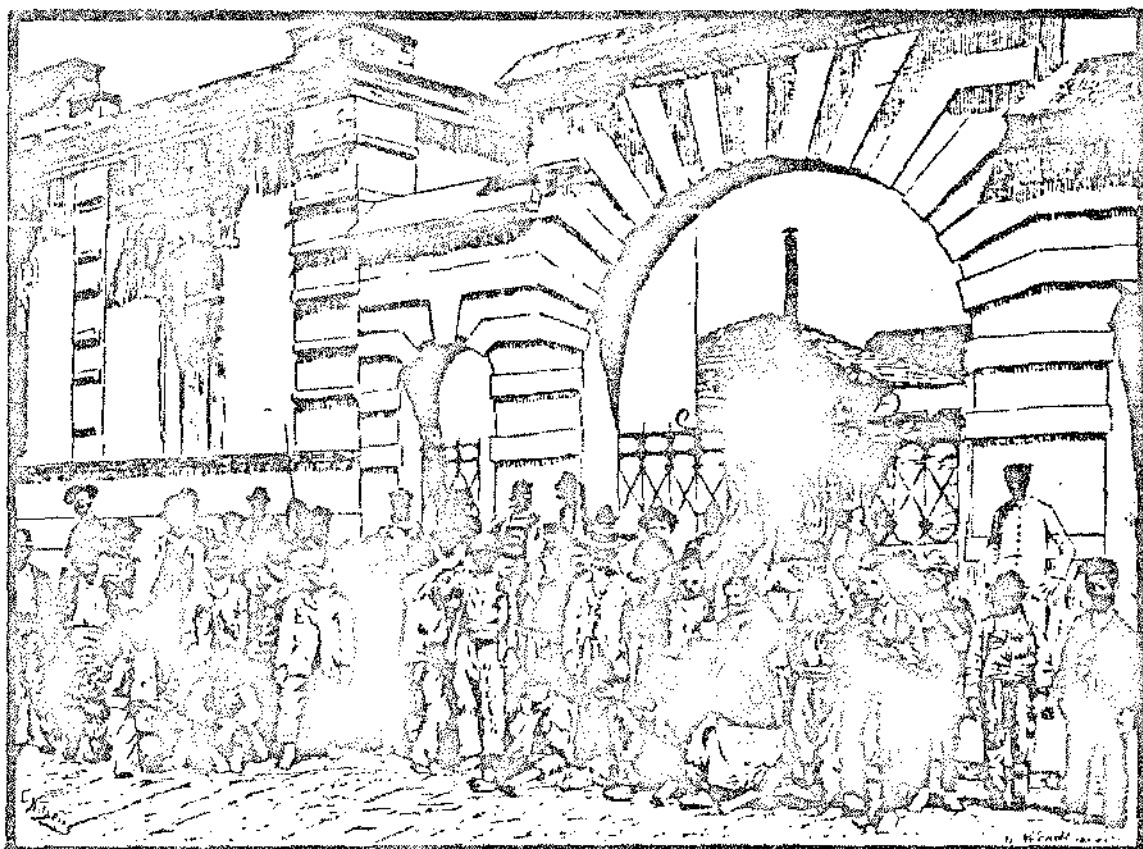
A prefeitura e o Serviço Sanitário vinham promovendo uma fiscalização cerrada nesse comércio criador

de focos de moléstias. Impuseram a desinfecção obrigatória dos trapos que eram enviados, através da estrada de ferro, para as fábricas de papel de Caieiras e Itu. Junto aos pontos de catagem, foram instaladas duas estufas locomóveis que o Desinfetório Central, mediante contrato, cedeu à empresa de limpeza pública. Os sacos de trapos eram desinfetados nas estufas e numerados por um funcionário do Serviço Sanitário. Somente com o registro, os sacos podiam ser despachados para a estação da estrada de ferro. Assim, a prefeitura e a higiene pública iam impondo um policiamento centralizado e normas à *indústria de trapeiros* da Capital.

O resto do monturo que não servia para o comércio de trapos, ou seja, a quase totalidade, era conduzida por saveiros através do rio Tietê e lançada às margens do rio, em ponto distante dos bairros populosos. Esse destino era objeto de críticas por parte do inspetor sanitário, pois a cidade crescia a cada dia e o lixo jogado, em terrenos baixos e alagadiços, não distava mais de um quilômetro do bairro da Ponte Grande. O crescimento da cidade reduzia a distância entre os bairros e o lixão.⁹ O lixo ocupava uma área de 25 mil metros e atingia uma altura de 3 metros e comprometia a salubridade pública, uma vez que o acúmulo de imundícies reproduziam moscas que infestavam a cidade, pelo menos uma parte da cidade, a mais próxima da Ponte Grande.^{9a} O amontoado de lixo "*às portas da cidade*" decompunha-se ao ar livre e era espalhado pelo vento e pelas enchentes do Tietê. Não era queimado e nem tratado para ser utilizado como adubo, denunciava o inspetor sanitário.

No final do relatório das condições da limpeza pública, o inspetor sanitário propunha cláusulas para um novo contrato com a empresa prestadora do serviço, cláusulas mais rigorosas quanto ao recolhimento e ao destino do lixo. A remoção dos detritos domésticos deveria ser diária, das 6 às 7 horas, e a varredura das ruas feita diariamente, das 3

93. *Idea*, p. 213.



Vendedores de Ratos.

FIG. 18 FONTE: AS NOSSAS GRAVURAS. DESINFECTÓRIO CENTRAL.op. cit.

às 5 horas da madrugada. Os recipientes para o lixo doméstico deveriam ser uniformizados, serem de ferro galvanizado, e os veículos para o transporte do lixo deveriam seguir um modelo especial de carroças de zinco com armação de madeira fechada. Quanto ao destino do lixo, a proposta previa a incineração de todo o material que fosse inútil. Previa a instalação de quatro incineradores com capacidade de 50 toneladas/dia localizados no Brás, na Barra Funda, na Luz e na Liberdade. Condenava a catagem feita pelos pobres e miseráveis e previa sua extinção. Toda catagem de coleta feita no lixo deveria ser centralizada pela empresa e feita por seus funcionários que deveriam ser *operários bem remunerados* e que, depois do trabalho, encontrassem banheiros para uso e não passassem a vida miserável do *trapeiro parisiense*.⁹⁴

O novo contrato entre a prefeitura e a empresa Deutsch e Dreyfus não seguiu as orientações propostas pelo Serviço Sanitário, mantendo as cláusulas do antigo contrato de 1892. Quer a prefeitura, quer a empresa de limpeza pública rejeitaram as melhorias sugeridas no estudo do inspetor sanitário.

Em 1905, novamente sob a perspectiva do encerramento do contrato firmado entre prefeitura e a empresa de limpeza pública, o Serviço Sanitário tomou a iniciativa de propor novas orientações quanto à remoção e destino do lixo. O diretor do Serviço Sanitário enviou ofício ao prefeito Antonio Prado, propondo melhorias no recolhimento do lixo - horário definido e obrigatoriedade da adoção de recipientes seguros. Insistia que quanto ao destino, a incineração era o melhor destino dado ao lixo acumulado nas proximidades da cidade. Condenava a utilização

94. *Idea*, p. 222.

do lixo que sem sofrer qualquer tratamento, servia de adubo nas chácaras dos arredores da Capital.⁹⁵

A partir desse ofício do Dr. Emilio Ribas ao prefeito, iniciava-se uma troca de correspondências, na qual o prefeito afirmava que o *"sistema adotado pela municipalidade para a coleta e destino do lixo não podia ser condenado em absoluto por ser contrário às exigências da higiene"*. O sistema era o mais econômico e não comprometia a saúde pública, ainda que carecesse de melhoramentos que exigiam aumento da despesa. A incineração, recomendada pelo Serviço Sanitário, era uma das melhorias que o prefeito concordava em testar, antes de ser adotada em definitivo.⁹⁶

A defesa da empresa de limpeza pública e a condenação do julgamento feito pelo Serviço Sanitário sobre as condições da limpeza pública na Capital, feitas pelo prefeito Antonio Prado nos ofícios enviados à Câmara, abriram uma área de atrito entre o poder municipal e o Serviço Sanitário. Em resposta, o diretor do Serviço Sanitário incorporou o parecer de um fiscal da própria prefeitura junto à firma Mirtil Deutsch e Fernando Dreyfus, no qual constatava a precariedade do material da empresa, o não cumprimento dos horários estabelecidos pelo contrato para a remoção do lixo e a não aplicação de multas.⁹⁷

O problema mais grave, segundo o inspetor sanitário Dr. Francisco Cavalcanti, centrava-se no destino dado ao lixo. A remoção e o transporte do lixo dependia de uma fiscalização rigorosa por parte da municipalidade e da aplicação de multas nos casos de infração das cláusulas contratuais, mas o destino do lixo envolvia o compromisso da prefeitura em construir incineradores, o que implicava na elevação do gasto e na disponibilidade de recursos. Somente a adoção de fornos de incineração poderia acabar com a

95. RIBAS, Emilio, PRADO, Antonio e CAVALCANTI, Francisco. Higiene Pública. A propósito do Serviço de remoção do lixo da Capital. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, ano VIII, n. 10, 1905, p. 214-224.

96. *Idem*, p. 218.

97. *Idem*, p. 219.

"*massa colossal de lixo em putrefação*" que se acumulava nas margens do Tietê, não muito longe do Clube Esperia. Na defesa da proposta de incineração do Serviço Sanitário, o Dr. Affonso Azevedo, inspetor sanitário e membro da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, argumentava que o lixo da Capital não podia ser aproveitado porque não havia condições da municipalidade fornecer uma remuneração elevada para catadores e classificadores de lixo, e nem existiam empresas especializadas no aproveitamento do lixo como adubo agrícola. Portanto, para acabar com o depósito de lixo das margens do Tietê, aquele "*acúmulo de imundícies que despertaria a pena de um Flaubert ou de um Zola*", somente a incineração".**

A polêmica entre a Prefeitura e o Serviço Sanitário sobre a limpeza pública encerrou-se com a aprovação da Câmara Municipal de uma proposta "*conciliatória*": de um lado se prorrogava o contrato com a firma Deutsch e Dreyfus sem abrir concorrência pública, e de outro, o prefeito se comprometia a organizar e completar os estudos e planos para a incineração do lixo, no prazo de um ano, no fim do qual se abriria concorrência pública."

Nesse mesmo ano, o prefeito Antonio Prado mandou construir um forno Meldrún pelos Dr. Nereu Rangel Pestana e Tobias Lacerda de Martins Moscoso, para dar início à incineração do lixo e para testar o valor de combustão do lixo da Capital. A firma Deutsch e Dreyfus permaneceu como prestadora de serviços de limpeza pública até 1908, quando o serviço foi transferido para o Coronel Francisco Antonio Pedroso. Quatro anos depois, em 1912, o serviço de limpeza pública foi encampado pela prefeitura, já na gestão do prefeito Raymundo Duprat.¹⁰⁰

98. Ata da sessão ordinária da Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo de 10 de maio de 1905. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, ano VIII, n. 10 1905, p. 227-232.

99. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, ano VIII, n. 11, 1905, p. 237-246.

100. *Relatório de 1912/1913, apresentado à Câmara Municipal de S. Paulo pelo Prefeito Raymundo Duprat*. São Paulo, Casa Vanorden, 1914.

Toda a polêmica sobre o lixo representou o início da reforma urbana que se fazia necessária, já desde o final do século XIX, mas que foi se arrastando devido a diversos interesses que se cruzavam: o poder municipal, a firma Deutsch e Dreyfus e o Serviço Sanitário. Das posições em debate, ficava clara, de um lado, a solidariedade de interesses entre a prefeitura e a firma Deutsch e Dreyfus; do outro lado, situaram-se os inspetores sanitários e o Serviço Sanitário. A construção do forno incinerador foi uma vitória parcial do Serviço Sanitário, assim como a manutenção da firma Deutsch e Dreyfus, como prestadora do serviço, foi uma vitória do poder municipal e da própria firma.

Em 1921, numa palestra no Instituto de Higiene, o Dr. Emílio Ribas comentava os efeitos causados pela construção do forno na gestão de Antonio Prado: *"o forno da avenida municipal queima apenas uma parcela mínima da quantidade diária de lixo aqui produzido que continua a ser um colossal viveiro de moscas..."*¹⁰¹ Defensor da incineração concluía que o destino dado ao lixo, ainda em 1921: *"destoa do nosso grau de progresso, deprime os foros de civilização da cidade de S. Paulo e é condenado pela saúde pública"*.¹⁰²

A rede de esgoto para os detritos líquidos e veiculáveis e a limpeza pública para os detritos sólidos precisavam fluir sob pena de comprometer a saúde pública e propiciar o aparecimento de epidemias de moléstias contagiosas e devastadoras, como a tuberculose, a febre tifóide, as diarreias, as gastroenterites.

6.2. Água para os pobres: as inocentes águas do rio Tietê.

101. RIBAS, Emílio. Questões de Higiene. A febre tifóide em São Paulo e o seu histórico. Homenagem a Arnaldo Vieira de Carvalho, ao corpo docente e aos alunos da Faculdade de Medicina de São Paulo. *Boletim do Instituto de Higiene de S. Paulo*. n. 8, 1921, p. 20.

102. Idem, p. 20.

Se a limpeza pública ficou a cargo da municipalidade, o mesmo não se deu com a rede de esgotos e com o abastecimento de água, cuja responsabilidade recaiu sobre outra esfera de poder - a estadual.

Os serviços de água e esgotos da Capital achavam-se sob a responsabilidade da Cia Cantareira, através de um contrato de concessão, aprovado pelo Congresso Legislativo. Em 1898, o Congresso deliberou a encampação da Cia Cantareira, por que ela não cumpriu as cláusulas contratuais. A população da Capital continuava não dispondo de água em abundância e de uma rede de esgotos eficiente e extensa. Nos quinze anos de monopólio dos serviços de água e esgoto, a Cia Cantareira não concluiu as obras contratuais.¹⁰³

No final do século XIX, a Capital apresentava um sistema de captação de água insuficiente para acompanhar o ritmo do seu crescimento populacional. O principal manancial, o da Serra da Cantareira, mostrava-se incapaz de supri-la com o volume de água exigido. O estrangulamento no suprimento de água suscitou o debate acerca das alternativas para se buscar água: poços artesianos e captação das águas de outros rios.

A polêmica instaurou-se definitivamente em 1904, quando penetrou as sessões da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, onde se defrontaram diferentes posições de médicos ligados ao Serviço Sanitário, inspetores sanitários e diretores de órgãos vinculados à estrutura da higiene pública, como os doutores Arnaldo Vieira de Carvalho, Afonso Azevedo, Clemente Ferreira e Sérgio Meira, e de médicos independentes, clínicos sem vínculo com os organismos da saúde pública, como os doutores Augusto César Miranda Azevedo, Rubião Meira e Luiz Pereira Barreto.

103. FERRAZ, João Pereira. Engenharia Sanitária Contribuição para o estudo do abastecimento da água potável em S. Paulo. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, 1, n. 4, 1898. p. 62-64. A Cia Cantareira foi organizada em 1877. Para abastecer de água a Capital e construir a rede de esgoto. A água foi captada na Serra da Cantareira através da instalação de 14,5 Km de canos que canalizavam água para o reservatório localizado na Consolação.

O ponto da discórdia era a utilização das águas do rio Tietê para completar o abastecimento de água da Capital, já que o volume de água captado junto à Serra da Cantareira era insuficiente. A Repartição de Águas e Esgotos, órgão ligado à Secretaria da Agricultura, havia preparado um projeto para a utilização das águas do Tietê, elaborado pelo engenheiro Rebouças que previa a depuração das águas do Tietê por meio de sulfato de alumínio, a elevação das águas até a Penha e a distribuição pela gravidade a uma parte da cidade. As vantagens do projeto, segundo o Diretor da Repartição de Águas e Esgotos, Dr. Arthur Motta, eram econômicas, pois a elevação e a canalização das águas teriam um custo reduzido. Propunha, porém, ao invés do uso do sulfato de alumínio, o emprego de filtros de areia e a ozonização.¹⁰⁴ O diretor da Repartição de Águas e Esgotos defendia a qualidade das águas do Tietê empregadas no abastecimento dos bairros do Brás e do Belenzinho (as quais não recebiam qualquer tratamento), concluindo que as águas do Tietê não eram "*funestas à população*" e nem traziam "*prejuízos à salubridade pública*", como atestavam as estatísticas demográfico-sanitárias.

A conclusão do diretor da Repartição de Águas e Esgotos não se sustentava nas estatísticas demográfico-sanitárias, elas indicavam o contrário. O Brás, por exemplo, era um bairro que apresentava a maior percentagem de óbitos na faixa etária de 0 a 5 anos, óbitos causados por moléstias ligadas ao aparelho digestivo: gastroenterite, enterite e diarreia. As águas não tratados do rio Tietê não podiam ser inocentadas de contribuirem para isso.

O Dr. Miranda Azevedo abriu o debate na Sociedade de Medicina e Cirurgia, condenando as águas poluídas do Tietê para o abastecimento da cidade de São Paulo. Apoiava

104. MANGE, Roberto, HOTTINGER, R. e PAULA SOUZA, Geraldo Horácio. O problema do abastecimento de águas de S. Paulo resolvido pela utilização do Rio Tietê. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, n. 10, 1913. p. 189-196. Em 1904, o Dr. Arthur Motta havia publicado o livro *Estudos Preliminares para o reforço do Abastecimento de São Paulo*, no qual defendia o projeto do engenheiro Dr. Rebouças.

seu julgamento na única análise bacteriológica feita das águas do rio pelo Dr. Arthur de Mendonça, no Instituto Bacteriológico, cujo resultado fora desfavorável ao seu emprego no abastecimento da população da Capital.

As águas do Tietê recebiam, no seu curso, todo o esgoto da cidade e, ao lado das suas margens em Mogi das Cruzes, Guarulhos e São Miguel, existiam criadores de gado e de porcos que se serviam do rio como depósito de excrementos. Auxiliando sua argumentação, o Dr. Miranda Azevedo citava os clínicos que atuavam no bairro do Brás, Drs. Mello Barreto, Almeida Lima e A. Zuquim que constataavam o flagelo da população atingida por graves afecções gastrointestinais. Era justamente para a população moradora do Brás que a Repartição de Águas e Esgotos destinava as águas do rio Tietê.¹⁰⁵

Além de receber o esgoto não tratado da Capital, o Tietê, segundo o Dr. Miranda Azevedo, não tinha profundidade e nem oferecia volume e correnteza suficientes para a eliminação dos materiais do esgoto. Nas épocas de seca, seu nível abaixava demais não permitindo a eliminação das substâncias nocivas à população.

Para completar o abastecimento de água da Capital, cujo sistema Cantareira e Ipiranga estava em colapso, os médicos Dr. Miranda Azevedo, Rubião Meira e o engenheiro sanitário e ex-diretor da Repartição de Águas e Esgotos, Theodoro Sampaio, propunham a captação das águas dos mananciais e das cabeceiras circunvizinhas à Capital. O manancial do rio Cotia era o de maior volume e distava 30 a 40 Km da Capital. A captação das águas era defendida como sendo a melhor solução para o abastecimento de São Paulo.

O aproveitamento dos mananciais de cima da serra ocupava o primeiro lugar no abastecimento de água para beber, por último vinha o aproveitamento das águas de rios, quando da ausência de mananciais. As águas do Tietê poderiam

105. Ata da Sessão Ordinária da sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo de 15/9/1904. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, n. 19, 1904, p. 450-455.

ser empregadas para fins industriais e para a limpeza de esgotos e ruas, mas não para o uso da população.¹⁰⁶

O Dr. Luiz Pereira Barreto, médico progressista e entusiasta dos processos yankees, como era conhecido, defendia as águas das terras altas para o abastecimento da população. Dizia em artigo publicado em *O Estado de São Paulo*: "... a água da montanha é sempre preferível... É a menos sujeita à contaminação. É a que melhor equilíbrio oferece nas proporções do sais terrosos que toda a água contém... Em segundo plano, vem a água do rio. Se o rio for bem corrente sobre um leito todo de pedra será quase nula a diferença entre ela e a de montanha. Porém se for de lama o leito do rio, como acontece com o Tietê, não poderá ser esta água utilizável, senão depois de passar pelo indispensável processo de filtração. Este processo é um grande recurso, quando não existe outro meio de dar água potável a uma população".¹⁰⁷ O Dr. Luiz Pereira Barreto assegurava a existência de mananciais na Cantareira e nos seus contrafortes.¹⁰⁸

O aproveitamento das águas de rios pelo sistema de filtragem era reconhecido pelos médicos, porém avaliado como ineficiente. Tanto o Dr. Miranda Azevedo quanto o Dr. Pereira Barreto apontavam a imperfeição dos filtros na transformação de água poluída em água potável. Um filtro, para ser considerado perfeito, deveria reter nos seus poros as impurezas e, quanto mais matérias orgânicas detivesse, mais cedo perderia seu poder de filtrar. Os filtros de areia eram os recomendados, mas com limitações. Por isso, para os médicos, mesmo que a água do Tietê passasse por filtros, isso não garantiria sua qualidade para o consumo da população.

106. Ata da Sessão Ordinária da Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo de 1/10/1904. *Revista Médica de S. Paulo*, n. 19, 1904, p. 477-488.

107. Idem, p. 481. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo, 9/12/1903.

108. O engenheiro Dr. Theodoro Sampaio certificou, em carta ao Dr. Miranda Azevedo, a existência de águas nas terras altas, rio Cotia, uma e outra vertente da serra da Cantareira. *Revista Médica de S. Paulo*, n. 2, 1905, p. 40.

Na visão do Dr. Miranda Azevedo, o projeto do engenheiro Rebouças e da Repartição de Águas e Esgotos de utilização das águas do Tietê não passava de "*desejos de fazer engenharia*", identificada pelo médico, como "*a atual neurose que domina esta terra*".¹⁰⁹ Nem em termos econômicos se justificava o emprego das águas do Tietê: o projeto era caro, envolvia obras de engenharia, elevação, bombas elevatórias, energia elétrica ou carvão, construção de bacias, filtração, decantação, filtros (Jewell americanos), canalizações e substâncias químicas. Além dos custos do projeto serem elevados, nada garantia seu êxito, pois, conforme o Dr. Miranda Azevedo, ainda não se estudara a flora e a fauna do Tietê e nem a composição química de suas águas.

Do outro lado, sustentando o projeto de utilização das águas do Tietê, estavam os doutores Clemente Ferreira, Arnaldo Vieira de Carvalho e Afonso Azevedo. Os dois primeiros utilizaram a imprensa diária de São Paulo para defender suas posições e foram alvo das maiores críticas por parte do Dr. Miranda Azevedo que pretendia manter o debate no "*seio da Sociedade de Medicina e Cirurgia*", foro de debate científico.¹¹⁰ O Dr. Clemente Ferreira era de opinião que as fontes eram passíveis de poluição e que, portanto, nada garantiria que fossem puras. Sustentava, ainda, que do "*ponto de vista das necessidades próximas e remotas*" a solução do problema do abastecimento de São Paulo estava no uso das águas do Tietê, depuradas pela filtragem científica.¹¹¹

Por sua vez, o Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho não via razão para o governo titubear em lançar mão das águas do Tietê, uma vez que seriam depurados com filtros rápidos

109. *Revista Médica de S. Paulo*, n. 19, 1904, p. 483.

110. Discurso pronunciado pelo Dr. Miranda Azevedo na Sessão de 9 de janeiro de 1905 da Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo. *Revista Médica de S. Paulo*, São Paulo, n. 2, 1905, p. 33-42.

111. *Revista Médica de S. Paulo*, São Paulo, n. 19, 1904, p. 479.

americanos (Jewell), a "última palavra em aparelhos depuradores de águas".¹¹²

Somente as águas do rio Tietê podiam propiciar água suficiente para a Capital, sustentava o Dr. Afonso Azevedo. A pouca correnteza do rio, ao invés de ser um elemento desfavorável, era um fator positivo na destruição das bactérias.

Duas propostas se defrontaram numa assembléia da Sociedade de Medicina e Cirurgia: uma, formulada pelo Dr. Afonso Azevedo, que propunha que a SMCSF aprovasse a utilização das águas do Tietê, e outra, formulada pelo Dr. Rubião Meira, que reivindicava o uso das águas originalmente puras. A SMCSF aprovou a segunda proposta.

7. A Sociedade de Medicina e Cirurgia: a ciência de uma época.

A polêmica do abastecimento d'água percorreu os debates da Sociedade de Medicina e Cirurgia que se manifestou contrária à perspectiva adotada pelo órgão oficial responsável pelo abastecimento de água. Desde a sua fundação, em 1895, nenhuma questão havia provocado debate tão acalorado. Mesmo quando a discussão dizia respeito às epidemias de febre amarela, na qual diversas posições se defrontavam, nunca se formulou um veredicto contrário à posição dos órgãos responsáveis pela saúde pública.

A SMCSF colaborou nas experiências realizadas pelo Serviço Sanitário para a definição do vetor transmissor da febre amarela. A atuação da sociedade em prol da saúde pública definia-se como conselheira dos poderes públicos e, portanto, não deveria impor medidas de saúde pública. Por adotar essa posição frente ao estado e à política de saúde pública, a SMCSF tornou-se uma colaboradora, não se posicionando radicalmente às medidas de saúde pública

112. *Idea*, p. 480.

adotadas pelo Serviço Sanitário. O discurso médico-sanitarista produzido pela SMCSF convergia para o estado, mais especificamente para os órgãos estatais responsáveis pela definição e pela execução da política de saúde. Nesse sentido, o discurso era normativo, embora os membros da sociedade atenuassem seu caráter, atribuindo-lhe a natureza de conselhos.

Por outro lado, não havia razões para conflitos entre a sociedade e os órgãos do estado voltados para a saúde pública, pois, na verdade, em ambas as instituições os nomes se repetiam. Tratava-se das mesmas pessoas - da elite paulista. A SMCSF reunia profissionais de prestígio na sociedade paulista.

A época de sua criação foi propícia à constituição de uma associação de médicos; havia um estímulo ao debate, pois a cidade de São Paulo crescia estupendamente. Novos pensamentos e novas concepções acendiam discussões. A era dos miasmas parecia finalmente enterrada - a bacteriologia, a soroterapia, as descobertas de Pasteur difundiam-se rapidamente entre os médicos e abriam novas perspectivas de estudos e novos campos de experiências.¹¹³

A notícia, *NOVA DESCOBERTA*, estampada nas páginas dos primeiros números da revista da sociedade, ilustra a preocupação de seus associados em se manterem atentos às descobertas e ligados ao que se passava no campo científico.

NOVA DESCOBERTA

"Parece que este fim de século pretende assignalar-se por descobertas cada qual mais gigantesca e curiosa. Depois dos raios luminosos invisíveis com que Roentgen conseguiu emocionar o mundo letrado, apparece outra

113. Uma das primeiras comunicações apresentadas na recém inaugurada SMCSF foi um *Elogio histórico a Pasteur*, feita pelo Dr. Luiz Pereira Barreto. *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*. Ano I, n. 4, outubro de 1895. p. 1-26.

descoberta não menos interessante e oriunda ainda da aliança da eletricidade com a photographia.

Referimo-nos ao cinematographo, aparelho electrophotographico maravilhoso que permite reproduzir com maxima fidelidade imagens animadas com movimentos naturaes: como por exemplo os flôcos de espuma rezultantes do desdobramento das ondas; as espiraes de fumaça sahidas de um charuto; o movimento da folhagem de uma arvore agitada pelo vento; homens ou animaes em marcha."

(Noticia publicada no Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, em março de 1896)

A vida intelectual da cidade de São Paulo entrava em efervescência. A movimentação e o maior velocidade no ritmo de vida tomavam conta da cidade que se urbanizava dia após dia e coincidiam com a descoberta de um aparelho capaz de registrar o movimento - o cinematógrafo.

A época era favorável ao debate, aos contatos científicos e a comunidade médica aglutinava-se em torno da criação de uma entidade associativa, na ausência de outra instituição capaz de ser o *forum* de discussões sobre questões médicas e sobre as afecções que abatiam a população paulista. São Paulo não dispunha de uma Faculdade de Medicina (somente criada em 1913). Por outro lado, as epidemias de febre amarela alastravam-se pelo *pesto paulista* e o desconhecimento de suas formas de transmissão representava um desafio ao *saber médico* e um estímulo ao debate.

O movimento associativo dos médicos encontrou nas questões pertinentes à *clínica médica*, tais como a defesa da cobrança de honorários, a regulamentação do exercício profissional, a condenação do charlatanismo e a definição de um código de deontologia, guia da conduta moral dos médicos de São Paulo, temas capazes de criar um incentivo à

convergência dos profissionais para uma entidade da categoria.¹¹⁴

O primeiro presidente da entidade foi o Dr. Luiz Pereira Barreto, formado em 1864, na Universidade de Bruxelas, por essa época entrou em contato com o positivismo. De volta ao Brasil, estabeleceu clínica em Jacareí e tornou-se um divulgador das idéias de Augusto Comte. Não se manteve, porém, fiel ao comtismo, buscou completá-lo com as idéias de Pasteur e de Lister e abriu dissidência com os positivistas ortodoxos reunidos no Apostolado Positivista do Rio de Janeiro, chefiado por Miguel Lemos e Teixeira Mendes. Seu afastamento explica a sua não adesão à *Campanha contra a Vacinação Obrigatória*, movida pelo Apostolado. Defendia que, no caso de epidemias, não se podia levantar a bandeira dos direitos do homem para dispensar alguém de medidas higiênicas que visassem proteger a coletividade. Considerava que era dever do cidadão submeter-se à vacina obrigatória contra a varíola.¹¹⁵ Enquanto isso, o Apostolado Positivista do Rio de Janeiro alardeava o *despotismo sanitário* e se aproveitava do espírito de revolta da população, que não se restringia à vacina obrigatória, mas a toda uma situação criada pela reforma urbana, comandada por Rodrigues Alves, Pereira Passos e Oswaldo Cruz, que a despejou dos cortiços e das *cabeças de porco*, lançando-a para fora do centro da cidade em nome da higiene, da modernização e do embelezamento da Capital Federal.¹¹⁶

É provável que a reduzida presença do Apostolado Positivista em São Paulo resultasse da grande influência das idéias de Pereira Barreto nos meios médicos. Não se pode deixar de considerar, porém, que a ausência de um movimento

114. Há, no Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia, vários artigos sobre estas questões ver *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia* ano 1, n. 12, junho 1896; ano 2, n. 14, agosto, 1896; ano 3, n. 27, setembro de 1897, ano 3, n. 33, março de 1898; ano 3, n. 36, junho de 1899.

115. BARROS, Roque Spencer Maciel. *A evolução do pensamento de Pereira Barreto*. São Paulo. Editorial Grijalbo, 1967, p. 194-195, e MORSE, Richard, op. cit. p. 213, 226 e 227.

116. Sobre a Revolta da Vacina e o Apostolado Positivista ver: PORTO, Angela. op. cit., p. 81-130

de massa contrário à vacinação em São Paulo se deveu, principalmente, ao fato da cidade apresentar um crescimento urbano menos caótico do que o da cidade do Rio de Janeiro. Em São Paulo, houve protestos individuais, mas não se desdobraram em manifestações de massa. Já, no Rio de Janeiro, houve uma revolta popular de grande intensidade. As dificuldades e os problemas urbanos sentidos na Capital Federal eram imensos. A população carioca era de 750 mil em 1900, ou seja, três vezes superior à população paulistana. Ao lado dessa superpopulação, a Capital Federal sofria com um outro problema - a topografia da cidade - que comprimia o espaço urbano de ocupação entre o mar e os morros, agravando, ainda mais, os problemas sociais da cidade.

Pereira Barreto foi ainda membro eminente do partido republicano e representante na Constituinte Estadual de 1891, na qual exerceu o cargo de Presidente da Assembléia Constituinte. Frustrado com o desenrolar da República que deixou de representar a "*república dos seus ideais*", retirou-se da política.¹¹⁷ Dedicou-se aos estudos da fertilidade do solo, introduziu a viticultura e defendeu a policultura, como a única forma capaz de transformar de fato o imigrante em colono, pois o café mantinha-o apenas como trabalhador.¹¹⁸

O segundo presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia foi Carlos Botelho, médico formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, filho do Conde do Pinhal, grande fazendeiro de café e proprietário da estrada de ferro que ligava Rio Claro a São Carlos, mais tarde vendida à Cia Paulista de Estradas de Ferro. Carlos Botelho foi um dos fundadores da Policlínica, *posto médico* mantido pela SMCSF para atender a população pobre da Capital. Em 1896, recebeu da SMCSF o título de benemerência pelos serviços prestados e

117. CASALECCHI, José Enio. *O partido republicano paulista 1889-1926*. São Paulo: Brasiliense, 1987, p. 313.

118. BARROS, Roque Spencer. op. cit. p. 150, e PARANHOS, Ulisses. História de um espírito - Luiz Pereira Barreto. *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo*. n. 1, março de 1923, p. 191-199.

pelos donativos feitos à Policlínica. Durante a Presidência de Jorge Tibiriça (1904-1907), o Dr. Carlos Botelho ocupou a Secretaria da Agricultura, onde deu início à criação dos *núcleos coloniais* - venda de lotes para imigrantes - uma tentativa de solucionar o problema da mão-de-obra para a lavoura cafeeira. Nesse período, sob a influência da crise cafeeira e do Decreto Prinetti, o movimento imigratório sofria uma retração.

Augusto César de Miranda Azevedo foi o terceiro presidente da SMCSP (1897/98). Ainda estudante de medicina, Miranda Azevedo tomou parte na formação do Partido Republicano Paulista e assinou o manifesto republicano. Foi deputado constituinte em 1891. Exerceu o cargo de lente da matéria *Medicina Legal e Higiene* na Faculdade de Direito.

Ainda foram presidentes da SMCSP, Guilherme Ellis, Arnaldo Vieira de Carvalho, Sergio Meira, Diogo de Faria, Rubião Meira, todos ligados aos serviços sanitários do estado e membros da *elite paulista*. (Ver Fig. 19 e 20)

Essa identidade elite médica e elite econômica e política condicionou o discurso médico-sanitário produzido no interior da SMCSP. Era um discurso organizativo, normativo e destinado à ação do Estado. Seus pontos de crítica às práticas do Serviço Sanitário e ao Estado eram tênues. Um dos raros momentos de crítica e de oposição foi quando da discussão sobre o abastecimento d'água via utilização das águas do Tietê. Embora, do debate transcrito nas atas da sociedade, não se possam tirar conclusões claras sobre os interesses envolvidos, transparecia, na defesa do emprego das águas do Tietê, interesses da Light e das empreiteiras de obras. O que explica, pois, a defesa das águas do Tietê para o abastecimento, cuja exigência de obras seriam volumosas e caras, quando a Capital dispunha de mananciais, cujas obras de canalização seriam de menor custo? Theodoro Sampaio, antigo diretor da Repartição de Águas e Esgotos e engenheiro-sanitário, referiu-se ao Projeto Rebouças como

Lista Geral dos Socios

DA

SOCIEDADE DE MEDICINA E CIRURGIA DE S. PAULO
EM 7 DE MARÇO DE 1905

PRESIDENTE HONORARIO

Dr. Luiz Pereira Barretto.

SOCIOS HONORARIOS

Professor Charles Bouchard (Pariz).

Professor A. B. Griffiths (Londres).

SECRETARIO PERPETUO

Dr. Sergio Florentino de Paiva Meira.

SOCIO BENEMERITO

Dr. Carlos José Botelho.

SOCIOS TITULARES

1 — Dr. Affonso Henrique de Azevedo

2 — Dr. Affonso Regulo de Oliveira

Fausto

3 — Dr. Alberto Puech

4 — Dr. Alberto Seabra

5 — Dr. Americo Brasiliense de Almeida Mello.

6 — Dr. Antonio de Campos Salles

7 — Dr. Antonio Luiz do Rego

8 — Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho

9 — Dr. Arthur Eduardo Hanson

10 — Dr. Arthur Fajardo.

11 — Dr. Arthur Palmeira Ripper.

12 — Dr. Arthur Vieira de Mendonça

13 — Dr. Ataliba Florence

14 — Dr. Augusto Cesar do Miranda Azevedo.

15 — Dr. Bernardo Ribeiro de Magalhães

16 — Dr. Caetano Comenale

17 — Dr. Candido Espinheira

18 — Dr. Caramurú Paes Leme.

19 — Dr. Carlindo Netto Valeriani

20 — Dr. Delphino Pinheiro de Uliôa

Cintra.

21 — Dr. Diogo Teixeira de Faria
22 — Dr. Domingos Rubião Alves Meira
23 — Dr. Felix Buscaglia
24 — Dr. Francisco de Almeida Cavalcanti

25 — Dr. Ignacio Bueno de Miranda

26 — Dr. Ignacio Pereira da Rocha

27 — Dr. João Alves de Lima

28 — Dr. João Cezar Rudge

29 — Dr. João Eboli

30 — Dr. João Xavier da Silveira

31 — Dr. Joaquim José da Nova

32 — Dr. José Alves Guimarães Junior

33 — Dr. José de Arruda Sampaio

34 — Dr. José Ayres Netto

35 — Dr. Julio de Azurem Furtado

36 — Dr. Luiz Felipe Baeta Neves

37 — Dr. Luiz Lopes Baptista dos Anjos

38 — Dr. Mathias de Vilhena Valladão

39 — Dr. Nevio Bicudo

40 — Dr. Nicolau de Moraes Barros

41 — Dr. Nicolau Soares do Couto

42 — Dr. Octaviano de Mello Barretto

43 — Dr. Olegario de Moura

44 — Dr. Pedro Pires Pontual

45 — Dr. Randolpho Margarido da Silva

46 — Dr. Roberto Gomes Caldas

47 — Dr. Sylvio de Oliva Maya

48 — Dr. Synesio Rangel Pestana

49 — Dr. Ulysses de Freitas Paranhos

50 — Dr. Viriato de Souza Brandão

SOCIOS CORRESPONDENTES NACIONAIS

- 1 — Dr. Agnello Leite — Santa Rita do Passa Quatro.
- 2 — Dr. Angelo Simões — Campinas.
- 3 — Dr. Angelo Tavares.
- 4 — Dr. Aurelio Lavôr — Fortaleza — Ceará.
- 5 — Dr. Caetano Duarte Nunes — S. Carlos do Pinhal.
- 6 — Dr. Carlos Antonio de Paula Costa — Rio de Janeiro.
- 7 — Dr. Carlos Augusto Fernandes de Castro.
- 8 — Dr. Carlos Ferreira Santos — Bahia.
- 9 — Dr. Cavalcanti de Albuquerque.
- 10 — Dr. Cincinato Pomponet — S. Manoel.
- 11 — Dr. Eduardo Moreira de Meirelles — Rio de Janeiro.
- 12 — Dr. Ezequiel de Souza Brito — Campinas.
- 13 — Dr. Francisco da Silva Lima — Bahia.
- 14 — Dr. Galdino Telles de Menezes.
- 15 — Dr. Henrique Guedes de Mello — Rio de Janeiro.
- 16 — Dr. José Oscar de Araujo — Amparo.
- 17 — Dr. João Baptista da Silveira Mello — Piracicaba.
- 18 — Dr. Joaquim da Costa Pereira.
- 19 — Dr. Julio David — Bahia.
- 20 — Conselheiro Dr. Lucas Antonio de Oliveira Catta-Preta — Rio de Janeiro.
- 21 — Professor Dr. Pedro de Almeida Magalhães — Rio de Janeiro.
- 22 — Professor Dr. Raymundo Nina Rodrigues — Bahia.
- 23 — Dr. Silverio Fontes — Santos.
- 24 — Dr. Virgilio Rolemborg Behring — Ouro Preto.

SOCIOS CORRESPONDENTES EXTRANGEIROS

- 1 — Dr. A. Chipault — Pariz.
- 2 — Dr. Charles Féré — Pariz.
- 3 — Dr. Charles Vallon — Pariz.
- 4 — Dr. Eduardo Hoffmann — Chile.
- 5 — Professor Dr. Gilbert Ballet — Pariz.
- 6 — Dr. Hilario Soares de Gouveia — Pariz.
- 7 — Dr. Julio de Mattos — Porto.
- 8 — Dr. Luiz Asto Burnago — Chile.
- 9 — Dr. Manuel Ferreira Ribeiro — Lisboa.
- 10 — Dr. P. Desfosses — Pariz.
- 11 — Dr. Ventura Cadiz — Chile.
- 12 — Dr. Virgilio Baptista — Lisboa.

caro e sem vantagens higiênicas. O Dr. Miranda Azevedo afirmava que não descobria vantagens no projeto, nada justificava a preferência pelas águas do Tietê, cujos custos de construção e de manutenção seriam os mais elevados. Num certo momento do debate, o Dr. Miranda Azevedo chamava os defensores do projeto *Rebouças* e o próprio engenheiro de "*sábios modernos da ciência oficial que antes de tudo procuram agradar aos poderosos do dia*".¹¹⁹

B. Véspera da Primeira Grande Guerra:

o agravamento das condições de vida na Capital paulistana - a volta ao campo.

Em 1914, reaparecia, na Capital, a epidemia de febre tifóide, distinta daquela que grassou no final do século XIX e início do século XX, cuja causa foi atribuída às moscas, abundantes na Capital, devido às deficiências do serviço de limpeza pública, devido ao lixo mantido nas calçadas e ao grande depósito de lixo nas margens do Tietê.¹²⁰

A epidemia de 1914 teve sua causa identificada com a qualidade da água que abastecia a Capital. A origem hídrica da epidemia foi constatada devido à brusca morbididade que atingiu uma coletividade numerosa num curto espaço de tempo. Segundo o Dr. Emilio Ribas, não havia mais onde colocar os doentes. O Hospital de Isolamento estava lotado e a Hospedaria de Imigrantes passou a receber numerosos doentes vindos do Brás e do Belenzinho. Como não havia mais espaço na hospedaria, muitos enfermos tiveram que permanecer em suas casas.¹²¹

Esses bairros foram os mais atingidos - o Belenzinho, em 15 dias, foi totalmente tomado. A epidemia

119. Ver *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, vol. 8, n. 2, 1905, p. 33-42 e *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, vol. 7, n. 19, 1904, p. 477/488.

120. Sobre a febre tifóide do final do séc. XIX ver artigos: nos *Boletins da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*. n. 13 de 1896; n. 19, 21, 24, 25, 28 e 30 de 1897 e n. 4 de 1898.

121. RIBAS, Emilio. *Questões de Higiene*, op. cit., p. 27.

começou quando um barqueiro doente, morador de uma barca atracada no Tietê, foi removido para uma casa na Av. Celso Garcia. O inspetor sanitário do distrito que abrangia Belenzinho, Dr. L. de Rezende Puech, atendeu-o e logo notificou o caso ao Serviço Sanitário, alertando-o para o perigo de se continuar distribuindo água do rio Tietê para consumo. Toda a parte baixa da cidade - o Brás, o Belenzinho, etc., era abastecida pelas águas *inocentes* daquele rio. A Secretaria da Agricultura, por meio de seu órgão responsável - a Repartição de Águas e Esgotos, não atendeu ao pedido de suspender o fornecimento de água e, em duas semanas, o bairro e o distrito estavam tomados. As águas do Tietê não recebiam qualquer tratamento para poder abastecer com segurança a parte baixa da cidade.¹²²

Além dos poderes públicos brindarem a população pobre dos bairros do Brás e do Belenzinho com água de qualidade duvidosa, suas condições sanitárias durante o período de 1911, 1912 e 1913 se agravaram.

O movimento imigratório, que andou retraído entre 1905-1910, quando entraram em média, por ano, cerca de 40 mil imigrantes, apresentou, em 1911, um pequeno aumento, mas nos dois anos consecutivos, registrou o maior fluxo de entrada de imigrantes jamais visto desde 1895. Nos anos de 1912 e 1913, há o registro de 101.947 e 119.758 entradas de imigrantes (Ver Tabela 1, em anexo). A recuperação extraordinária do movimento imigratório nos anos que antecederam a Primeira Grande Guerra, juntou-se a vinda persistente de colonos e de suas famílias para a cidade de São Paulo, comprometendo, ou agravando ainda mais, as precárias condições de sobrevivência na Capital.

Em 1911, a criação do Departamento Estadual do Trabalho veio ao encontro desta situação - inchamento da cidade. A princípio, a posição do recém-criado departamento era de otimismo e de confiança na expansão das atividades

122. *Idem*, p. 28.

urbanas, capazes de absorver a massa de trabalhadores chegada à Capital.¹²³ Esse otimismo, porém, aos poucos, cedeu lugar à preocupação com o contingente cada vez maior de desocupados que inundavam a Capital.

No final de 1913, o mercado de trabalho começou a manifestar de forma visível sinais de crise. Estabelecimentos fabris reduziram suas atividades, a jornada de trabalho caiu para dois a três dias por semana e os salários foram rebaixados. Sinais das dificuldades eram percebidos no aumento do contingente de trabalhadores que não obtinham colocação. Para o DET, a crise por que passava o mercado de trabalho tinha suas raízes no *urbanismo paulistano*, no fascínio que a cidade exercia sobre os ex-colonos das fazendas de café e no aumento do fluxo imigratório dos últimos anos.¹²⁴

No segundo semestre de 1913 e no primeiro de 1914, calculava-se em mais de 10 mil o número de demissões da indústria. O número dos sem trabalho era incalculável. Muitos dos imigrantes recém-chegados e dos trabalhadores das fazendas vindos à Capital passavam a viver como mendigos, alimentando-se de esmolas e de biscoitos. As condições de moradia agravaram-se - faltavam casas, os aluguéis se elevaram e um número crescente de habitações transformava-se em cortiços, em habitações coletivas. O agravamento da situação habitacional era objeto de denúncia. O *Fanfulla* transcrevia em suas páginas o problema da habitação na Capital. No Brás, o número de cortiços continuava grande, apesar da destruição de alguns ter sido feita nos últimos anos, devido ao cumprimento de medidas sanitárias. A destruição e a remodelação da cidade feitas em 1910-11, agora resultavam na falta de casas para abrigar a população pobre e o proletariado. Por isso, os cortiços que restavam

123. Ver: *Boletim do Departamento Estadual do Trabalho*. São Paulo, nos. 1 e 2 do 4º trimestre de 1911 e 1º trimestre de 1912.

124. O Departamento Estadual do Trabalho em 1914. *Boletim do Departamento Estadual do Trabalho*. São Paulo, n. 12 e 13, 3º e 4º trimestres de 1914. p. 469.

no Brás regorgitavam habitantes. Seus cômodos estavam sempre alugados, pois a demanda era imensa. Num cortiço, um jornalista do *Fanfulla* encontrou uma população de 200 pessoas nos seus 26 cômodos. A sujeira e a doença eram presenças constantes: "...no mês passado morreram, no cortiço, 5 pessoas" informava um morador ao jornalista. Os traços de humanidade se dissolviam na multidão assim concentrada, sem higiene e sem saúde. As desordens, pauladas, facadas e brigas faziam parte da vida cotidiana daquelas pessoas. "*Felizmente*, concluía o jornalista, a polícia não se ocupa muito do cortiço, porque aí então a desgraça seria maior...".¹²⁵

A subida dos aluguéis foi acompanhada pela subida dos preços dos bens de primeira necessidade. Como que antecipando às dificuldades futuras trazidas pela conflagração mundial, houve, já nos meses finais de 1913, um movimento de encarecimento dos produtos de consumo. Misturaram-se o pânico e a especulação entre os comerciantes e os preços subiram como se realmente os créditos estivessem escassos.

Em 1914, por iniciativa do DET, foi criada uma *Comissão de Socorros* para atender a situação dos sem-trabalho. Para atacar o problema da carestia, o DET propôs a criação das feiras livres ou francas, onde os produtos de primeira necessidade eram comercializados a preços inferiores aos praticados pelos estabelecimentos comerciais. As feiras foram postas em funcionamento pela prefeitura que organizou os pequenos produtores e sitiante dos arredores da cidade para comercializarem seus produtos.

Quanto aos desocupados, o DET e a *Comissão de Socorros* propuseram o combate ao "*pernicioso urbanismo*", através da concessão de todas as facilidades para todos os desempregados que se dispusessem a ir procurar emprego no interior. Desurbanizar a Capital, levar a massa dos ociosos

125. *Fanfulla*. São Paulo, 3 de abril de 1913, citado por Pinheiro, P.S. e Hall M. op. cit., p. 97-98.

para o interior foi a medida tomada sob o comando do DET e do seu órgão, especialmente voltado para a questão do mercado de trabalho - a Agência Oficial de Colocação. Cartazes anunciando as facilidades e as concessões dadas pelo governo foram espalhados em diversos pontos de concentração de imigrantes e de desempregados. Durante o ano de 1914, a Agência reconduziu cerca de 20 mil pessoas para o interior, sendo 12 mil entre agosto e outubro.¹²⁶

Pauperismo, crise de trabalho, carestia, falta de habitações, elevação dos aluguéis, péssima qualidade das águas do Tietê destinadas ao consumo da população pobre e a epidemia de febre tifóide alertavam para o crescimento desenfreado da Capital, ocorrido ao longo das primeiras décadas do século XX. Um fluxo contínuo de famílias e ex-colonos vindos das fazendas de café e de imigrantes aportavam na Capital sem que ela pudesse garantir-lhes um mínimo de condições de sobrevivência.

Em 1914, o órgão responsável pelo acompanhamento da situação do mercado de trabalho constatava o caos que o processo de urbanização reservou à Capital. Condenava, então, o *"urbanismo pernicioso"* que estava criando o pauperismo na cidade. Buscou redefinir uma política de colocação da mão de obra que ensejasse a *desurbanização*. A instabilidade da produção industrial que havia transformado os trabalhadores em desocupados, não era a única responsável pelo pauperismo, segundo o DET, mas o fluxo de trabalhadores do campo para a cidade - o êxodo rural, contribuiu de forma significativa para aglutinar na Capital uma massa de sem-trabalho.

O principal problema a ser resolvido era o da *"não fixação do trabalhador imigrante no Interior"*. E este fenômeno - êxodo rural, decorria não apenas do fascínio da família de imigrantes pela cidade, mas da ausência de condições de retenção das famílias de colonos no interior.

126. Boletim do Departamento Estadual do Trabalho. op. cit., p. 472.

Para detê-los no interior, era preciso "fortalecer os laços" que os prendiam às lides agrícolas. Era preciso valorizar o trabalho no campo, e mostrar a sua superioridade frente aos diferentes serviços braçais que se realizavam na cidade. A valorização do trabalho agrícola, o estímulo à pequena propriedade, através de medidas que facilitassem a aquisição de lotes de terra, e, até mesmo, uma legislação de proteção do trabalhador do campo eram as formas propostas pelo DET para fixar o trabalhador no interior, fortalecendo os laços entre o trabalhador e a terra. Dentro dessa perspectiva encaixava-se o Código Sanitário Rural, de 1917.

Enquanto as luzes do *Trianon* eram inauguradas, em 1915, o DET promovia o deslocamento dos trabalhadores para o interior. As luzes da cidade não foram vistas, nem de longe... pelos 30 mil trabalhadores despachados para o interior entre 1914-1916.¹²⁷

127. MORSE, R. op. cit., p. 281-284.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

INSTITUTO DE ECONOMIA

HISTÓRIA SEM FIM...UM INVENTÁRIO DA SAÚDE PÚBLICA.
SÃO PAULO - 1980-1990

V.2

MARIA ALICE ROSA RIBEIRO

Tese apresentada ao Curso de
Pós-Graduação em Economia do
Instituto de Economia da
Universidade Estadual de
Campinas, como requisito
para a obtenção do Título de
Doutor, sob orientação do
Professor Dr. Sergio Silva

Silome

produção. Em 1906, o consumo mundial era da ordem de 16 milhões de sacas, mas contando com o estoque mundial já disponível, esse consumo se reduzia a 5 milhões de sacas.¹

A expansão da oferta cafeeira resultou das condições excepcionais, principalmente no Estado de São Paulo: a abundância de terras, a quase inesgotável fronteira por onde o café poderia ser introduzido e o excedente de mão-de-obra. Nenhum destes fatores - terra e trabalho - impôs, ao longo do período de 1885-1906, qualquer empecilho à marcha da cultura no Estado de São Paulo. Se, por um lado, a abundância de terras era um dado (afinal existiam grandes extensões de terras a serem conquistadas), por outro lado, a abundância de braços foi obra da política de imigração, conduzida pelo estado que se encarregou de criar e de pôr à disposição dos fazendeiros uma massa de trabalhadores que excedia às necessidades da lavoura - a política imigratória não se resumiu, apenas, em substituir o braço escravo (que, por volta da abolição, situava-se em torno de 107 mil escravos), mas em inundar o mercado de força de trabalho posta à disposição do capital. Entre 1887 e 1900, entraram no Estado de São Paulo cerca de 900 mil imigrantes com passagem paga pelo governo.² (Ver Tabela 1, em anexo).

Portanto, a oferta de terras e a oferta de trabalhadores, ambas em abundância, criaram condições concretas para a burguesia cafeeira progredir em suas lavouras. A abertura de novas fazendas prosseguiu quase sem entraves e gerou a superprodução. DENIS comenta que a "*falta de operários*" deveria regular o desenvolvimento das plantações. Esse *regulador natural*, entretanto, faltou *infelizmente* em São Paulo, porque a política imigratória ao menor sinal de escassez de oferta de trabalhadores atendia,

1. DENIS, Pierre. op. cit., p. 236. Ver também a análise de Delfim Neto sobre a política de valorização, em DELFIN NETO, A. *O problema do café*. op. cit., p. 51.

2. *Ideia*, p. 234.

prontamente, à burguesia, trazendo levas e levas de imigrantes.*

Com a política de valorização adotada pelo governo do Dr. Jorge Tibiriçá, fechava-se o círculo de defesa do setor público aos interesses privados. Tanto a defesa do café quanto a imigração em massa e gratuita foram a expressão máxima da política governamental voltada para os interesses da burguesia cafeeira. O sucesso da primeira operação de compra de café, devido à queda da produção no ano seguinte (1907) que elevou os preços do café, trouxe confiança no acerto dessa política. Seu êxito abriu caminho para que fosse repetida em 1917 e em 1921. Três anos depois, em 1924, a política de valorização recebeu o caráter de permanente, deixando de ser apenas uma operação pontual para se constituir em uma defesa permanente do café.

A política de valorização deu alento à cafeicultura e trouxe confiança no futuro que já se projetava nos trilhos de ferro assentados em direção às barrancas do rio Paraná. A NOROESTE, a estrada de ferro, cuja construção, iniciada em 1905, partia do ponto mais distante até então atingido pelo café - Bauru, deslocando a fronteira do café. Os trilhos da Noroeste penetravam em terras habitadas por bugres, em sertões desconhecidos, que figuravam nos mapas como *territórios desconhecidos, terra de ninguém*, ou melhor, *terra dos bugres, dos caingangues*.⁴

A estrada de ferro NOROESTE do Brasil representava, nos anos iniciais do século XX, a construção do futuro da expansão da agricultura paulista. O caminho de ferro em direção ao limite do Estado de São Paulo com o Estado do Mato Grosso irá desempenhar papel semelhante aos caminhos de ferro construídos durante a segunda metade do século XIX. Talvez a NOROESTE tenha, na verdade, exercido papel mais relevante ainda porque, distintamente das outras

3. *Ibid.*, p. 233.

4. AZEVEDO, Fernando. *Um trem corre para o Oeste*. Estudo sobre a Noroeste e seu papel no sistema de viação nacional. 2. edição, São Paulo: Melhoramentos, v. XII, 1 s/d (obras completas), p. 70.

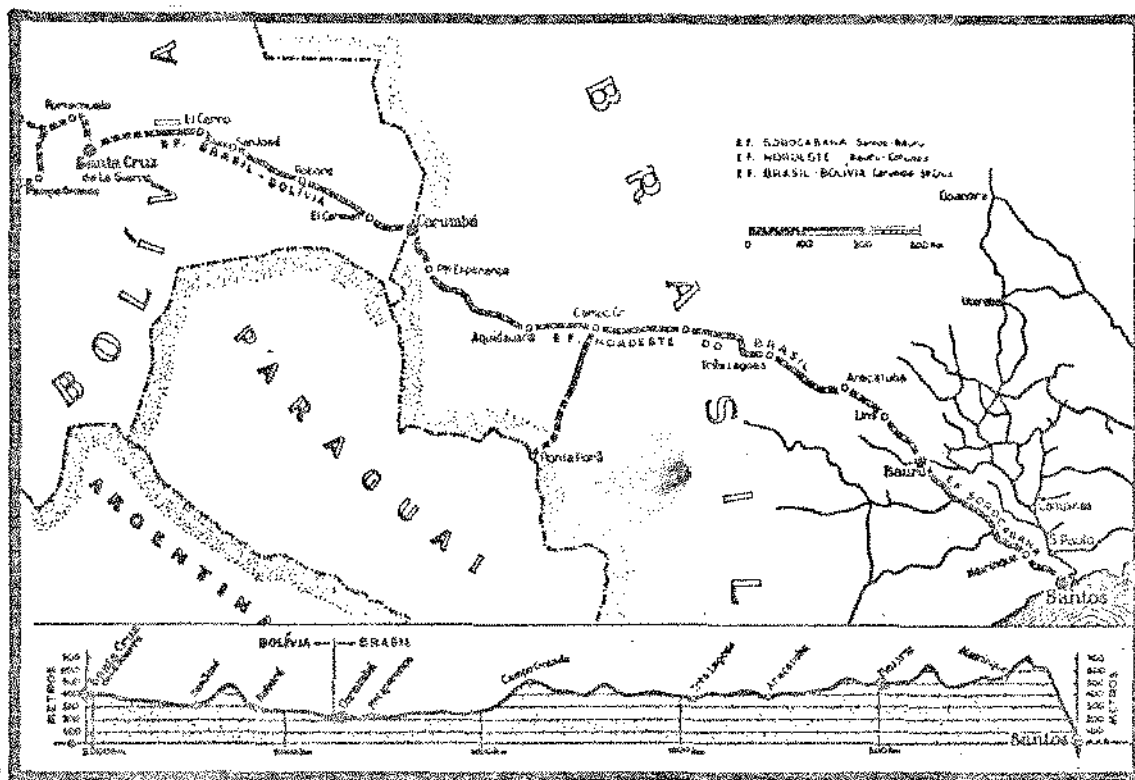


FIG. 21 ESTRADA DE FERRO NOROESTE - FONTE: AZEVEDO, Fernando de. *Um trem corre para oeste*. op. cit.

estradas de ferro - Paulista, Mogiana e Sorocabana, que seguiram as lavouras de café, a NOROESTE precedeu às fazendas, desbravou os sertões, desmatou a selva, embrenhou-se na floresta e exterminou tribos de bugres para dar passagem ao *ouro verde*.

Na segunda metade do século XIX, o movimento de expansão geográfica foi impulsionado pelo café. Nos séculos anteriores, coube à caça ao índio e à busca de minas de ouro impelir a conquista de novos territórios. Em 1905, a estrada de ferro lançava-se à conquista dos novos territórios. As linhas de penetração foram o instrumento de valorização das terras do sertão, seguidas do café e do povoamento.

Em 1905, Bauru fora alcançada pela Sorocabana, quando teve início a construção da NOROESTE que, partindo dessa boca do sertão, atingiria o Mato Grosso depois de atravessar o Rio Paraná. Nenhuma das estradas de ferro lograria atravessar dois estados centrais. A obra de penetração do grande oeste coube à cia. Estrada de Ferro Noroeste do Brasil, fundada com capitais mistos, brasileiro e franco-belga, com concessão de garantia de juros do governo federal, e incorporada por Teixeira Soares e Pereira da Cunha. Em 1917, o governo federal incorporou a estrada ao seu patrimônio, mantendo a sede administrativa em Bauru. Em 1910, a cidade de Bauru, quase centro geográfico do estado, foi alcançada pela estrada de ferro Paulista, formando-se aí um entroncamento ferroviário: Paulista, Sorocabana e Noroeste.

De Bauru, a Noroeste estendeu seus trilhos até Corumbá, fronteira com a Bolívia, cumprindo, dessa maneira, a estratégia política de construção de uma ferrovia que ligasse o "Atlântico ao Pacífico". A ligação continental não se resumiu à Bolívia - a Noroeste assentou ao sul um ramal de Campo Grande a Ponta-Porã, na fronteira com o Paraguai. Assim, a ferrovia ligou o porto de Santos e a cidade de São Paulo a dois países do continente americano: Bolívia e Paraguai.

Em 1906, os trilhos da Noroeste alcançaram Araçatuba, acompanhando as margens dos rios Tietê e Iguapeí. Em 1910, articulou Itapura à Corumbá. Dezoito anos depois, era inaugurada a ponte sobre o Rio Paraná, em Jupiá, e, em 1947, a ponte sobre o rio Paraguai, na fronteira do Mato Grosso com a Bolívia.

O desconhecimento da região era quase total, apenas a Comissão Geográfica e Geológica do Estado por ordem do Dr. Carlos Botelho, Secretário da Agricultura, havia, pouco antes, feito algumas expedições naquela região.⁵

O assentamento dos trilhos era feito passo a passo, no ritmo das disputas de terras com os índios Caingangues, habitantes da vasta região entre Bauru e o rio Paraná. Os Caingangues, com armas em guarda, amedontravam e obstacularizavam a *marcha dos pioneiros*, que tomava suas terras. Alguns massacres ficaram famosos, como o de Água Branca, o de Birigui e o de Baguaçu. Na Fazenda de Baguaçu, em 1910, o proprietário, enquanto fazia a demarcação das glebas, foi morto por uma flecha dos Caingangues e seu corpo foi atirado numa fogueira feita com dormentes da estrada em construção. Os massacres não ocorreram somente com proprietários; em Birigui, os engenheiros e operários da estrada foram massacrados. A expulsão dos Caingangues de suas terras assinalou o declínio da tribo, quer por matanças, quer por epidemias contraídas dos brancos ou por eles voluntariamente disseminadas.⁶

A expulsão dos antigos ocupantes das terras deu passagem à ferrovia e à abertura de fazendas, das quais os pioneiros, os fazendeiros, tornavam-se proprietários por meio de títulos de posse forjados, legitimando direitos fundados em *títulos fantásticos*.⁷

5. Idem, p. 72.

6. KONDEIS, P. op. cit., p. 103.

7. MEIVA, Arthur. A Noroeste (notas de um diário). In: *Daqui e de longe... Crônicas nacionais e de viagens*. São Paulo: Melhoramentos, s/d, p. 126-127.

Aventureiros e especuladores de terras acompanhavam de perto a construção da estrada, ávidos pela posse de grandes extensões de terras tiradas dos aborígenes. A pacificação dos índios pelo Major Rondon só ocorreu em 1914, nove anos depois do início da construção da estrada.

A sucessão de lutas dramáticas não se esgotou nos conflitos de terras com os indígenas, estendeu-se à natureza, que resistia à *marcha da civilização*. As vastas matas cerradas e os rios Tietê e Iguapeí marcaram o conquistador com a malária, o alastrim e a leishmaniose. A mosquitada infernal da mata e dos rios uniram-se contra os desbravadores. A leishmaniose recebeu o nome de "*úlcera de Bauru*" e corroía os operários, os engenheiros e os especuladores de terras que se lançaram à conquista daquela região. As epidemias de malária se sucediam, não permitindo a recuperação dos doentes. Em 1908, o Dr. Arthur Neiva permaneceu, durante 10 meses, entre os trabalhadores da estrada, administrando saís de quinino e tentando debelar o surto malárico. Os milhares de trabalhadores, arregimentados pelos empreiteiros sob "*fabulosas promessas de fortuna*", eram os que mais sofriam os ataques dos mosquitos, pois embrenhavam-se na compacta floresta que cobria a região. A decisão de construir a estrada de ferro seguindo o curso de Tietê foi infeliz, porque o rio era o habitat natural de mosquitos da malária.

Em 1909, o jornal operário *Folha do Povo*, editado pelo líder gráfico Edgard Leuenroth, denunciava e apelava para que os trabalhadores não aceitassem trabalhos nas obras da estrada de ferro Nordeste: "*Trabalhadores, não ides trabalhar na Nordeste*". E listava os males: maleita, úlcera de Bauru e tribos de bugres aguerridos e revoltados contra a invasão de suas terras. Denunciava a ausência de proteção. A Empresa Machado de Mello e subempreiteiras não se dispunham

a gastar com medidas de defesa dos trabalhadores contra aqueles males.⁸

Onze números depois dessas denúncias, a folha operária estampava a notícia de que a *úlçera de Bauru*, ferida apresentada por muitos trabalhadores da Noroeste, era a *leishmania tropical*.⁹

A construção da Noroeste com seus percalços, transtornos e dificuldades de toda ordem é muitas vezes comparada à construção da estrada de ferro Madeira-Mamoré, ferrovia que atravessa o Mato Grosso e o Amazonas, margeando os rios Madeira-Mamoré. Em 1913, a revista *Rivista Coloniale*, de Roma, desestimulava os emigrantes italianos de aceitarem trabalhos na sua construção. Segundo dados divulgados pela firma construtora, nos 330 km de estrada construídos, já haviam morrido 16 mil operários, fora os que morreram nos hospitais de Manaus, Pará e outras localidades vizinhas.¹⁰

Inúmeros fazendeiros, loteadores, aventureiros, especuladores e trabalhadores acompanharam os avanços da Noroeste. Formou-se um verdadeiro *rush*.

Nas proximidades dos ranchos e dos acampamentos dos empregados da construção, instalava-se um pequeno comércio e uma aglomeração diminuta começava a se fixar. Todos os tipos de negócios eram feitos com terras e títulos de propriedades. A confusão era geral, envolvendo grileiros, especuladores e fazendeiros. Novas fazendas foram criadas, grandes extensões de terras foram loteadas e núcleos urbanos foram estabelecidos.

Em Aracatuba, formou-se a Companhia de Terras, Madeiras e Colonização, ligada aos negócios de terras, loteamento e povoamento. Grandes fazendeiros e especuladores disputavam a primazia na organização das propriedades agrícolas e na fundação das vilas e cidades; dentre eles

8. *Folha do Povo*. Editor Edgar Leuenroth, São Paulo, n. 55, 1909, p. 2.

9. *Folha do Povo*. op. cit., n. 66, 1909, p. 3.

10. *Rivista Coloniale*. Roma, v. 1, n. 12, 1913, p. 257-258.

estavam nomes conhecidos da política paulista: Prates da Fonseca, Toledo Piza, Francisco Leite, Bento de Abreu Sampaio Vidal, Francisco Schmidt e Moura Andrade.

Em 1905, Birigüi, simples chave de estrada de ferro, controlada por um único guarda, foi escolhida para ser o primeiro núcleo de sitiantes. Em cinco anos, mais de 3 mil famílias de trabalhadores italianos instalaram-se nas terras loteadas por Manoel Bento Cruz e pela empresa inglesa São Paulo Land and Lumber Company, cujos lotes vendidos eram de 10 a 1000 alqueires.

Outra empresa inglesa, a Brazilian Plantation Company, nessa mesma região da Noroeste, dividiu e vendeu uma área de 15 mil alqueires e, além de lotear, encorajava os pequenos proprietários a cultivarem algodão. O movimento de valorização do preço das terras foi excepcional. Em 1913, o alqueire era vendido a 300 mil réis, em 1928, o preço era de 2000 contos de réis.¹¹

Fora Birigüi, nos outros municípios da Noroeste predominavam as grandes propriedades de 500 a 4000 alqueires, pertencentes a fazendeiros vindos das velhas regiões cafeeiras.¹²

A presença da pequena propriedade constituiu o elemento novo trazido pela frente de expansão do café: a coexistência da pequena e da grande propriedade. Essa característica marcou, ainda mais, a região da Alta Sorocabana, onde eram poucos os grandes fazendeiros. Na Alta Sorocabana, os títulos de propriedade de terra tinham má reputação - eram mais *duvidosos* e *suspeitos* do que os de qualquer outra região do estado.

Outro elemento distinguia a frente pioneira aberta pela Noroeste da frente pioneira aberta nos fins do século passado: do território desbravado não resultou terras de

11. MORAES, P. op. cit., p. 202. Considerando que a taxa acumulada de inflação do período foi de 153%, o preço da terra subiu 2,63 vezes mais que a inflação, segundo o índice de custo de vida no Rio de Janeiro. Ver LOPES, Francisco. *O desafio da hiperinflação*. Rio de Janeiro: Campus, 1989. p.9.

12. Idem, p. 202.

qualidade superior - a terra roxa. Após a derrubada da mata, emergiram terras propícias ao cultivo do café e terras medíocres mais apropriadas à criação de gado. Houve, em função da qualidade da terra, a diversificação das atividades agrícolas - ao lado das fazendas de café, estabaleceram-se grandes extensões de terras destinadas à pecuária de corte.

A criação de gado encontrou um promissor mercado consumidor de carne que crescia com a aglomeração urbana, com a expansão do comércio, dos bancos e do parque industrial, enfim com a consolidação do processo de urbanização da Capital. A Noroeste diminuiu a distância entre a zona pecuária de Araçatuba, Bauru, Penápolis etc, e as zonas de urbanização crescente, como a da Capital. A Primeira Guerra Mundial contribuiu ainda mais para consolidar a pecuária de corte na região. A demanda por carnes resfriadas e congeladas dos países envolvidos no conflito passou a ser suprida pelos frigoríficos recém-instalados em Barretos, nas proximidades da zona criadora de gado.¹³

A civilização dos trilhos inaugurada pela Noroeste não criou apenas fazendas e sítios. A Noroeste foi pródiga em *plantar cidades*. As cidades formavam-se em torno do traçado da via férrea num processo quase que natural, a ponto de tornar redundante a ação dos fundadores de cidades. Se um Sampaio Vidal, fundador de Marília, e um Moura Andrade, fundador de Andradina, aparecem como fundadores de cidades, foi o caminho de ferro que gerou condições para que esses capitalistas realizassem seus feitos. Independente da ação de tais *fundadores*, a ferrovia promoveu a aglutinação de pessoas e de atividades produtivas capazes de constituir núcleos urbanos.¹⁴

13. Até 1914, a carne resfriada ou congelada não figurava na pauta de exportações brasileiras. Em 1915, foram exportadas 8 mil toneladas e meia, e entre 1916 e 1928, a média de exportação foi de 55 mil toneladas. Ver: VILLELA, A. e SUZIGAN, W. *Política do governo e crescimento da economia brasileira 1889-1945*. 2 ed., Rio de Janeiro: IPEA/INPES, 1975, p. 131.

14. AZEVEDO, F. op. cit., p. 282.

Ao longo da estrada, ergueram-se cidades como Lins, Penápolis, Birigüi, Araçatuba, Valparaíso, Mirandópolis e Andradina. Em dez anos, Lins tornava-se uma das maiores cidades da região, quando em 1908, possuía apenas um hotel, um botequim e uma fábrica de bebidas. O mesmo fenômeno se repetiu em Penápolis, fundada em 1908, que prosperou a partir dos estímulos recebidos da Noroeste. Em 15 anos, Araçatuba tornou-se o principal centro do comércio de gado, a mais importante zona agropecuária de toda a região. Várias outras cidades repetiram a mesma história de prosperidade. De Bauru em direção às barrancas do Rio Paraná, desenvolveu-se num rápido espaço de tempo, uma vasta região sob influência da ferrovia.

Na cartografia do café, uma mudança desenhou-se entre 1905 e 1928 mais radical do que a ocorrida entre 1928 e 1940. As velhas regiões cafeeiras transformaram-se. Algumas regiões como a de Campinas, Bragança e Jundiaí, com a redução do cafezal, reverteram a situação e se transformaram em produtoras de açúcar e algodão. O mesmo ocorreu com a região de Limeira, Araras e Rio Claro que aproveitaram sua posição favorável em termos de meios de transportes, e converteram a atividade agrícola, diversificando-a com a produção de cítricos, de cana e outros produtos, à medida em que o café perdia terreno. Em 1904/1905, a região de Ribeirão Preto era responsável por 12% do total de pés de café. A geada de 1918 atingiu duramente a região, que não teve outra alternativa senão a de buscar novas culturas e novas atividades produtivas, como a pecuária, para continuar a se desenvolver.

Mesmo abaladas pela queda do rendimento dos cafezais, dadas a idade da plantação e a exaustão do solo, essas regiões introduziram novas culturas - algodão, cana, cítricos, frutas etc. Isso, porém, só foi possível porque eram regiões onde as circunstâncias geográficas se mostraram favoráveis e onde a rede de ferrovias e a população permitiram a conversão da atividade econômica.

Fenômeno distinto ocorreu com a região do Vale do Paraíba, onde se verificaram o retrocesso econômico e o êxodo em massa da população, caracterizando o que se convencionou denominar de *cidades mortas*. A região não diversificando sua atividade produtiva, mergulhou num sono letárgico. Entre 1900 e 1930, essa região viveu acabrunhada entre as lembranças de um passado de riquezas.

Se o século XIX, como afirmou MILLIET, desenhou-se nas linhas paralelas dos cafezais, no século XX, esse desenho não se apagou de todo. A paisagem das velhas regiões modificou-se - agora não eram somente *linhas paralelas de pés de café*, havia cana, algodão, uva, figo e laranja. As fileiras de cafezais deslocaram-se do *novo oeste* para o *novíssimo oeste* - representado pela região da Noroeste e da Alta Sorocabana, duas regiões que desconheciam o café e que passaram a ter sua paisagem ordenada por linhas riscadas pelo café.

Entre 1920 e 1935, segundo os dados de MILLIET, a Noroeste recebeu o maior contingente populacional. Concentrava, em 1920, apenas 3,74 % da população total do estado e, em 1935, passou a deter 12,30% da população total.

Se a Noroeste foi a grande vencedora em termos de crescimento populacional e de incremento da produção de café, a zona da Mogiana, formada por municípios tributários da Cia. Mogiana de Estradas de Ferro, foi a perdedora, ocupando o polo oposto. A zona da Mogiana, composta por municípios, como Ribeirão Preto, Sertãozinho, São Simão, Amparo, Franca, Espírito Santo do Pinhal, Mogi-Mirim, Mogi-Guaçu e mais outros vinte e nove municípios, foi a que apresentou maior perda de seu contingente populacional. Em 1920, concentrava 22,23 % do total da população e, em 1935, passou a concentrar 17,10 %.

Em termos da produção de café, a perda é ainda mais expressiva. Do total da produção de café do estado, essa região era responsável por mais de 35%, em 1920. Quinze

anos depois eram produzidos apenas 16% do total da produção cafeeira do estado. Confirme esses dados na Tabela XIII, a seguir.

TABELA XIII
São Paulo - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO E DA PRODUÇÃO DE CAFÉ
1920 e 1935

(%) ZONA	POPULAÇÃO (%)			PRODUÇÃO DE CAFÉ		
	1920	1935	Diferença	1920	1935	Diferença
NORTE	13,43	9,79	(-) 3,64	3,47	1,71	(-) 1,76
CENTRAL	21,07	17,74	(-) 3,33	12,58	7,09	(-) 5,49
MOGIANA	22,23	17,10	(-) 5,13	35,53	16,20	(-) 19,33
PAULISTA	14,71	13,39	(-) 1,32	18,77	11,64	(-) 7,13
ARARAQUARENSE	15,87	18,01	(+) 2,14	18,79	26,93	(+) 8,14
NORDESTE	3,74	12,30	(+) 8,56	3,27	23,92	(+) 20,65
ALTASOROCABA	8,95	11,67	(+) 2,72	7,59	12,51	(+) 4,92
TOTAL	100	100		100	100	

FONTE: MILLIET, S. - op. cit., p. 21-22.

A cartografia da produção cafeeira e a mobilidade geográfica da população foram gestadas há 30 anos atrás, quando se decidiu construir a estrada de ferro Noroeste e se definiu uma política de valorização do café.

1.2. O movimento da população e as novas correntes imigratórias. As transformações no mercado de trabalho

O fluxo imigratório para o Estado de São Paulo sofreu um revés nos anos iniciais do século XX. A crise de superprodução de café, que se arrastava desde 1896, mostrou-se implacável no início do século e refletiu-se no movimento de entrada de imigrantes. Os anos de 1903 e 1904 registraram, ao invés de entrada, a saída de trabalhadores tal foi o abalo provocado pela superprodução de café.

Ao lado da redução de entradas de novos contingentes de trabalhadores, observa-se o deslocamento inter-setorial e regional dos colonos das fazendas que imigravam para as cidades. O extraordinário crescimento populacional da cidade de São Paulo ligou-se a esse fenômeno, como se viu no capítulo anterior.

O movimento imigratório retomou impulso, a partir de 1905, com a vinda de um volumoso contingente de trabalhadores espanhóis. Pela primeira vez, uma outra nacionalidade superava a imigração italiana. Dos 47.817 trabalhadores que chegavam a São Paulo, em 1905, quase metade era formada por espanhóis. Os efeitos do Decreto Prinetti ainda se faziam sentir, desestimulando a emigração de italianos para São Paulo. (Ver Tabela 1, em anexo).

No ano seguinte, novamente os espanhóis figuraram em primeiro lugar entre as nacionalidades dos imigrantes; em 1908, são os portugueses que aparecerem em primeiro lugar. Ainda, nesse ano, registra-se a entrada de japoneses que pela primeira vez aportam no país. No movimento de nacionalidades vislumbra-se a perda do predomínio das entradas de italianos e, ao mesmo tempo, a diversificação do contingente internacional de trabalhadores com destino ao Estado de São Paulo.

O salto na retomada do movimento imigratório ocorreu nos anos de 1911, 1912 e 1913. Houve uma entrada excepcional de trabalhadores. Às vésperas da Primeira Guerra Mundial, registrou-se a maior entrada de imigrantes: 119.758, número somente igualado àqueles registrados no auge do movimento imigratório.

Esse clímax imigratório não se manteve e enfraqueceu no início do conflito bélico. O descenso do número de entradas de trabalhadores mostrou maior poder de permanência do que a sua ascensão. O número de abrigados na Hospedaria de Imigrantes caía de ano para ano. No primeiro ano do conflito, o número de inscritos foi de 46.924, quase metade do verificado em 1913. Em 1915 e 1916, as inscrições

de imigrantes caíram para 22.559 e 22.134, respectivamente. No ano seguinte, há uma recuperação e os imigrantes matriculados na hospedaria foram iguais a 31.459. Mas o movimento de ascensão, tenuamente desenhado em 1917, declina em 1918, quando aquela instituição registra 16.980 imigrantes.¹⁵

Para atenuar a crise de braços sentida pela lavoura cafeeira e, ao mesmo tempo, aliviar o aumento populacional sofrido pela Capital, o Departamento Estadual do Trabalho liderou a campanha de deslocamento gratuito de trabalhadores da cidade de São Paulo para o interior do estado. A valorização do trabalho no campo servia de chamariz para os imigrantes desistirem de permanecer na cidade.

O descenso do fluxo imigratório e as perdas de braços para a cidade gestaram a idéia da elaboração de um Código Sanitário Rural que valorizasse as condições de trabalho e de vida nas lides rurais, fixando o trabalhador imigrante na lavoura. Além desse objetivo, o Código visava recuperar o caçpira para o trabalho assalariado.

As zonas cafeeiras antigas ressentiam-se da falta de braços porque perdiam trabalhadores para a cidade e para as zonas pioneiras, onde as plantações recentes de café permitiam as culturas intercalares, que exerciam grande poder de atração sobre os colonos e imigrantes recém-chegados. Fora as culturas entre os pés de café permitidas aos colonos, as zonas pioneiras atraíam porque criavam um sentimento maior de ascensão e de prosperidade nos novos imigrantes. As regiões antigas já consolidadas tinham pouco a oferecer além de baixos salários e de péssimas condições de vida: nem sonhos e nem rendimentos das culturas de alimentos.

15. *Boletim do Departamento Estadual do Trabalho*. São Paulo: n. 62 a 65, 1º a 4º trimestre de 1928. Há discrepância entre o número de alojados na Hospedaria de Imigrantes e o número de entradas de imigrantes. Em geral, a hospedaria registra um número acima do número do movimento de entrada. Porém, os dois registros apresentam o mesmo curso em relação ao declínio e a ascensão do movimento imigratório.

As terras desbravadas pela Noroeste sorviam a população das outras regiões e os imigrantes recém-chegados.

Em 1919, o Dr. Arthur Neiva, diretor do Serviço Sanitário, constatava a transformação da região da Noroeste, caracterizando-a como "*...uma grande ventosa que aspira de todo o Estado, trabalhadores, bufarinheiros, imigrantes, enfim o braço, cuja falta cresce dia a dia, estabelecendo uma crise que se avoluma tendo o paulista mandado buscar até o flagelado cearense...*"¹⁶

A crise de braços durou todo o período do conflito bélico e estendeu-se para além do término da guerra. De 1918 a 1922, a *Revista dos Fazendeiros* manteve constantemente em suas páginas o tema da crise de braços, o assunto que mais mexia com a sensibilidade de seus editores e, provavelmente, com a de seus leitores.¹⁷

É difícil avaliar o que é, realmente, a falta de braços reclamada pelos fazendeiros. Provavelmente, a reclamação fosse resultado de uma maior dificuldade em encontrar mão-de-obra, pois é quase impossível imaginar que houvesse falta de braços. A facilidade em demitir e a facilidade em contratar imediatamente talvez não ocorressem com a mesma rapidez e disso originassem as reclamações dos fazendeiros. Ou seja, já não havia aquela abundância de força de trabalho disponível ao capital que garantia a lubrificação do mecanismo demissão/contratação automática. O mecanismo apresentava fricções, uma certa demora e um tempo maior para seu funcionamento, aos quais os fazendeiros, que sempre conviveram com um excesso de trabalhadores, não estavam acostumados.

Antes de ter início a queda no número de entradas de imigrantes e durante a redução da corrente imigratória, algumas fontes italianas denunciavam que o aumento de

16. NEIVA, A. op. cit., p. 128.

17. *Revista dos Fazendeiros*. Publicação Quinzenal de Agricultura, Indústria e Comércio. São Paulo: ano I, setembro de 1918. Desde o primeiro número a revista manifesta preocupação com a falta de braços para a lavoura.

emigrados italianos com destino ao Brasil e, em especial, a São Paulo, foi *danoso* para os colonos porque *"todo aumento de braços na verdade implicava uma diminuição dos salários"*. Para o vice-consul italiano de Ribeirão Preto, a limitação da oferta de mão de obra levaria o fazendeiro a dispensar um tratamento *mais humano* aos colonos, porque os fazendeiros temeriam a saída do colono ao final da colheita, em outubro-novembro.¹⁸

Semelhante a essa posição, o deputado italiano Luigi Rossi manifestava-se contrário à vinda de seus conterrâneos para o Brasil, alegando que as condições dos colonos nas fazendas de café somente melhorariam com a *"pressão da escassez de mão de obra"*, escassez totalmente desconhecida pelos fazendeiros que sempre gozaram de abundância.¹⁹

Não só o representante do governo e do parlamento italiano condenavam o aumento da corrente emigratória, que se verificou no ano de 1911 até às vésperas da Primeira Guerra Mundial, mas também a Federação Operária de Santos fez circular um folheto, no exterior, por meio de diversas associações operárias, no qual alertava os trabalhadores italianos, espanhóis e portugueses. Denunciava a *triste realidade* da situação dos trabalhadores nas fazendas, onde os proprietários e administradores os tratavam com os mesmos *métodos da escravidão*. Revelava que o esforço dos fazendeiros em atrair para São Paulo a corrente migratória não era porque havia falta de braços, pois sobravam trabalhadores desempregados. Concluía que: *"O único fim que guia esses senhores é o aumento de consumidores que desenvolvam o comércio; a valorização dos produtos e das terras e o crescimento da terrível concorrência dos trabalhadores na oferta de braços o que lhes permite reduzir*

18. BIANCO, M. Z. Il distrito del R. V. Consolato d'Italia in Ribeirão Preto. Bollettino del Ministero degli Affari Esteri. Roma, n. 8, 1915. p. 43-48. In: HALL, M. e PINHEIRO, P. S. op. cit., p. 101-105.

19. ROSSI, Luigi. Gli italiani nel Brasile e il dovere di una neta e sicura politica di emigrazione. La vita Italiana al Estero. Roma, n. 7, 1913. p. 11-30.

os salários, aumentar as horas de trabalho, sacrificando vilmente o proletariado."²⁰ No final, a Federação Operária pedia o boicote ao café até que houvesse respeito aos direitos humanos.

Essas denúncias coincidiam com o aumento do fluxo migratório e com a abundância de força de trabalho no mercado, que se manifestaram nos anos anteriores à Primeira Guerra Mundial.

As reclamações dos fazendeiros, registradas na imprensa, coincidiam com uma outra conjuntura agora desfavorável - redução no fluxo de entrada de imigrantes.

Nas páginas da *Revista dos Fazendeiros*, a atividade agrícola aparecia ameaçada de paralisação pela falta de braços, a revista calculava em um terço a falta de mão-de-obra. Calculava que 60 mil famílias seriam necessárias para pôr a lavoura em dia. Com esse número de trabalhadores, o mato que asfixiava o cafezal e tomava conta das plantações seria posto abaixo e, conseqüentemente, os pés de café, livres de ervas daninhas, produziram mais.²¹

Em outro número da revista, a denúncia era mais forte: caracterizava o momento como o de maior crise de trabalho já visto na lavoura. Afirmava que: "...os cafezais definham na falta de carpas e as previsões das colheitas futuras são de uma perda avaliada em mais de um terço da safra esperada do café, do algodão e dos cereais".²² Conclamava os proprietários a encaminharem, com maior urgência, pedidos de trabalhadores para pressionar o Ministério da Agricultura.

A Sociedade Paulista de Agricultura, entidade representativa dos proprietários rurais, entrou no debate da crise de braços. Revelava que mais de 200 milhões de pés de

20. FEDERAÇÃO OPERÁRIA DE SANTOS. Folheto. (sem título). Santos, janeiro, 1913. 4 p. citado por HALL, H. e PINHEIRO, P. S. op. cit., p. 92 e 96.

21. *Revista dos Fazendeiros*, op. cit., dezembro, 1919, p. 1. Alguns municípios procuravam famílias de trabalhadores: Jd., 89 famílias; São Carlos, 71 famílias; Jaboticabal, 65 famílias; Matão, 51 famílias e assim por diante.

22. *Revista dos Fazendeiros*, op. cit., 2ª quinzena de janeiro, 1921, p. 1.

café estavam abandonados e maltratados. Constatava, alarmada, a falta de braços: "...apesar do salário elevadíssimo que se está pagando: cerca do dobro do que se pagava antes da guerra".²³

Em março de 1920, assumiu o governo do estado o Dr. Washington Luis, e a *Revista dos Fazendeiros* depositava confiança no novo governo, esperando que ele solucionasse a crise de trabalho. A Sociedade Paulista de Agricultura nomeou uma comissão presidida pelo ex-ministro da Agricultura, Dr. Antonio Pádua Salles, a fim de levar o problema ao novo governo. Como resposta, a Secretaria da Agricultura tomou medidas para assegurar a vinda de um bom número de imigrantes. O transporte de 50 mil imigrantes foi contratado e, por volta de abril de 1920, o pessoal chegaria a Santos. Além desse contingente, o financiamento da entrada de mais 50 mil imigrantes foi aprovado pelo Congresso Legislativo. A perspectiva era de que, em breve, o problema estivesse solucionado.²⁴

A ação da Secretaria da Agricultura, porém, parece que não foi suficiente para reestabelecer a ordem no mercado de trabalho.

Em 1921, criou-se a Sociedade Auxiliadora do Fornecimento de Braços para a Lavoura, tendo como presidente o Dr. Antonio Prado. A primeira ação dessa entidade (e talvez a única a que se destinava) foi o estabelecimento de um contrato com o Comissariado Italiano de Emigração, denominado de *Convenção de Duchy* para a introdução de imigrantes.²⁵

A criação da Sociedade Auxiliadora do Fornecimento de Braços para a Lavoura e o acordo com o governo italiano

23. *Revista dos Fazendeiros*, op. cit., fevereiro, 1920.

24. Idem. O Coronel Arthur Diederichsen informou sobre as pressões da comissão junto ao secretário da agricultura aos membros da Sociedade Paulista de Agricultura. Faziam parte da comissão nomeada pelo S.P.A. os senhores: Dr. Antonio Pádua Salles, coronel Antonio Carlos da Silva Telles, Carlos Leôncio de Magalhães, coronel Arthur Diederichsen e Carlos Monteiro de Barros.

25. *Revista dos Fazendeiros*, op. cit., março de 1922. e ver LEVI, Darrell. *A Família Prado*, op. cit., p. 265.

evidenciam que os fazendeiros buscavam uma solução própria para o problema da mão-de-obra.

A *Convenção de Duchy*, entretanto, estabelecia que a introdução de braços seria feita com passagens pagas pelo Estado de São Paulo, fato que levou o governo à indignação, pois a convenção fora acertada diretamente entre os fazendeiros e o governo italiano, sem a inclusão do governo do estado. O governo de Washington Luis não viu com bons olhos atribuir aos cofres públicos o pagamento das passagens de imigrantes trazidos pelo acordo e decidiu pela impugnação das cláusulas da *Convenção de Duchy*. Como se vê, a Sociedade Auxiliadora de Fornecimento de Braços para a Lavoura e a *Convenção de Duchy* trouxeram mais desacertos políticos entre o governo e os fazendeiros do que os famigerados braços para a lavoura.

Em resumo, no período que se estende do início da construção da Estrada de Ferro Noroeste do Brasil e da definição da política de defesa do café até o início da Primeira Guerra Mundial, o mercado de trabalho foi marcado por um movimento de recuperação (1905-1910) e por um certo aquecimento (1911 a 1913). Essa tendência reverteu-se com a deflagração da guerra. Abriu-se uma nova conjuntura de crise de trabalho sentida na lavoura cafeeira e em outras culturas, como a do algodão e a da cana, nas zonas de antigas plantações de café, porque, junto com a redução do fluxo imigratório (decorrente do fato dos países envolvidos no conflito proibirem a emigração de sua população), as zonas pioneiras e as cidades atraíam cada vez mais contingentes de trabalhadores das antigas regiões cafeeiras.

As tensões no mercado de trabalho, o desequilíbrio na distribuição dos trabalhadores entre as zonas antigas, as pioneiras e as cidades e a instabilidade da oferta de trabalhadores imigrantes europeus colocaram na ordem do dia as questões da valorização do trabalho no campo, das melhorias das condições de vida, e da recuperação do

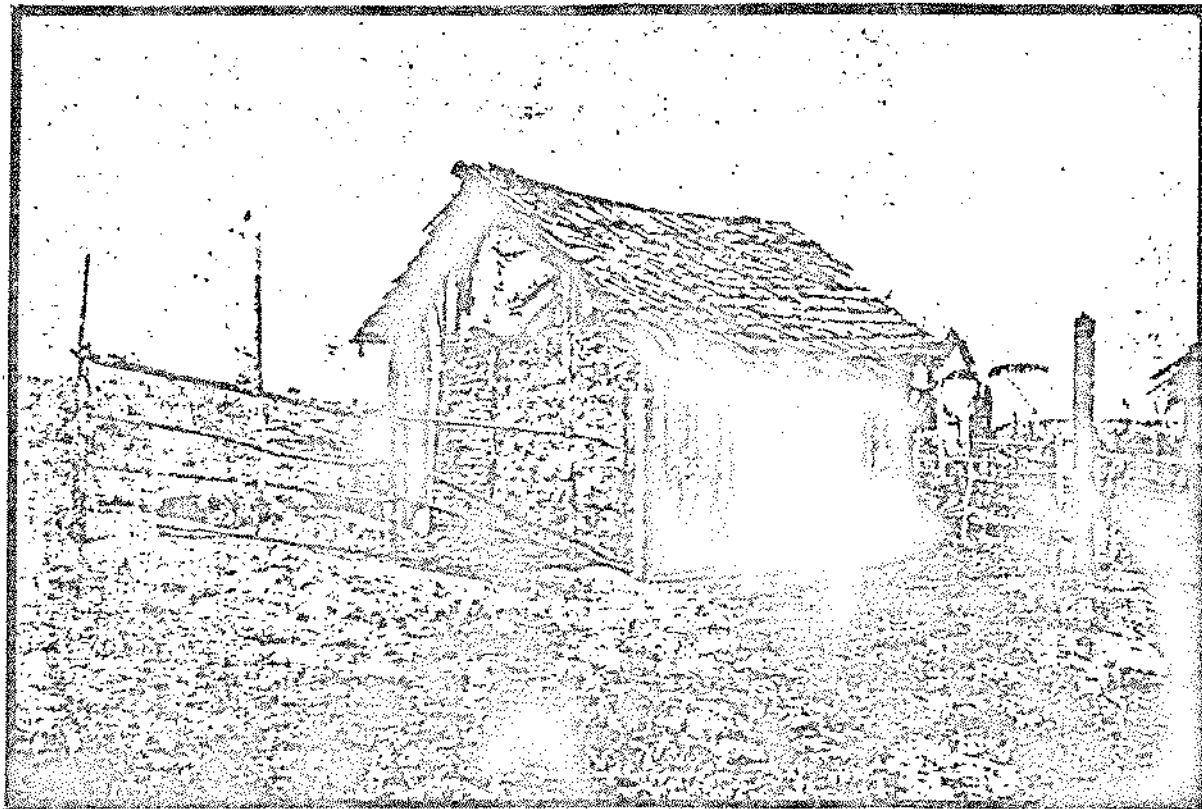


FIG. 22 CASA DE TAIPA - AVARÉ, 1910. "pequeno casebre, composto de duas peças - dormitório na frente e cozinha contígua, no fundo" FONTE: RIBAS, Emílio. Alastrim, amas e milk-pox. In: Revista Médica de S. Paulo. n.17, 1910. p. 320.

trabalhador nacional, do caipira e do jeca para a agricultura capitalista.

A preocupação com as condições de vida trouxe à tona os problemas sanitários e os males que atingiam os trabalhadores rurais.

2. Dos males dos colonos, dos caipiras e dos Jecas.

2.1. A dor d'olhos dos colonos.

O autor da *Guida dello Stato di S. Paolo nel Brasile* calculava em mais de 120 mil o número de colonos atacados pela conjuntivite granulosa no Estado de São Paulo, em 1904. Desse total, mais da metade era composta por italianos.²⁶

A terra vermelha e a poeira eram as principais causas apontadas para o aparecimento e a difusão da moléstia. Para evitar o mal, o guia recomendava a higiene dos olhos com água tépida todas as noites, e para acalmar as dores, quando a moléstia já estava instaurada, recomendava a aplicação de lenços ensopados com água quente.

A partir da extinção das grandes epidemias de febre amarela, outras moléstias começaram a figurar nos guias para imigrantes e nas denúncias das condições de vida dos colonos nas fazendas de café. Não que essas moléstias não existissem anteriormente à erradicação da febre amarela; porém, as grandes epidemias ocupavam todas as atenções pela extensão e pelo fato de provocarem vítimas, num curto espaço de tempo.

Dentre as moléstias apontadas como causadoras dos males e da decadência dos trabalhadores rurais estavam a malária ou maleita e a ancilostomíase, amarelão ou opilação e o tracoma ou conjuntivite granulosa.

26. FRESCURA, Bernardino. *Guida dello Stato di S. Paolo nel Brasile*. Piacenza: G. Favari, 1904, cap. IV.

Em 1906, o vice-consul italiano descrevia como deploráveis as condições dos imigrantes nas fazendas. Suas casas tinham apenas quatro cômodos sem forro, construídos sobre terra batida. Noutras fazendas, as velhas senzalas eram aproveitadas para abrigo das famílias de imigrantes. Nessas, não havia nem água potável e nem chaminé.²⁷

Aos poucos, os imigrantes italianos adquiriram o hábito de andarem descalços e de beberem pinga, em substituição ao vinho. O colono ajustava-se às condições encontradas: o preço do calçado era demasiado elevado para seus poucos recursos; a pinga era a bebida barata e acessível. E a pinga com café tornou-se a primeira refeição da manhã e a bebida dos intervalos dos trabalhos na lavoura.

A situação de abandono e a falta de assistência marcaram o relato do vice-consul italiano. Os colonos eram jogados no mais completo abandono nas fazendas: não havia assistência médica, não havia mestres-escola e não havia padres. São Carlos, um município rico, com cerca de 55 mil habitantes, contava com 10 médicos para atender toda a população do município. Poucos médicos, consultas e medicamentos caros eram encontrados em todos os lugares do interior, mesmo nos municípios prósperos.

Uma viajante italiana, Gina Lombroso, em viagem pelo interior de São Paulo, observou que o preço da visita de um médico a algum enfermo na colônia e mais os medicamentos correspondiam quase ao preço de um hectare de terra.²⁸ Sem doenças crônicas, as despesas com médico e medicamentos consumiriam cerca de 3% do ganho anual do colono; se na família houvesse alguma doença crônica, as despesas com o tratamento absorveriam mais de 7% do ganho anual. E doenças crônicas eram comuns entre os trabalhadores. O caso extremo era o tracoma que atingia

27. TEDESCHI, U. Le condizioni sanitarie degli emigranti nello Stato di San Paolo. *Bollettino dell'Emigrazione*. Roma, n. 2, 1907, p. 105-113.

28. LOMPROSO, Gina. *Nell'America Meridionale*. Milão: Fratelli Treves, 1900. apud. ALVIM, Zuleika. *Brava Gente!* op. cit., p. 94.

cerca de 75% dos trabalhadores das fazendas, segundo a viajante.

As autoridades italianas preocupavam-se com a extensão e difusão do tracoma entre os imigrantes. O vice-consul italiano, em seu relatório, mostrava-se preocupado com a extensão da moléstia e com a desatenção das autoridades sanitárias do Estado de São Paulo, as quais estavam convencidos de que a conjuntivite granulosa fora introduzida no estado pelos imigrantes. Para o vice-consul italiano, essa convicção era falsa - a doença era endêmica, e os imigrantes apenas contribuíram para a sua propagação, devido às condições sanitárias precárias em que viviam. O alastramento era propiciado pela ausência de higiene das habitações dos colonos e pela ausência de medidas sanitárias. A única medida posta em execução para evitar a continuidade da difusão do tracoma foi a proibição da entrada de imigrantes com sinais da moléstia.

Em 1904, o Secretário da Agricultura, Dr. Carlos Botelho, recomendava à Comissão Sanitária de Santos um rigoroso controle sobre o ingresso de trabalhadores imigrantes atacados por doenças contagiosas e, entre elas, o tracoma. O governo do estado não reembolsava o pagamento da viagem de imigrantes com tuberculose, lepra e tracoma.²⁹

No relatório apresentado pelo comissário geral da emigração italiana, L. Renaudi, ao Ministero degli Affari Esteri, a constatação era uma só: nos últimos anos as condições gerais dos trabalhadores rurais pioraram com o crescimento da conjuntivite granulosa. As providências tomadas pelo Serviço Sanitário, mesmo que louváveis, mantinham-se aquém da extensão do mal. Levas de repatriados italianos, ex-colonos, retornavam à Itália com tracoma. O comissário concedia, cada vez mais, pedidos de repatriamento aos ex-colonos, porque em São Paulo não havia condições de atendimento a todos os casos. O recente hospital oftálmico,

29. TEDESCHI, U. op. cit. p. 130-132 e p. 95-101. O governo não pagava também as passagens de imigrantes mutilados.

instalado por iniciativa do médico italiano Dr. Francisco Fignatari, não dispunha de recursos suficientes para atender aos casos da moléstia.³⁰

Mais da metade da zona agrícola do estado, na parte ocidental, estava tomada por doenças contagiosas: tracoma e ancilostomíase. O abatimento físico dos colonos, sem assistência médica, era deplorável. Isolados nas fazendas, os colonos entravam num processo de decadência intelectual e de degradação. Para ilustrar a decadência dos colonos, o comissário da emigração italiana mencionava os frequentes casamentos entre seus patricios e negros.³¹

Em 1908, o inspetor da emigração italiana fez o relato mais dramático da saúde precária dos seus conterrâneos. Durante meses, o inspetor visitou colônia por colônia em várias cidades do interior do estado. À medida que se afastava da Capital, rumo aos municípios cafeeiros, o inspetor encontrou pelas estradas muitas pessoas pedindo esmolas. Chamou sua atenção o fato de que essas pessoas eram guiadas por outras *"já que o uso das mãos não era mais comandado pela vista. Os olhos eram vendados ou protegidos por grandes óculos enegrecidos com fumaça"*.³²

Na saída de uma escola, o inspetor observou que as crianças, filhos de italianos, cobriam os olhos com as mãos. A conjuntivite tomava conta dos olhos das crianças, que avermelhados e inflamados ardiam à luz do dia.³³

A moléstia não matava, mas condenava o indivíduo e sua família à miséria. Se não fosse tratada, a moléstia evoluía e levava a pessoa à cegueira. Mutilados para o trabalho, os doentes paupérrimos tornavam-se pedintes e se espalhavam pelas ruas e estradas das cidades do interior.

30. MINISTERO DEGLI AFFARI ESTERI. *Comissariato Dell'Emigrazione. Relazione sui servizi dell'Emigrazione*. Roma, Aprile 1906-Aprile 1907 p. 61 a 64. O hospital contava com verba do governo italiano e brasileiro.

31. MINISTERO DEGLI AFFARI ESTERI. *Comissariato Dell'Emigrazione. Relazione sui servizi dell'Emigrazione*. Roma, Aprile 1907-Aprile 1908, 1908. p. 80-81.

32. COLLETTI, S. *Lo Stato di San Paolo e l'emigrazione italiana. Bollettino dell'emigrazione*. Roma, n. 14, 1908. p. 41-49.

33. *Ibid.*, p. 49.

O Serviço Sanitário do Estado começou a tomar ciência do tracoma por volta de 1904, quando as grandes epidemias foram debeladas. Nesse ano, o verão foi tranqüilo depois de tantos anos em que, *religiosamente*, as cidades do oeste eram invadidas por surtos epidêmicos de febre amarela. Quando se estabeleceu a trégua, a Diretoria do Serviço Sanitário tomou a iniciativa de investigar o tracoma, quase ao mesmo tempo em que se intensificavam as denúncias nos relatórios das autoridades da emigração italiana.

A Diretoria do Serviço Sanitário comissionou o inspetor sanitário, Dr. Guilherme Alvaro, especialista em moléstias de olhos, para estudar a conjuntivite granulosa. O inspetor sanitário saiu a campo para mapear a zona onde grassava o tracoma. Ribeirão Preto era a principal zona, e os médicos alocados na Comissão Sanitária da cidade, Drs. Eduardo Lopes e Alvaro Motta, vieram para auxiliar o mapeamento. Percorreram a região, inspecionaram escolas, oficinas e algumas colônias. Elaboraram instruções contendo medidas higiênicas para evitar a moléstia, redigidas em português e em italiano para melhor atingir a população mais sujeita ao tracoma.

Em seu relatório dirigido ao Diretor do Serviço Sanitário, Dr. Emílio Ribas, o inspetor sanitário, Dr. Eduardo Lopes, chefe da Comissão Sanitária de Ribeirão Preto, mostrava a gravidade do tracoma, naquele município, entre a população *pobre e ignorante* das colônias das fazendas. Assim exponha a situação em seu relatório:

"Quem, como nós, tem tido muitas ocasiões de visitar fazendas d'este município, não poderá deixar de impressionar-se profundamente com a extensão que na população rural tem atingido a conjuntivite granulosa; principalmente as crianças são vítimas da moléstia, do que, quase podemos dizer nenhum filho de colono escapa. É frequente encontrar-se nas colônias adultos cegos ou a

caminho da cegueira em consequência das alterações da córnea..."³⁴

O mapeamento do alastramento do tracoma, feito pelo Dr. Guilherme Alvaro, mostrou que a moléstia atacava principalmente a população das fazendas e das cidades do oeste paulista na primavera e no verão. A *dor d'olhos*, como era conhecida na região, era uma oftalmia excessivamente contagiosa e dolorosa. Sua invasão era súbita. Iniciava-se com o lacrimejamento, com a fotofobia e com a sensação de ardor e de areia nos olhos e logo as pálpebras se inchavam e se tornavam avermelhadas.³⁵

Embora altamente contagiosa, a moléstia era curável após tratamento diligente, de duração de mais ou menos 15 dias. Caso o tratamento não fosse feito, a cegueira era quase inevitável.

Nos contatos com os colonos, o Dr. Guilherme Alvaro ouviu-os atribuírem ao *pó roxo* da região, à *intensidade da luz*, ao *pólen do milho* e ao clima a causa da *dor d'olhos*. Os colonos tinham alguma razão, porque a *luz*, a *poeira* e o *pólen* irritavam os olhos e preparavam terreno para o bacilo causador da moléstia.³⁶

Para evitar a ação do bacilo e o aparecimento da moléstia, o asseio e a higiene eram as medidas recomendadas: asseio das mãos, lavagem de rosto, higiene das roupas e da habitação. A propalada higiene necessária para prevenir a moléstia era difícil de ser posta em prática entre os colonos, como o próprio inspetor sanitário constatou, em suas visitas a algumas colônias nas fazendas da região de Ribeirão Preto:

"Não é, infelizmente satisfatória a higiene das colônias das fazendas. O colono não é amigo do asseio individual e esse reflete-se em o todo o domicílio. As casas

34. LOPES, E. Estado Sanitário de Ribeirão Preto em 1905. *Revista Médica de São Paulo*. São Paulo, n. 11, 1906, p. 219.

35. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, n.24, dez., 1904. p. 579-580.

36. *Idem*, p. 580. O causador do mal era o bacilo de Weeks.

*não são boas, não têm solo protegido, não têm luz e ar suficientes e, comumente, os fogões não dispõem de chaminé. Daí resulta ficar o domicílio frequentemente inabitável pelo fumo que por ele se espalha, passando às vezes de uma para outra habitação, pois são as casas construídas em grupos de quatro e mais, com cumieira comum e paredes divisórias subindo a meia altura apenas."*³⁷

A reforma das habitações e a modificação do padrão de construção das casas dos colonos eram o primeiro passo a ser dado para se chegar a uma melhoria na higiene, no meio dos trabalhadores rurais. Cabia aos fazendeiros, entretanto, promover as transformações nas colônias e mudar suas condições sanitárias fornecendo água potável e fossas.

Na cidade, a Comissão Sanitária de Ribeirão Preto fiscalizava com uma certa regularidade e as melhorias ocorriam: reformas de habitações, limpeza de terrenos, recolhimento do lixo. O número de casos de tracoma foi reduzido. A ação da comissão era direcionada aos mais carentes, à população mais sujeita à moléstia.

Nas escolas, a moléstia era freqüente e a Comissão Sanitária de Ribeirão Preto fiscalizava o comparecimento às aulas de crianças suspeitas de contaminação. Por meio das crianças suspeitas, a Comissão Sanitária chegava à família, onde, possivelmente, o tracoma já grassava. Dessa forma, a Comissão Sanitária atingia o foco da moléstia e aplicava o tratamento a todos os membros da família.

O tratamento era simples, porém moroso, e dependia da presença do médico para pincelar os olhos dos doentes diariamente com nitrato de prata, em 2% de solução.³⁸

Do mapeamento feito pelo Dr. Guilherme Alvaro, o primeiro estudo empreendido pelo Serviço Sanitário acerca da distribuição do tracoma, pouca coisa resultou. Não houve continuidade e as recomendações do inspetor sanitário não passaram do registro no relatório.

37. Idem, p. 581.

38. Idem, p. 582.

Um ano depois, um clínico estabelecido em São Carlos alertava para o alastramento do tracoma na região cafeeira. Esse clínico afirmava que a moléstia era desconhecida em São Paulo até 1889. Nesse ano, a conjuntivite granulosa começou a aparecer nos pacientes tratados em sua clínica. A moléstia desenvolveu-se de modo intenso, acompanhando a grande imigração e espalhou-se pelas zonas agrícolas do oeste: São Carlos, Ribeirão Preto, Jaboticabal, Matão, Limeira, Araras e Pirassununga.

Entre 1903 a 1904, o Dr. Francisco Pignatari registrou o tratamento de 4 mil tracomatosos vindos, principalmente, daquela região.³⁹

Apesar da marcha constante da doença, a única medida posta em execução, mesmo depois dos estudos do Dr. Guilherme Álvaro, foi a proibição da entrada de imigrantes tracomatosos. Daí as denúncias incessantes das autoridades da emigração italiana.⁴⁰

Somente em 1906, o Serviço Sanitário criou uma comissão para cuidar da profilaxia do tracoma. Em outubro, a comissão começou a funcionar com a instalação de 25 postos de atendimento nas localidades mais flageladas. Em três meses de trabalho, os postos registraram o exame de 36.037 indivíduos, destes 14.967 estavam afetados pela moléstia, ou seja, mais de 40%.⁴¹

O medo de reproduzir em São Paulo, no estado mais desenvolvido da federação e na região cafeeira mais rica, as condições de flagelo encontradas no Norte e Nordeste do país, onde *"os cegos abundam e em número de 10, 12 e 15 são encontrados nas feiras, nas ruas e praças"*, fez com que o governo criasse a Comissão de Profilaxia e Tratamento do

39. VIEIRA, Serafim. Estado clínico sobre o tracoma. *Revista Médica de S. Paulo*, São Paulo, n. 14, 1905, p. 297-300.

40. O Decreto n. 1255 de 17/12/1904 fixou o número de imigrantes a serem introduzidos no Estado de São Paulo, durante o ano de 1905, mediante subvenção. Excluiu os imigrantes afetados de conjuntivite granulosa ou tracoma, que deviam ser repatriados às custas dos introdutores.

41. Relatório apresentado ao Exmo. Dr. Dr. Jorge Tibiriça, Presidente do Estado de São Paulo pelo Secretário de Estado dos Negócios do Interior, Dr. Gustavo de Oliveira Godoy, 1906, São Paulo, Typ. do Estado de S. Paulo, 1907 p. 14-15.

Tracoma. O Ceará era apontado como o estado mais flagelado, apesar de não existir estatística, como constatava um médico estudioso do tracoma. A mera observação permitia avaliar a extensão do tracoma. O *cego de feira* fazia parte da cultura folclórica desse estado e de vários estados nordestinos e nortistas.⁴²

A instalação de postos pela Comissão de Profilaxia e Tratamento do Tracoma na zona afetada propiciou um contato mais direto com a população tracomatosa, e os inspetores sanitários puderam dirigir um tratamento mais constante aos enfermos. O tracoma foi, então, declarado moléstia de notificação obrigatória por parte de todo clínico.

No ano de 1907, a comissão registrou o exame de 410.084 indivíduos, deste total um quarto, ou seja, 104.432, eram tracomatosos. Essa cifra confirma a apresentada em 1904, pelo *Guida dello Stato di San Paolo nel Brasile*.⁴³

No ano seguinte, a comissão foi extinta. A alegação era de que não havia verbas para manter os 25 postos em funcionamento, os 35 médicos e mais os desinfetadores. O Secretário do Interior, Dr. Carlos Guimarães, avaliou que os resultados até então alcançados pela Comissão foram *satisfatórios*, e a moléstia mostrava um declínio *de modo sensível* e que, portanto, a comissão poderia ser extinta e o serviço poderia passar para as casas de caridade.⁴⁴

42. OTTONI, David. Do tracoma no Brazil. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, n. 11, 1906, p. 223-232.

43. Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Jorge Tibiriçá, Presidente do Estado de S. Paulo pelo Secretário dos Negócios do Interior Dr. Gustavo de Oliveira Godoy. 1907/1908. São Paulo, Duprat e Comp., 1908. O chefe da Comissão de Profilaxia e Tratamento do Tracoma era o Dr. Euzébio de Queiroz Mattoso. Os postos foram distribuídos nos municípios de: São Carlos, Jau, Descalvado, Jaboticabal, Taquaritinga, Araraquara, Santa Rita do Passa Quatro Cravinhos, Jardinópolis, Sertãozinho, Franca, Pirassununga, Santa Cruz das Palmeiras, Botucatu, São Manoel, Avaré, Pedreira, na Linha do Norte - Sorocaba, Piracicaba, Dois Córregos, Ribeirão Preto, Casa Branca, Nuporanga e São Simão. Em S. Carlos e Sta. Rita do Passa Quatro. Havia 2 médicos nos postos e em Ribeirão Preto, 4 médicos. A sede da Comissão funcionava na Capital.

44. Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Albuquerque Lins, Presidente do Estado de S. Paulo pelo Secretário dos Negócios do Interior Dr. Carlos Guimarães. 1908/1909. São Paulo, Duprat e Comp. 1912. p. 15-16.

Esse foi o triste fim dado à comissão, que mal começou seus trabalhos e já era extinta. A justificativa de que a moléstia mostrou sinais de queda sensível era no mínimo duvidosa, porque não se possuíam estatísticas sobre a extensão do mal e, mesmo que houvesse ocorrido um declínio, era preciso manter o serviço de tratamento, porque a ausência de higiene das habitações e o miserável asseio dos colonos permaneciam, e esses eram os fatores de disseminação do tracoma. Logo, permaneceram ativas as condições de propagação e de alastramento da moléstia que não foram extintas, como se fez com a comissão.

Nos anos seguintes à eliminação da comissão, a moléstia prosseguiu seu caminho ao lado da constante falta de higiene e de assistência médica nos centros agrícolas do estado. Em 1911, um oftalmologista italiano veio a São Paulo para estudar as condições reais dos tracomatosos. Em seu estudo, apontava o erro cometido pelo governo ao extinguir os postos de tratamento do tracoma. Via a erradicação do tracoma como uma questão de *boa vontade* e de *tempo*. Nas zonas cafeeiras a percentagem de tracomatosos era *alarmante* e tendia sempre a aumentar, daí a importância de manter um constante serviço de fiscalização e tratamento, através de postos. Do total de tracomatosos nas colônias, o médico calculava que 75% eram de italianos. Essa cifra era a razão da preocupação do Commissariado da Emigração italiana com a moléstia e da vinda do médico oftalmologista italiano para observar a extensão do mal entre os trabalhadores italianos.⁴⁵

O regulamento sanitário de 1911 ressuscitou a comissão do tracoma, como seção específica do Serviço Sanitário do Estado, com verba própria e significativa (Ver Tabela 10, em anexo). Nos primeiros anos de funcionamento da comissão, a estruturação e montagem do serviço absorveu a maior parcela dos recursos. Foram instalados postos de

45. Revista Médica de S. Paulo, São Paulo, n. 8, 1911. p. 159.

atendimento na Capital, em São Carlos e em Ribeirão Preto. Contava a comissão com 16 médicos distribuídos por toda a região coberta pela moléstia. O Serviço Sanitário do Estado nomeou médicos clínicos em algumas cidades do interior para auxiliarem os trabalhos da comissão. Havia um médico responsável pelo tratamento do tracoma em Jaboticabal, Taquaritinga, Jaú, Descalvado, São Manoel, Sertãozinho, Cravinhos, Jardinópolis, Araraquara e Dois Córregos. Nas cidades-sede da comissão, havia mais de um médico: em São Carlos havia 3 e em Ribeirão Preto havia 4. Foram contratados 32 enfermeiros que se distribuíram entre aquelas cidades. Em Ribeirão Preto, foram alocados 8 enfermeiros, em São Carlos, 6, em Jaú, 4 e nas demais cidades, 2 enfermeiros.

Conforme o regulamento sanitário de 1911, a comissão do tracoma era provisória e tinha por objetivo prestar tratamento médico e cirúrgico aos tracomatosos, formular instruções e conselhos de como evitar o mal e distribuí-los entre a população da região, e mapear a extensão da moléstia. Além da profilaxia e do tratamento do tracoma, o regulamento previa a utilização dos postos e do pessoal médico e de enfermeiros para a fiscalização dos opilados e a administração de tratamento adequado.⁴⁶

Em 1912, a comissão do tracoma examinou 63.722 indivíduos, dos quais 51% estavam atacados pela *dor d'olhos*. Durante esse ano, foram registrados 897.110 curativos, 487 operações, visitas a 502 fazendas e tratamento de 1789 casos de ancilostomíase.⁴⁷

Durante os dois primeiros anos, a comissão provisória contou com recursos significativos. Do total do orçamento da despesa em saúde, 9% eram destinados à comissão. (Ver Tabela 10, em anexo). Depois de 1914, com as

46. Regulamento Sanitário de 1911, p. 442. Artigos 550 a 562.

47. Relatório apresentado ao Dr. Francisco de Paula Rodrigues Alves, Presidente do Estado de S. Paulo pelo Secretário do Interior, Dr. Altino Arantes, ano 1912. São Paulo, Typ. Brazil de Rothschild, 1914, p. 93.

dificuldades criadas pela guerra, os recursos foram se tornando minguados. Entre 1915 e 1916, a redução foi de 96% e, desse modo, quase se extinguiu a comissão. Na verdade, a comissão foi praticamente extinta conforme o relatório do Secretário do Interior, Dr. Oscar Rodrigues Alves.⁴⁸

Pela segunda vez, o serviço de tratamento do tracoma era extinto sem que se tivesse tempo suficiente para se obter resultados apreciáveis.

Tempos depois, ainda se encontravam nos relatos de viajantes italianos ou de inspetores da emigração, descrições como esta:

"...numa família italiana de nove pessoas, a mãe e uma criança eram cegas, cinco jovens estavam com tracoma. Um dos filhos e o pai com ancilostomíase... todos analfabetos..."⁴⁹

2.2. A preguiça e o cansaço que não eram só dos jecas

Quando Monteiro Lobato, em 1914, se contrapôs à literatura regionalista que ufanava a figura do caboclo e do caipira, o fez com a construção de uma outra figura - a do Jeca-Tatu, pretensamente descrita como *realista*.

Na literatura regionalista paulista, o caipira era descrito como um homem forte, esperto, valente e cheio de energia que contracenava com uma natureza exuberante e exótica. Esse personagem orgulhoso era independente, indomável... um herói. Da literatura, o caipira foi parar nas telas de Almeida Júnior: *Caipiras negaceando*. A pintura mostra dois caçadores caipiras na espreita no meio da mata, entre uma vegetação exuberante, à espera da caça. As duas figuras são magníficas, cheias de vida, têm um olhar astucioso de quem conhece e domina a natureza.⁵⁰

48. Relatório apresentado ao Exmo. Snr. Dr. Altino Arantes, Presidente do Estado de São Paulo pelo Secretário do Interior Dr. Oscar Rodrigues Alves, ano 1916. São Paulo, p. 84.

49. MAGRINI, L. *In Brasile*. Turin: Gobetti, 1926. apud ALVIN, Z. op. cit., p. 159.

50. Sobre a literatura regionalista paulista ver:

A idealização romântica do caipira, ao caboclisto, Monteiro Lobato opôs o seu *Jeca-Tatu*, o exemplar de uma "raça que vegeta de côcoras, incapaz de evolução e impenetrável ao progresso."⁵¹

O artigo *Velha Praga*, escrito no inverno de 1914, quando uma seca rigorosa tomou conta da região do Vale do Paraíba, destinou-se à seção de Queixas e Reclamações do jornal *O Estado de São Paulo*. Monteiro Lobato, então fazendeiro naquela região, protestava contra as constantes queimadas feitas pelos caipiras ou agregados para limpar terreno e abrir roçado de feijão, milho e arroz. Esse artigo foi a verdadeira mãe dos *Urupês*.

Na *Velha Praga*, o fazendeiro de Taubaté traçou o retrato do *Jeca*:

"... funesto parasita da terra é o caboclo, espécie de homem baldio, semi-nômade, inadaptável à civilização, mas que vive a beira dela, na penumbra das zonas fronteiriças. À medida que o progresso vem chegando com a via férrea, o italiano, o arado, a valorização das terras, vai ele refugindo em silêncio, com seu cachorro, o seu pilão a-pica-pau e o isqueiro, de modo a sempre conservar-se fronteiriço mudo e sorno... É de vê-lo abordar a um sítio novo para nele armar a sua arapuca de "agregado"; nômade, por força de vagos atavismos, não se liga à terra, como o campônio europeu, "agrega-se-lhe"..."⁵²

Em *Urupês*, o escritor explora ainda mais os traços do caipira para então concluir:

LEITE, Sylvia Helena Talarolli de A. *O reconhecimento do outro*. (o significado do regionalismo paulista, pré-modernista em *Os Caboclos* de Valdomiro Silveira). Dissertação apresentada ao Instituto de Letras, Ciências Sociais e Educação da Universidade Estadual Paulista, Campus de Araraquara, para a obtenção do título de mestre em Letras, 1985.

LEITE, Dante Moreira. *O caráter nacional brasileiro*. 4 ed. definitiva. São Paulo: Pioneira, 1983. p. 231-232.

BOSI, Alfredo. *História concisa da literatura brasileira*. São Paulo: Cultrix, s/d.

Almeida Jr. São Paulo, Art Editora Ltda, Círculo do Livro, s/d.

51. MONTEIRO LOBATO, J. B. *Urupês*. In: *Urupês*. 2 ed.; São Paulo: Revista do Brasil, 1918. p. 218. Nesta edição, Monteiro Lobato incorporou, pela primeira vez, o conto-artigo *Velha Praga*, escrito inicialmente para o jornal *O Estado de São Paulo*, em 1914.

52. MONTEIRO LOBATO, J. B. *Velha Praga*. In: *Urupês*. op. cit., p. 236.

" *Pobre Jeca Tatá ! Como és bonito no romance e feio na realidade !* " ⁵³

E o fazendeiro da região do Vale do Paraíba não apenas compôs a figura parasitária do caboclo, como o culpou do atraso agrícola e da falta de progresso. O jeca preguiçoso, sem iniciativa para o trabalho produtivo (a não ser a iniciativa nada produtiva de pôr fogo na mata), cansado, sem disciplina para o trabalho organizado, de cócoras, incapaz de se pôr de pé, e em companhia de um cão pulguento, não era o herói nacional do romance regional, era, isso sim, a causa do atraso econômico e social da nação. O caipira era responsabilizado pela sua própria sorte e pelo atraso do país.

Se Monteiro Lobato carregou nas tintas com que pintou o retrato do caipira, e chegou ao extremo de culpá-lo pela decadência do país, por outro lado, o escritor *desmitificou* o homem rural visto pela literatura de um ângulo sentimental e pitoresco.

Mais do que a crítica à celebração romântica do caipira, Monteiro Lobato descreveu, pela primeira vez, a situação do homem rural - marginalizado e preterido, em relação ao imigrante italiano no mercado de trabalho. Embora o escritor não aponte a política imigratória do governo como responsável pelo excesso no mercado de trabalho e nem mencione a estrutura agrária e a concentração da propriedade rural como as causas da marginalização do caipira, ele retrata, como nenhum outro, a situação do homem rural *nativo*, vivendo no semi-nomadismo, nas beiras das propriedades alheias, ou *amoitado num litro de terra litigiosa* - como agregado. *Ao caboclo, toca-se* - esse era o preceito usado pelos proprietários quando queriam se ver livres do agregado.

Nos seus contos, Monteiro Lobato sugere que a marginalização está ligada ao que chamou de *força de vagos*

53. MONTEIRO LOBATO, J. D. *Urupês*. In: *Urupês*, op. cit., p. 219.

atavismos. O conceito não é explicado, embora lhe seja atribuída grande importância. O escritor deriva da *força de vãos atavismos* o semi-nomadismo e a ausência de vínculo com a terra, presentes no caboclo.

Talvez nessa fase do escritor, quando ainda era proprietário de terras no Vale do Paraíba, na região cafeeira que há mais de duas décadas havia mergulhado na mais profunda letargia e decadência, a sua posição social tivesse influenciado a construção de uma caricatura impiedosa e extremada do jeca, porque, na verdade, Monteiro Lobato acaba por inverter as responsabilidades culpando a vítima, ao invés do opressor.⁵⁴

Distintamente da visão de Monteiro Lobato, a preguiça e o cansaço dos colonos eram vistos pelas autoridades da emigração italiana como resultado de doenças que atacavam os trabalhadores imigrantes.

No guia de orientação para imigrantes italianos chegados a São Paulo, a ancilostomíase já constava entre as doenças que acometiam os colonos italianos nas fazendas de café. Denominada de *anemia intertropical ou hipoemia*, a moléstia provocava uma constante sensação de cansaço e desânimo, e daí tomar o nome vulgarmente conhecido de *cansaço ou opilação*.

Novamente o clima, o calor, a umidade, as más condições de higiene e a má alimentação eram levantados como fatores propícios para o alastramento da moléstia na colônia. Não escapava ao guia o *estado emocional dos colonos* recém-chegados a uma terra desconhecida, como elemento que contribuía para criar uma disposição do colono ao desânimo, além, é óbvio, da presença de *vermes no intestino*. O desânimo do colono vinha acompanhado da mudança na tez, que se cobria de um amarelo pálido e das desordens

54. LEITE, Sylvia H. T. A. op. cit., p. 118-123. Afirma a autora que: "Lobato neste primeiro momento não satiriza os abastados, os poderosos, os latifundiários, os barões de café, os magnatas, os industriais ou os elementos ligados ao Estado responsáveis maiores pelos problemas sociais que já então o incomodavam..." p. 121.

gastronômicas, o desejo de comer terra. O guia aconselhava ao colono adoentado o pronto repatriamento.⁵⁵

Em 1902, Luigi Mazzoti, o médico do Hospital Bologna na Itália, descrevia o tratamento dado aos trabalhadores italianos vindos repatriados do Brasil. Quase todos estavam doentes, atacados por anemia (opilação), provocada por um verme alojado no intestino.

Entre 1902 a 1904, o número de repatriamentos foi maior do que o de entrada de imigrantes. Era grande portanto o número de italianos que voltava à Itália, o que não escapou à observação do médico. Seu relato enfatiza o estado de saúde deplorável dos que chegavam:

*"...pareciam bem nutridos, mas pálidos com cor amarelada, alguns não chegavam a se agüentar em pé, outros embora caminhassem não conseguiam trabalhar..."*⁵⁶

A opilação tirava do colono a capacidade de trabalhar. Privado de energia, faltava-lhe tônus, o que inviabilizava sua permanência nas fazendas e no país, pois o colono, transformado num espectro amarelado e triste, via-se despojado de sua força de trabalho e sem condições de obter o seu sustento. Como o guia, o vice-cônsul italiano em São Paulo aconselhava e concedia os passes para o repatriamento dos trabalhadores italianos com ancilostomíase.

A cura da moléstia nas cidades do interior de São Paulo era impossível. Não havia assistência médica governamental e os poucos médicos, residentes no interior, cobravam verdadeiras fortunas. Restava aos colonos, como revelava o vice-cônsul, recorrer aos curandeiros e às feitiçarias africanas que gozavam de muita reputação, porque eram, na verdade, as únicas assistências acessíveis aos trabalhadores.⁵⁷

55. FRESCURA, Bernardino. op. cit., p. 49-60.

56. MAZZOTI, Luigi. *Una grave malattia che colpisce al Brasile gli emigranti italiani. Anemia da Ancilostomiasi*. Bologna: 1902. p. 10.

57. TEDESCHI, U. op. cit., p. 140-150.

Parece não haver dúvidas de que a presença de curandeiros e de charlatães, tantas vezes objeto de denúncias na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, era a contrapartida dos elevados preços cobrados pelos médicos e que, volta e meia, eram denunciados pelas autoridades da emigração italiana. Esse é um tema recorrente nos relatos sobre as condições dos italianos em São Paulo - os exorbitantes honorários cobrados pelos médicos.

O abuso das cobranças das visitas médicas às colônias levou o médico italiano, que havia sido convidado para integrar a comissão agrícola, criada pelo governo para inspecionar as condições dos imigrantes, a afirmar que:

*"...quando a pessoa fica doente no Brasil tem dupla desgraça: a doença e o preço da cura."*⁵⁸

O início do debate sobre a ancilostomíase, em São Paulo, ocorreu na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo - SMCSF, em 1904 e por iniciativa de um jovem médico, Dr. Ulisses Paranhos, que apresentou como trabalho de ingresso naquela agremiação um estudo sobre a marcha progressiva da moléstia no interior do estado. Em seu trabalho, o jovem médico expôs sua perplexidade diante do fato de que o Serviço Sanitário não tivesse, até então, feito absolutamente nada para evitar a propagação. Com dados colhidos entre os enfermos da Santa Casa de Misericórdia, pois não havia estatística sobre a incidência da moléstia, o Dr. Paranhos ilustra sua exposição. Dos 2.250 doentes entrados naquele hospital, em 1903, mais de 10% apresentava anemia provocada pela presença de ancilostoma duodenal ou uncinariose. Nos quatro primeiros meses de 1904, do total de 568 enfermos que entraram na Santa Casa, 98 tinham ancilostomíase, e na segunda enfermaria destinada à Medicina

58. PIARACCINI, G. Il problema sanitario del Brasile. *AVANTI*. São Paulo, 30/5/1914. apud. HALL, M. e PINHEIRO, F. S. op. cit., p. 99-100.

Interna, dos 36 doentes, 14 estavam atacados pelo parasita.⁵⁹

Em sua comunicação, o Dr. Paranhos propunha a formação de uma verdadeira cruzada humanitária de profilaxia da ancilostomíase, cuja primeira medida devia ser de ordem individual - atacar a higiene do colono através da elaboração de uma *brochura*, escrita em linguagem popular, com noções de higiene individual. Uma outra medida de caráter coletivo devia ser posta em execução pela Diretoria do Serviço Sanitário - cuidar da higiene das habitações dos colonos. O órgão responsável pela saúde pública devia proibir que dejetos fossem lançados ao solo por falta de latrinas e de fossas. O responsável pela saúde pública devia obrigar os proprietários das fazendas a construírem fossas fixas revestidas de cimento para os trabalhadores.

Além dessas duas medidas, propunha a obrigatoriedade da notificação da moléstia e a inspeção médica periódica das habitações coletivas.

A comissão da SMCSF encarregada de analisar a proposta do Dr. Paranhos considerou-a *utópica*. Argumentava que a moléstia estava inteiramente generalizada no Estado de São Paulo e a distribuição de *brochuras* e a fiscalização das habitações eram inexecutáveis.⁶⁰

Em resposta à crítica do Dr. Paranhos à inação do Serviço Sanitário, a comissão fez constar de seu parecer que confiava na *suprema* direção do Serviço Sanitário, que haveria de enfrentar a ancilostomíase, quando chegasse o momento oportuno. Mencionava o esforço da Diretoria do Serviço Sanitário em organizar as estatísticas dos casos fatais, o que já era o primeiro passo para se conhecer as zonas mais flageladas pelo parasita.

59. PARANHOS, Ulisses. A opilação. Algumas considerações profiláticas sobre a opilação ou ancilostomíase. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, n. 12, julho, 1904. p. 225.

60. PARECER DA COMISSÃO DA SOCIEDADE DE MEDICINA E CIRURGIA DE S. PAULO sobre o trabalho do Dr. Ulisses Paranhos. A opilação. Algumas considerações profiláticas sobre a opilação ou ancilostomíase. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, n. 12, junho, 1904. p. 258.

O recado passado pelo parecer era de que não cabia à Sociedade de Medicina e Cirurgia dar lições aos inspetores sanitários e ao Serviço Sanitário, e muito menos, ter a pretensão de propor medidas inexecutáveis.⁶¹

Novamente, a discussão da relação entre a entidade médica e o poder público estava em pauta nos debates tensos das sessões da SMCSF.

Em apoio à proposta do Dr. Paranhos, o Dr. Alberto Seabra relembra o seu caráter de conselho e a importância da *cruzada* contra o amarelão. A partir dessa manifestação a comissão que havia dado o parecer desfavorável e que não propunha absolutamente nada, a não ser confiar na ação futura do Serviço Sanitário, volta atrás e propõe que a própria SMCSF inicie o combate à moléstia, através da elaboração de instruções sobre a gravidade do mal e da distribuição do folheto de conselhos nos hospitais da Capital e do interior, nas fábricas e nas olarias.⁶²

Em um novo pronunciamento, na sessão ordinária da SMCSF, em 16 de maio de 1904, o Dr. Seabra denuncia a ignorância do poder público, do Serviço Sanitário, dos médicos clínicos e da população sobre a extensão da moléstia entre os trabalhadores e a população do campo. A opilação vinha *anemiando* a população rural, esgotando sua energia vital e sua capacidade econômica, sem que nada fosse feito.

Sua indignação vinha do fato de que as moléstias contagiosas e transmissíveis, como Pasteur havia provado ao mundo, eram moléstias evitáveis. A era *pasteuriana* veio pôr fim à mortalidade por causa de moléstias infecto-contagiosas: varíola, febre tifóide, febre amarela, tifo, difteria, cólera, diarreia infantil. A opilação entrava nesse grupo de moléstias evitáveis. O governo, entretanto, não tomava iniciativas para combater a ancilostomíase que se alastrava livremente entre a população rural.

61. Idem, p. 259.

62. ADITAMENTO DO PARECER ANTERIOR. Lido na sessão de 16/05/1904. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, n. 12, junho, 1904, p. 260.

AVISO

A *opitação* ou *amarelidão* é uma molestia muito commum entre os trabalhadores do campo.

Os seus signaes principaes são: amarelidão da pelle, anemia profunda, appetite esquisito, perturbações do estomago, do intestino, cansaço.

Quando a molestia está adiantada apparecem novós symptomas: palpitações do coração, difficuldade para dormir, falta de ar, inchação das pernas, etc.

E' facil evitar esta doença grave e que mata muitas vezes. Basta para isso comprehender a maneira pela qual a *doença péga*. Ella é produzida por vermes que habitam o intestino humano e delle sugam o sangue. Estes vermes põem ovos muito pequenos, inviziveis, mas que não podem se desenvolver no intestino, por causa do calor.

Rejeitados com as evacuações, os ovos podem então se desenvolver, porque o calor externo não é tão grande. Desenvolvendo-se elles transformam-se em *larvas*, tamhom inviziveis e que vivem perfeitamente bem nas aguas paradas e na terra humida.

Onde está a larva está o perigo.

As larvas penetram no interior do nosso corpo por meio da *agua de bebida*, pelas *poeyras*, pela *lama que agorra os trens de cozinha*, as *mãos*, aos *pés*, ou *corpo dos trabalhadores*, dos *oleiros*.

Depois que as ditas larvas entram em nosso corpo *vivam* nos taes vermes que produzem o *amarelidão* ou *opitação*.

Está claro, portanto, que para *evitar* esta molestia basta fazer o seguinte:

- a) Tomar banhos todos os dias.
- b) Lavar as mãos com todo o cuidado antes de comer.
- c) Beber agua fervida.
- d) Lavar bem lavadinhos os trens de cozinha.
- e) Comer *verduras* somente quando bem cozidas.
- f) Não fumar quando estiver trabalhando, afim de que a mão *infecionada* não toque na bocca.

Ainda mais perplexo, o médico constata a flagrante contradição de se permitir que o amarelão subtraísse as *forças vitais* e reduzisse a capacidade de produção dos trabalhadores e, ao mesmo tempo, subsidiasse a imigração assalariada. Despender recursos com a imigração era um erro; reduzir, porém, a incidência de moléstias ditas *evitáveis* era aumentar a *capacidade econômica do cidadão*.⁶³

Por fim, a SMCSF aprovou a proposta do Dr. Seabra de imprimir cartazes com dizeres de fácil compreensão sobre a moléstia e como evitá-la, e espalhá-los profusamente entre os doentes curados de opilação. A confecção dos cartazes ficou a cargo da SMCSF que arrecadou recursos entre os sócios para custeá-la.

Essa discussão na sociedade médica e a solução aprovada destoou de todas as outras: pela primeira vez a sociedade intervinha de forma direta num problema de saúde pública, elaborando e distribuindo cartazes contra o amarelão. Essa diferença de atuação foi percebida pelos membros da sociedade que eufóricos afirmavam que: "*a SMCSF saía da esfera especulativa para entrar no terreno fértil das atividades práticas ou a SMCSF, na questão da ancilostomíase, entregava, ao mesmo tempo, o coração e a bolsa*".⁶⁴ O cartaz foi feito e distribuído nos hospitais entre os pacientes curados de amarelão, para que eles levassem para amigos e parentes.

Essa foi a primeira campanha contra a ancilostomíase organizada pela iniciativa de uma entidade profissional e não pelo Serviço Sanitário. Até então, nada havia sido feito em relação à moléstia que era como bem foi dito nos debates da SMCSF, *um hino triunfal para a ciência*, porque se conhecia tudo a respeito do mal: a causa, os sintomas, o remédio e os meios de evitá-lo.

63. *Ideu*, p. 261.

64. PARECER DA SEGUNDA COMISSÃO DA SOCIEDADE DE MEDICINA E CIRURGIA DE SÃO PAULO encarregada de dizer sobre os diferentes trabalhos que lhe foram apresentados concernentes à opilação. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, n. 14, julho, 1904. p. 324.

As constantes denúncias das autoridades italianas da emigração e a entrada em cena da SMCSF com seus cartazes alertando a população sobre o amarelão pressionaram o Serviço Sanitário e, já em 1905, o Dr. Emílio Ribas põe em seu relatório um item intitulado - Ancilostomíase, no qual manifesta sua preocupação em organizar um serviço de profilaxia e tratamento da moléstia.⁶⁵

Em 1906, com a reforma sanitária, criou-se a Comissão de Profilaxia e Tratamento do Tracoma, cujos funcionários tinham atribuição de administrarem instruções junto à população sobre o tratamento da ancilostomíase. Essa foi a primeira iniciativa do Serviço Sanitário em relação à ancilostomíase. Em função dessa disposição, os 25 postos criados para funcionarem no combate ao tracoma ficaram encarregados de distribuírem 100.000 impressos, redigidos em português e italiano - *Instruções para evitar a ancilostomíase (amarelão ou opilação)*. No folheto, dentre as medidas para se evitar a moléstia, enfatizava-se o uso de latrina. A construção das fossas, porém, não dependia dos colonos e mas sim, dos proprietários. Parece novamente que a campanha errou de endereço, pois as medidas de higiene estavam ligadas à construção de fossas e à reforma de habitações.

Nas cidades do interior onde se espalhava o amarelão, a mortalidade era uma incógnita. A estatística demográfico-sanitária não discriminava com rigor as causas de morte. As mortes por ancilostomíase acabavam caindo na vala comum das causas de *moléstias mal definidas*. Em 1906, foram registrados 442 a 448 óbitos por ancilostomíase no interior, e 16, na Capital. Os óbitos na Capital eram de doentes vindo do interior para se tratarem. No ano seguinte, o número de óbitos no interior se eleva para 523.⁶⁶

65. Relatório Apresentado ao Sr. Dr. Secretário dos Negócios do Interior e da Justiça pelo Dr. Emílio Ribas, Diretor do Serviço Sanitário. 1905. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, n. 13, 1906. p. 261.

66. Para se ter uma idéia da extensão da ancilostomíase, basta dizer que, em 1906, morreram 168 pessoas de lepra no interior e 17, na Capital. O total de leprosos era calculado para o ano de

"Instruções para evitar a ankylostomíase (amarellão ou opilação).

O amarellão ou opilação, cujo nome científico é ankylostomíase, é molestia frequente entre a população do interior.

Os indivíduos atacados tornam-se pallidos e amarellos, soffrem de palpitações e canceira, não sendo raro o habito de comer terra, principalmente nas crianças.

O amarellão é produzido por pequenos vermes ou lombriguinhas (*ankylostoma duodenalis*) que vivem em grande numero dentro do intestino, chupando o sangue e causando hemorragias.

Os seus ovos são evacuados com as dejecções, podendo cada uma conter centenaes de milheiros de ovos. Desenvolvem-se na agua e na terra humida e os pequenos vermes entram no corpo do homem, quer pela pelle dos pés descalços e das mãos, quer pelo consumo de agua contaminada.

Comprehende-se, assim, que os opilados constituem um perigo para toda a vizinhança, a menos que se sujeitem estritamente a certas regras hygienicas.

Por isso, todo o individuo pallido e descorado, deve ser immediatamente submettido a exame medico e tratamento apropriado, que permitta obter uma cura completa em poucas semanas.

O amarellão pôde ser confundido com o impaludismo chronico, observado frequentemente nos mesmos logares, mas esta molestia tambem necessita de exame e tratamento medico, tanto no interesse do doente, como no dos vizinhos.

O amarellão raras vezes se cura sem tratamento apropriado e somente depois de muito tempo, mesmo quando o doente muda de occupação e de logar.

Evita-se o amarellão, observando-se as seguintes regras:

Estabelecimento e uso de latrinas apropriadas perto de todas as casas. Proibição de evacuar fóra das latrinas nos logares habitados. Uso de agua boa, evitando as de correjos que possam estar contaminadas. Drenagem em redor das casas, afim de evitar a formação de lama. Evitar o contacto dos pés, das mãos e da pelle em geral com a lama. Quando isso não for possível, fazer lavagens ou banhos diarios.

O habito de andar descalço pôde trazer o amarellão e outras molestias e deve, por isso, ser abandonado.

Em 1908, a comissão de tracoma foi extinta e o incipiente trabalho de distribuição de instruções profiláticas contra a opilação foi encerrado. A incidência da moléstia, entretanto, não havia sido sequer conhecida, quanto mais reduzida. Um ano antes de extinção do serviço, em uma sinopse do movimento clínico da Santa Casa, o Dr. Theodoro Bayma, antigo inspetor sanitário de Campinas, mostrava-se surpreso com a situação de avanço da ancilostomíase entre os doentes vindos do interior. O absurdo, segundo ele, era de que o amarelão possuísse uma profilaxia específica fácil e pouco dispendiosa. A base da medicação era o *thymol*, tônicos e ferruginosos. Administrados com *thymol* (timol), os doentes espeliavam os ovos - os ancilostomas (alguns pacientes chegavam a expelir cerca de 1.600 ovos).⁶⁷

Em 1911, recriou-se a comissão do tracoma e, novamente, o tratamento da ancilostomíase foi incorporado àquela comissão como apêndice. Pouca coisa foi feita, além da distribuição de folheto com *instruções populares*, cujo alcance era limitadíssimo no meio de trabalhadores, principalmente entre os colonos de origem italiana, e os analfabetos.⁶⁸

2.3. As seções debilitantes da maleita e a entrada em cena da Fundação Rockefeller

A malária ficou, durante muitos anos, restrita à faixa litorânea, Cubatão, Santos, Guarujá, e à região mais pobre do estado, por onde as plantações de café não seguiram

1906, em 2.500 pessoas, ao passo que os opilados era de centenas de milhares. Em 1902, calculava-se em 120 mil. Veja: Relatório referente ao ano de 1906. Apresentado pelo Dr. Emílio Ribas. Diretor do Serviço Sanitário ao Sr. Secretário dos Negócios do Interior. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, n. 11, 1907. p. 218-219.

67. BAYMA, Theodoro. Hospital de Misericórdia. Sinopse do serviço clínico da 1ª enfermaria de medicina de Mulheres. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, n. 6, 1908. p. 124-126.

68. O parlamentar italiano Luigi Rossi comentava que o material impresso sobre ancilostomíase tinha efeito quase nulo entre os colonos, na maioria, analfabetos. Ver: ROSSI, Luigi. op. cit., p. 142-143.

seu curso, as regiões do Vale do Ribeira, Apiaí, Jacupiranga, Registro. Na Capital, o grande número de óbitos, nos primeiros anos das estatísticas demográfico-sanitárias, refletia, como mais tarde ficou claro, uma classificação de causa de morte incorreta. Na verdade, a malária não era moléstia típica da cidade de São Paulo e os óbitos registrados, como tendo por causa o paludismo, não passavam de óbitos cuja causa era a febre tifóide, como foi comprovado pelos estudos do Dr. Adolfo Lutz, no Instituto Bacteriológico.⁶⁹ A moléstia aparecia na Capital vinda de outras localidades, em casos excepcionais, por exemplo, quando da construção da estrada de ferro Santos-Jundiaí, em 1864-1868.

No final do século passado e no início do atual, a malária espalhou-se e atingiu algumas regiões cafeeiras, como a de Ribeirão Preto. De 1898 a 1902, a malária foi responsável pelo aumento da mortalidade: o número de óbitos subiu de 68 para 144. Desde a criação da Comissão Sanitária, em 1903, o número de óbitos por paludismo vinha caindo. Um ano depois de instalada a Comissão Sanitária, o número de óbitos baixou para 25 e, em 1905, registraram-se 10 óbitos. Em 1905, a Comissão Sanitária de Ribeirão Preto comunicava que as ocorrências de impaludismo na população da região vinham apresentando uma queda. A queda da incidência de malária em Ribeirão Preto era consequência das medidas profiláticas adotadas pela Comissão Sanitária para eliminar a febre amarela. As medidas para extinguir os viveiros dos mosquitos da febre amarela acabavam por eliminar o anofeles, responsável pela transmissão da malária.⁷⁰

Em 1910, o Dr. Victor Godinho constatava, na sua *Geografia Médica e Climatologia do Estado de São Paulo*, que todo o litoral paulista continuava dominado pela malária, principalmente as localidades banhadas por rios, como era o

69. Resumo dos trabalhos do Instituto Bacteriológico de São Paulo 1892-1906. Relatório apresentado à Diretoria do Serviço Sanitário. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, v. X, n. 4, 1907. p. 74-75.

70. LOPES, Eduardo. Estado Sanitário de Ribeirão Preto em 1905. op. cit., p. 217.

caso de Itanhaém, banhada pelo rio Mambáu, Santos, pelo rio Bertioga, e as localidades situadas às margens dos rios Ribeira, Peruíbe, Gravatá e Branco. No planalto, os municípios cortados pelo rio Paraíba não eram atingidos pela maleita. Na Capital, a malária era responsável por um número reduzido de óbitos, na maioria de pessoas vindas do interior para os hospitais da Capital. Já nos municípios banhados pelos rios Mogi-Mirim, Mogi-Guaçu, Pardo, Feixe, Piracicaba e Tietê (abaixo da confluência com o Piracicaba), a maleita alastrou-se, embora produzisse poucas mortes."⁷¹ (Ver Tabela 3, em anexo)

A primeira campanha profilática contra o impaludismo no Brasil foi realizada nas margens do rio Itapanhaum, no litoral paulista, próximo à cidade de Santos, em 1904/1905. Nessa região, havia um núcleo de operários da empresa Cia. Docas de Santos ocupado na construção de um ramal de ligação com a estrada de ferro Santos-Jundiaí. A região era dominada por uma imensa várzea e os operários habitavam barracões construídos em pleno solo pantanoso. Quando a epidemia de maleita eclodiu, poucos operários escaparam. Alarmados com os estragos feitos pela moléstia e com a dificuldade de prosseguir a construção do ramal da estrada de ferro, a Cia. Docas de Santos contratou o Dr. Carlos Chagas, do Instituto de Manguinhos, para orientar e executar as medidas profiláticas. A campanha baseou-se na administração do quinine entre os operários, na proteção das aberturas das habitações com telas e no isolamento dos doentes crônicos."⁷²

Em 1908, era a vez de uma outra estrada de ferro - a NOROESTE, pedir auxílio ao Instituto de Manguinhos para debelar a epidemia de malária que dizimava os operários ocupados nas obras de construção da ferrovia. Durante 10

71. GODINHO, Victor. Geografia Médica e Climatologia do Estado de São Paulo. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, n. 1, 1910, p. 11-12.

72. CHAGAS, Carlos. Profilaxia do impaludismo. Trabalho do Instituto de Manguinhos. Memória apresentada no 6º Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, n. 19, 1908, p. 398.

meses, o Dr. Arthur Neiva permaneceu na região compreendida entre Bauru e o rio Paraná, a fim de administrar a profilaxia contra o impaludismo. O quinino foi distribuído entre os trabalhadores, paulistas e *baianos* que haviam sido recrutados sob diversos artifícios pelos empreiteiros da construção da estrada. Em seu diário, o Dr. Neiva descrevia a luta desses trabalhadores em meio à compacta floresta que cobria a região: os trabalhadores "...*tombavam ora vitimados pela malária, ora pelo guarantã dos índios Caingangues, quando não eram corroídos pela úlcera de Bauru*".⁷³

Os embaraços criados pela malária nas obras de construção dos caminhos de ferro em meio à floresta tropical ressurgiam em outras atividades. A malária espalhou-se pela região canavieira do estado, atrapalhando os trabalhos das usinas açucareiras.

Em 1916 e 1917, houve uma grande ocorrência de malária a ponto de *desequilibrar* o estado sanitário do Estado de São Paulo, tido pelas autoridades sanitárias como satisfatório. A elevação do número de óbitos iniciou-se em 1914, e persistiu até em 1917. Esse comportamento era estranho, pois, em geral, a uma subida correspondia uma queda no ano seguinte. Em 1911, o número de óbitos foi muito elevado, porém nos anos seguintes caiu. (Ver Tabela 3, em anexo). Durante 1914 a 1918, a malária de caráter endêmico desenvolveu-se epidemicamente. O governo distribuiu medicamentos a vários municípios. O quinino (saís de quinina) teve seu preço elevado, devido as dificuldades de importação por causa da Primeira Guerra Mundial. Alguns países limitaram sua exportação, para formarem reservas para seus exércitos.⁷⁴

O governo de São Paulo distribuiu quinino e assumiu a responsabilidade de sanear fazendas, vilas e

73. NEIVA, Arthur. A MOROESTE (notas de um diário). In: NEIVA, Arthur. *Daqui e de longe...* Crônicas nacionais e de viagens. São Paulo: Melhoramentos, s/d, p. 127. Guarantã é uma madeira dura, supõe-se que seja uma flexa feita com esta madeira.

74. Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Altino Arantes. Presidente do Estado de São Paulo pelo Secretário de Interior Oscar Rodrigues Alves. Ano de 1916. op. cit., p. 78-81.

idades atacadas pela malária. Sob a orientação do Serviço Sanitário, o Dr. Salles Gomes, inspetor sanitário, deslocou-se para a região mais atingida - a canavieira, formada por Cosmópolis, Vila Americana, Monte-Mor, São Jerônimo, Santa Bárbara e Piracicaba. Foram saneadas as terras da Usina Carioba e da Usina Ester e as terras das fazendas Salto Grande e Amália. Seus proprietários custearam o saneamento, realizado sob a direção do chefe da Comissão Sanitária de Campinas, Dr. Octávio Marcondes Machado.

O agravamento das condições sanitárias, nas zonas rurais com o aparecimento da malária epidêmica, levou o governo do Estado de São Paulo a iniciar conversações com a Fundação Rockefeller para que essa instituição colaborasse no combate à malária.

A Comissão Sanitária Rockefeller foi criada em 1901, com o objetivo de erradicar a ancilostomíase e a malária do sul dos Estados Unidos. A iniciativa do grupo Rockefeller atendia aos interesses econômicos dos capitalistas *nortistas* de integrar o *sul* *atrasado* e lá constituir novos mercados e um reservatório de mão-de-obra. A ação da comissão dirigiu-se àquelas moléstias ditas *debilitantes* que reduziam a produtividade da mão-de-obra - malária e ancilostomíase.

Com a experiência adquirida nas *campanhas* no sul dos Estados Unidos, a Comissão Sanitária Rockefeller criou um *modelo* de medicina, cujo método de ação se restringia ao combate dos *vetores* da doença. No caso da malária, toda a ação estava centrada nas pulverizações de aceto-arsenito de cobre, agente químico empregado nas décadas de 10 e 20. Anos depois, durante a Segunda Guerra Mundial, desenvolveu-se outro agente químico, o DDI, que passou a ser empregado nas pulverizações.

Em junho de 1913, a Fundação Rockefeller criou a Comissão Internacional de Saúde com o fim de estender suas atividades de saúde pública a outros países. Nos anos

seguintes a sua criação, a Comissão Internacional voltou suas atenções para a América Latina. Em plena guerra, as atividades da comissão ligadas ao saneamento e ao combate das moléstias transmissíveis contribuíram para consolidar a *hegemonia* dos Estados Unidos na região, após o armistício.⁷⁵

Uma clara *divisão de trabalho* estabeleceu-se entre os órgãos sanitários que atuavam na América Latina após a entrada em cena da Rockefeller. A Oficina Sanitária Panamericana (O.S.P.), criada em 1902, ficou encarregada do saneamento dos portos e do regulamento da quarentena, uniformizando-a para toda a região. Coube à Fundação Rockefeller o saneamento terrestre em relação à ancilostomíase, à malária e à febre amarela.⁷⁶

A Fundação Rockefeller iniciou suas atividades nos países do Caribe e da América Central, à exceção do México. No Panamá, o saneamento era condição prévia à construção do *Canal* que havia ficado sob a jurisdição dos norte-americanos. O saneamento da zona do canal e dos portos vizinhos foi coordenado pela fundação. Em 1915, o grupo econômico Rockefeller, através do National City Bank, era a principal força financeira do Panamá.⁷⁷

Relembrando a atuação da Fundação Rockefeller no saneamento da zona do canal do Panamá, zona malárica, o Secretário do Interior do Estado de São Paulo, Dr. Oscar Rodrigues Alves, apontava, em seu relatório, a necessidade do Serviço Sanitário contar com a colaboração da Comissão Internacional de Saúde da Fundação Rockefeller, a fim de combater a malária e a ancilostomíase. Dizia o Secretário ao Presidente do Estado, Dr. Altino Arantes:

75. Sobre a ação da Rockefeller ver: CLEAVER, Harry. A economia política da saúde pública e a malária. *Textos de Apoio*. Ciências Sociais 2. Rio de Janeiro, PEC/ENSP/ABRASCO, 1984. e AGUDELO, Saul Franco. Saúde e imperialismo a ação anti-malária na América Latina e a Fundação Rockefeller. *Textos de Apoio*. Ciências Sociais 2. Rio de Janeiro, PEC/ENSP/ABRASCO, 1984.

76. GARCIA, Juan C. Estado e política de saúde na América Latina. *Textos de Apoio*. op. cit., p. 32-36.

77. *Idea*. op. cit., p. 47.

"Quem acompanhasse as prodigiosas obras de saneamento executadas pela iniciativa americana na zona do Canal do Panamá, ficaria admirado como o impaludismo tem resistido até hoje a tudo quanto a ciência moderna, aliada a recursos financeiros praticamente inesgotáveis, soube fazer para, de uma vez por todas, eliminar o mal daquelas paragens."

"Os resultados são verdadeiramente extraordinários mas a presença da malária, embora diminuída prova a dificuldade de se encontrar uma solução pronta para tão importante problema higiênico."⁷⁸

A Fundação Rockefeller já estava atuando no Brasil em convênios com os estados do Rio de Janeiro e de Minas Gerais, cujas cláusulas, segundo o Secretário do Interior do Estado de São Paulo, concediam plenos poderes à Comissão Rockefeller no combate à malária e à ancilostomíase.

O governo paulista negociou um acordo, no qual ficou estabelecido, segundo o Diretor do Serviço Sanitário, Dr. Arthur Neiva, que as duas comissões - a da Rockefeller e a do Serviço Sanitário desenvolveriam seus trabalhos de profilaxia da malária e da ancilostomíase independentemente, em zonas diferentes do Estado de São Paulo: a Rockefeller atuaria em Guarulhos, Brodowski e Atibaia, e a Comissão do Serviço Sanitário, sob a direção do Dr. Melchiades Junqueira, atuaria em Iguape, Tremembé, Campo Grande (Santos), São Bernardo, Cosmópolis, Santo Amaro, Jacareí e Paraibuna. Nas palavras do Dr. Oscar Rodrigues Alves:

"Conseguimos que a Fundação venha trabalhar em São Paulo em condições diversas, adotando-se outro sistema já convencionado entre os Drs. Richard Pearce e L. W. Hackett e Arthur Neiva. As duas comissões trabalharão

78. Relatório apresentado ao Exmo Snr. Dr. Altino Arantes. Presidente do Estado de S. Paulo pelo Secretário do Interior Oscar Rodrigues Alves. Ano 1916. op. cit., p. 79.

*independentemente em zonas diferentes do Estado e dispendendo a mesma quantia."*⁷⁹

A diferença da atuação da Rockefeller em São Paulo em relação à atuação dessa instituição em outros estados resultava do fato de São Paulo contar com um serviço sanitário e com uma estrutura de saúde pública - o Serviço Sanitário, que funcionava, ao passo que em outras localidades, principalmente no Nordeste do país, inexistia qualquer serviço de saúde pública, o que explica por que, nessas localidades, a Fundação Rockefeller executou as campanhas de profilaxia da malária, ancilostomíase e febre amarela com plenos poderes.

Em São Paulo, a Fundação Rockefeller teve um papel importante no ensino médico: foi responsável pela criação da cadeira de higiene na Faculdade de Medicina, em 1918. Ainda no âmbito do ensino médico, soube se valer de recursos e de profissionais médicos para difundir seu modelo de medicina. Financiava estudo e estágio de médicos brasileiros na Universidade Johns Hopkins, em Baltimore, que por sua vez era financiada pela Rockefeller. Desta forma, reproduzia seus propagandistas e divulgadores.⁸⁰

Em 1916, no relatório do Secretário do Interior era aventada, pela primeira vez, a necessidade de aparelhar o Serviço Sanitário com um novo regulamento em substituição ao de 1911, que se mostrava muito tímido em relação à higiene rural. Os problemas sanitários referentes à zona rural do Estado de São Paulo agravavam-se o pelo aumento da

79. Idem. op. cit., p. 82. No levantamento bibliográfico que fiz, durante a pesquisa, verifiquei que há poucos trabalhos sobre a atuação da Fundação Rockefeller no Brasil. Nada há de sistemático e analítico, a única referência que encontrei foi:

LABRA, M. Eliana. *O movimento sanitarista nos anos 20. Da conexão internacional à especialização em saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1985. (Dissertação de mestrado em Administração Pública).

80. Os primeiros médicos recrutados pela fundação para estudarem na Johns Hopkins foram os Drs. Geraldo Horácio Paula Souza e Francisco Vieira, fundadores do Instituto de Higiene, construído com recursos da fundação. A construção do novo prédio da Faculdade de Medicina de São Paulo foi financiada também pela Rockefeller.

maleita, da ancilostomíase e do tracoma. Entretanto, o Serviço Sanitário não dispunha de instrumentos de ação para atenuar a marcha dessas moléstias. Na verdade, o Serviço Sanitário, sob a direção do Dr. Arthur Neiva, reclamava a necessidade de se elaborar um *Código Sanitário Rural*.

3. O Código Sanitário Rural e a desculpa ao jeca

3.1. O Código Sanitário Rural

As primeiras investigações do Dr. Guilherme Alvaro sobre o tracoma e as denúncias dos agentes consulares italianos sobre sua incidência entre os colonos italianos, a serviço da lavoura cafeeira levaram à constituição da comissão do tracoma. De vida efêmera, a comissão atuou aos *trancos e barrancos* e buscou cuidar dos tracomatosos e avaliar a extensão da ancilostomíase. Depois de abruptamente extinta por duas vezes, sendo a última por volta de 1914, a população rural atingida pelas moléstias transmissíveis foi abandonada à própria sorte.

Dois anos depois, em 1916, eclodia uma epidemia de malária e o Serviço Sanitário, perplexo, constatava que o *equilíbrio sanitário* das zonas rurais havia sido rompido. Precisava-se voltar a atenção para o campo, para as zonas rurais abandonadas e elaborar um *código sanitário* específico.

O Serviço Sanitário, desde a descoberta do vetor da febre amarela e da adoção das práticas exterminadoras dos mosquitos para controle das epidemias, andava a esmo, sem uma definição de que questões sanitárias tratar. A efemeridade da comissão do tracoma revelava a falta de rumo da política de saúde. O último regulamento sanitário, o de 1911, parecia muito mais preocupado com os problemas sanitários urbanos e, em especial, com os da Capital, do que com os problemas sanitários rurais. Por outro lado, o Serviço Sanitário estava acéfalo. O Dr. Emílio Ribas era,

ainda, o seu diretor, porém sua gestão fora marcada de pedidos de afastamento e de licenças.⁸¹ Assumia seu lugar na direção do serviço algum inspetor sanitário, em caráter interino, o que significava que pouca coisa podia ser feita com continuidade e a termo.

Somente em 1917, assumiu a direção do Serviço Sanitário, em caráter definitivo, o Dr. Arthur Neiva, que permaneceu no cargo até abril de 1920.⁸² A partir de sua entrada, pode-se observar uma busca de definição de uma política sanitária para o interior, que irá se traduzir no *Código Sanitário Rural*.

No final de 1917, promulgou-se a reforma do Serviço Sanitário, a qual incluía um item especial - o *Código Sanitário Rural*, que constituiu a mais importante inovação introduzida na legislação sanitária.⁸³

Com a reforma, criou-se o cargo de delegado de saúde para as cidades do interior. Até então, existiam dois delegados de saúde que atuavam na Capital. O número de cargos de delegado foi ampliado para 11, ficando 5 com a Capital e 6, com as cidades de Santos, Campinas, São Carlos, Ribeirão Preto, Guaratinguetá e Botucatu.

O número de inspetores sanitários para as cidades do interior aumentou de 12 para 18. Em termos de pessoal, a reforma reforçava o contingente de funcionários do Serviço Sanitário - médicos para as cidades do interior.

Competia aos delegados de saúde do interior fiscalizar hospitais, postos médicos, estações de água, asilos, hotéis, fábricas, fazendas e domicílios, manter

81. MASCARENHAS, Rodolfo dos S. *Contribuição para o estudo da Administração Sanitária Estadual em São Paulo*. São Paulo, Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de S. Paulo. 1949 (tese de livre-docência). p. 27. É lamentável que este autor não traga nada sobre a gestão de Arthur Neiva. Há uma exaltação, no meu entender, desproporcional à direção do Dr. Emílio Ribas. Oficialmente o Dr. Emílio Ribas ficou na direção do Serviço Sanitário de 1898 até 1917, entretanto desde 1908 ele apresentava pedidos temporários de afastamento do cargo. De 1908 a 1917 foram quase 5 anos de afastamento se contarmos corrido os períodos.

82. O Dr. Arthur Neiva atuou como diretor interino de 21/12/1916 a 11/04/1917.

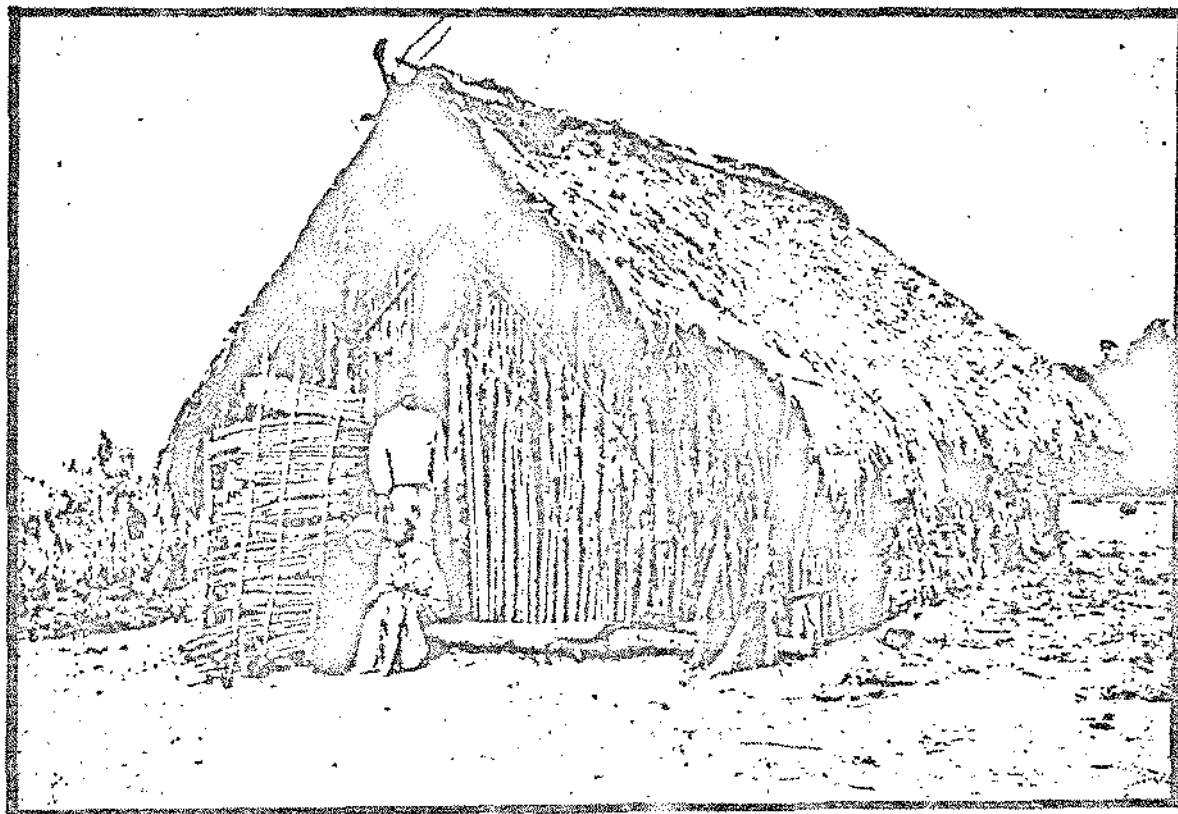
83. Lei nº 1596 de 29 de dezembro de 1917. *Coleção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1917*.

contato regular com a Diretoria do Serviço Sanitário e distribuir responsabilidades aos inspetores sanitários (que ficavam encarregados de percorrer sistematicamente a zona sob sua responsabilidade), de vacinar e de *fiscalizar a distribuição e aplicação de quinina e de produtos necessários para o combate da ancilostomíase.*

Na legislação constavam as visitas sanitárias às fazendas, que, até então, permaneciam como território não sujeito ao policiamento sanitário. Somente a pedido do proprietário, é que o inspetor sanitário entrava nas fazendas. Para as fábricas, oficinas e comércio, as visitas e a fiscalização sistemáticas já eram previstas na lei. A inexistência de medidas em relação à higiene rural parecia mostrar que as condições de trabalho e de vida nas colônias eram boas e saudáveis. O *mito da vida saudável no campo* fazia parte da legislação sanitária. O tracoma, a ancilostomíase e a malária mostraram o outro lado da vida no campo. Na legislação, pela primeira vez, o inspetor sanitário distribuiria quinino e medicamentos contra ancilostomíase.

A reforma do Serviço Sanitário de 1917 era enfática no que dizia respeito à polícia sanitária. Explicitava de forma mais rigorosa a autoridade sanitária e seu poder de polícia. Determinava que o inspetor sanitário e o delegado de saúde teriam sempre *livre ingresso* em todas as habitações e estabelecimentos de qualquer espécie, onde poderiam verificar as condições higiênicas, a saúde dos moradores, a qualidade da água, as instalações sanitárias, os esgotos, bueiros e banheiros. Há, nessas determinações, uma predisposição da polícia sanitária em exercer sua ação sem os limites impostos pela propriedade privada. Os poderes de polícia eram reafirmados diante da propriedade: entrar, vasculhar, intimar e multar.

O artigo 50 da lei de 1917 afirmava que o policiamento sanitário compreenderia *o serviço urbano na capital e nos centros urbanos do interior e o de higiene*



Casa rustica onde houve doentes de alastrim, em Bom Sucesso

FIG. 25 CASA DE SAPÉ - BOM SUCESSO (8 léguas de Avaré), 1910. FONTE: RIBAS, Emílio. op. cit., p. 338

rural em todo Estado de São Paulo. Pela primeira vez aparecia a distinção entre higiene urbana e higiene rural. Os inspetores sanitários ficaram responsáveis pelas visitas às fazendas e suas dependências e pelas visitas às habitações isoladas fora do perímetro urbano: sítios, chácaras e pequenas propriedades. Os inspetores alocados no serviço de higiene rural ficaram encarregados de estudar e mapear as condições epidemiológicas das zonas rurais de São Paulo, em especial da malária, ancilostomíase, leishmaniose, lepra e tracoma. Uma vez estudadas as condições epidemiológicas, os inspetores sanitários encaminhariam à Diretoria do Serviço Sanitário as medidas que deveriam ser adotadas, tais como drenagem do solo, instalação de esgotos, abastecimento de água e limpeza dos cursos d'água.

Em todas as fazendas e estabelecimentos agrícolas deveriam ser afixadas instruções de higiene no trabalho, elaboradas pelo Serviço Sanitário. As construções de casas de colonos e de vilas rurais poderiam ser feitas somente em terrenos elevados e estavam proibidas as coberturas de sapé, de capim e os rebocos de saibro e de barro. As casas dos colonos deveriam distar 10 m uma das outras, e localizarem-se o mais longe possível dos currais e dos chiqueiros. Ficavam proibidas as habitações comuns entre animais e homens.

A água para o abastecimento das colônias deveria ter seus mananciais protegidos. Os poços, quando construídos, deveriam distar 5 metros das habitações e ficarem em nível superior ao das fossas. As colônias poderiam fazer uso do poço somente depois da aprovação da autoridade sanitária. Para a construção das fossas, as determinações eram rigorosas. As fossas para obterem aprovação deveriam ser construídas sob cômodos cobertos e hermeticamente fechados. A polícia sanitária aprovaria o seu funcionamento, desde que fosse observada a situação da fossa em relação às casas, ao lençol d'água e ao poço.

O Código Sanitário Rural proibia ainda a utilização das fezes humanas como adubo, a defecação nas proximidades das habitações e das águas de abastecimento, junto aos mananciais. Determinava a construção de uma latrina nos estabelecimentos rurais e nas fazendas para cada grupo de 30 trabalhadores. Instituiu a obrigatoriedade do uso de calçados por parte dos trabalhadores e de todos os habitantes das zonas rurais.

Nas zonas, onde o impaludismo fosse endêmico, o Código Sanitário Rural lançou a *campanha antipalúdica*, na qual as autoridades estaduais e municipais e proprietários de terras, fazendas, companhias, estabelecimentos agrícolas e industriais deveriam se engajar para sanear o solo, realizar trabalhos hidráulicos e agronômicos de drenagem, aterro, arborização e cultura. As fazendas e os estabelecimentos agrícolas e industriais com mais de 100 trabalhadores eram obrigados a promover assistência médica aos empregados enfermos com malária.

Foi criada, ainda, em 1917 a Inspeção dos Serviços de Profilaxia Geral, órgão encarregado de executar a polícia sanitária determinada no Código Sanitário Rural, adotando as medidas de saneamento contra malária, ancilostomíase e tracoma. A inspeção absorveu a antiga Comissão Provisória Contra Tracoma, e com isso, ela poderia contar com quatro comissões, uma na Capital e mais três distribuídas, de modo a atender as zonas servidas pelas estradas de ferro Paulista, Mogiana e Sorocabana. Em cada comissão, havia dois médicos e enfermeiros.

Na Capital, a Inspeção dos Serviços de Profilaxia Geral fiscalizaria as cocheiras, os estábulos, as cavalariças, as chácaras, os quintais, os terrenos baldios para extinguir moscas e mosquitos. O serviço era dirigido por um inspetor e contava com a participação de 80 trabalhadores jornaleiros, que formavam as *brigadas contra mosquito* ou os *mata-mosquitos*. Na Capital, funcionava uma das antigas comissões contra o tracoma, na zona servida pela

Estrada de Ferro Central do Brasil, absorvida pela Inspetoria dos Serviços de Profilaxia Geral. O policiamento sanitário servia-se das 5 principais estradas de ferro (Central do Brasil, Paulista, Mogiana, Sorocabana e SP Railway - a inglesa) que cruzavam o território do Estado de São Paulo, para poder fiscalizar o fluxo da população e evitar a entrada de novos contingentes atacados por moléstias endêmicas. A inspetoria funcionou até 1925.

Fora o Código Sanitário Rural e a criação da Inspetoria dos Serviços de Profilaxia Geral, a lei sanitária de 1917 trouxe poucas alterações ao regulamento de 1911. Algumas seções tiveram nomes alterados, como a Inspetoria de Amas de Leite, outras foram extintas, como é o caso do Laboratório Farmacêutico que passou a ser um mero Almoxarifado do Serviço Sanitário. O estado encampou o Instituto Pasteur, entidade privada que produzia soros e vacinas para o tratamento de pessoas atacadas por animais raivosos ou suspeitos. E as antigas Comissões e Inspetorias Sanitárias foram transformadas em Delegacias de Saúde, atestando o seu caráter de permanência junto às municipalidades. As novas Delegacias de Saúde passaram a ter sede em Santos, Campinas, Ribeirão Preto (antigas Comissões), em Guaratinguetá (antiga Inspetoria), e em dois novos municípios que não eram sede de Inspetoria Sanitária - São Carlos e Botucatu. Com isso, em 1919, as Inspetorias Sanitárias com sede em Taubaté e em Itapetininga não mais faziam parte do orçamento da saúde. As zonas cobertas por essas inspetorias passaram a ser atendidas pela Delegacia de Saúde de Guaratinguetá que cobria todo o Vale do Paraíba, e pela Delegacia de Saúde de Botucatu que cobria a zona leste, a zona sudeste e o Vale do Ribeira. (Ver Organograma III)

Em 1911, as Comissões e Inspetorias Sanitárias absorviam 110 pessoas em seus serviços de policiamento sanitário no interior do estado. Em 1917, o número de funcionários do Serviço Sanitário alocado nas Delegacias de Saúde, espalhados pelo interior, era de 134. A recém-criada

Inspetoria dos Serviços de Profilaxia Geral absorvia 110 funcionários. Fora o Desinfectório Central, que empregava 148 funcionários, as Delegacias de Saúde do interior e a Inspetoria dos Serviços de Profilaxia Geral eram as maiores unidades do Serviço Sanitário do Estado em termos de pessoal. (Ver Tabela XIV e XV, a seguir)

No orçamento da despesa com saúde do Estado de São Paulo, há uma elevação dos recursos após o regulamento de 1911. No ano seguinte, verifica-se a maior participação da saúde no orçamento total de despesa do estado (Ver Tabela XVI, a seguir) e, até 1915, a participação da despesa da saúde no orçamento manteve-se acima da média do período de 1907 a 1919, 3,55%. Entre 1916 e 1918, há uma queda na participação que passa a se situar abaixo da média. O ano de 1917 registra a maior queda e a menor participação durante todo o período de guerra. Somente em 1919, a participação da despesa com saúde recupera-se.

O mesmo movimento descrito anteriormente se manifesta novamente aqui. O ano de reforma apresentou, se não a mais baixa, uma das mais baixas participações da despesa de saúde no orçamento. Um ou dois anos depois de promulgada a reforma sanitária, a despesa com saúde começa a aumentar.

A partir de 1919, começou a figurar no orçamento o novo órgão criado pela reforma sanitária de 1917, a Inspetoria Dos Serviços de Profilaxia Geral. Esse novo órgão expressava a mudança realizada na estrutura e na concepção da saúde pública, cujo centro foi ocupado pelo Código Sanitário Rural. Somente o saneamento do interior absorvia mais de 60% dos recursos alocados na Inspetoria dos Serviços de Profilaxia Geral, como mostra a seguinte tabela:

TABELA XIV São Paulo - Saúde Pública.
Pessoal alocado no Serviço Sanitário do Estado, 1911.

ÓRGÃOS	NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS
Diretoria do Serviço Sanitário.....	90
Secretaria	20
Instituto Bacteriológico	11
Laboratório Análises Químicas e Bro- matológicas	11
Instituto Vacinogênico	7
Desinfetório Central	94
Estatística Demografo-Sanitária	7
Laboratório Farmacêutico	17
Hospital de Isolamento	56
Instituto Soroterápico	30
Inspecção de amas de Leite	6
Engenharia Sanitária	7
Comissão Sanitária de Santos	46
Comissão Sanitária de Campinas	24
Comissão Sanitária de Rib.Preto	11
Insp. Sanitária Taubaté	11
Insp. Sanitária Guaratinguetá	13
Insp. Sanitária Itapetininga	5
Comissão do Tracoma.....	56
TOTAL	522

Fonte: Decreto nº 2141 de 14/11/1911.

TABELA XV São Paulo - Saúde Pública.
Pessoal Alocado no Serviço Sanitário do Estado, 1917.

ORGÃOS	NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS
Diretoria do Serviço Sanitário	69
Secretaria	24
Instituto Bacteriológico	11
Instituto Vacinogênico *1	6
Laboratório de Análises Químicas e Bromatológicas	18
Estatística Demografo-Sanitária	9
Instituto Pasteur	6
Desinfetório Central	148
Almoxarifado do Serviço Sanitário *2	10
Engenharia Sanitária	9
Hospital de Isolamento	57
Instituto Soroterápico do Butantã...	62
Inspetoria do Serviço de Profilaxia. Geral	90
Comissão contra o tracoma *3	20
Inspeção de Amas e Proteção à Primeira Infância	12
Delegacia de Saúde de Santos	47
Delegacia de Saúde de Campinas	26
Delegacia de Saúde de Rib. Preto	16
Delegacia de Saúde de Guaratinguetá..	15
Delegacia de Saúde de São Carlos	15
Delegacia de Saúde de Botucatu	15
TOTAL	685

Fonte: Lei nº 1596 de 29/12/1917.

*1 O Instituto Vacinogênico foi anexado ao Instituto Bacteriológico e eliminado o cargo de Diretor do Instituto Vacinogênico. Ocupado durante anos pelo Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho, de 1892 a 1913.

*2 O Laboratório Farmacêutico do Estado foi extinto e no seu lugar foi posto o Almoxarifado do Serviço Sanitário.

*3 A Comissão contra o Tracoma passou a atuar subordinada à Inspetoria do Serviço de Profilaxia Geral.

TABELA XVI São Paulo - Saúde Pública.
Participação da Despesa com Saúde no Orçamento
do Estado de São Paulo 1907 - 1919. (\$000)

ANOS	DESPEZA COM SAÚDE A	ORÇAMENTO DO ESTADO DE SÃO PAULO B	A/B X
1907	1.895:220	54.143:183	3.50
1908	1.608:320	48.722:128	3.30
1909	1.596:320	49.164:978	3.25
1910	1.597:520	52.118:962	3.06
1911	1.897:520	58.325:671	3.25
1912	3.096:240	69.741:407	4.44
1913	3.014:460	81.905:587	3.68
1914	3.138:160	79.174:694	3.96
1915	2.944:560	74.480:499	3.95
1916	2.797:160	80.603:346	3.47
1917	2.804:160	85.786:871	3.27
1918	2.990:160	91.193:673	3.28
1919	3.531:700	95.346:340	3.70
M	--	--	3.55

Fonte: Coleção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo.
Vários anos.

TABELA XVII
INSPETORIA DOS SERVIÇOS DE PROFILAXIA GERAL

ANOS	DESPESA ORÇADA (\$000) A	DESPESA C/ SANEAMENTO DO INTERIOR (\$ 000) B	B/A
1919	140:260	-	-
1920	607:200	360:000	59
1921	607:200	360:000	59
1922	607:200	360:000	59
1923	541:600	360:000	56
1924	610:840	360:000	59
1925	1:237:080	860:000	69
TOTAL	4.351:380	2.660:000	61
MEDIA	621:626	443:333	71

FONTE: Ver tabela 10, em anexo.

3.2. A desculpa ao jeca

O Código Sanitário Rural foi saudado com entusiasmo por Monteiro Lobato que viu na obra do Dr. Arthur Neiva a construção do *alicerce da higiene*. São Paulo, com uma legislação que estendia à população do campo as mesmas proteções sanitárias urbanas, dava o exemplo para o resto do Brasil e para a América Latina.

No artigo publicado no jornal *O Estado de São Paulo*, sob o título *Arthur Neiva*, o escritor de *Velha Fraga* relatava uma excursão que fez com o Diretor do Serviço Sanitário a Iguape, onde se desenvolvia uma campanha contra à malária e à ancilostomíase.⁸⁴

A viagem tomou um dia inteiro: seguiram de trem da Capital até Santos; depois seguiram de lancha pela Ribeira. À noite, os viajantes chegaram à região onde estavam acampados os inspetores sanitários. Após o jantar, o Dr. Arthur Neiva saiu com Monteiro Lobato em busca de provas

84. MONTEIRO LOBATO, J. B. Arthur Neiva. In: *Mr. Glang e o Brasil e Problema Vital*. São Paulo: Brasiliense, 1961. p. 169-175.

sobre a existência ou não de malária na região. Segue o relato do escritor:

"Penetramos na mata, alguns quilômetros fora da cidade. Vi-o apear-se e acender a lanterna elétrica e correr a luz pelo couro do cavalo em procura das anofelinas que incontinenti acudiram aquele inesperado banquete."

"...Encontrou as anofelinas da espécie perigosa. Tinham o ninho na água depositada pelas chuvas nas bromélias parasitas. Estava liquidado o caso. Regressamos - e no outro dia ordens precisas eram dadas para matar de vez a malária de Iguape em seu derradeiro reduto."⁸⁵

E Lobato concluía:

"...Pela primeira vez em São Paulo um diretor do Serviço Sanitário esquecia as suas funções burocráticas e fazia ciência pessoalmente à moda de Osvaldo."

"Este fato ilustra a "maneira" de Arthur Neiva. Não se limita a organizar um serviço; vai ver, cheirar, apalpar; identifica-se com ele, apaixona-se, e com o exemplo transmite aos seus auxiliares aquele fervoroso interesse sem o qual todo serviço encrua em caquetismo burocrático."⁸⁶

Por Iguape iniciou-se o combate às endemias sob a nova regulamentação do serviço sanitário e por Iguape começou o que Monteiro Lobato chamou de a arrancada para a civilização.

Enfim, o Jeca-Tatu, o Manoel Peroba, o Chico Marimbondo e tantos outros caipiras estavam desculpados - não eram eles os culpados pelo atraso econômico do país. Afinal, eles não eram assim: eles estavam assim! Se pelas estradas via-se o Jeca com ar abobado, como um lamentável naufrago da fisiologia... feísimo, torto, amarelo, cansado, exangüe, faminto, fatalista, geófago, era porque ele não passava de um viveiro ambulante do verme destruidor. A culpa estava na falta de saúde! Se a mulher do Jeca era macilenta aos 12 anos, velha aos 16 anos, engruvinhada aos 20, múmia

85. Idem, p. 172.

86. Idem, p. 173.

aos 30..." a razão estava na eterna escravidão do homem ao verme... que produz a miséria econômica do país.⁸⁷

Em 1918, o Instituto de Manguinhos calculava que os Jecas opilados chegavam a 17 milhões, os impaludados, a 10 milhões e os chagásticos, a 3 milhões, num país cuja população não atingia 25 milhões de habitantes.⁸⁸

O fazendeiro de 1914 torna-se o escritor em 1918 quando faz sua autocritica. Na segunda edição de *Urupês*, Monteiro Lobato inclui uma nota explicativa, na qual escreve

"E aqui aproveito o lance para implorar perdão ao pobre Jeca. Eu ignorava que eras assim, meu Tatu, por motivos de doença. Hoje é com piedade infinita que te encara quem, naquele tempo, só via em ti um mamparreiro de marca. Perdoas?".⁸⁹

A solução do atraso e da miséria viria com a higiene, proclamava o escritor. As ações sanitárias, como as empreendidas por Arthur Neiva, Miguel Pereira, Belisário Pena e outros discípulos de Oswaldo Cruz, colocariam o país nos trilhos do progresso.

Não era o saneamento dos sertões de que o país precisava, mas do saneamento das vilas e das cidadezinhas do interior, onde já havia alguma riqueza material, um pequeno comércio, uma incipiente divisão de trabalho e uma vida socializada. Nesse sentido, Monteiro Lobato discordava de Belisário Pena que percorria o país, fazendo propaganda do saneamento dos sertões. Para Lobato, os sertões eram imensas regiões desérticas nas quais, de quando em quando, surgia uma tapera onde vegetavam seres humanos. Nesses vastos territórios vazios, não havia nenhum embrião de riqueza material e, portanto, o valor econômico resultante do

87. MONTEIRO LOBATO, J. B. *Problema Vital*. In: *Mr. Slang e o Brasil e Problema Vital*. op. cit. p. 234.

88. *Idem*, p. 247. *Problema Vital* compõe a terceira parte do livro intitulado *Mr. Slang e o Brasil e Problema Vital*. Esta obra reúne artigos publicados no *O Estado de São Paulo* em 1918. Estes artigos sintetizam os problemas sanitários da época e homenageiam a obra sanitária do Dr. Arthur Neiva à frente do Serviço Sanitário de São Paulo.

89. MONTEIRO LOBATO, J. B. *Urupês*. op. cit., p. 3.

saneamento seria irrisório frente ao montante gasto na tarefa de sanear. Nem toda a fortuna de Rockefeller bastaria para sanear os sertões.⁹⁰

O saneamento dos núcleos urbanos do interior teria o efeito de frear o processo de decadência econômica decorrente da decadência da saúde que dominava essas zonas. As vilas e vilarejos saneados voltariam a crescer e seriam valorizados. A obra de saneamento não poderia se dar a esmo, mas deveria ser dirigida às regiões com alguma vida econômica.

Nas fazendas, sítios e sitiocas, o Código Sanitário Rural impôs normas para a construção das casas. Não mais poderiam subsistir os moldes de construção ditados pelos fazendeiros, que tudo faziam para economizar. As casas sem forro e sem assoalho, de barro e sapé, estavam vetadas pela legislação. Essa proibição foi considerada pelo escritor de *Urupês* como a maior conquista feita por São Paulo. Desapareceriam do Estado os casebres de paredes ripadas com taquara e intervalos preenchidos com barro, os tetos de sapé e o chão de terra batida desnivelado e cheio de buracos, onde prosperavam o barbeiro, as anofelinas e o necator.⁹¹

Os fazendeiros reagiam contra as normas impostas para a construção das casas, doravante construídas com assoalho, forro, telhas e tijolos. A campanha movida pelos fazendeiros, Lobato contrapunha argumentos econômicos na tentativa de persuadi-los: *A melhoria do lar melhorará o operário*. O maior gasto do fazendeiro com a construção será compensado com a maior produtividade do trabalhador.⁹² Mas para o fazendeiro o que pesava era o gasto imediato, já que

90. MONTEIRO LOBATO, J. B. *Problema Vital*, op. cit., p. 313. Ver sobre o saneamento dos sertões o artigo de: SANTOS, L. A. de Castro. O pensamento sanitário na primeira república: uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados*, Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, 1985, p. 193 a 210.

91. Barbeiro é um inseto hematófago, vetor transmissor da doença de Chagas; anofelinas são mosquitos transmissores da malária; necator americanus é o agente infeccioso da ancilostomíase.

92. *Idem*, p. 317.

a produtividade da força de trabalho parecia pouco importar no seu cálculo racional.

A concepção de progresso de Monteiro Lobato ligava-se ao espírito científico, ao emprego do microscópio e ao uso do remédio de laboratório, prescrito pelo *Doutor*. O Jeca emergiria de sua miséria, por meio da ciência, do remédio científico, da casa higiênica e da botina, todos resultantes do moderno, do progresso e do espírito científico.

O Jeca cansado e largado naquela preguiça, o Jeca que plantava só para comer, o Jeca desanimado, o Jeca que se punha de cócoras na frente da casinha de sapé, esse Jeca era sujeito do passado. Depois do remédio e das ações de saneamento, o Jeca se transformaria.

O Jeca - na história sugestivamente intitulada *A Ressurreição* - metamorfoseia-se em trabalhador disciplinado, com iniciativa, guiado pela racionalidade e com desejo de ascensão. Não se contentava com trabalhar para viver. Expandia sua rocinha, gerava excedentes e os levava ao mercado. Vendia sua produção e comprava um caminhão FORD, cuja buzina espantava a vizinhança: FON-FON! FON-FON!⁹³

O caipira, o caboclo, sumiu... apagou-se. Nada dele valia a pena ser mantido - a preguiça não combinava com o trabalho disciplinado, a rotina não se ajustava à modernização e à máquina agrícola. No lugar do caipira, surgiu o trabalhador, mas não o trabalhador assalariado: o escritor fez surgir do Jeca - o pequeno proprietário. De agregado e marginalizado, o Jeca salta para proprietário e patrão.

Uma certa ambigüidade percorre a obra - *Problema Vital*: ora o escritor se refere à mudança do Jeca para operário eficiente e produtivo, ora estas qualidades -

93. *Ibid.*, p. 329-340. *A Ressurreição* foi adotada por Cândido Fontoura, proprietário de um laboratório, na época como propaganda de seus preparados medicinais contra a malária e opilação. O mais conhecido desses preparados é o *Biotônico Fontoura*. As tiragens do folheto, em 1961, já havia atingido 15 milhões e haviam se espalhado pelo Brasil inteiro. p. 340.

eficiência e maior produtividade, são vistas na transição do Jeca para pequeno proprietário. A idéia que acabou por prevalecer foi a da metamorfose do Jeca em proprietário.

A *ressurreição* expressava mais a idealização do escritor do que as reais condições da sociedade brasileira. Na verdade, no *sonho* ou na idealização de Monteiro Lobato, a sociedade e a economia brasileiras apareciam organizadas com base na pequena propriedade. A idéia de uma sociedade mais justa estava associada à democratização da propriedade da terra. Porém, o *irrealismo* de Lobato foi imaginar que o acesso à propriedade fosse possível através da saúde numa sociedade como a brasileira, cuja base econômica e social está na concentração da propriedade territorial.

Do seu *sonho*, o escritor criou a *Fazenda Moderna* do Jeca, com máquinas agrícolas em funcionamento, com eletricidade e até rádio, símbolos do progresso e da civilização. Do seu escritório, na Fazenda, o Jeca controlaria automaticamente as tarefas, tocaria num botão e o cocho do chiqueiro se encheria de ração balanceada; comunicar-se-ia por telefones com as diversas roças; veria da varanda da sede de sua fazenda, por meio de um telescópio, o que os *camaradas* estariam fazendo... Na história, Jeca, transformado em proprietário, acaba por aperfeiçoar o *controle* sobre os trabalhadores, o *olho* do *patrão* virou telescópio... enxerga longe... Monteiro Lobato ratificava a posição social do proprietário.

O caipira resgatado não fora lançado para o mercado de trabalho como mais uma força de trabalho para o capital. Sua *ressurreição* se dera como *patrão*. Desse modo, o escritor reafirmava os valores mais cobiçados da sociedade capitalista - riqueza e poder, numa perspectiva *moderna* e *americanista*: a pequena propriedade era racional, produtiva, eficiente e cheias de coisas *americanas*. O progresso da civilização vinha da América do Norte; Paris ficou para a *aristocracia* decadente.

Mas o Jeca não era um patrão qualquer, era o *bom-patrão*. Se, por um lado, controlava os trabalhadores com telescópio, por outro, ensinava o *caminho da saúde* - remédio e botina. Montou, próximos às vilas, postos de profilaxia contra a maleita e a ancilostomíase. Sua divisa ficou sendo: *Curar gente. Abaixo a bicharia que devora o brasileiro*. O Jeca da história morreu com 89 anos...⁹⁴ Na história todos têm direito à saúde, logo todos viram pequenos proprietários e, portanto não restarão trabalhadores assalariados... para serem vigiados de telescópio...

No *Problema Vital*, Monteiro Lobato buscou chamar a atenção dos seus leitores, a elite intelectualizada do país, para a importância da instituição do Código Sanitário Rural. O escritor foi um fervoroso defensor da nova lei por estar, realmente, convencido de que, através de sua execução, viria a *redenção do homem do campo*. Assim, o escritor extrapola, com sua defesa, o próprio objetivo do código.

O propósito da legislação sanitária que, pela primeira vez, estendia a higiene ao campo, às fazendas, aos sítios e às vilas era estabelecer melhores condições de vida e de trabalho no campo. O objetivo da legislação era valorizar o trabalho rural, criando melhores condições para sua execução, cuidando da casa do colono e do caipira e libertando a população rural das endemias. A legislação não se propunha a transformar o trabalhador em proprietário, mesmo que pequeno proprietário como idealizou Monteiro Lobato. Seu propósito era recuperar para o trabalho assalariado a população do interior, abandonada e depauperada por endemias.

Esse propósito ligava-se com as tensões no mercado de trabalho. Nos anos de guerra, o fluxo imigratório foi interrompido, gerando uma crise no mercado de trabalho, principalmente para a lavoura. Nas fazendas, de acordo com o Departamento Estadual do Trabalho, havia falta de braços,

94. *Idem*, p. 339.

não porque o país não os tivesse, mas porque não eram aproveitados. A política de subvenção à imigração em massa contribuiu para atirar na ociosidade uma reserva de braços nacionais espalhados pelo interior: os caboclos, os caipiras e outros agregados.⁹⁵

Distintamente dessa posição, os fazendeiros defendiam, através de suas associações de classe, como já foi descrito, o restabelecimento da corrente imigratória como solução para todos os problemas. Eram, por isso, contrários às melhorias no trabalho do campo por meio da legislação sanitária, e contrários à recuperação do trabalhador nacional. Reivindicavam o fomento à imigração. Enfim, a posição dos fazendeiros era não mudar nada. Se o abastecimento do mercado de trabalho via imigração financiada pelo Estado dava certo, por que mudar? Por que gastar com melhorias nas casas dos colonos? Por que construir latrinas e fossas?

Se, no campo, para os trabalhos agrícolas havia escassez de braços, na Capital havia uma oferta abundante de trabalhadores. Antes da eclosão do movimento bélico, a cidade de São Paulo passou por um intenso processo de urbanização e crescimento, os quais agravaram as condições de sobrevivência de uma parcela cada vez mais ampla da população, cujo aumento resultou da migração de trabalhadores vindos do campo que, dia a dia, chegavam à cidade, à procura de emprego que não encontravam.

Para piorar ainda mais o quadro de instabilidade e tensão da principal cidade do estado, a guerra trouxe a elevação do custo de vida. A partir de 1915, os preços começam a subir como reflexo do aumento das exportações de gêneros alimentícios - os produzidos pela lavoura paulista, como o arroz e o feijão, e os produzidos pelos frigoríficos recém-instalados, responsáveis pela exportação de carne resfriada. Portanto, parte da produção interna de alimentos

95. Localização dos trabalhadores nacionais. *Boletim do Departamento Estadual do Trabalho*. São Paulo, n. 27, 1916. p. 331-340.

desviou-se para o mercado externo, fazendo com que a oferta desses produtos, no mercado interno, se reduzisse, provocando uma subida dos preços e do custo de vida. Por outro lado, havia dificuldades de importar principalmente trigo em grãos e farinha de trigo, o que reduzia a oferta de um produto básico na alimentação da população e o que pressionava seu preço para cima.

As tensões provocadas pelo desemprego e pela elevação do custo de vida acabaram em revoltas. A greve de 1917 foi o ponto culminante de toda a crise de instabilidade por que passava a sociedade paulistana. Foi uma verdadeira explosão, pois todo o sentimento de revolta foi canalizado para os acontecimentos de julho de 1917.⁹⁶

Para aliviar a crise de desemprego, o Departamento Estadual do Trabalho, DET, criado em 1911, concedia passagens gratuitas para quem quisesse ir arranjar emprego no interior do estado, onde faltavam braços devido à interrupção das imigrações e ao constante êxodo de colonos para a Capital.

Mas isso só não bastava. Era preciso valorizar o trabalho no campo para atrair os desempregados, impedir a continuidade da migração campo-cidade e recuperar o trabalho daqueles que, até então, foram banidos da sociedade: o *caipira*, o *caboclo*, o *agregado*, enfim, o *nacional*. Enquanto houve um fluxo abundante de imigrantes, aqueles foram mantidos longe do mercado de trabalho, mas a conjuntura bélica impôs dificuldades à imigração, e desse modo se tornou necessário recuperar o *caipira*, integrando-o ao mercado de trabalho.

A crise urbana tinha laços profundos com a miséria das condições de trabalho no campo. As precárias condições sanitárias nas atividades agrícolas, na moradia e na vida do trabalhador rural criaram os opilados, os maláricos, os tracomatosos. A reforma sanitária de 1917 apelava para os

96. FAUSTO, Boris. Conflito social na República Oligárquica: A greve de 1917. *Estudos CEDRAP*, São Paulo, Brasiliense, n. 10, 1974, p. 81-109.

fazendeiros, para as companhias ferroviárias, para os estabelecimentos agrícolas e para os industriais, a fim de que tomassem medidas sanitárias: saneamento, drenagem do solo, construção de fossas e melhorias nas habitações. A polícia sanitária voltou a fiscalização para o interior das casas dos colonos e dos caipiras.

Os inspetores sanitários vasculharam as construções das casas dos trabalhadores rurais, a qualidade da água, a construção de poços e fossas e a drenagem do solo. Reprimiram os curandeiros, os remédios salvadores, as crendices e os milagreiros. Pela primeira vez, as endemias foram postas na legislação como casos relacionados às condições de vida da população rural.

Voltando-me um pouco mais para a conjuntura internacional e nacional da época em que foi instituído o Código Sanitário Rural, outro elemento se sobressai, como tendo influenciado a elaboração da legislação - a questão nacional.

Durante a Primeira Guerra Mundial, e estendendo-se um pouco mais pelos anos 20, as elites brasileiras, escritores, profissionais liberais, médicos, sanitaristas e estudantes foram sensibilizadas com a *questão nacional*. É possível que o esforço de guerra, a luta entre as nações, repercutisse no país, e que o *olhar* dessa elite se desviasse para a população brasileira. Ou melhor, o gesto da elite intelectual foi voltar o olhar para o povo, em busca da idéia de *nação*, dos laços da nacionalidade. O sentimento era difuso, mas brotou talvez por influência do conflito. E o que a elite intelectual encontrou pode ser extraído do discurso do Dr. Miguel Pereira, proferido em 1916. O autor inicia seu discurso com uma frase tão singela quanto expressiva:

"Vivemos tristemente em um país triste." Todas as mazelas, desde a política dos grandes senhores da república até as endemias que atacavam a população brasileira, enfeixaram-se dessa frase. Seu sentimento de revolta e indignação foi desencadeado pela peroração de um parlamentar que num arroubo de oratória conclamava a população à defesa da pátria contra o perigo externo. Contrapondo à retórica oca e pomposa do político, o Dr. Miguel Pereira retratou a brava gente convocada para compor o exército

"...inválidos, exangües, esgotados pela ancilostomíase e pela malária; estropiados e arrasados pela moléstia de Chagas; corroidos pela sífilis e pela lepra; devastados pelo alcoolismo; chupados pela fome, ignorantes, abandonados, sem ideal e sem letras ou não poderiam estes tristes deslembados se erguer de sua modorra ao apelo tonitroante de trombeta guerreira, ressoando de quebrada em quebrada ou quando, como espectros, se levantassem, não poderiam compreender porque a Pátria, que lhes negou a esmola do alfabeto, lhes pede agora a vida e nas mãos lhes punha, antes o livro redentor, a arma defensiva..."

"E isto sem exagero a nossa população do interior: uma legião de doentes e imprestáveis."

Quando a elite intelectual deitou os olhos sobre a população do interior, ficou chocada com o que viu. Fora a Capital de São Paulo e uma parte do Distrito Federal, mais ou menos saneados, segundo o Dr. Miguel Pereira, o resto do país era um imenso hospital.

97. O Brasil é ainda um imenso hospital. Discurso pronunciado pelo Prof. Miguel Pereira por ocasião do regresso do Prof. Aloysio de Castro, da República da Argentina, em outubro de 1916. *Revista de Medicina*. Órgão do Centro Acadêmico Oswaldo Cruz. São Paulo, v. 3, n. 22, agosto de 1922. p. 3-7.

98. *Idem*, p. 6. Nos momentos de conflito externo, vem à tona um sentimento de busca da identidade nacional. Durante a guerra contra o Paraguai, quando o exército era formado por escravos mandados pelos proprietários de terra para não terem os próprios proprietários defenderem a Pátria, surgiu um sentimento de revolta: o exército era composto por escravos e eram estes que defendiam a nação, enquanto os proprietários e seus filhos nada faziam em defesa da Pátria. Desencadeou-se, nesse momento, o movimento abolicionista. A idéia de nação era contraditória à escravidão. Nação pressupõe cidadão, a inclusão de toda a população na comunidade nacional; escravidão é exclusão. Ver: CARVALHO, José Murilo de: Aspectos históricos do pré-modernismo brasileiro. op. cit. p.15-16.

O sentimento generalizado de indignação percorreu a elite intelectual brasileira, nestes anos. E é por isso que encontramos Monteiro Lobato, Arthur Neiva, Paulo Prado dentre outros ligados à busca da nacionalidade. Mas, não daquela nacionalidade à Olavo Bilac que conclamava a mocidade para o serviço militar. Para aqueles a busca da nacionalidade era reconhecer as raízes e conhecer o Brasil.”

O Código Sanitário instituído em 1917 pelo Serviço Sanitário de São Paulo vinha em resposta à preocupação com o nacional, com a população do interior do principal estado da federação e visava, sobretudo, recuperar essa população doente para que ela pudesse se integrar ao mercado de trabalho.

Ao mesmo tempo em que se instituiu a nova legislação sanitária, a segunda operação de valorização do café estava sendo discutida: impedir a queda dos preços do café, vislumbrada com a supersafra que se aproximava e com a continuidade da guerra, que deprimia a demanda externa. Entretanto, para que a segunda operação surtisse efeitos positivos, era preciso abastecer a lavoura com mão de obra em abundância para que o item-salário não deprimisse o lucro dos fazendeiros.

99. CAVALHEIRO, Edgard. Monteiro Lobato e a Revista do Brasil. *Revista Brasiliense*. São Paulo, Brasiliense, n. 1, setembro/outubro de 1955, p. 5-14. Para difundir a idéia de nacionalidade, como busca de origens, foi inaugurada, em janeiro de 1916, a *Revista do Brasil* que se ocupava das coisas brasileiras, deixando de lado Paris, de onde vinham todas as modas, literárias ou não. Em 1918, Monteiro Lobato comprou a *Revista do Brasil*.

CAPÍTULO IV

DE VOLTA À CAPITAL : A METRÓPOLE DO CAPITAL

1. Tempo de rupturas: São Paulo nos anos 20

O mundo era outro depois da Primeira Grande Guerra. A guerra rompeu a continuidade do mundo construído no século XIX. Houve não só uma mudança na organização da economia e na divisão das áreas de influência das grandes potências, mas também uma mudança na cultura - o movimento cultural viu renascer seus traços de rebeldia e de iconoclastia. As transformações iniciaram-se com o movimento bélico, como diz o historiador HOBSBAWN:

" O período que se encerrou em 1914, agosto de 1914, é uma das rupturas naturais e inegáveis da história. Foi sentido como o fim de uma era em seu tempo, e ainda o é...

"...se há datas que obedecem a algo mais que à necessidade de periodização, agosto de 1914 é uma delas: foi considerado o marco do fim do mundo feito por e para a burguesia. Assinala o fim do longo século XIX."

A sociedade brasileira não ficou imune a essas transformações. Viu-se deslocada para um novo sistema de influência econômica, social e cultural, cujo centro passou a ser ocupado pela América do Norte.

Em 1918, logo após o encerramento do conflito bélico, as mudanças eram percebidas e traduzidas no discurso do paraninfo da primeira turma de formandos da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo:

"Atravessamos a mais terrível das revoluções; tudo se transforma neste momento: o que se não transforma se reforma e muita coisa se perverte ao influxo da mais bárbara das guerras..."

1. HOBSBAWN, Eric. *Éra dos Impérios*. (1875-1914). Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980, p. 19

"...Fenderam-se e desagregaram-se os alicerces da civilização: esfacela-se a família; rompem-se os sagrados pactos; aviltam-se a moral; em condúbios inconfessáveis se envilecem as religiões..."

Com essa oração o Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho, diretor da Faculdade de Medicina, homenageava os formandos. Sob os efeitos do conflito mundial, seu espírito conservador estava deprimido e sua peroração fora capaz de mostrá-lo através da observação das transformações que se desenhavam no mundo. O paraninfo profetizava um mundo de incertezas aos jovens médicos. Um mundo diferente daquele que encontrou ao se formar, quando o Imperador D. Pedro II transmitia palavras de confiança aos jovens formandos da turma de 1888 da Faculdade Nacional de Medicina.

Na memória do Dr. Arnaldo, ficou a imagem do Brasil - um país em evolução, em direção ao progresso e aos grandes países da civilização.

"No Brasil não destoávamos do concerto universal - extinta a escravidão, tínhamos apagado a única nódoa a nos aviltar perante os povos livres. Todos irmãos e todos iguais surgíamos no convívio das nações, por gozarmos de todos os direitos e liberdades, sonhando com liberdades fantásticas e hipotéticas..."

Se, em 1888, a Abolição da Escravidão prenunciava otimismo com o revigoramento da liberdade, da igualdade e dos direitos civis, o pós-guerra anunciava o pessimismo, as incertezas e as desesperanças no futuro. A guerra e as trincheiras criaram "a gente anômala", "o homem sem temor à morte e sem respeito à vida, à propriedade, fatores únicos da velha moral", pressagiu o paraninfo. A revolução russa exemplificava a ação do homem que saiu das trincheiras.

2. CARVALHO, Arnaldo Vieira de. Oração de paraninfo da primeira turma de médicos formados na Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, 1918. *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*. São Paulo, número especial, jun., 1921. p. 250.

3. *idem*, p. 249-250.

O lamento e o pessimismo com o encerramento de uma época não contaminaram todos os *espíritos*, apenas talvez, os mais conservadores e temerosos das mudanças no mundo.

Em 1917, a exposição de Anita Malfatti saúda a ruptura com o academicismo pintando de amarelo o rosto amarelo de um homem. Talvez as revoluções de que falava o Dr. Arnaldo estivessem estampadas na perda do *olhar romântico* - o amarelo trazia a idéia do desespero e da guerra. No retrato de *O Homem Amarelo*, o olhar romântico do academicismo do século passado se apagara.

A guerra mexeu com vários aspectos da vida na sociedade paulista: provocou a redução do fluxo imigratório, a elevação do custo de vida e provocou reclamações dos fazendeiros contra a falta de braços. A guerra mexeu ainda mais com a concepção de mundo, com a cultura e com os *espíritos*, pôs por terra a velha Europa e com ela o século XIX, consolidou novas idéias que finalmente ascenderam ao poder. Não foi mera coincidência que, no decorrer de 1917, ocorressem acontecimentos tão díspares: a Revolução Russa, a primeira greve geral em São Paulo e a exposição de Anita Malfatti. Porém, não é possível negar que eles guardavam em comum o rompimento com uma estrutura de poder consolidada desde o século XIX. Havia, no ar, como detectou o Dr. Arnaldo, um cheiro de rebeldia, idéias subvertiam a ordem e desprezavam os valores da família e da propriedade.

A década de 20 se encarregou de consolidar as mudanças na economia, na sociedade e na cultura, enterrando definitivamente o século XIX.

Em 1922, a Semana de Arte Moderna deu continuidade à exposição de Anita Malfatti. *O Homem Amarelo* gritava aos quatro ventos das escadarias do Teatro Municipal:

*"Queremos luz, ar, ventiladores, aeroplanos, reivindicações operárias, idealismos, motores, chaminés de fábricas, sangue, velocidade, sonho, na nossa arte."*⁴

Com essas palavras-imagens, os intelectuais da Semana de Arte Moderna anunciavam a vinda da modernidade. Mais do que um anúncio, eles manifestavam o desejo de serem contemporâneos às transformações do mundo, como escrevera Mário de Andrade, dois anos antes:

*"...automóveis, cinema, asfalto. Se estas palavras frequentam-me o livro não é porque pense com elas escrever moderno, mas porque sendo meu livro moderno, elas têm nele sua razão de ser."*⁵

Contraditoriamente, eles queriam o moderno sem o burguês. Um certo rango de aristocracia cafeeira impregnava a vanguarda cultural que se traduzia na rebeldia debochada com que tratavam o burguês-capitalista-industrial-imigrante. E, enquanto Mário de Andrade gritava:

"Fora os que algarismam os amanhã's!

... O burguês-níquel,...

... um cauteloso pouco-a-pouco!

... o burguês-burguês!

A digestão bem feita de São Paulo

*... o burguês-mensal!"*⁶

Alcântara Machado revelava a ascensão do carcamano à capitalista industrial. O imigrante, seguro de sua nova posição de burguês na paulicéia industrial, buscava laços com a aristocracia cafeeira através de casamentos entre as novíssimas gerações, enfrentando-a com uma expressão de extrema objetividade, cunhada pelo escritor:

*"- Per Bacco, doutor! Mas io tenho o capital. O capital sono io."*⁷

4. BOSI, Alfredo. *História Concisa da Literatura Brasileira*. São Paulo, Cultrix, s/d, p. 390. Discurso de Menotti del Pichia na Semana de Arte Moderna de 1922.

5. ANDRADE, Mário de. *Poesias completas*. São Paulo: Martins Editora, 1966. p. 29.

6. *Ideu*, p. 37, 38 e 39.

7. MACHADO, Antonio de Alcântara. *Novelas Paulistanas*. Brás, Dexiga e Barra Funda. Rio de Janeiro: José Olympio, 1961. p. 80.

Com o *modernismo*, São Paulo ascende, finalmente, ao cosmopolitismo, requisito atribuído apenas à Capital Federal. Na conquista dessa posição, São Paulo lutou e rompeu com as convenções do academicismo, mostrou-se mais radical, menos preso às tradições do que a cidade do Rio de Janeiro.

A Semana de Arte Moderna, com toda a sua iconoclastia, só poderia surgir e ser realizada em solo paulistano. Os ventos das renovações e das rupturas sopravam mais fortes nas terras paulistas do que nas cariocas. A produção intelectual da cidade do Rio de Janeiro era reconhecida por todos não tinha que provar seu valor cultural a ninguém. O Rio era a Capital Federal, o centro culturalmente cosmopolita, a cidade-porto ligada ao resto do mundo; o centro importador e consumidor da produção cultural européia, a sede da política e do capital financeiro; a cidade tropical, onde o exótico e o folclórico marcavam sua tradição cultural. Paradoxalmente, sua intelectualidade tinha o compromisso de preservar o tradicional e de criar uma imagem da cidade que refletisse a imagem de um país civilizado, desenvolvido, culto e aceitável pelo mundo europeu. A produção cultural da cidade preocupava-se com a construção da imagem da *cidade maravilhosa*.⁸ A imagem europeizada e a tradição cultural exótica limitaram a criação cultural da cidade e explicam sua incapacidade em promover a explosão criativa do modernismo. Não é de se estranhar que enquanto no Rio de Janeiro, em 1922, se realizava a Exposição Internacional do Centenário da Independência, em São Paulo acontecia um movimento de ruptura das imagens bem comportadas de país tropical e europeizado.

São Paulo não tinha tradição cultural e nem seus intelectuais tinham compromisso em criar a imagem de cidade

8. CARVALHO, José Murilo de. Aspectos históricos do pré-modernismo brasileiro. op. cit., p. 17-21. A referência à cidade do Rio de Janeiro como cidade maravilhosa foi feita por uma poetisa francesa após a reforma urbana realizada por Rodrigues Alves. p. 18.

civilizada. Nos anos 20, a cidade explodia em termos econômicos e consolidava o desenvolvimento industrial. São Paulo assemelhava-se a uma cidade européia - contava com uma grande população estrangeira e com uma inexpressiva presença de ex-escravos, ao contrário do Rio de Janeiro. Faltava, entretanto, a São Paulo uma identidade cultural coerente com seu papel na sociedade e na economia brasileira.

A Semana de Arte foi o ponto culminante do processo de construção da personalidade cultural de São Paulo e, somente, um movimento de mudança e de ruptura foi capaz de torná-la visível. A construção começou no pós-guerra e se estendeu pela década de vinte, e deu origem a uma personalidade cultural de inspiração nitidamente urbana.*

2. São Paulo: a Capital do capital.

Nos anos 20, o café já não influenciava a vida da Capital da mesma forma como o fez antes da guerra. Uma nova dinâmica vinda de outras atividades, principalmente da consolidação da indústria, tomou conta da movimentação urbana. Se antes a cena urbana era dominada pelas famílias Prado, Penteado, Facheco Chaves, os anos 20 serão marcados pelos Matarazzo, Crespi, Siciliano, Scarpa. Disso não resultou antagonismos - uma possível oposição de interesses agrários-cafeeiros e interesses urbanos-industriais, como muitos quiseram caracterizar. O grande capital aplicado na cultura cafeeira não era exclusivamente agrário; seus interesses se espraiavam por várias funções urbanas, bancos, indústrias, comércio e estradas de ferro.⁹ Mas então, o que os anos 20 trazem de novo? A diferença desses anos em relação ao período 1890-1914 reside no fato de que a cidade

9. ANDRADE, Mário de . O movimento modernista. In: *Aspectos da Literatura Brasileira*. São Paulo: Martins, s/d, p. 235-236. (Obras Completas de Mário de Andrade). Mário de Andrade, nessa conferência, expôs o espírito que dominava cada cidade, Rio de Janeiro e São Paulo.

10. Essa questão foi estudada e esclarecida pelo trabalho de Sergio S. Silva. *A expansão cafeeira e as origens da indústria*. São Paulo: Alfa-Omega, 1975.

passa a se mover através de atividades não estritamente ligadas ao comércio de exportação do café. Aos capitalistas ligados à lavoura cafeeira, à indústria, aos bancos - a chamada *burguesia cafeeira*, junta-se o capitalista industrial de origem estrangeira, cujos negócios estão diretamente ligados à expansão do mercado interno. Esse capitalista não nasceu na década de 20; muitos estabeleceram seus negócios por volta de 90, mas a guerra e o período pós-guerra foram os momentos de consolidação, expansão e diversificação dos seus negócios. Por isso, na década de 20, a cidade dos fazendeiros transformou-se na metrópole do capital industrial.

A complexidade do crescimento urbano da Capital originava-se da maior integração e diversificação das atividades produtivas. Esse fato pode ser evidenciado, de forma aproximada, no aumento do número de estabelecimentos inscritos nos livros de lançamento de impostos sobre o capital realizado entre 1914 e 1929.¹¹

Durante o período que se estende da eclosão do conflito bélico à crise de 1929, o número de estabelecimentos sujeitos ao pagamento do imposto cresceu 304,22%, ou seja, passou de 7.785 para 23.958 estabelecimentos. Dos oito setores estudados (indústria extrativa, indústria de transformação, comércio de mercadorias, mercado de crédito, comércio de imóveis e valores imobiliários, atividades auxiliares do comércio, transporte e comunicações e serviços), os setores que apresentaram maior crescimento foram os ligados à expansão urbana da Capital - *transporte e comunicações, mercado de crédito, indústria extrativa e comércio de imóveis e valores*

11. NOZOE, Nelson H. *São Paulo: economia cafeeira e urbanização. Estudo da estrutura tributária e das atividades econômica da Capital paulista (1889-1933)*. São Paulo: IPE-USP, 1984. O autor fez um extensivo estudo a partir dos registros na Recebedoria de Rendas da Secretaria da Fazenda do Estado de São Paulo para os anos de 1914, 1929 e 1933. O universo de seu estudo é o total dos contribuintes, estabelecimentos sujeitos ao imposto sobre o capital realizado. Neste sentido, seus estudos permitem conhecer de forma aproximada o universo das atividades desenvolvidas na Capital paulista, uma vez que havia uma série de atividades isentas de pagamento de impostos.

imobiliários. Em seguida, vinha o setor de serviços pessoais, cujo número de estabelecimentos, em 1929, era quase cinco vezes maior ao registrado em 1914. E, por fim, as atividades auxiliares do comércio, a indústria de transformação e o comércio de mercadorias. Com exceção da indústria de transformação que teve um crescimento de 283% e do comércio de mercadorias, cujo crescimento foi de 238%, os demais setores apresentaram crescimento acima do conjunto total das atividades produtivas que foi da ordem de 304%.

Na Capital, há um predomínio numérico de estabelecimentos dedicados ao *comércio de mercadorias*, que, em 1914, totalizava 4.905 estabelecimentos e, em 1929, 11.682. Os estabelecimentos prestadores de *serviços* vinham em segundo lugar, em termos numéricos, com 157 estabelecimentos em 1914, e com 7.477, em 1929. A *indústria de transformação* ocupava o terceiro lugar, segundo o número de estabelecimentos, com 3.323 estabelecimentos, em 1929, contra os 1.175, em 1914.

Em 1914, esses três setores (*comércio de mercadorias, serviços e indústria de transformação*) representavam cerca de 97,3% do total de estabelecimentos na Capital. Quinze anos depois, eles representam 93,7%, uma queda que indicava, tenuamente, a diversificação das atividades produtivas e um certo avanço da divisão do trabalho com a presença de novos setores.

A mera descrição do predomínio numérico dos estabelecimentos por setores não permite, entretanto, visualizar a integração e o sentido do crescimento que tem lugar na cidade de São Paulo.

A observação a um nível maior de desagregação setorial deixa transparecer, com maior clareza, o sentido da expansão das atividades produtivas da Capital. A desagregação dos setores em seus gêneros e ramos nos permite qualificar as mudanças ocorridas na esfera das atividades econômicas.

Chama a atenção, desde logo, a expansão das atividades industriais e comerciais ligadas à construção física da cidade, à expansão dos prédios, ao calçamento de ruas e à urbanização de bairros. O ritmo da construção civil cresceu. Entre 1900 e 1910, o número de prédios construídos era de 1.000 média anual; entre 1910 e 1929, a média anual de construção de prédios passou para quase 3.000. Em 1910, a Capital contava com 32.914 prédios e, em 1929, com 60.000.¹²

O aceleramento do ritmo de construções refletiu-se no aumento da demanda por produtos empregados na construção civil, e as indústrias ligadas à produção desses produtos responderam favoravelmente: no período de 1914 a 1929, a indústria extrativa, formada pelos ramos de extração de pedras para a construção, extração de areia e pedregulho e extração de caulim, multiplicou o número de estabelecimentos por 12, de modo a atender às necessidades do crescimento das construções.

A indústria de minerais não metálicos concentrada nos anos em questão quase que exclusivamente na fabricação de telhas e tijolos, além de expandir esses ramos, diversificou-se com a instalação de fábricas de cimento e de fábricas de material sanitário.

A indústria metalúrgica cresceu quatro vezes para atender ao aumento da demanda das empresas construtoras, produzindo materiais de encanamento, pregos, grampos, artigos de serralheria, etc.

Na mecânica, a diversificação ficou por conta da instalação de uma fábrica produtora de elevadores. Prevvia-se o aumento do número de prédios com mais de quatro andares ou pisos, a cidade verticalizava seu crescimento, e o Martinelli era um exemplo.

Até 1914, a pequena difusão do consumo de energia elétrica percebia-se pela inexistência de estabelecimentos produtores de material elétrico. As vias públicas eram

12. PETRONE, Pasquale. op. cit., p. 145.

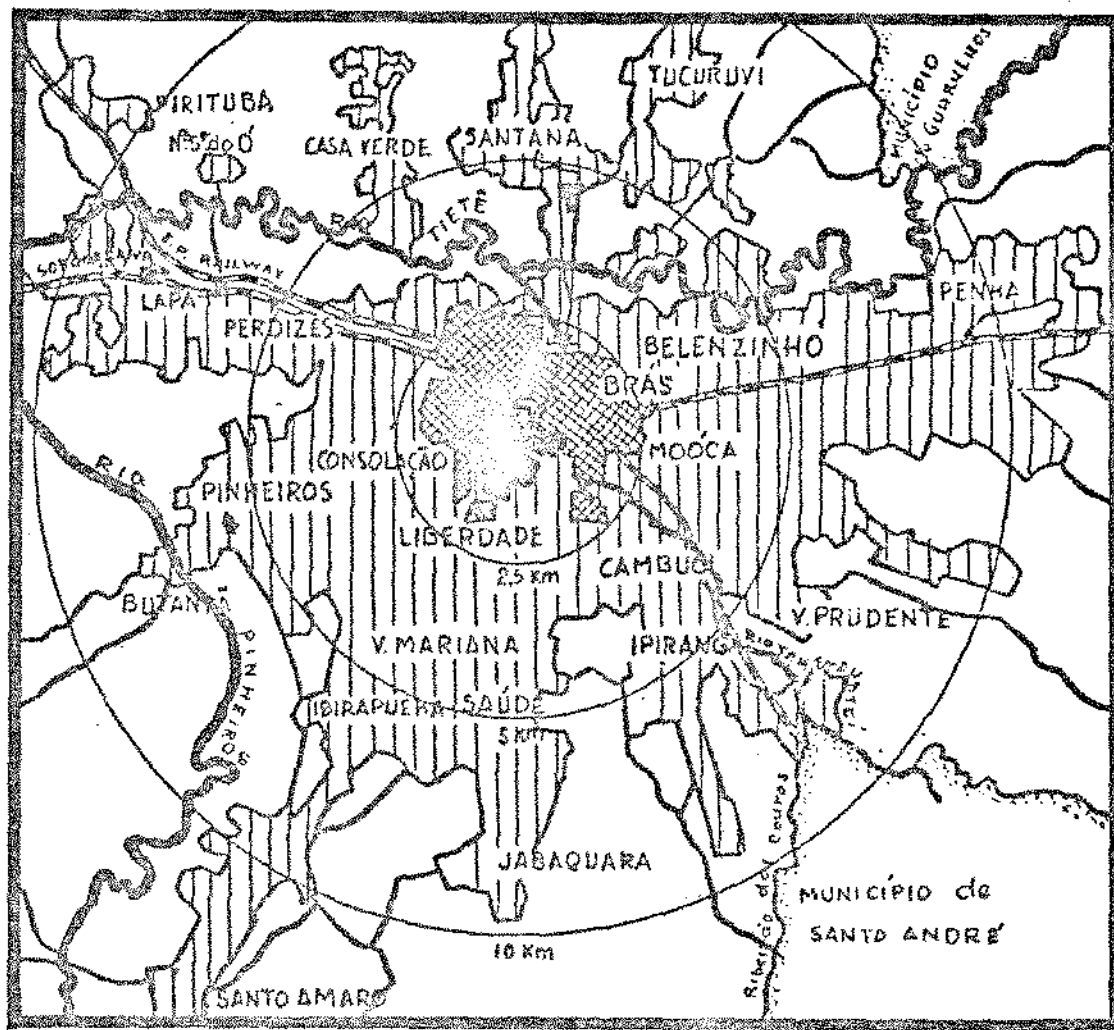
iluminadas por combustores a gás e existiam apenas 846 focos elétricos.¹³ A Avenida Paulista recebeu iluminação elétrica em 1916. Um ano antes, o Trianon exibia seus postes com iluminação elétrica. Em 1920, a Capital dispunha de 2.153 focos elétricos e, a partir desse ano, a iluminação elétrica difundiu-se pelo conjunto da cidade. Os anos 20 foram o *canto do cisne* para os combustores a gás - enquanto se apagavam, a eletricidade tomava conta das ruas.

A indústria de material elétrico (antes inexistente), em 1929, era representada por oito estabelecimentos, sendo dois produtores de fios elétricos.

Ao crescimento dessas indústrias ligadas à expansão física da cidade junta-se o crescimento do comércio de materiais para construção, material elétrico e ferragens, mostrando a integração entre os setores da atividade econômica. As lojas de materiais para construção, até 1914, não passavam de 20; quinze anos depois, elas perfaziam um total de 178 espalhadas pela cidade. Algumas dessas lojas mostravam um certo grau de especialização, comercializando artigos específicos, como materiais elétricos e materiais de iluminação.

A extensão do espaço urbano e a intensa incorporação de áreas semi-rurais, como chácaras e sítios, ampliavam as distâncias. Se antes, o perímetro urbano podia ser percorrido a pé, com o tempo, cresceram as dificuldades de se realizar tal façanha. Os meios de transporte tiveram seu uso difundido. Um número crescente de veículos de tração animal, bondes elétricos e veículos motorizados cruzavam a cidade. Crescia o número de estabelecimentos fabricantes de carroças e carruagens, e, a partir dos anos 20, houve uma diversificação nesse gênero de indústria, que incluiu a produção de carrocerias para veículos automotores. Em 1929, havia quatro estabelecimentos fabricantes de carrocerias de ônibus sobre chassis importados.

13. PETRONE, Pasquale. op. cit., p. 148. NUZOE, Nelson. op. cit., p. 59.



EM 1874

EM 1890

EM 1924

FIG. 27 FONTE: QUARTO CENTENÁRIO DA FUNDAÇÃO DA CIDADE DE SÃO PAULO 1854-1954. Homenagem do Banco do Brasil. Rio de Janeiro, 1954, p. 574
CIDADE DE SÃO PAULO - PROCESSO DE OCUPAÇÃO URBANA

Ainda em 1920, 51% dos veículos que trafegavam na cidade eram de tração animal e apenas 20% eram veículos com motores. As carroças eram utilizadas nos serviços de entrega de pão, de leite, de lenha, de hortaliças e de carne.¹⁴

A melhoria de transporte à tração animal veio com o uso cada vez maior de rodas de borracha. Entre 1914 e 1929, instalaram-se as primeiras fábricas de recondicionamento de pneumáticos.

Ao lado das fábricas de recondicionamento de pneumáticos, surgiram, na década de 20, as lojas de venda de artefatos de borracha. Em 1929, existiam na Capital cerca de 17 casas comerciais de pneumáticos e câmaras de ar. Dentre elas sobressaíam-se as grandes firmas estrangeiras, tais como a Goodrick Rubber Cy of Brazil, Firestone and Rubber Cy, The Goodyear Tire and Rubber Cy, United States Rubber Cy, S.A. Michelin e a General Tire & Rubber Co.¹⁵

A entrada crescente de firmas comerciais de pneumáticos e câmaras de ar combinou-se com a instalação de casas de venda de veículos, peças e acessórios. Até 1914, no comércio de peças e acessórios para veículos, dominavam as lojas de bicicletas, acessórios e peças. Nos anos 20, o ramo de vendas de auto-peças, peças para veículos a motores como acumuladores e coxins, passou a ser responsável por 84% do total de estabelecimentos do gênero.

As ruas da cidade ganhavam os automóveis, a velocidade e as bombas de combustíveis e lubrificantes. Na Capital, em 1914, havia uma única bomba de combustível; em quinze anos, instalaram-se 557 bombas de gasolina. Dentre elas, despontavam as distribuidoras estrangeiras, como a Standart Oil Co of Brazil, a Atlantic Refining Co, a Anglo Mexican Petroleum Co e a Texaco.¹⁶

Durante os anos 20, houve uma maior internalização da produção industrial, o que levou a uma maior integração

14. PETRONE, Pasquale. op. cit., p. 150-151.

15. NOZOE, Nelson H. op. cit., p. 91.

16. NOZOE, Nelson H. op. cit., p. 99.

entre os gêneros da indústria. A mecânica, a química, o papel e o papelão foram os gêneros da indústria que tiveram o número de estabelecimentos multiplicado por seis. Na indústria mecânica, o número de fabricantes de máquinas de beneficiamento de café e de outros produtos agrícolas e de máquinas industriais ampliou-se.

A indústria de papel e papelão apresentou uma importante modificação na sua composição. Na década de 20, três fábricas de papel e papelão foram instaladas; antes disso, só funcionavam fábricas de sacos de papel e caixas de papelão, a partir da importação de matéria-prima.

Outra importante substituição de importação de matéria-prima foi a que resultou da diversificação da indústria química. Até 1914, esse gênero da indústria produzia graxa para calçados, adubos, água sanitária e formicida. A partir das dificuldades de importar, durante a guerra, houve um impulso para a instalação de unidades produtoras de insumos e produtos utilizados por outros gêneros da indústria, e a indústria química começou a produzir anilinas, produtos de limpeza industrial, tintas e vernizes, lactite, etc.

Nos anos 20, as relações em cadeia entre os gêneros industriais consolidaram-se, permitindo a formação de um verdadeiro parque industrial diversificado e integrado.

Nesses anos, na indústria farmacêutica e na indústria de produtos veterinários, ocorreu a entrada dos grandes laboratórios especializados, como o Fontoura e Serpe, Rangel Pestana, Andromaco Glefina, etc.

O gênero da indústria que apresentou o maior crescimento no número de estabelecimentos foi o têxtil. Em 1914, a indústria têxtil contava com apenas 42 estabelecimentos. No último ano da década de 20, 297 estabelecimentos faziam parte daquela indústria. Até meados de 20, a indústria não sofreu a concorrência dos produtores europeus e norte-americanos, pois esses se refaziam da

economia de guerra. A partir de 1927, a indústria têxtil entrou em crise de superprodução devido à retomada das empresas estrangeiras e do elevado número de estabelecimentos em funcionamento.”

Ainda dentro do setor produtor de bens de consumo, a indústria de calçados apresentou um desempenho expressivo: o número de estabelecimentos, em 1914, que era de 66, passou para 240, em 1929. Ou seja, o número de fábricas de calçados quase quadruplicou em 15 anos.

Na indústria produtora de alimentos, chama a atenção o crescimento do número de panificadoras e a diversificação do gênero com a entrada das fábricas de moagem de trigo. Até a Primeira Guerra Mundial, o Estado de São Paulo importava farinha de trigo. Nos anos que seguem a guerra, os entraves para se importar farinha, o produto acabado, levaram a indústria de alimentos a instalar moinhos de trigo. A importação de farinha cedeu lugar à importação dos grãos de trigo.

Mas não foi somente a guerra que levou à diversificação e à expansão da produção da indústria de alimentos e à de bens de consumo corrente, mas também o crescimento populacional da cidade de São Paulo explica a existência de um mercado consumidor, sem o qual a indústria não poderia ter aquele desempenho.

Esse mesmo mercado consumidor vai explicar o crescimento do número de estabelecimentos comerciais e de serviços. Dentre o comércio de mercadorias, destacam-se casas de venda de produtos alimentares responsáveis por prover mantimentos para a população aglomerada no núcleo urbano.

O comércio de frutas, verduras e legumes apresentou um crescimento significativo, de 79 estabelecimentos inscritos na Secretaria da Fazenda, em 1914, saltou para 899, em 1929. A ampliação de locais de

17. RIBEIRO, Maria Alice Rosa. *As condições da indústria têxtil Paulista 1870/1930*. São Paulo: Hucitec/Ed. da UNICAMP, 1988.

venda desses produtos reflete em parte a intensa mercantilização da agricultura, principalmente daquela agricultura de subsistência, localizada nas terras circunvizinhas à Capital paulista. A expansão urbana fez surgir um *cinturão verde* em torno da cidade, responsável pelo fornecimento de hortaliças, frutas e flores. Essas culturas desenvolviam-se em localidades próximas, como Cotia, Mogi das Cruzes, Serra da Cantareira e Guarulhos.

O crescimento da cidade de São Paulo comportou um setor diversificado de serviços para atender as novas demandas derivadas dos *comportamentos* e da *atitudes* urbanas. O melhor exemplo para ilustrar a urbanidade dos comportamentos é o crescimento do número de estabelecimentos prestadores de serviços pessoais, tais como barbearia, cabeleireiros para homens e cabeleireiros para mulheres. Em 1914, existiam 19 estabelecimentos desse gênero para homens, em 1929, eles são 1.196, ou seja, houve um crescimento de 6.100%. Perto desse resultado, o aumento do número de cabeleireiros para mulheres parece insignificante, pois cresceu 680%; passou de cinco estabelecimentos para 34.

O gênero do setor de serviços composto por hotéis, pensões, cafés, bares, botequins, sorveterias, leiterias e restaurantes multiplicou o seu número de estabelecimentos por quatro. Desse conjunto, as pensões tiveram o número de estabelecimentos multiplicado por seis.

As alfaiatarias, as sapatarias, os ateliês de costuras e as relojarias tiveram um desempenho não menos importante, multiplicaram-se por quatro. Desse grupo, destacam-se as oficinas de costuras para senhoras que passaram de 21 para 170.

A onda de construções, a diversificação da indústria, a solidariedade entre os setores do capital e o crescimento dos serviços transformaram a paisagem da cidade de São Paulo, metamorfoseando-a na metrópole do século XX.

Até a Primeira Guerra Mundial, a cidade do Rio de Janeiro liderava a indústria nacional. O Rio preenchia todas

as condições para o desenvolvimento da indústria: sede do governo, cidade-porto, maior mercado consumidor e de trabalho. Em 1907, a cidade do Rio concentrava 1/3 da produção industrial do Brasil e sua população era três vezes maior do que a da capital paulista.¹⁸

São Paulo, em meados de 10, superou a liderança industrial do Rio de Janeiro. E, em 1920, o Estado de São Paulo ocupava o primeiro lugar na produção industrial, com a responsabilidade de gerar 32% do valor da produção industrial, enquanto o antigo Distrito Federal, vindo em segundo lugar, era responsável por 21%.¹⁹

Nos anos 20, a cidade de São Paulo assume a dianteira do desenvolvimento industrial, deixando a cidade do Rio para trás. A principal razão da perda de posição do Rio está no dinamismo apresentado pela Capital paulista. Isso explica porque mesmo tendo iniciado o processo de industrialização, depois do Rio, a cidade de São Paulo pôde superá-lo.

Na corrida pela liderança industrial, a Capital paulista beneficiou-se de sua posição geográfica que a transformou em centro de uma ampla região do país. A malha ferroviária e rodoviária reforçou os laços da Capital com o interior do Estado de São Paulo, com o sul de Minas, com o triângulo mineiro, com o Mato Grosso e Goiás, com o Paraná, com Santa Catarina e com o Rio Grande do Sul.²⁰ Essa vasta área, à medida que se incorporava à economia de mercado, se transformou em mercado consumidor de bens industrializados, produzidos pelas indústrias instaladas na Capital paulista e

18. SINGER, Paulo. *Desenvolvimento econômico sob o prisma da evolução urbana*. São Paulo, Tese de doutoramento apresentada à cadeira de Sociologia I da Faculdade de Filosofia, Ciências Sociais e Letras da Universidade de São Paulo. 1966. p. 30.

19. SILVA, Sergio. op. cit., p. 80. Embora a comparação seja baseada em dados referentes ao Estado de São Paulo como um todo e à cidade do Rio de Janeiro, os resultados não ficam prejudicados, uma vez que a indústria paulista está concentrada na Capital. A indústria instalada na Capital entre 1890 a 1960 representa 50% do Estado de São Paulo como um todo. Sobre esta questão ver: SINGER, P. op. cit., p. 33.

20. PRADO JR., Caio. *A cidade de São Paulo: geografia e história e Contribuição para a geografia urbana da cidade de São Paulo. Evolução Política do Brasil e outros estudos*. op. cit., p. 97 a 149.

de bens importados, cujo comércio também estava estabelecido na cidade de São Paulo, graças a sua ligação direta com o maior porto, importador e exportador - o da cidade de Santos.

A cidade de São Paulo pôde vencer a *velha rival*, a cidade do Rio de Janeiro, graças ao dinamismo desse vasto mercado interno que foi capaz de absorver cada vez mais produtos industriais. Na disputa, o Rio ficou para trás, por não contar com um mercado interno de tamanha dimensão.

O amplo *hinterland* de São Paulo e a diversificação da agricultura paulista, iniciada por volta de 1905-1910, ofereciam à indústria paulistana o almejado mercado consumidor, sem o qual seu dinamismo estaria comprometido. Fato semelhante não se passou com o Rio: seu *hinterland* agrícola permaneceu na economia de subsistência, ou talvez, sua incorporação à economia de mercado já tivesse atingido seu limite máximo. Com isso, o Rio contou com um mercado consumidor de dimensões reduzidas frente ao de São Paulo.

3. O mercado de trabalho: uma nova composição que se anuncia nos anos 20.

Em 1920, o Estado de São Paulo contava com uma população de 4.592.188 habitantes e o Estado do Rio de Janeiro com de 2.717.244. Até 1890, a população carioca era superior à paulista; no início do século, a tendência inverteu e São Paulo superou o Rio de Janeiro. Entre 1900 e 1920, o ritmo de aumento da população paulista excedeu ao do Estado do Rio de Janeiro, registrando um crescimento de 101%, ao passo que o Rio teve um crescimento de 67%. (Ver Tabela 7, em anexo).

O crescimento da população paulista deveu-se à imigração promovida pelo Estado de São Paulo. Em 1920, a estimativa para o número acumulado de imigrantes era de 1.577.576 - do total da população 34% era composta por indivíduos que tinham vindo de outros países ou de outros

estados da federação.²¹ A década de 20 apresentou a menor percentagem de saídas de imigrantes do estado. Em média, entre 1921 a 1930, saíram 1,17%, uma média de saídas bem baixa em relação a verificada em outros anos. Entre 1891-1900, a média foi de 5,43% do total acumulado de entradas; em 1901 a 1910, foi registrado um média de 4,37% e, entre 1911 e 1920, a média de saídas foi de 1,94%.²² A queda da média de saídas de imigrantes, principalmente a observada nos anos 20, evidencia a disposição do imigrante em permanecer em São Paulo.

Nos anos 20, a principal nacionalidade da corrente imigratória - a italiana - estava perfeitamente integrada à sociedade paulista. Depois de mais de 36 anos de imigração, esse grupo estava amalgamado à paisagem paulista: os operários do Brás, da Mooca, do Ipiranga, os comerciantes da Barra Funda, do Bexiga e os capitalistas da Av. Paulista. Os *italianinhos* representavam não somente a nacionalidade numericamente maior, mas também a que se adaptou plenamente à sociedade paulista.

Na cidade de São Paulo, a mão-de-obra estrangeira ocupada nas atividades industriais era igual a 51,5% do total do operariado. No comércio e em bancos, a participação dos trabalhadores estrangeiros chegava a 62,5% do total dos trabalhadores ocupados no setor.²³

A grande contribuição dos estrangeiros ao desenvolvimento industrial foi, sem dúvida, como força de trabalho e como consumidor, o que não significa que sua participação tenha se restringido a essas funções. Graças ao dinamismo da sociedade paulista, muitos imigrantes com recursos encontraram oportunidades para estabelecer seus

21. HOLLOWAY, Thomas H. *Migration and mobility: Immigrants as laborers and landowners in the coffee zone of São Paulo-Brazil, 1826-1934*. Wisconsin, A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy (History). University of Wisconsin, 1974. mimeo, p. 179. Na estimativa de Holloway estão incluídos os imigrantes estrangeiros e migrantes nacionais e seus descendentes.

22. *idem*, p. 179.

23. BUARQUE DE HOLANDA FILHO, Sérgio, e GRAHAM, Douglas. *Migrações internas no Brasil 1872-1978*. São Paulo: IPE/USP - CNPq, 1984. p. 49.

próprios negócios. Em 1920, 64% das companhias industriais recenseadas pertenciam a estrangeiros e 75% destes estabelecimentos pertenciam a italianos.²⁴

Mais do que as estatísticas, quem melhor descreveu a presença dos italianos na cidade de São Paulo e sua integração foi o jornalista e escritor Antonio de Alcântara Machado, que com seus contos compôs as *Notícias de São Paulo*. Nos contos, a vida nos bairros humildes da Capital é protagonizada por um novo personagem que, com total desenvoltura e desibinição, percorre suas ruas e seus arrabaldes - o italo-brasileiro - o novo *mamaluco*.²⁵ Os *italianinhos* são o proletário, a costureirinha, o torcedor do *Palestra Itália Futebol Clube* e o pequeno comerciante do armazém *Progresso de São Paulo*, cuja ascensão se inicia quando se muda do Brás para a Barra Funda, mas que sonha com um palacete na Av. Paulista.

Os episódios de rua e a crônica urbana mostram o desembarque e a intimidade dos italianos com a cidade de São Paulo.

Os anos 20, além de exibir os primeiros imigrantes perfeitamente ajustados à vida paulistana, trazem mudanças no movimento migratório. Se até então os italianos, os portugueses e os espanhóis dominaram a corrente migratória, assiste-se a um desfile das mais variadas nacionalidades, entrando no estado: japoneses, alemães, iugoslavos, lituanos e sírios.²⁶ Em parte, essas novas correntes migratórias se estabelecem na Capital. Nesses anos, apenas 48% dos imigrantes se dirigia às zonas rurais, quando, em anos anteriores, 65% se destinava à lavoura. À exceção dos japoneses que chegavam com destino certo às lavouras, as demais nacionalidades permaneciam nas atividades urbanas.²⁷

24. *idem*, p. 50.

25. MACHADO, Antonio de Alcântara. *op. cit.*, p. 55-58.

26. HOLLOWAY, T. *op. cit.*, p. 198.

27. SPINDEL, C. *op. cit.*, p. 131.

O que ocorreu de mais significativo no padrão de entradas de trabalhadores no Estado de São Paulo foi a chegada dos migrantes nacionais. Até então, São Paulo era exportador desse tipo de trabalhador - o saldo líquido era negativo, ou seja, o número de saídas de brasileiros de São Paulo era superior ao número de entradas.²⁸ Esse padrão de migração interna refletia a pouca receptividade da sociedade paulista em empregar trabalhadores nacionais, fruto da política de imigração subvencionada adotada pelo estado que, em detrimento do trabalhador nacional, destinou, preferencialmente, ao trabalhador estrangeiro os melhores empregos.

São Paulo tornou-se a *terra prometida* para milhares de brasileiros, principalmente para os baianos e os mineiros que entraram em massa no estado. Entre 1921 e 1928, do total de entrada de trabalhadores, 30% eram brasileiros, 15%, portugueses, 12%, italianos e 11%, japoneses. Mesmo não superando a entrada de trabalhadores estrangeiros, os brasileiros eram a nacionalidade majoritária e com tendência a crescer.²⁹

A entrada de trabalhadores nacionais no mercado de trabalho paulista foi a grande novidade da década. Levas e levaras de nordestinos eram despejados pela Estação Norte, para desespero de muitos paulistas que chamavam esses desembarques de *emigração da miséria*, e denunciavam a chegada de uma população portadora e transmissora de doenças - quase todos maleitosos, ou com afecções parasitárias de todas as espécies e ignorantes dos mais elementares preceitos de higiene. Os *baianos*, como os paulistas, pejorativamente, denominavam essa massa de migrantes, traziam mais despesas aos cofres públicos do que progresso

28. BUARQUE DE HOLLANDA F., S. e GRAHAM, D. op. cit., p. 47. Os autores calculam que entre 1900 a 1920 a migração interna líquida de nativos para São Paulo foi de -19.933.

29. HOLLOWAY, I. op.cit., p. 225. Ver tabela I, em anexo.

ao estado, pois vinham tão doentes que os hospitais eram o seu destino certo.³⁰

A liderança industrial e a expansão do comércio e dos serviços fizeram da cidade de São Paulo o sonho de muito brasileiro. Em 1927/1928, Mário de Andrade traduziu em *Macunaíma* esse sentimento em relação à Capital paulistana, a *terra da promessa*. O herói sem caráter, Macunaíma, batia na cabeça já chata do filho e

"... inda a achatava mais batendo nela todos os dias e falando pro guri:

"- Meu filho cresce depressa pra você ir pra São Paulo ganhar muito dinheiro." 31

O progresso de São Paulo e a vida paulistana agitada, moderna e invadida pela máquina compõem a paisagem descrita pelo autor. O nordestino era um estrangeiro nessa cidade povoada por máquinas e multidões. A industrialização, a presença da produção mecanizada e a chegada dos nordestinos à Capital da indústria formam as rupturas que desencadearam em Mário de Andrade a concepção do *poema heróico-cômico*. Somente com essas mudanças ocorridas na cidade de São Paulo na década de 20, foi possível conceber o texto, no qual põe a nu o choque entre a cultura primitiva e a cultura da máquina, pois, pela primeira vez, São Paulo recebia brasileiros de outras regiões, *desgeografizando-se* e *nacionalizando-se*, servindo de local para a confrontação do mundo pré-técnico com o mundo técnico: de um lado, os brasileiros de outras regiões e, do outro, a indústria.

"E foi numa boca-da-noite fria que os manos toparam com a cidade macota de São Paulo esparramada a beira-rio do igarapé Tietê."

30. MONTEIG, P. op. cit., p. 151.

31. ANDRADE, Mário de *Macunaíma*. O herói sem nenhum caráter. 3ª edição. São Paulo, Martins, 1962, p.

33. Sobre a concepção da obra ver: LOPEZ, Telê Porto Ancona. *Macunaíma. A garga e o texto*. São Paulo: Mucitec-SCEI-CEC, 1974, p. 3-23.

"De manhãzinha ensinaram que todos aqueles piados, berros cuquiadas sopros rancos esturros não eram nada disso não, eram mas clâxons campainhas apitos buzinas e tudo era máquina. As onças pardas não eram onças pardas, se chamavam fordes hupmobiles chevrolés dodges mármons e eram máquinas. Os tamanduás os boitatás as inajás de curuatás de fumo, em vez eram caminhões bondes autobondes anúncios - luminosos relógios faróis rádios motocicletas telefones gorjetas postes chaminés... Eram máquinas e tudo na cidade era só máquina!"

Diante da cidade-máquina e do movimento mecânico da cidade, o migrante nacional, o herói, foi tomado por um "...respeito cheio de inveja por essa deusa deveras forçada, Tupã, farnado que os filhos da mandioca chamavam de Máquina".³²

Macunaíma imaginou que se seduzisse a máquina se tornaria imperador dos homens da cidade. Mas foi advertido de que:

"...com a máquina ninguém não brinca porque ela mata. ...Era feita pelos homens. Se mexia com eletricidade com fogo com água com vento com fumo os homens aproveitando as forças da natureza."

"...A Máquina era que matava os homens porém os homens é que mandavam na Máquina..."

De tanto pensar, o herói:

"... Constatou pasmo que os filhos da mandioca eram donos sem mistério e sem força da máquina sem mistério sem querer sem fastio, incapaz de explicar as infelicidades por si."

"...a máquina devia de ser um deus de que os homens não eram verdadeiramente donos só porque não tinha feito dela uma lara explicável mas apenas uma realidade do mundo.

32. idem, p. 52-54.

*"Os homens é que eram máquinas e as máquinas é que eram homens."*³³

Na rapsódia, o autor confronta duas culturas: a do migrante nacional ligada à natureza e a da grande cidade ligada à mecânica, à máquina e ao dinheiro. Macunaíma encontrou o inimigo que havia roubado sua muiiraquitã - o capitalista-industrial-imigrante travestido de gigante *engolidor de gente*, de nome Venceslau Pietro Pietra. O gigante, de origem *francamente Florentina*, enriqueceu engolindo gente nas fábricas de sua propriedade instaladas na Capital.

Na carta de Macunaíma às *subditas diletas*, a posição do herói era de quem, enfim, chegara ao entendimento, à compreensão de como a cidade se movia e quais eram seus significados. O saber lhe confere superioridade, permitindo-lhe criticar a cidade que, de início, era-lhe incompreensível e cheia de mistérios. Agora não havia mais mistérios, e a carta transmite seu saber:

"Cidade é belíssima, e grato o seu convívio."

"Assim tão bem organizados vivem e prosperam os Paulistas na mais perfeita ordem e progresso!..."

"Porém, senhoras minhas! Inda tanto nos sobra, por este grandioso país, de doenças e insetos por cuidar! ...Tudo vai num descalabro sem comedimento, e estamos corroídos pelo morbo e pelos miriapodes! Em breve seremos novamente uma colônia da Inglaterra ou da América do Norte!... Por isso e para eterna lembrança destes Paulistas, que são a única gente útil do país, e por isso chamados de Locomotivas, nos damos ao trabalho de metrificarmos um dístico, em que se encerram os segredos de tanta desgraça:

33. *idem*, p. 54-55. grifos meus.

**POUCA SAÚDE E MUITA SAÚDE,
OS MALES DO BRASIL SÃO"**

*"Este dístico é que havemos por bem escrevermos no livro de Visitantes Ilustres do Instituto Butantã, quando foi da nossa visita a esse estabelecimento famoso na Europa."*³⁴

Por fim, Macunaíma, o baiano, o migrante nacional vindo do sertão e da floresta, o fugitivo da seca compreende os mistérios da cidade grande, que não são mistérios, mas apenas a realidade do mundo, um mundo que se traduz...

*"...por pequeninas e voláteis folhas de papel a que o vulgo chamará dinheiro - o curriculum vitae da Civilização, a que hoje fazemos ponto de honra em pertencermos."*³⁵

De pouco lhe adiantou compreender a realidade do mundo, "o herói capenga de tanto penar na terra sem saúde e com muita saúde, se aborreceu de tudo, foi-se embora e banza solitário no campo vasto do céu. A Ursa Maior é Macunaíma".³⁶

**4. "POUCA SAÚDE E MUITA SAÚDE
OS MALES DO BRASIL SÃO!"**

O progresso e as transformações econômicas ocorridas na Capital não estenderam seus benefícios para a vida de sua população, como Macunaíma resumia no seu dístico escrito no livro de visitas do Butantã. As desigualdades

34. *idem*, p. 109, 111-112. gritos meus. Proença refere-se ao estilo dessa carta como pedante. Esse foi o propósito de Mário de Andrade que afirmava: "Macunaíma como todo brasileiro que sabe um pouquinho, vira pedantíssimo." O dístico "prende-se às referências de todos os cronistas do estrago feito por essas formigas nas lavouras dos colonizadores até a célebre frase de Saint Hilaire: "Du o Brasil acaba com a saúde ou a saúde acaba com o Brasil". A outra parte do dístico refere-se a célebre frase do Professor Miguel Pereira já citada no capítulo terceiro: "O Brasil é um vasto hospital". Ver: PROENÇA, M. Cavalcanti. *Roteiro de Macunaíma*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1969. p. 211-212 e 214-215.

35. *Idem*, p. 102.

36. *idem*, p. 232.

acentuaram-se, os distanciamentos sociais ampliaram-se, o progresso econômico, a riqueza industrial, não se transformou em melhorias de vida para a população. O que era de se esperar é que toda aquela riqueza, a nova riqueza, se diluísse em melhores padrões sociais. Isso não ocorreu e a década das rupturas e da entrada na civilização industrial, foi pródiga em mostrar as misérias da cidade moderna - São Paulo, a mais importante da América do Sul.

Se era verdade que a mortalidade geral caiu, o mesmo não ocorreu com a mortalidade por doenças infecto-contagiosas e transmissíveis, grupo de doenças que reflete, mais do que qualquer outro, as condições sanitárias encontradas pela população. Depois de 1901, a participação dos óbitos por doenças infecto-contagiosas no total de óbitos ocorridos na Capital caiu de 20% para 17%, chegando, no período de 1901 a 1919, à percentagem de 14% sobre o total de óbitos. Durante os anos vinte, porém, os óbitos por esses tipos de doenças começaram a se elevar, atingindo novamente a participação de 20% dos óbitos gerais verificados na Capital (Ver Tabela 2, em anexo). Essa subida revela a deterioração das condições de vida.

Duas doenças foram as responsáveis pelo comportamento crescente do número desses óbitos - a tuberculose e a febre tifóide, doenças tipicamente ligadas às condições sociais de sobrevivência da população na cidade de São Paulo.

No período de 1925 a 1929, a tuberculose foi responsável por mais de 1.000 óbitos por ano, o que significa que o número de óbitos por tuberculose dobrou em relação ao período de 1910-1924. A maior incidência dessa moléstia estava ligada às condições de habitação da população de baixos recursos.

Ao longo dos anos vinte, a consolidação do modo de vida urbano e a diversificação da indústria, dos serviços pessoais e do comércio atraíram novas correntes migratórias vindas de outras regiões empobrecidas pelas constantes

secas. A cidade abrigava, cada vez mais, retirantes nordestinos. À medida que a massa de retirantes chegava à Capital pela estrada de ferro Central do Brasil e pelos paus-de-arara, as *habitações insalubres* cresciam. Os cortiços e as habitações coletivas transbordavam de gente. Uma casa capaz de abrigar apenas uma família, rapidamente transformava-se em habitação coletiva, abrigando duas ou mais famílias. O número de habitações coletivas e a densidade de habitantes por casa cresceram assustadoramente.

O crescimento populacional da Capital superou ao verificado em qualquer outro município do Estado de São Paulo. Se, no início do século, as diferenças de população entre a Capital e os demais municípios eram marcantes, situando em torno de 3,5 vezes, em 1920, a população da Capital passou a representar, por exemplo, cinco vezes a população de Campinas, o segundo município do estado em termos populacionais. Essa tendência de distanciamento populacional reforçava-se cada vez mais e, em 1934, a população da Capital era sete vezes a população santista (o segundo município do estado).³⁷ Em 1920, a população concentrada na Capital representava 13% da população do estado, quando na última década do século XIX representava de 5% (Ver Tabela 7, em anexo).

O agravamento das condições habitacionais da Capital foi descrito pelo médico Dr. Francisco Figueira de Mello, em um estudo apresentado à Assembléia da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo.³⁸ No estudo, constatou que *"os pobres se amontoam em casarões quase em ruínas, em porões, em cortiços, carecidos dos mais elementares requisitos de higiene."*³⁹

A deterioração das condições de moradia da população pobre era a principal responsável pela

37. MELLO, Z. C. de e SAES, F. A. M. op. cit., p. 328

38. MELLO, Francisco Figueira de. *Habitações coletivas em São Paulo. Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*. São Paulo, v. 9, 3ª série, n. 4, junho de 1926. p. 290-295.

39. MELLO, F. F. de. op. cit., p. 291.

tuberculose, pela incidência de moléstias transmissíveis e pela mortalidade infantil. Nos verdadeiros *cubículos da morte*, como o médico denominou a moradia dos pobres de São Paulo, *"as energias produtoras vão se transformando em fatores negativos pois o cortiço vai anemiando e definhando com seus lobregos porões a fonte primordial das nossas energias... as gerações novas que despontam sairão maus operários, débeis, raquíticos e tuberculosos."*⁴⁰

Em 1925, a inspeção sanitária do bairro de Santa Efigênia fez um levantamento sobre a situação das moradias e o que encontrou retrata o caos habitacional num bairro que não deveria ser um dos piores, pois se localizava numa região central da cidade e gozava de serviços urbanos de melhor qualidade, como água, esgoto e transporte. Havia outros bairros em pior situação, como o Brás, Mooca, Belenzinho, bairros verdadeiramente depauperados.

O bairro de Santa Efigênia, por ser central, era passagem, quase que obrigatória dos habitantes da cidade, era um bairro visível, onde a miséria estava mais exposta à população. Daí a razão das autoridades sanitárias escolherem-no para realizar os levantamentos e promover melhorias com a clara intenção de amenizar a visão do transeunte da miséria. Em 1893, o mesmo bairro havia sido objeto de investigação. Os bairros em piores situações, como o Brás e outros, não foram objetos de tantas investigações, talvez por serem periféricos e, por isso, menos visíveis aos transeuntes. As misérias dos bairros periféricos, ou menos centrais, não estavam expostas ao *tranquilo* habitante da cidade, pois eram bairros que não faziam parte dos itinerários do cidadão comum.

Em Santa Efigênia, inspecionaram-se 116 cortiços, com 706 quartos e 2.358 habitantes. Além do tipo clássico de cortiço - agrupamento de quartos dando para uma área estreita em comum, cheio de vasos, com roupas estendidas ...

40. *idem*, p. 292.

e ao lado de cada porta um fogareiro de lata de querosene", foi arrolado outro tipo de cortiço, classificado pelos inspetores sanitários com o nome de *cortiço-porão*. Parece que o que distinguia o *cortiço-porão* do *cortiço-clássico* era a entrada, "feita através do respiradouro, sendo necessária uma ginástica forçada para neles penetrar...". Apesar das descrições dos *cortijos-porão* não permitirem ao leitor imaginar como era possível viver naquelas covas, os inspetores sanitários não os consideravam como a pior habitação encontrada. Para eles, as piores moradas eram as de telheiros de zinco, literalmente, um verdadeiro inferno.

Em 73% dos 706 quartos moravam de 2 a 4 pessoas e havia um banheiro para 262 pessoas. Nos quartos não havia camas, à noite estendiam-se no chão esteiras que eram recolhidas durante o dia.

Os inspetores sanitários constataram que mesmo existindo um Código Sanitário em vigor, este não era cumprido. As habitações coletivas eram ilegais, porque não respeitavam as leis sanitárias, inexistia pé direito de 3 metros, não se destinava uma área de 10 m² para os quartos, a iluminação e a ventilação eram péssimas, e em mais de 15% dos quartos não havia uma única janela.

Os inspetores sanitários inquiriam os habitantes dos cortijos sobre as doenças ocorridas durante aquele ano. As perguntas não recebiam respostas. A razão - o medo. O inquérito de Santa Efigênia mostrou: "o verdadeiro pavor que a população nutre pelas vacinas, remoções para hospitais, isolamento, etc. Calculando sempre que das informações prestadas às autoridades sanitárias lhe advenham multas ou quaisquer outras consequências desagradáveis, socorrem-se da mentira, da fraude, prestando informações errôneas sobre os fatos."⁴¹

Como o número de habitações era pequeno face à procura de moradias, os aluguéis elevavam-se mesmo em

41. *idem*, p. 294.

cubiculos ou em outra espelunca. A inspeção das moradias coletivas no bairro de Santa Efigênia revelou que os alugueis de quartos consumiam mais de 50% dos salários. O aluguel de habitações para pobres constituía um negócio de altíssimo lucro, um negócio tão rentável que levava pessoas, com alguns recursos, a alugar casas e a sublocar quartos.

Em 1913 e em 1920, organizaram-se movimentos contra os senhorios e os elevados alugueis. Os jornais *A Plebe* e o *O Combate* estimularam e ajudaram a organização dos inquilinos. Em 1920, houve a formação de uma *Liga de Inquilinos*.⁴² Qualquer movimento ou qualquer organização dos inquilinos teve, porém duração efêmera, não resistia ao tempo, logo a organização se dissolvia e o movimento definhava. E o problema da falta de moradia, das habitações coletivas insalubres e dos alugueis escorchantes tendiam a permanecer como problemas insolúveis.

Na gestão do Prefeito da Capital, Dr. Pires do Rio (1926 a 1930), a administração encaminhou pedido à Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo para que a entidade emitisse juízo sobre o padrão de construção particular no município. Até então, o padrão para construção de prédios habitacionais era definido pela Lei Municipal n. 2.332, de 9 de novembro de 1920. A reforma dessa lei era a intenção da administração municipal, e daí a razão da formulação dos quesitos expostos à entidade dos médicos. Dois foram os quesitos propostos: o primeiro pedia o parecer da entidade médica sobre as modificações na lei em vigor que pudessem reduzir, sem prejuízo da higiene e da saúde dos habitantes, o custo real das construções. O segundo quesito pedia sugestões quanto aos tipos de casas populares aconselháveis a São Paulo, tendo em vista suas condições climáticas e demográficas.

42. *A Plebe*, São Paulo, n. 58, 31 de janeiro de 1920, p. 4. *A Plebe*, São Paulo, n. 73, 17 de julho de 1920, p. 1. *A Plebe*, São Paulo, n. 75, 31 de julho de 1920, p. 3. *A Plebe*, São Paulo, n. 193, 21 de outubro de 1922. ROLNIK, Raquel. *Cada um no seu lugar!* (São Paulo, início da industrialização: geografia do poder). São Paulo, Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo, 1981. p. 115-125.

Para responder aos quesitos, a sociedade médica constituiu uma comissão de estudos sobre o problema da habitação popular, formada pelos médicos Dr. F. Salles Gomes Jr., Raul Vieira de Carvalho, e José Ribeiro Netto.⁴³

Para reduzir o custo da construção, principal problema proposto pela administração municipal, a comissão aconselhava a redução da altura do pé direito das casas de 3 metros, para 2m.80cm. e que fossem, definitivamente proscritos os porões de mais de 40 cm de altura e os áticos.

A comissão recomendava que os compartimentos de banho e de latrinas tivessem suas áreas reduzidas para 3m², ao invés dos 4m² exigidos pela lei, porque era freqüente o aproveitamento dessas áreas para dormitório de crianças.⁴⁴

O tipo de casa popular aconselhado era a isolada e pequena para abrigar uma única família. Desaconselhava os grandes prédios e os arranha-céus, porque reuniriam muitas famílias operárias, comprometendo a *moral* e a higiene. Havia, na Capital, grandes áreas desocupadas próximas aos centros de trabalho para operários e, portanto, a falta de espaço não existia, de forma a impor o edifício como tipo de construção popular.

Além das modificações no padrão de construção das casas populares, a Sociedade de Medicina e Cirurgia aprovou a sugestão do inspetor sanitário Dr. José Ribeiro Netto, de elevar os impostos dos terrenos não edificados como medida de combate à especulação, principalmente nas áreas centrais da Capital. A valorização especulativa de terrenos era apontada pela entidade dos médicos como um dos fatores de encarecimento do custo das obras de construção de casas populares.⁴⁵

43. SALLES GOMES Jr, F., CARVALHO, R. V. e RIBEIRO NETTO, J. Padrão para construções particulares no município da Capital. *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*, São Paulo, n. 9, novembro, 1926, p. 403 - 405.

44. *idem*, p. 404.

45. *idem*, p. 405.

Durante a administração do Dr. Pires do Rio foi encomendado ao engenheiro Prestes Maia, funcionário do Departamento de Obras Públicas da prefeitura paulistana, um plano urbanístico para a Capital. Do estudo de Prestes Maia resultou o segundo plano do traçado urbano da cidade (o primeiro havia sido elaborado na gestão de Antonio Prado e de Raymundo Duprat, em 1910/11). O *Plano de Avenidas* apresentado por Prestes Maia, em 1929, indicava os principais problemas enfrentados na cidade: o congestionamento, a aglomeração de habitações insalubres, a inexistência de obras sanitárias, a deficiência da rede de água, a falta de esgotos.

Na perspectiva do engenheiro, somente o urbanismo, entendido como um conjunto de técnicas de planejamento urbano, poderia resolver aqueles problemas. Através da organização do espaço urbano era possível restaurar a cidade, de forma que esta cumprisse suas verdadeiras funções - local de habitação, de recreação, de trabalho e de circulação de mercadorias.⁴⁶

Na área da habitação, o *Plano de Avenidas* inovou em relação ao plano de *Bouvard* que omitiu qualquer consideração sobre o problema habitacional, restringindo a reforma urbana ao alargamento das Avenidas Líbero Badaró e São João e ao embelezamento da cidade com a construção do parque da várzea do Carmo, do belvedere da Av. Paulista e da praça Buenos Aires.⁴⁷

46. PRESTES MAIA, Francisco. *Estudo de um Plano de Avenidas para a cidade de São Paulo*. São Paulo: Melhoramentos, 1930. Sobre o *Plano de Avenidas* ver: CARPINTERO, Marisa V. Teixeira. *A construção de um sonho*. Habitação Econômica - Projetos e Discussões. (São Paulo, 1917/1940). Campinas, Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento de Filosofia e Ciências Humanas da Unicamp, novembro 1990. mimeo. p. 151-162. e LEME, Maria Cristina da Silva. *Revisão do Plano de Avenidas. Um estudo sobre planejamento urbano em São Paulo, 1930*. São Paulo, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da USP, 1998. (Tese de Doutorado). p. 14-86.

47. Em 1910 e 1911, foram apresentados à Prefeitura, num concurso promovido por ela, três projetos de reurbanização que se limitaram a desafogar o trânsito da área central e ao embelezamento da cidade: o Projeto do Engenheiro Alexandre de Albuquerque; o Projeto dos engenheiros Victor Freire e Eugênio Guilhem e o do engenheiro Samuel das Neves. Antonio Prado, então prefeito, convidou o arquiteto francês Joseph Antonie Bouvard (Diretor dos Serviços de Arquitetura, Passeios, Vias Públicas e Plano da Cidade de Paris), em passeio por São Paulo, para apresentar um novo plano que

O *Plano de Avenidas* de Prestes Maia denunciava o crescimento de moradias insalubres no meio da população carente, porém não ia além da denúncia. Pensava a habitação popular subordinada à questão do desafogamento das áreas centrais da cidade, Santa Efigênia e arredores. Sua proposta do plano era proibir o estabelecimento de fábricas nessas áreas e deslocá-las para a periferia, criando uma zona industrial periférica. Com o deslocamento do local de trabalho, o operariado se encaminharia para a periferia, aliviando as áreas centrais. As casas operárias seriam construídas a uma distância de uma caminhada a pé até as fábricas e seriam cercadas por jardins e parques verdes, permitindo a aproximação entre os operários e a natureza.

O *Plano de Avenidas* acabou, entretanto, por privilegiar a circulação de mercadorias, ao invés da habitação popular. O emperramento do sistema viário e os congestionamentos frequentes minavam as vantagens da concentração da produção industrial, do comércio, dos serviços e do mercado de trabalho. Decididamente, a congestão urbana apareceu em primeiro plano no estudo de Prestes Maia. A desobstrução das vias de circulação de mercadorias poderia dar-se por meio do alargamento de avenidas e de ruas. Não era à toa que denominara seu estudo de *Plano de Avenidas*.

Aliado à abertura e ao alargamento das vias circulatórias da cidade, Prestes Maia indicava um outro instrumento de racionalização do espaço urbano - *zoning* ou zoneamento. Sobre o zoneamento, Prestes Maia teorizou seu papel no desafogamento das áreas centrais e congestionadas. Neste sentido, seu estudo aparece como a primeira tentativa de teorização do movimento de expansão da cidade. A questão do zoneamento não é uma questão criada por ele, mas, sem dúvida, seu plano representou um primeiro esforço do engenheiro urbano e da administração municipal de se acercar

acabou por ser executado na gestão do prefeito Raymundo Duprat. Ver: KOLNIK, R. op. cit., p. 115-125 e MORSE, R. op. cit., p. 336-367 e CARPINTERO, M. V. T. op. cit., p. 121-123.

da forma como a cidade se movimentava: inchamento de áreas e abertura de novas fronteiras de expansão urbana. Até então, o zoneamento e a dinâmica de ocupação do espaço urbano eram ditadas pelos grandes especuladores de terrenos urbanos que, em busca da valorização do seu capital, acabavam por criar diferentes zonas com distintas funções e especializações. O *zoning* da cidade de São Paulo fora construído na década final do século XIX, com a definição de áreas industriais, comerciais e residenciais para a burguesia e para o proletariado.⁴⁸

No final da década de vinte, assiste-se ao esgotamento dessa forma de expansão urbana ditada pelo capital dos grandes especuladores de terrenos e a tentativa do poder público, da administração municipal, de imprimir uma outra racionalidade à dinâmica urbana. Até então, a prefeitura esteve-se à margem da dinâmica do crescimento urbano. O *Plano de Avenidas* representou a busca de tomar a direção de um processo urbano que se deu à revelia do poder público, ou melhor, de um poder público submetido aos ditames dos construtores da cidade.

Apesar do agravamento das condições habitacionais, o poder público municipal despendeu poucos esforços para amenizar o problema. O planejamento urbano projetado no *Plano de Avenidas* apontava preferencialmente para a melhoria da circulação urbana. O plano abordou superficialmente a questão habitacional e indicou-lhe uma solução *bucólica* e impraticável - a *cidade-jardim*.

Não só a habitação popular, ou melhor, a ausência de habitação para a população de baixos recursos, condicionou a insalubridade da cidade de São Paulo e a elevação das ocorrências de mortes por causa de doenças transmissíveis, mas também ainda nos anos 20, a água distribuída entre aquela população continuava a ter qualidade suspeita e a ser distribuída em quantidade

48. Esse tema foi tratado no segundo capítulo deste estudo.

insuficiente. A febre tifóide, doença estreitamente ligada à questão da água, tornou-se uma endemia típica da Capital paulista, e de tempos em tempos aparecia epidemicamente, como nos anos de 1896/97, 1913/1914, 1920/1921 e 1925/1926. (Ver Tabela 6, em anexo). Nesses dois últimos anos, a febre tifóide foi a segunda principal causa de morte entre as moléstias infecto-contagiosas, situando-se em seguida da tuberculose que sempre ocupou o primeiro lugar exceto em 1918, devido à gripe espanhola.

Na epidemia de febre tifóide de 1920/1921, os bairros da Capital mais atingidos foram os localizados na parte baixa da cidade - Belenzinho, Mooca, Penha, Itaquera, Butantã e Ipiranga. A água distribuída nesses bairros provinha do manacial da Água Funda e do Km 12, cujas áreas não haviam sido desapropriadas e, portanto, não estavam protegidas de contaminação. A situação da epidemia de febre tifóide de 1913/1914 repetia-se em 1920/21. As águas poluídas comprometiam a saúde dos habitantes das áreas baixas da Capital, abastecidas com água de qualidade inferior e suspeita. Naqueles anos, a epidemia foi provocada pelas águas do Tietê que abasteciam os bairros do Brás e do Belenzinho; nestes anos, 1920/1921, eram as águas da Água Funda e do Km 12 que abasteciam parte da Mooca, do Ipiranga, da Penha, etc.⁴⁹

O foco epidêmico estava nesses bairros; a moléstia, porém, estendia-se a outros bairros não abastecidos por aquelas águas através da ação das moscas, cuja proliferação era, ainda em 1920, atribuída ao péssimo tratamento dado ao lixo, tratamento que em nada mudara em relação ao encontrado em 1914. A incineração era insuficiente.⁵⁰

49. VIEIRA, Francisco Borges. Estudo epidemiológico da febre tifóide em São Paulo. Epidemia de 1920-1921. *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*. São Paulo, n. 112, março/abril de 1922, p. 5-14.

50. *Ibid.*, p. 13. O Dr. Borges Vieira refere-se à cidade de São Paulo como o "paraíso das moscas".

Na epidemia de 1925-1926, o alvo das críticas foi o Serviço Sanitário que se descuidou e não adotou nenhuma medida para evitar a manifestação da moléstia sob a forma epidêmica. A ação do Serviço Sanitário, sob a direção do Dr. Geraldo H. Paula Souza, ficou restrita à aplicação da vacina antitífica. A crítica tinha como alvo o próprio Dr. Paula Souza que extinguiu o Instituto Bacteriológico, órgão encarregado de acompanhar a qualidade da água do abastecimento, através de exames bacteriológicos. Com a extinção daquele instituto, o controle da qualidade da água foi abandonado. As reivindicações dos diretores do Instituto Bacteriológico foram ignoradas e o tratamento adequado das águas, por meio da clorificação com sulfato de alumínio, da filtragem e da esterilização foi deixado de lado.⁵¹

As críticas lançadas à atuação do Serviço Sanitário foram respondidas pelo Dr. Paula Souza com a divulgação de uma circular interna, na qual proibia que as seções fornecessem à publicidade informações e dados sobre o serviço sem o prévio consentimento da Diretoria Geral (Dr. Paula Souza). Na circular, a competência de comentar, de utilizar os dados e os informes fornecidos pelas seções era atribuída exclusivamente ao Diretor do Serviço Sanitário.⁵²

Assim, uma *lei do silêncio* foi imposta para abafar as repercussões da epidemia. O episódio traz à tona um novo problema - a mudança de orientação na política de saúde pública implementada pelo novo titular do Serviço Sanitário. A mudança começou a ser gestada desde que o Dr. Paula Souza assumiu a direção do Serviço Sanitário em 1922, e culminou em 1925 com a aprovação da nova lei sanitária.

51. CALAZANS, Sebastião. Considerações sobre a febre tifóide em São Paulo. *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*. São Paulo, v. 8, n. 4, junho de 1925, p. 83-85.

52. Circular n. 794 citada na Ata da Sessão Ordinária de 16 de agosto de 1927 da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*. São Paulo, n. 617, agosto de 1927, p. 95-100.

5. A saúde pública sob as ordens da educação

5.1. Uma nova concepção. A ruptura da política sanitária: da polícia sanitária à educação sanitária.

Policiar o cumprimento das leis e dos regulamentos sanitários foi a concepção de política de saúde pública que se cristalizou ao longo de todos esses anos, desde a criação do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Inspeccionar as habitações coletivas, intimar os infratores e multar os reincidentes compuseram as práticas da política de saúde pública, executadas pelos inspetores sanitários e pelos guardas sanitários.

Com a reforma sanitária de 1925, mais conhecida como Reforma Paula Souza, em alusão ao seu promotor, a política de saúde ganhou uma nova concepção, cujo ponto central é a educação sanitária do indivíduo. O eixo dessa nova orientação deslocou-se do policiamento para a educação e as ações sanitárias transferiam-se da população em geral para o indivíduo em particular. Com isso, na prática sanitária, o policiamento das coisas, da habitação, da qualidade da água, da rede de esgoto, da limpeza da cidade perdia importância e a persuasão do indivíduo, o emprego das palavras num todo articulado capaz de forjar no indivíduo a *consciência sanitária*, ganhava relevância.⁵³

A concepção mudou e a reforma adaptou a estrutura do Serviço Sanitário a uma nova maneira de ver os instrumentos da prática sanitária. A estrutura em funcionamento desde 1892, com algumas poucas alterações que não comprometiam a concepção geral, cedeu lugar a um novo aparato sanitário. A velha estrutura consolidada por Emílio

53. Decreto n. 3876 de 11 de julho de 1925. *Coleção de Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1925*. Aprovada com modificações, Lei n. 2121 de 30/12/1925.

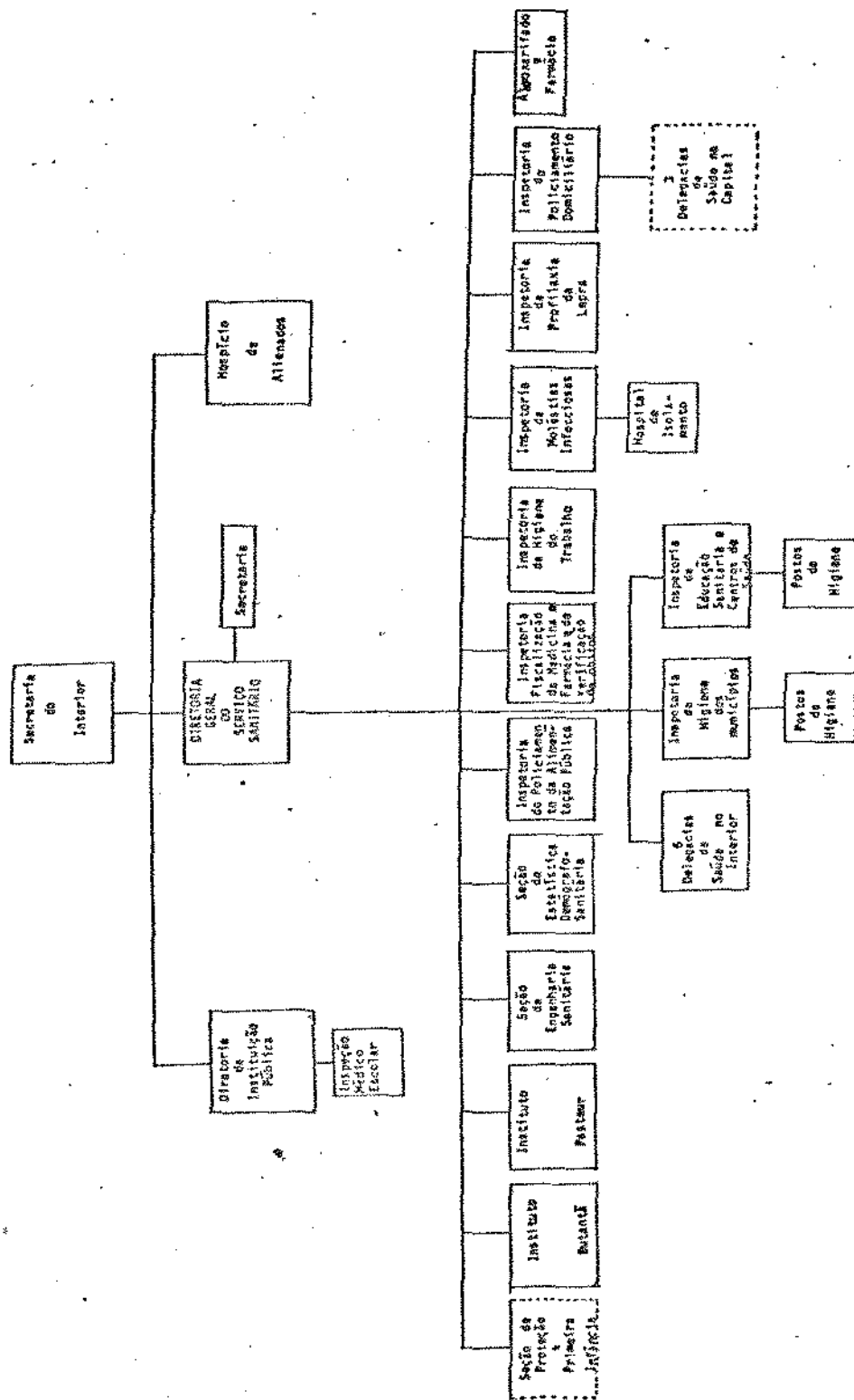
Ribas desmoronou-se pela ação reformadora do jovem médico recém-chegado dos Estados Unidos, imbuído de novas idéias.⁵⁴

A reforma de 1925 trouxe à organização do serviço sanitário a especialização das funções de policiamento com a criação de quatro inspetorias responsáveis pela fiscalização do trabalho industrial, dos domicílios, dos alimentos e do exercício profissional da medicina, da farmácia e da arte dentária e da verificação de óbitos. Desde a reforma de 1917, a tendência à especialização do policiamento já vinha se manifestando, como se observa na reorganização do serviço sanitário em 1925.

Sete inspetores auxiliados por 10 guardas, encarregaram-se do policiamento sanitário das fábricas, das oficinas e dos estabelecimentos congêneres na Capital. Embora estivesse em funcionamento a fiscalização sanitária das fábricas como uma das atribuições conferidas aos inspetores sanitários alocados na Diretoria do Serviço Sanitário, não existia um órgão responsável especificamente para esse tipo de policiamento sanitário. A Inspeção de Higiene do Trabalho ficou incumbida de fiscalizar a construção das fábricas, a segurança dos maquinismos, as condições de iluminação, de temperatura e de ventilação, a natureza do trabalho de modo a garantir a saúde e a segurança do trabalhador.

A reforma de 1925 tornou obrigatória a notificação de moléstias profissionais, como deformações ósseas de origem profissional, dermatoses produzidas por substâncias tóxicas, pneumoconioses produzidas por inalação de vapores e poeiras, intoxicação pelo chumbo, mercúrio, arsênio, zinco, fósforo e outros produtos químicos, de moléstias infecto-

54. Dr. Geraldo Horácio de Paula Souza (1889/1951) filho de Antonio Francisco de Paula Souza, fundador da Escola Politécnica em 1894. Entre 1918 e 1920, Geraldo Horácio de Paula Souza esteve na Universidade de Johns Hopkins, no Baltimore, como bolsista da Fundação Rockefeller. Ver: CANDEIAS, N. M. F. Memória histórica da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - 1918-1945. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, 18. (n. especial). p. 2-60, 1984; e YUNES, J e CAMPOS, O. O papel da Faculdade de Saúde Pública na formação de recursos humanos para a saúde. *op. cit.*, p. 61-66.



Legenda:
 ————— Serviços permanentes
 - - - - - Serviços que deverão desaparecer

FIG. 29 ORGANIGRAMA IV - ESTRUTURA DO SERVIÇO SANITÁRIO EM 1925

contagiosas, de tuberculose e de moléstias venéreas, de sífilis.

Da antiga legislação sanitária, a reforma eliminou os artigos que diziam respeito à proibição do trabalho de menores e de mulheres, resultando na retirada de temas próprios de uma legislação trabalhista. A reforma reforçou o policiamento das fábricas no tocante à engenharia sanitária, à segurança do trabalhador junto aos maquinismos e às doenças profissionais. Enfatizou a questão da educação higiênica dos operários, tarefa atribuída aos inspetores que por meio de palestras, conferências, exhibições de fitas cinematográficas e publicações transmitiam-lhes preceitos higiênicos relativos à profilaxia de doenças do trabalho e à preservação contra acidentes de trabalho.

Com a reorganização do serviço sanitário foi criada também, na Capital, a Inspetoria de Policiamento Domiciliário, órgão encarregado da polícia das habitações. Novamente aqui aparece o caso de uma função, genericamente atribuída aos inspetores sanitários, transformada em seção específica do aparato sanitário. A Inspetoria de Policiamento Domiciliário contava com 20 inspetores, 30 guardas e mais 3 delegados de saúde. A polícia sanitária das habitações fiscalizava o cumprimento das determinações constantes no Código Sanitário referentes às construções das habitações, dos esgotos domiciliares, das latrinas, das pias, dos banheiros e dos lavabos.

A criação da Inspetoria de Policiamento Domiciliário veio para rebater a urbanização desenfreada ocorrida na Capital. O novo órgão deveria impedir e reprimir a construção de casas sem as mínimas condições higiênicas para seus moradores. Sua atuação, portanto, vinha de encontro à propensão ao aumento do número de cortiços e de habitações coletivas. O crescente movimento migratório para a Capital, a chegada das famílias de nordestinos, de baianos, cearenses e pernambucanos, impeliu à elevação do

número de habitações clandestinas. Uma verdadeira cidade fora da lei florescia no meio da mais desenvolvida cidade brasileira. O mundo clandestino crescia e sua remoção pelas autoridades sanitárias tornava-se cada vez mais difícil.

De 1927 a 1929, a Inspetoria do Policiamento Domiciliário apresentou queda no seu orçamento, sugerindo que a questão habitacional não ocupava o lugar central na nova concepção da política de saúde pública. (Ver Tabela 11, em anexo).

A Inspetoria de Policiamento da Alimentação Pública contava com 13 inspetores e 26 guardas para exercerem a fiscalização dos gêneros alimentícios. Na sua retaguarda ficou o antigo Laboratório de Análises Químicas e Bromatológicas com 8 químicos, 3 assistentes microbiologistas, 6 auxiliares de microbiologia e 16 práticos em microbiologia. A seção e o cargo de diretor do Laboratório de Análises Químicas e Bromatológicas foram extintos. O antigo laboratório foi anexado à Inspetoria de Policiamento da Alimentação Pública. O policiamento dos gêneros alimentícios era uma antiga atribuição dos inspetores sanitários. A inovação trazida pela reforma Paula Souza foi a institucionalização de um órgão específico para executar esta função. Para tanto, alocaram-se inspetores sanitários e pessoal auxiliar para exercerem, com exclusividade, o policiamento de alimentos e bebidas nos locais de fabricação e nos pontos de vendas.

Nessa tendência de transformar antigas tarefas atribuídas aos inspetores sanitários em órgãos autônomos com funções específicas, há um sinal da complexidade da estrutura do Estado. Por sua vez mostra o processo de crescimento da cidade: o aumento do número e a diversificação de estabelecimentos comerciais e industriais, armazéns, entrepostos de vendas, matadouros, açougues, frigoríficos, leiterias, fábricas e usinas de preparo de

leite de laticínios, mercados, feiras livres, hotéis, restaurantes, etc.

O serviço de inspeção e fiscalização do exercício da medicina e da farmácia, assim como a verificação de óbitos foi reunido numa única inspetoria - a Inspetoria de Fiscalização de Medicina e Farmácia e Verificação de Óbitos, órgão encarregado de planejar e executar a fiscalização em todo o território do estado. Contava com 14 inspetores sanitários que deveriam visitar farmácias, drogarias e fiscalizar o exercício da odontologia e da medicina, os hospitais e os laboratórios clínicos.

O serviço de verificação de óbitos foi instituído para atender solicitações nos casos de morte sem assistência médica. Cabia ao inspetor sanitário determinar a causa-mortis de indigentes, de nati-mortos, de mortes por acidente em vias públicas, dos crimes, etc. No exercício de sua atividade, o inspetor sanitário, quando encontrasse alguma dificuldade em definir a causa da morte, poderia recorrer ao catedrático de Medicina Legal e Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo e ao Diretor do Serviço de Medicina Legal da Polícia. Havia um acordo entre o Serviço Sanitário e a Faculdade de Medicina e Cirurgia, permitindo a realização do serviço de necropsopia na Faculdade.

A criação da Inspetoria de Moléstias Infecciosas apresenta uma outra característica da reforma de 1925, oposta à especialização. No caso dessa inspetoria, sua formação resultou da centralização de três órgãos da organização sanitária. Reuniram-se nessa inspetoria o antigo Desinfectório Central, o Hospital de Isolamento e a Inspetoria do Serviço de Profilaxia Geral.

Desde a descoberta do vetor de transmissão da febre amarela, o Serviço Geral de Desinfecções, denominado Seção do Desinfectório Central, em 1911, perdia espaço na

política de saúde. Os serviços de desinfecções mantiveram-se sem aquela importância que gozaram durante os anos de epidemias.⁵⁵ As desinfecções tornaram-se obsoletas, práticas sanitárias ultrapassadas. O antigo desinfectório foi reduzido a uma seção da Inspetoria de Moléstias Infecciosas. Seus dias estavam contados. A reforma de Paula Souza extinguiu o cargo de Diretor do Desinfectório Central e subordinou esse órgão à Inspetoria de Moléstias Infecciosas. Na profilaxia de doenças transmissíveis, as desinfecções cediam lugar ao isolamento e ao extermínio de moscas e de mosquitos.

Cabia à Inspetoria de Moléstias Infecciosas isolar os doentes no domicílio e, quando não fosse possível, transferi-los para o Hospital de Isolamento (atual Emílio Ribas), vigiar os isolamentos domiciliares e combater moscas, mosquitos e ratos. Contava para a execução dessas tarefas com 238 funcionários, deste total 19 eram médicos, 2 eram acadêmicos de medicina e 40 eram guardas sanitários. Esse órgão absorvia o maior número de funcionários, contava nos seus quadros com enfermeiras e ajudantes de enfermagem, motoristas, desinfetadores, maquinistas, foguistas, farmacêuticos, etc.

A atuação da inspetoria ficou restrita à Capital. Sua ação foi exercida em comum acordo com a Inspetoria de Policiamento Domiciliário e com a Inspetoria de Educação Sanitária e Centros de Saúde. Cabia à Inspetoria de Moléstias Infecciosas coletar dados referentes às doenças epidêmicas e manter sistemática correspondência com o Instituto de Higiene. O estudo epidemiológico das doenças que ocorriam na Capital ficou a cargo do Instituto de Higiene que, por sua vez, fornecia um curso de epidemiologia para os médicos-inspetores sanitários.

55. Décimo sétimo ano. *Revista Médica de S. Paulo*. Jornal Prático de Medicina, Cirurgia e Higiene. Diretor -Proprietário Dr. Victor Godinho. São Paulo, v. 17, n. 1, janeiro de 1914. p. 1-2. Ver também SOUZA, G. H. de Paula. *O Estado de São Paulo e alguns dos seus serviços de Saúde Pública*. Memória escrita pelo Dr. G. H. de Paula Souza. Diretor geral do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo lido no 1 Congresso de Higiene reunido no Rio de Janeiro em 1 de outubro de 1923.

Para as cidades do interior, a inspetoria fornecia instruções e orientações sobre profilaxia de moléstias transmissíveis, através das Delegacias de Saúde (localizadas em Santos, em Campinas, em Ribeirão Preto, em Guaratinguetá, em São Carlos e em Botucatu) e da recém-criada Inspetoria de Higiene dos Municípios, órgão encarregado do saneamento do interior, em substituição à Inspetoria do Serviço de Profilaxia Geral. A Inspetoria de Higiene dos Municípios ficou responsável pela instalação de um posto permanente de saúde em cada um dos 217 municípios do estado. A Inspetoria de Higiene dos Municípios organizaria o serviço de higiene local, porém contaria com a ajuda financeira do município.

Nos municípios onde foram instalados postos de higiene por iniciativa da Inspetoria de Higiene dos Municípios, os antigos serviços de saúde municipal foram incorporados aos postos, apesar de nada existir na maioria dos municípios antes do posto de higiene.

O núcleo formador da inspetoria foram os antigos postos abertos pela Fundação Rockefeller (13 ao todo) e os postos abertos pelo estado (6 ao todo). Esses postos estavam voltados para atuarem na profilaxia da ancilostomíase, da malária e do tracoma.

Em 1927, existiam em funcionamento 30 postos de higiene, sendo 12 mantidos com a cooperação da Fundação Rockefeller, 7 comissões antimalária e 5 comissões de saneamento.⁵⁴ Nesse mesmo ano, as verbas destinadas à

54. Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Mílio Prestes de Albuquerque, Presidente do Estado pelo Secretário dos Negócios do Interior Dr. Fábio de Sá Barreto, ano 1927, p. 36.

Postos de higiene mantidos com a cooperação da Fundação Rockefeller nos municípios: Araraquara, Catanduva, Espírito Santo do Pinhal, Itu, Jaú, Limeira, Orlândia, Piracicaba, Rio Preto, Santa Rita, Sorocaba e Taquaritinga.

Postos de higiene mantidos com a cooperação do Estado e do município: Barra Bonita, Botucatu, Cafelândia, Cândido Motta, Iguape, Cananãia, Xiririca, Pirajó, São Carlos, Sertãozinho, Vila Bela, Caraguatatuba, São Sebastião, Ubatuba, Itararé, Campos do Jordão, Guarujá e Cubatão.

Comissão antimalária funcionava nos municípios: Barra Bonita, Catanduva, Faxina, Ipaussu, Salto Grande, Santa Cruz do Rio Pardo e Bernardino Campos.

Comissão de Saneamento ou Turma de Saneamento funcionava nos municípios: Barra Bonita, Igarassu, Ibarra, Japurá, Palmares, Rio Preto, Salto Grande e Santa Cruz do Rio Pardo.

Inspetoria aumentaram 67%; nos anos que se seguiram, o valor dos recursos se manteve ao nível de 1927. (Ver Tabela 11, em anexo).

Além dos postos de higiene, as delegacias atuavam nas cidades do interior. Pela reforma Paula Souza, as delegacias foram consideradas órgãos em extinção, mas permaneceram em funcionamento até 1930.

A reorganização do serviço sanitário, promovida em 1925, criou uma inspetoria especial para atuar na construção e na organização das colônias para leprosos - a Inspetoria da Profilaxia da Lepra. Era, então, o governo de Carlos de Campos que dava início ao maior acervo sobre a doença de Hansen da América Latina.

Dentre as inspetorias criadas pela reforma de Paula Souza destacavam-se, em termos de recursos, a Inspetoria de Moléstias Infecciosas, serviço exercido na Capital, que absorvia 40% dos recursos distribuídos entre todas as inspetorias. Isso se deveu ao fato de que à inspetoria foi anexado o Hospital de Isolamento. Com uma diferença expressiva vinha, em segundo lugar, a Inspetoria de Higiene dos Municípios, serviço desenvolvido no interior do estado e, em seguida, com pouca diferença desta, a Inspetoria de Educação Sanitária e os Centros de Saúde e a Inspetoria de Policiamento da Alimentação Pública. A Inspetoria de Higiene do Trabalho apresentava a menor participação em termos de recursos - da ordem de 3%. (Ver Tabela XVIII, a seguir).

A reforma Paula Souza extinguiu o Instituto Bacteriológico num verdadeiro ato de liquidação da pesquisa científica. É difícil entender o definhamento imposto ao Instituto Bacteriológico e a sua extinção. Parece que na nova concepção da política de saúde não cabia o tipo de pesquisa desenvolvida por aquela instituição. Como diz MASCARENHAS: *a era bacteriológica foi superada pela era*

TABELA XVIII São Paulo, Saúde Pública
Orçamento das Inspetorias do Serviço Sanitário, 1926 - 1930
(criadas em 1925).

INSPETORIAS	ORÇAMENTO 1926 A 1930		ORÇAMENTO TOTAL PARA SAÚDE 1926 - 1930	
	(\$000)	%	(\$000)	%
Insp.Ed.San. e Centros de Saúde	3.729:340	12,0	---	5,5
Insp.Mol.Infecciosas..	12.321:630	40,0	---	18,5
Insp.Higiene Mun.	4.098:375	13,0	---	6,0
Insp.Med.Farm.e Ver.de óbitos.....	1.268:490	4,0	---	2,0
Insp.Pol.da Alim.Públ.	3.711:860	12,0	---	5,5
Insp.Pol.Domiciliario.	2.137:870	7,0	---	3,0
Insp.Higiene do Trab..	825:960	3,0	---	1,0
Insp. Profilaxia Lepra	2.972:245	9,0	---	4,0
Total	31.065:770	100	67.191:225	46 %

educacional.⁵⁷ Uma vez conhecidas as causas ou os vetores das moléstias transmissíveis, restavam produzir os soros e as vacinas e educar a população dentro dos princípios higiênicos.

Em consonância com essa maneira de ver a política de saúde e o papel da pesquisa, a instituição que recebeu todas as atenções e os recursos na gestão Paula Souza foi o Instituto Soroterápico do Butantã, centro da produção de vacinas, soros e alguns medicamentos. Em 1923, o Instituto Butantã iniciou uma série de investimentos com a reforma de prédios e a construção de novos edifícios.

Os pesquisadores do antigo Instituto Bacteriológico não se conformaram com a extinção do órgão e nem tampouco concordavam que a pesquisa bacteriológica estivesse morta, só restando a produção do receituário de vacinas e soros.

De 1913 a 1914, o Dr. Martin Ficker, bacteriologista e professor da Universidade de Berlim, desenvolveu seus trabalhos em busca da vacina antitífica, no Instituto Bacteriológico. Tendo obtido êxito em sua pesquisa, deixou um relatório sobre as condições do instituto, propondo sua reforma e modernização. Nesse relatório, define com precisão o espaço a ser ocupado pela pesquisa desenvolvida no instituto - investigar a natureza das moléstias tropicais infecciosas, ampliar as atividades de exames e diagnósticos para evitar a difusão de moléstias transmissíveis, realizar exames bacteriológicos da qualidade da água de abastecimento da Capital, manter serviços periódicos de diagnóstico da sífilis, realizar exames sistemáticos de ratos e promover, através de suas atividades, a instrução do pessoal empregado na fiscalização

57. MASCARENHAS, Rodolfo dos Santos. *Contribuição para o estudo da administração sanitária estadual em São Paulo*. São Paulo. Tese apresentada à Comissão julgadora do Concurso para Livre Docência da Cadeira de Técnica de Saúde Pública da Faculdade de Higiene e Saúde Pública, 1949. p. 88-101.

sanitária. Pouca coisa se fez depois desse relatório de Ficker.⁵⁸

Em 1918, o Instituto Vacinogênico, órgão responsável pela produção de vacina contra varíola era anexado ao Instituto Bacteriológico. Esse foi um dos primeiros golpes desencadeados contra a instituição - com poucos recursos, tinha mais um fardo para carregar, sem contar a dificuldade em administrar órgãos de natureza díspares.

Dois anos depois, um novo relatório do Diretor do Instituto, Dr. Ulhôa Cintra, denunciava a precariedade da instituição. Falhas foram apontadas para o Diretor do Serviço Sanitário, Dr. Arthur Neiva. A principal denúncia era a ausência de condições materiais e humanas para a pesquisa de moléstias que atacavam a população da Capital: difteria, febres tifóides e para-tifóides, disenteria bacilar, meningite cerebrospiral, lepra, sífilis, tuberculose. As falhas já apontadas em 1913 pelo Dr. Ficker, persistiam sem que se fizessem, pelo menos, reformas como as que estavam sendo feitas no Instituto Soroterápico do Butantã. A falta de aparelhagem e de equipamentos para pesquisas com germes infecciosos, como o da peste e o da cólera, era denunciada. Defendia-se e reivindicava-se a desanexação do Instituto Vacinogênico e sua autonomia técnica e administrativa.⁵⁹

O Instituto Bacteriológico arrastou-se por mais quatro anos sem que se promovesse sua reforma ou a melhoria reclamada no relatório do seu diretor. Em 1924, foi extinto. A reforma de 1925 apenas consolidou a extinção daquela instituição de pesquisa. Contrário à extinção, posicionou-se o Dr. Arthur Neiva, no momento fora da estrutura de poder montada pelo Dr. Paula Souza para dirigir a política de saúde pública recém-inaugurada.

58. LEMOS, F. Cerqueira. Contribuição à história do Instituto Bacteriológico de 1892-1940. *Revista do Instituto Adolfo Lutz*. São Paulo, n. 14 e 15, 1954. (n.especial).

59. *idem*, p. 120-122.

A supressão do Instituto Bacteriológico foi efêmera. Depois de uma forte pressão dos pesquisadores, em 1931, voltou a figurar como instituição de pesquisa científica na organização sanitária do estado.⁶⁰

Durante os anos vinte, a seção de estatística demográfico-sanitária foi modernizada com o emprego de novas máquinas de cálculo e da instalação das máquinas *Hollerith*. Com o aparelhamento da seção e com a contratação de pessoal, foram feitas 16 contratações e o serviço ganhou maior eficiência, melhorando o acompanhamento das estatísticas sanitárias. (Ver Tabela XIX, a seguir).

A seção de engenharia sanitária foi mantida pela reforma de 1925, sem qualquer modificação de destaque, apenas um pequeno aumento no pessoal que passou de 9 para 13. (Ver Tabela XIX).

Quanto aos recursos orçamentários destinados à saúde pública e à alocação de pessoal, observa-se que nos anos 20, a participação da despesa com saúde no orçamento do estado sofreu uma ligeira queda. Nos períodos anteriores - 1890/91 a 1906 e 1907 a 1919, segundo as tabelas III e XVI (já apresentadas), a participação da despesa com saúde situava-se em torno de 3,48% e 3,55% do total do orçamento. No período de 1920 a 1930, a despesa de saúde ocupou 3,17% do orçamento do estado (Ver Tabela XX, a seguir). Fora as verbas ordinárias, o Estado de São Paulo despendia, em média, anualmente, a título de verbas suplementares, cerca de 33% do total das verbas ordinárias. Mesmo adicionando as verbas suplementares ao orçamento da saúde, a participação

60. Esses percalços explicam as dificuldades do instituto de se firmar depois que o Dr. Adolpho Lutz deixou a direção em 1908 e, definitivamente, em 1913. Nancy STEPAN sustenta que o fracasso do instituto foi não ter crescido o suficiente para garantir sua sobrevivência e que o seu trabalho de pesquisa se resumiu ao de um único pesquisador - ao de Adolpho Lutz. Identifica como falha no funcionamento do instituto a ausência de integração entre recrutamento e treinamento de estudantes e o desenvolvimento da pesquisa. Essa falha resultou da incapacidade de Lutz, como administrador científico, de reunir em torno de si um grupo coeso de pesquisadores, qualidade encontrada em Oswaldo Cruz. Ver: STEPAN, Nancy. *Gênese e evolução da ciência brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Arlenova, 1976. p. 127, 128, 137, 140 e 141.

TABELA XIX São Paulo - Saúde Pública
Pessoal Alocado no Serviço Sanitário do Estado, 1925.

ÓRGÃOS	NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS
Diretoria do Serviço Sanitário	12
Secretaria	27
Seção Estatística Demografo-Sanit....	25
Instituto Pasteur	7
Engenharia Sanitária	13
Inspetoria de Fisc.de Med., Farm. e de Verif. de óbitos	28
Inspetoria de Polic. da Alimentação Pública	97
Insp. de Polic. Domiciliario	63
Insp. de Higiene do Trabalho	21
Insp. Ed. San. e Centros de Saúde ..	70
Centro de Saúde "Modelo"	17
Centro de Saúde Distrital *1	15
Seção de Prot.à Primeira Infância ..	9
Instituto de Butantã.	88
Insp. Moléstias Infecciosas	238
Insp. da Profilaxia da Lepra *2	3
Almoxarifado e Farm. do serviço sa- nitário	24
Insp. Higiene dos Municípios	11
Postos Maiores (Interior) *3	9
Postos Menores (Interior) *3	5
Delegacia de Saúde de Santos	49
Delegacia de Saúde de Campinas	26
Delegacia de Saúde de Rib. Preto	16
Delegacia de Saúde de Guaratinguetá..	15
Delegacia de Saúde de São Carlos	16
Delegacia de Saúde de Botucatu	16
TOTAL	920

Fonte: Decreto nº 3876 de 11/07/1925.

*1 Cada Centro de Saúde Distrital era previsto no Decreto a criação de 5 Centros de Saúde na Capital, teria este número de funcionários, quando instalado. Somente foi instalado o Centro de Saúde do Brás.

*2 A Inspetoria de Profilaxia da Lepra contaria ainda com mais funcionários, porém no Decreto não especifica o número.

*3 Este era o número mínimo de funcionários para os postos de higiene abertos no interior, quando instalados. Em 1930 havia 30 postos de higiene espalhados pelo Interior. Não há informação sobre o número de funcionários e se eram considerados "maiores" ou "menores", com isto em 1930 o número de funcionários alocados no Serviço Sanitário do Estado poderia ser acrescido de no mínimo 150 e no máximo 270.

TABELA XX São Paulo - Saúde Pública.
Participação da Despesa de Saúde no Orçamento
do Estado de São Paulo 1920 - 1930. (\$000)

ANOS	DESPESA COM SAÚDE A	ORÇAMENTO DO ESTADO DE SAO PAULO B	A/B %
1920	4.058:280	107.408:785	3.77
1921	4.076:880	137.455:400	2.96
1922	4.133:080	152.357:337	2.71
1923	4.452:720	189.181:000	2.35
1924	5.579:788	201.511:000	2.76
1925	9.384:344	288.980:305	3.24
1926	12.812:220	324.697:670	3.94
1927	13.799:530	342.709:405	4.02
1928	12.283:455	378.237:200	3.24
1929	13.560:465	453.606:980	2.98
1930	14.735:555	495.772:019	2.97
M	--	--	3.17

Fonte: Coleção de Leis e Decretos do Estado de São Paulo.
Vários anos.

da despesa com saúde no orçamento situa-se bem abaixo da participação das despesas com o ensino primário e a força pública. A verba destinada a esses fins é três vezes maior do que a destinada à saúde pública.⁶¹ Os piores anos para a saúde foram os de 1923, 1922, 1924 e 1921, em ordem decrescente; a despesa com a saúde caiu abaixo da média da década. Em 1923, a participação situava-se em 2,3% e o Dr. Paula Souza reivindicava uma participação de 7%.⁶²

Com a reforma de 1925, os recursos orçamentários foram distribuídos às novas inspetorias que absorveram 46% da receita da saúde (Ver Tabela XVIII, já apresentada). Observa-se na tabela XVIII a expressiva participação da Inspetoria de Moléstias Infecciosas, o que não espanta, pois esse órgão reunia as maiores instituições da antiga estrutura do Serviço Sanitário: o Desinfectório Central, o Hospital de Isolamento e a Inspetoria de Serviços de Profilaxia Geral. Chama a atenção a participação da recém-criada Inspetoria de Educação Sanitária e dos Centros de Saúde, um serviço totalmente novo que absorveu, durante o período compreendido entre 1926 e 1930, uma parcela equivalente à recebida pela Inspetoria de Higiene dos Municípios que cuidava da higiene das cidades do interior, e pela Inspetoria de Policiamento da Alimentação Pública que tinha sob sua vigilância toda a rede de armazéns, lojas, mercados, fábricas de produtos alimentares e de bebidas.

Das antigas seções ou órgãos do Serviço Sanitário, somente o Instituto Soroterápico foi contemplado com uma soma de recursos mais generosa, cerca de 5% do total do orçamento para a saúde. (Ver Tabela II, em anexo).

A exceção das Delegacias de Saúde de Santos e de Campinas que tiveram aumento substancial de seus recursos no

61. Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Washington Luís Pereira de Sousa, Presidente do Estado pelo Secretário do Interior, Dr. Alarico Silveira. Ano 1922. p. 518 - 519.

No ano de 1923, a despesa com Ensino Primário foi de 24.150:660\$000 e a com Força Pública 23.410:561\$592, enquanto com a Saúde foi de 6.000:000\$000 (com as verbas suplementares).

62. Idem. op. cit., p. 12-13. Esses dados destoam dos apresentados por BLOUNT. No período 1892-1900, os gastos com a saúde absorveram 46% do orçamento do Estado de São Paulo;

período de 1926-1930, da ordem de 149% e 139%, as outras delegacias do interior tiveram aumentos orçamentários insignificantes, como mostra a Tabela XXI, a seguir. Esse fato confirma a mudança efetuada na política de saúde pública, implementada pela reforma Paula Souza. De 1918 a 1925, ainda sob a influência do Código Sanitário Rural, as cidades do interior foram alvo das práticas sanitárias, como se pode constatar na tabela XXII, a seguir. Os orçamentos cotados para os órgãos ligados ao saneamento e às ações sanitárias do interior, no período de 1919-1925, tiveram um aumento da ordem de 125% em relação ao período de 1907-1918, porém no último período, 1926 a 1930, o aumento dos recursos sanitários foi apenas de 10%.

O número de funcionários, médicos, inspetores sanitários, guardas sanitários, secretários, escreventes, técnicos de laboratório ampliou-se concomitantemente às reformas sanitárias.

Em 1896, o Serviço Sanitário contava com 203 funcionários ao todo. Em 1911, com o novo regulamento sanitário, esse número passa a 522, registrando o maior percentual de aumento no número de funcionários proposto por uma reforma sanitária. (Ver Tabela XXIII, a seguir).

O comportamento dos vencimentos para alguns cargos do pessoal alocado no Serviço Sanitário pode ser observado na tabela XXIV, a seguir. Durante os anos de 1896 a 1917, a remuneração desse pessoal manteve-se quase que constante, com raríssimas modificações. Somente em 1925, com a reforma Paula Souza, houve uma elevação de seus vencimentos. No caso dos cargos de diretores ou chefes de seções, houve uma alteração no contrato de trabalho, vetando-lhes o exercício da clínica, já que se exigia dedicação exclusiva.

TABELA XXI São Paulo - Saúde Pública. Orçamento das Delegacias de Saúde do Estado - 1919-1930. (\$000)

ANOS	SANTOS	CAMPINAS	RIB.PRETO	GUARATINGUETÁ	SÃO CARLOS	BOTUCATU	TOTAL
1919	220:600	101:520	76:920	64:920	64:920	64:920	593:800
1920	246:040	101:520	76:920	64:920	74:520	74:520	638:440
1921	239:800	101:520	76:920	64:920	74:520	74:520	632:200
1922	239:000	101:520	76:920	64:920	74:520	74:520	631:400
1923	245:000	101:520	79:920	64:920	74:520	74:520	640:400
1924	282:832	126:100	96:228	79:368	91:128	91:128	766:792
1925	301:612	131:508	100:128	79:428	93:828	93:828	800:332
1926	529:580	410:640	118:740	98:260	30:000	30:600	1217:820
1927	510:600	405:200	119:000	98:260	30:000	30:600	1193:660
1928	500:215	155:200	119:000	98:260	30:000	30:600	933:275
1929	742:855	155:200	119:000	98:260	30:000	30:600	1175:915
1930	876:170	180:400	136:125	107:200	30:000	39:600	1369:495
							10593:529
SUB-TOT. ATÉ 1925	1774:884	765:216	583:956	483:396	547:956	547:956	4703:364
SUB-TOT. ATÉ 1930	3159:420	1306:640	611:865	500:240	150:000	162:000	5890:165
TOTAL	4934:304	2071:856	1195:821	983:636	697:956	709:956	10593:529

TABELA XXII São Paulo - Saúde Pública. Orçamento dos órgãos ligados ao saneamento e à profilaxia de moléstias infecciosas no interior do Estado. 1907-1930.

1907 - 1918		1919 - 1925		1926 - 1930	
ORGÃO	DESPESA \$000	ORGÃO	DESPESA \$000	ORGÃO	DESPESA \$000
		1 Inspect. Servi- ços Prof. Saneam.do Inte- rior	4.351:380	Delegacias de Saúde Santos; Campinas; Rib. Preto; Guaratin- guetá; São Carlos; Botucatu.....	5.898:165
1 Comissões Sani- tárias, Santos; Campinas; Rib. Preto; Interior	3.295:720	2 Delegacia de Saúde: Santos; Campinas; Rib. Preto; Guaratin- guetá; São Car- los; Botucatu ..	4.783:364	INPS. Higiene dos municípios	4.098:375
2 Inspetoria Sa- nitária: Rib. Preto; Taubaté; Guaratinguetá; Itapetininga ..	731:800				
TOTAL	4.027:520	TOTAL	9.054:744		9.988.540

TABELA XXIII São Paulo - Saúde Pública
Pessoal alocado no Serviço Sanitário do Estado de São Paulo

ANOS	Nº DE FUN- CIONÁRIOS	INSPETORES SANITÁRIOS			
		TOTAL	ALOC. NA CAPITAL	ALOC. EM SANTOS	ALOC. EM CAMPINAS OUTROS MUNIC.
1892	45*	12*	8	2	2
1896	203	30	12	3	3
1906	---	30	13	4	2
1911	522	47	35	6	2
1917	685	51	33	6	3
1925	920	76	54	8	3

Fonte: Legislação Sanitária: Citado na Bibliografia.

* O nº de funcionários e inspetores sanitários foi retirado das leis ou decretos que regulamentavam o serviço sanitário. Neste caso, o número foi retirado da Lei nº 43 de 18 de julho de 1892 que organizou o serviço sanitário do Estado. Esta Lei estabeleceu o nº de 62 delegados de higiene e 62 fiscais para as cidades do interior e mais 84 delegados e 84 fiscais para as vilas. Desconsidero estes nºs porque não encontrei mais referências se, de fato, foram contratados 146 delegados de higiene (em 1896 a denominação muda para inspetores sanitários) e 168 fiscais. Pelo contrário, as informações disponíveis indicam ser impossível que o Serviço Sanitário contasse em 1892 a 1896 com 337 funcionários, destes 158 inspetores sanitários.

TABELA XXIV São Paulo - Saúde Pública.

Vencimentos Anuais para alguns Cargos do Serviço Sanitário do Estado. 1892, 1896, 1911, 1917 e 1925.

CARGO	1892 \$000	1896 \$000	1911 \$000	1917 \$000	1925 \$000
Diretor Geral do Serv.San.	12:000	18:000	18:000	18:000	24:000
Diretor dos Institutos ou Seções	---	10:800	10:800	10:800	14:400
Delegado de Saúde	---	---	12:000	12:000	14:400
Inspetor Chefe(das Inspetorias).....	---	---	---	---	36:000
Inspetores Sanitários	6:000	9:600	9:600	9:600	11:760
Fiscais desinfetadores/Desinfetadores/Fiscais Sanitários/Guardas Sanitários....	1:800	1:800	* ₂ 1:800 2:400	2:160	4:800
Engenheiro Sanitário(Chefe)	9:600	12:000	10:800	10:800	14:400
Médico da Comissão Contra Tracoma	---	---	* ₃ 10:600	9:600	---
Enfermeira do Hospital de Isolamento.....	---	---	2:400	2:400	9:600
Educadora Sanitária	---	---	---	---	7:800
Educadora Sanitária (Chefe)	---	---	---	---	12:000
Servente do Serv.Sanitário.	---	1:200	* ₄ 1:560 1:800	1:560 1:800	3:000
Porteiro do S. Sanitário....	1:800	2:400	3:000	3:000	5:040

Fonte: Coleção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo.
Vários anos.

*1 Nos Vencimentos estão incluídos Ordenados e Gratificações. As Gratificações correspondem a 1/3 do ordenado.

*2 Havia dentro da Categoria uma classificação: Fiscais Sanitários de 1ª classe e de 2ª classe; as diferenças de remuneração também se o fiscal atua no interior (menor remuneração) ou na capital (maior remuneração).

*3 Em 1911 é criada a Seção de Engenharia Sanitária. Anteriormente o cargo de Engenheiro Sanitário era de Consultar Técnico junto à Diretoria do S. Sanitário.

*4 A menor remuneração encontrada foi para serventes. Aqui também havia uma classificação interna à categoria.

5.2. A Inspetoria de Educação Sanitária e Centros de Saúde e o Instituto de Higiene

A reforma de 1925 caracterizou-se pela especialização de algumas funções de policiamento (antes genericamente atribuídas aos inspetores sanitários alocados na Diretoria do Serviço Sanitário), pela centralização de antigos órgãos numa única inspetoria (como foi o caso da Inspetoria de Moléstias Infecciosas que absorveu o Desinfectório Central, o Hospital de Isolamento e a Inspetoria de Serviços de Profilaxia Geral), pela extinção da pesquisa bacteriológica e pela modernização e aparelhagem da seção de estatística, com a introdução das moderníssimas máquinas *Hollerith*.

Os aspectos mais relevantes da reforma Paula Souza, aqueles que lhe imprimem a marca de distinção em relação à concepção da política de saúde, foram a criação de dois órgãos que conferem um novo significado às práticas sanitárias e aos instrumentos de política sanitária - a Inspetoria de Educação Sanitária e Centros de Saúde e o Instituto de Higiene. Esse último, pela reforma de 1925, não fazia parte da organização do Serviço Sanitário, porém, de fato, exerceu o papel fundamental na formulação da nova concepção de política de saúde pública.

A Inspetoria de Educação Sanitária e Centros de Saúde (IESCS) coube a tarefa de *promover a formação da consciência sanitária da população em geral.*⁶³

Inspirados no modelo americano dos *Health Centers*, difundidos pela Fundação Rockefeller e pela Escola de Higiene e Saúde Pública da Universidade *Johns Hopkins*, os centros de saúde foram instalados em São Paulo de forma

no período de 1901-1910, 15% e entre 1911-1920, 13%. O autor inclui nos dados as despesas realizadas pela Secretaria da Agricultura em obras de saneamento, drenagem de várzeas, retificação e canalização de rios e obras de instalação da rede de esgoto e de água. Ver: BLOUNT, John A. op. cit., p. 158-174.
63. Decreto n. 3876 de 11/07/1925. op. cit., p. 405. Os grifos são meus.

pioneira por iniciativa do Dr. Paula Souza, que havia sido bolsista da Fundação Rockefeller.⁶⁴

A meta da reforma sanitária de 1925 era fundar cinco centros de saúde, um em cada distrito da Capital. Apenas dois, entretanto, foram fundados na gestão Paula Souza, o Centro de Saúde Modelo, anexo ao Instituto de Higiene, e o do Brás. A Inspetoria de Educação Sanitária e Centros de Saúde coordenava a atuação dos centros de saúde, contava com 70 funcionários, dentre os quais 54 educadores sanitários e 3 médicos. No Centro de Saúde Modelo, havia 5 médicos e 4 acadêmicos de medicina, e no Centro de Saúde do Brás, havia 5 médicos e 4 acadêmicos de medicina.

Com a reforma sanitária surgiu uma nova figura no serviço sanitário - o *educador sanitário*. Os inspetores, os guardas e o educador sanitário tornaram-se os responsáveis diretos pela execução da política de saúde. Os educadores eram recrutados entre os formandos da *Escola Normal Caetano de Campos*: passavam por um curso de formação sanitária, administrado pelo Instituto de Higiene e recebiam o diploma de educador sanitário.⁶⁵

Como novos agentes da saúde pública, as educadoras sanitárias atuavam junto aos centros de saúde, elaborando instruções, cartazes de propaganda e conselhos de higiene, e fazendo palestras, exposições, conferências. Dessa forma, difundia-se a educação com o objetivo de criar uma consciência sanitária.

64. ROSEN, George. *Da polícia médica à medicina social*. op. cit., p. 371-401. ROSEN relata as experiências dos centros de saúde nos Estados Unidos, relacionando sua criação à imigração italiana e à necessidade de integrar esses imigrantes à comunidade. Os centros de saúde prestavam assistência aos imigrantes de forma a ajustá-los aos costumes da sociedade americana. Ver também: CORTEZ, Adamastor. *Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo. Tese de doutoramento da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. 1926. p. 1-17. Em Maryland, o centro de saúde era mantido pela Escola de Higiene e Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins, pela Fundação Rockefeller e pelos serviços de saúde federal, estadual e municipal. Só em 1913, os centros de saúde tomaram impulso nos Estados Unidos. No ano de 1910, havia 385 centros de saúde espalhados entre as maiores cidades.

65. Decreto n. 4689 de 17 de agosto de 1926. *Regulamento do Curso de Educadores Sanitários*.

A primeira turma foi diplomada em 1927 e era formada por 16 professoras normalistas. A nova ocupação educador sanitário constituiu numa atividade essencialmente feminina. Ver: CANDEIAS, N. M. F. op. cit., p. 23-25.

Portanto, nos centros de saúde, o serviço sanitário procurava desenvolver a profilaxia das moléstias pela *orientação educativa dos indivíduos*. No caso de moléstias não passíveis de tratamento educativo de higiene, os indivíduos portadores eram encaminhados à Santa Casa.⁶⁶

Em atenção àquele pressuposto - profilaxia por meio da educação, os centros de saúde voltavam-se para o atendimento de crianças e de mães (assistência educativa materno-infantil) e para o atendimento de tuberculosos e de portadores de moléstias venéreas. Essas foram as principais áreas de atuação dos centros de saúde, identificadas como as que maiores problemas traziam à população da Capital.

O terrível coeficiente de mortalidade infantil que rondava a Capital, entre os anos de 1909-1924, da ordem de 323 óbitos de menores de um ano para 1000 crianças nascidas, tornou a assistência educativa à mãe de família a primeira preocupação dos programas educativos dos centros de saúde.⁶⁷

Na década de 20, persistiam, como principal causa dos óbitos de menores de um ano, as moléstias do aparelho digestivo. Para os médicos e formuladores da política de saúde pública, a principal via de propagação dessa causa eram as *mães de família*. Aqui repetem-se os mesmos argumentos defendidos pelo Dr. J. T. Alvares, em 1894: "*não é a miséria que exerce tão decidida influência sobre a mortalidade infantil... mas a ignorância dos princípios de puericultura pelas mães...*"⁶⁸

66. CALDARELLI, A. *O clínico e a Saúde Pública*. São Paulo, Tese inaugural. Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. 1927. p. 64-65.

67. ARRUDA, Cyro de O. *Contribuição para o estudo da mortalidade infantil em São Paulo*. São Paulo, Tese inaugural. Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. 1926. p. 13-17.

O coeficiente de mortalidade infantil em outras cidades, segundo o Dr. Arruda, era de 60/1000 em Londres; 68/1000, em New York e 89/1000 em Paris, dados do ano de 1923. Na Capital paulistana, o coeficiente de mortalidade infantil para o ano de 1923 foi de 307/1000. A tabela IX, no segundo capítulo desse estudo, montada a partir de dados da estatística sanitário traz dados diferentes e bem inferiores. Entre 1920 e 1924, o coeficiente de óbitos totais por 1000 nascidos foi de 172,71.

68. *idem*, p. 22. O Dr. Arruda fundamenta sua tese sobre as causas da mortalidade infantil no estudo do Dr. João Teixeira Alvares, já comentado neste estudo. O coeficiente de mortalidade infantil manteve-se elevado, justamente, o melhor indicador da saúde pública, pois ele é extremamente sensível às condições de moradia, alimentação, água e esgoto. No estudo de BLOUNT, um certo otimismo em

As educadoras sanitárias dirigiram seus esforços na vulgarização da puericultura, orientando hábitos de nutrição e dietética e de higiene doméstica às mães. No Centro de Saúde *Modelo* havia uma cozinha com lactário para ser empregado nas aulas expositivas e nas conferências, distribuição de leite e inspeção da qualidade do leite materno. Além das aulas e conferências nos centros, algumas educadoras - as visitadoras sanitárias, visitavam as casas das mães inscritas no centro para administrar *in loco* os preceitos da higiene doméstica.

A elevada incidência da tuberculose entre a população da Capital e o insuficiente atendimento aos doentes (havia um único dispensário na Capital e um só sanatório em Piracicaba), fizeram com que nos centros de saúde funcionasse um atendimento especial que não correspondia ao do dispensário para tuberculosos, uma vez que o intuito do centro de saúde não era fazer clínica, mas ministrar a educação sanitária relativa à doença. Através da comunicação de óbito por tuberculose transmitido pela Inspetoria de Moléstias Infecciosas aos centros de saúde, a visitadora sanitária entrava em ação, visitava as casas onde havia ocorrido o óbito, ministrava conselhos higiênicos à família e encaminhava seus membros para os centros de saúde. Dessa forma, as visitadoras sanitárias atuavam como recrutadoras da população pobre e doente para os centros de saúde.⁶⁹

A tuberculose não era nenhuma desconhecida nos meios médicos e institucionais. Desde o final do século passado, campanhas vinham sendo feitas para arrecadar fundos para a construção de um sanatório e de um dispensário por

relação à política de saúde do Estado de São Paulo está presente. Esse otimismo só cede, quando o autor constata que o coeficiente de mortalidade infantil não se reduziu. Outras cidades com o crescimento populacional semelhante ao de São Paulo apresentaram queda no coeficiente, um exemplo é Nova York, em 1885, dos 1000 nascidos vivos, 273 morriam antes de completar 1 ano; em 1915, 94 morriam por 1000 nascidos vivos. Em 1916, o coeficiente em São Paulo era de 155/1000. Ver: BLOUNT, J. A. op. cit., p. 174-175.

69. CORTEZ, A. *Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo, Tese de doutoramento, Faculdade de Medicina de São Paulo, 1926. p. 70.

iniciativa da liga contra a tuberculose, comandada pelos Drs. Clemente Ferreira e Victor Godinho. Pouca coisa chegou a ser feita de fato, mas conseguiram colocar em funcionamento um dispensário para 300 pessoas e um sanatório.

O mesmo não se deu com as moléstias venéreas, e em especial com a sífilis, completamente ignoradas nos meios médicos e institucionais. Somente em 1918, por iniciativa dos estudantes de medicina, através do Centro Acadêmico Oswaldo Cruz (CACO) foram instalados cinco postos de atendimento a sífilíticos. Na instalação dos postos, os estudantes tiveram a colaboração do Serviço Sanitário do Estado, dirigido pelo Dr. Arthur Neiva. Nesse postos, os doentes matriculados recebiam um tratamento a base de derivados do arsenobenzol, *injeções 606* e *914* e, além da medicação, conselhos higiênicos. Nos postos de profilaxia da sífilis, eram admitidos apenas doentes que apresentassem atestados de pobreza fornecidos pela polícia.⁷⁰

Dois anos depois da fundação dos postos, o Serviço Sanitário retirou o apoio que vinha emprestando à iniciativa estudantil. Dois postos foram fechados, mas o CACO manteve sozinho o posto da Santa Casa de Misericórdia, o da Policlínica e o anexo à sede do Centro Acadêmico. Os próprios estudantes sob a orientação do inspetor sanitário Dr. F. Salles Gomes Jr., administravam os tratamentos e a divulgação dos preceitos higiênicos. No momento em que o Serviço Sanitário fechava alguns postos, os estudantes fundaram a Liga contra a Sífilis para reforçar a campanha de preservação dos postos de tratamento.

Até 1920, no registro de óbitos, a sífilis aparecia esporadicamente e sem muita persistência entre as cinco primeiras causas. Depois disso, a sífilis passa a figurar entre as cinco principais doenças responsáveis por óbitos dentre as moléstias infecto-contagiosas, evidenciando

70. Ata da sessão ordinária de 1º de abril de 1922 da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*. São Paulo, maio de 1922, p. 44.

sua extensão. Antes de 1920, a média de óbitos causados pela sífilis era de 58 por ano; nos anos seguintes, a média triplicou, situando-se em torno de 192 óbitos por ano."⁷¹ (Ver Tabela 8, em anexo).

As estatísticas de mortes indicavam a propagação da moléstia entre a população pobre da Capital e serviram de apoio à iniciativa do CAOC e de alerta para ao Serviço Sanitário. Com a reforma Paula Souza, os centros de saúde ficaram encarregados dos serviços de profilaxia da sífilis, de acordo com o que vinha sendo feito nos postos mantidos pelos estudantes de medicina - exame dos inscritos, distribuição de medicamentos, práticas de pequenas cirurgias e aplicação de injeções 914. Além dos medicamentos, os centros realizavam palestras educativas individuais e coletivas sobre os perigos da prostituição, sobre a educação sexual, sobre o casamento, sobre a família, sobre o adultério etc. Cartazes e folhetos foram distribuídos contendo instruções higiênicas e instruções de educação moral. No Centro de Saúde *Modelo*, foram feitas exposições de diapositivos e sessões com fitas cinematográficas. Com o consentimento dos proprietários, o centro de saúde projetou os diapositivos nos intervalos dos cinemas na Capital."⁷²

Os centros de saúde eram o eixo da organização sanitária proposta pelo Dr. Paula Souza. Neles *o povo aprende a ter saúde*, dizia o estudante de medicina, em sua tese inaugural.⁷³ Ministras lições de higiene infantil, profilaxia da tuberculose e das moléstias venéreas junto às famílias pobres da grande cidade, era o que se propunham as educadoras sanitárias e o médico sanitarista. A obra do

71. A sífilis aparece entre as cinco principais causas de morte nos anos de 1903, 1904, 1911, 1913, 1915, 1917, 1919 e em 1921 a 1929.

72. CORTEZ, A. op. cit., p. 87. Sobre a profilaxia da sífilis ver também: *Revista Médica de S. Paulo*, São Paulo, v. 8, n. 4, 1905, p. 89-92; PRADO, F. C. Uma campanha de saneamento. *Revista de Medicina*. Órgão do Centro Acadêmico Oswaldo Cruz. São Paulo n. 16 e 17, out/nov. 1920 p. 51-63; PRADO, F. C. Apontamentos para a história das campanhas sanitárias no Brasil. A prioridade do combate à sífilis. *Revista de Medicina*. Órgão do Centro Acadêmico Oswaldo Cruz. São Paulo, 25 e 26, jun/jul., 1923. p. 19-22.

73. CORTEZ, A. op. cit., p. 1-17.

centro de saúde, dizia o Dr. Paula Souza, *"é eminentemente social e educativa; contrapõe-se à higiene obsoleta de simples regulamentos, intimidações e penalidades que caracterizam o espírito policial de saúde pública em outras eras."*⁷⁴

O Dr. Paula Souza demonstrava a necessidade de se educar o povo por meio de um exemplo relacionado à questão habitacional:

*"Coloquemos o caboclo ignorante na casa do patrão e este instruído na choca do caboclo, ou o proprietário de Higienópolis no cortiço do Brás e a família inculta no palácio do primeiro, e observe-se o acerto do que afirmo: Rápida seria a transformação da choca e do mucambo em locais compatíveis com a vida digna de viver bem como a da casa grande e do palácio nos mais perigosos antros da doença e da miséria."*⁷⁵

A questão da educação sanitária, com a reforma de 1925, tomou conta da concepção da política de saúde pública. O mal maior estava na ausência de educação e conseqüentemente, na falta de higiene da população pobre. Por isso havia doença. Era preciso educar e criar hábitos salutareos para se ter saúde. Para a criança subnutrida, para a criança que tinha fome, o Centro de Saúde Modelo administrava educação sanitária. *Dar educação a quem tem fome* poderia ser o slogan da política de saúde preconizada por Paula Souza. As mães de crianças desnutridas, o Centro de Saúde ministrava conferências, exposições e se utilizava até mesmo de recursos altamente modernos, como projeções de fitas cinematográficas, todas com o firme propósito de educá-las nos preceitos da boa higiene, da boa nutrição e da boa dietética.

74. SOUZA, G. H. de Paula e VIEIRA, F. Borges. *Centros de Saúde: eixo de organização sanitária*. datilografado, s/d, 13 p. Arquivo do Prê-Memória, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. A responsável pelo Prê-Memória é a Dra. Nelly Martins Ferreira Candeias.

75. SOUZA, G. H. de Paula. Ribas pioneiro da renovação sanitária do Brasil. Conferência realizada na Sociedade Paulista de História da Medicina por ocasião do 15º aniversário da sua morte. *Boletim do Instituto de Higiene de São Paulo*. São Paulo, n. 72 e 73, 1941. p. 21.

Se a tônica da reforma de 1917, comandada pelo diretor do Serviço Sanitário Dr. Arthur Neiva, foi a preocupação de atender às populações rurais e de tratar, especificamente, das endemias rurais na sua globalidade, a reforma de 1925, comandada pelo diretor do Serviço Sanitário, Dr. Geraldo Horácio de Paula Souza, foi voltada para a cidade de São Paulo, para a Capital. Porém não é o espaço urbano o privilegiado e, sim, a educação sanitária da população urbana. O centro irradiador passou a ser o recém-criado Instituto de Higiene, órgão responsável pelo estudo e pela formulação da política de saúde pública. O Instituto de Higiene passou a ocupar as funções antes exercidas pela Diretoria do Serviço Sanitário, órgão normatizador da política de saúde. A reforma de Paula Souza esvaziou a Diretoria do Serviço Sanitário, reduzindo seus recursos e funções, transformando-a num órgão burocrático com funções de secretaria. Os inspetores sanitários alocados junto à Diretoria do Serviço Sanitário, ao todo 33, e mais 5 delegados de saúde e 10 guardas sanitários foram distribuídos entre as diversas inspetorias criadas a partir de 1925.

Em 1926, a Diretoria do Serviço Sanitário sofreu uma brusca queda no valor de seus recursos: no item "pessoal", a queda foi de 70%. Nesse mesmo ano, o Instituto de Higiene recebeu dotação orçamentária superior à da Diretoria. (Ver Tabela 11, em anexo).

Durante a gestão de Paula Souza (1922-1927), coube ao Instituto de Higiene a formulação da política de saúde. Nas suas salas, no antigo prédio alugado à rua Brigadeiro Tobias, os Drs. Paula Souza e Borges Vieira elaboraram a reforma do serviço sanitário do estado. O papel de órgão pensante do Instituto de Higiene durou, enquanto Paula Souza acumulou os cargos de Diretor do Serviço Sanitário e Diretor do Instituto de Higiene, mesmo porque o instituto não fazia parte da estrutura do serviço sanitário, pois era um órgão

independente, ou melhor, subordinado diretamente ao Secretário do Interior, assim como o era a Escola Politécnica e a Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo.

Se o papel do Instituto de Higiene de *órgão pensante* e formulador das diretrizes da saúde pública foi efêmero, o mesmo não se pode dizer do papel que lhe reservou a reforma Paula Souza, o de formador dos novos agentes do serviço sanitário - educadoras sanitárias e, mais tarde, médicos sanitaristas.

Em 1918, a Fundação Rockefeller estendeu seu outro braço em direção ao ensino e à orientação da saúde pública: instalou na Faculdade de Medicina e Cirurgia, a Cadeira de Higiene e o Laboratório de Higiene. Na montagem da disciplina e do laboratório, foi contratado o Dr. Samuel Taylor Darling, *técnico* consagrado das campanhas sanitárias da Fundação Rockefeller, no Canal do Panamá. Por três anos, ele permaneceu na direção da Cadeira de Higiene, sendo então, substituído por outro funcionário da Rockefeller, o Dr. Wilson George Smillie que permaneceu no cargo até 1922. Nesse ano, assume a regência da cadeira de Higiene e a direção do Laboratório de Higiene o Dr. Geraldo Horácio Paula Souza, vindo recentemente da Universidade Johns Hopkins, onde fez o curso de doutoramento em Higiene e Saúde Pública. Já nesta época, o Laboratório era denominado de Instituto de Higiene, anexo à Faculdade de Medicina e à ela subordinado. Sob a direção de Paula Souza, em 1924, o Instituto de Higiene foi oficializado e ganhou autonomia em relação à Faculdade, deixando de ser uma seção daquela instituição, um laboratório da cadeira de Higiene. Com a autonomia, o Instituto de Higiene recebeu outras atribuições além de auxiliar a cadeira de Higiene: a de realizar cursos de aperfeiçoamento técnico para funcionários do Serviço Sanitário, a de habilitar profissionalmente enfermeiras e

visitadoras de saúde pública e a de orientar o ensino popular de higiene, a *propaganda sanitária*.⁷⁶

Um ano depois da autonomia do Instituto de Higiene, criou-se o curso de Educadores Sanitários, cujo objetivo era dotar as jovens formandas da escola normal de conhecimentos de higiene, de forma que elas pudessem atuar junto aos centros de saúde. Mais tarde, foram instalados os cursos de Higiene e Saúde Pública para médicos.

Quando da oficialização do Instituto de Higiene, a crítica mais severa à autonomia era de que o órgão se propunha a ser uma nova direção do serviço sanitário do estado e que com sua oficialização, estava-se duplicando seu poder. De fato, as atribuições dadas ao Instituto absorviam funções do Instituto Bacteriológico, do Instituto Vacinogênico, do Instituto Butantã e da própria Diretoria do Serviço Sanitário, tais como *estudar planos e métodos de campanha sanitária, emitir parecer sobre assuntos de higiene e organizar comissões especiais para o estudo de higiene*. Enquanto o Dr. Paula Souza ocupou os dois cargos, o Instituto de Higiene foi o *órgão formulador das diretrizes da política de saúde*.

76. CANDEIAS, N. K. F. op. cit., p. 14-16 e YUNES, J. e CAMPOS, O. op. cit., p. 61-66. Em 1945, o Instituto de Higiene, já incorporado à Universidade de São Paulo, foi transformado em Faculdade de Higiene e Saúde Pública.

A fundação Rockefeller doou recursos para a construção dos prédios da Faculdade de Saúde Pública (antigo Instituto de Higiene) e da Faculdade de Medicina da USP.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em São Paulo, a política de saúde iniciou-se nas duas últimas décadas do século XIX, impulsionada pela política imigratória, pela formação do mercado de trabalho livre e pelas grandes epidemias que ameaçavam as populações concentradas nas regiões por onde ocorria a expansão cafeeira. Preservar as condições sanitárias e livrar os trabalhadores imigrantes das epidemias de febre amarela foram a preocupação da política de saúde pública.

Uma vez debeladas as grandes epidemias, as práticas sanitárias voltaram-se para a Capital, cujo crescimento populacional agravou os problemas sanitários espelhados nos cortiços, na qualidade d'água, na falta de esgoto, na deficiente limpeza pública, na mortalidade infantil, na tuberculose e na febre tifóide. Na legislação de 1911, os problemas urbanos assumem preponderância: fiscalização do lixo; fiscalização da habitação, policiamento dos alimentos comercializados, policiamento da água e dos esgotos. A agenda de problemas resultantes de um processo de urbanização desordenado é, porém, inesgotável. As vésperas da Primeira Grande Guerra e no transcorrer do conflito, a crise de trabalho desaba sobre a Capital, lançando uma massa de trabalhadores no desemprego e pondo em relevo a situação explosiva da cidade de São Paulo. Desurbanizar, retirar os sem-trabalho da Capital e destiná-los ao interior passou a ser a prioridade, pois a polícia sanitária não dava conta de enfrentar o agravamento das condições de vida da população pobre da Capital.

Nos anos do conflito bélico, a pauta da política de saúde é pressionada pelas tensões no mercado de trabalho. O objetivo da política de saúde tornou-se melhorar as condições de vida no campo, nas fazendas, nas vilas e nas cidades do interior do estado e impedir o êxodo campo-cidade. O Código Sanitário Rural de 1917 significou a

tentativa de valorizar as condições de vida e de trabalho da população rural, de fixar o trabalhador no campo e de recuperar o trabalhador nacional - o Jeca - para o mercado de trabalho. Durante a guerra, as tensões no mercado de trabalho foram reforçadas pela redução das entradas de imigrantes. O sentimento nacionalista surgido no curso dos acontecimentos da Primeira Guerra foi o coadjuvante na preocupação com a população rural tomada pelo amarelão, pelo tracoma e pela maleita e que se transformou no centro da política sanitária desses anos.

Nos anos 20, há uma ruptura na concepção da política de saúde pública, expressa na Reforma do Serviço Sanitário de 1925. A antiga organização do Serviço Sanitário foi reestruturada para dar lugar de destaque aos Centros de Saúde e Educação Sanitária. A educação sanitária tornou-se o instrumento capaz de forjar a consciência sanitária na população pobre da Capital e, portanto, atingir o ideal da política de saúde pública - a população saudável!

Assiste-se, nesses anos, de forma mais clara, a ideologização da prática sanitária, a educação sanitária opondo-se à repressão expressa nas práticas da polícia sanitária. Entretanto, na nova concepção, o doente é responsabilizado pela doença por ser ignorante. A prática sanitária visa inculcar na população pobre e, obviamente, ignorante, os princípios de higiene. Dessa forma, as diferenças de classe são escamoteadas e reduzidas a diferenças educacionais.

A política de saúde definida na reforma sanitária de 1925 aparece como extremamente humanitária e é, sem dúvida, uma atitude humanitária a nova personagem da saúde pública - a educadora sanitária - ministrar aulas sobre a dieta racional a uma população de famintos. Criar homens pobres e dependentes e depois oferecer auxílios responsabilizando-os por seus vícios pouco higiênicos - cortiços promíscuos, mal-cheiros, sujos - responsabilizando-

os por sua ignorância dos preceitos da vida saudável... parece ser uma atitude humanitária...

História sem fim... um inventário da saúde pública. São Paulo - 1880-1930 foi o título que considerei mais apropriado para o estudo que fiz. Ao final relendo o que havia feito tive a sensação de que os problemas ali postos, arrolados de forma fragmentada, nunca chegavam a uma solução definitiva; enfim, não se encerravam, não se acabavam... permaneciam... Que digam, hoje, a dengue, a cólera, o tracoma... e os cortiços...

Pessoalmente, gostaria de ter uma visão mais otimista e ter escrito uma história progressista no sentido de caminhar solucionando os problemas, de iniciar o passo seguinte tendo resolvido os problemas anteriores. Ao contrário disso, o texto é pessimista, mas ao leitor eu asseguro que a culpa não é da autora, mas da vida que se desenrolou assim... A autora contou o que encontrou.

FONTES E BIBLIOGRAFIA

Fontes - Livros

- LVARES, João Teixeira. *Mortalidade das crianças em São Paulo (Conselhos às mães de família)*. São Paulo: Typographia Carlos Gerke e Cia. 1894.
- NDRADE M. de . O movimento modernista. In: *Aspectos da Literatura Brasileira*. São Paulo: Martins, s/d. (Obras Completas de Mário de Andrade).
- NDRADE, M. de. *Macunaíma*. O herói sem nenhum caráter. 3 edição. São Paulo: Martins, 1962.
- NDRADE, Mário de. *Poesias completas*. São Paulo: Martins Editora, 1966.
- ARBOSA, Plácido. *Os serviços de saúde pública no Brasil especialmente do Rio de Janeiro de 1808 a 1907: esboço histórico e legislação*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1909.
- ARRETTO, Luiz Pereira. *Guia médico ou resumo de indicações práticas para serviços dos srs. Fazendeiros na Junta de Profissionais*. São Paulo: Typografia do Diário Popular, 1887.
- INZER, Ina Von. *Alegrias e tristezas de uma educadora alemã no Brasil*. São Paulo: Anhembi, 1956.
- ARNEIRO, Alfredo. *História da Epidemia em Campinas*. Campinas: Typ. Cardona Imprensa a vapor, 1891.
- ANTAS, Olyntho. *Traços epidemiológicos da febre amarela. A epidemia de 1895 em Santos*. São Paulo: 1896.
- ELL ROSSO. *Método facile (manuale indispensabile per l'emigranti che si seca al Brasile)*. Milano: A. Bietti, 1892.
- RESCURA, Bernardino. *Guida dello stato di San Paolo nel Brasile*. Piacenza: G.Favari, 1904.
- ODINHO, Victor. *A febre amarela no Estado de São Paulo*. São Paulo: Typ..Salesiana, 1897.
- ROSSI, Vincenzo. *Della emigrazione Italiana al Brasile*. Torino: Bocca, 1894.
- ALLEMENT, Roberto. *Observações acerca da epidemia de febre amarela do ano de 1850 no Rio de Janeiro colhidas nos hospitais e na polyclínica*. Rio de Janeiro: Typografia Imp. e Const.de J.Villeneuve e Comp. 1851.

- IBROSO, G. *Nell'America Meridionale*. Milano: Fratelli Treves, 1908.
- IONACO, Alfonso. *Al Brasile*. Milano: Leonardo Vallardi, 1889.
- OHADO, Antonio de Alcântara. *Novelas Paulistas. Brás, Bexiga e Barra Funda*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1961.
- IA, F. PRESTES. *Estudo de um Plano de Avenidas para a cidade de São Paulo*. São Paulo: Melhoramentos, 1930.
- RCONDES, Antonio V. *Considerações sobre a nociva indústria de trapos em São Paulo*. São Paulo: Olegário Ribeiro, 1919.
- RITANNI, G. *Un mese nel Brasile* (note e impressioni di viaggio). Verona: 1888.
- TEIRO LOBATO, J. B. *Mr. Slang e o Brasil e Problema Vital*. São Paulo: Brasiliense, 1961.
- TEIRO LOBATO, J. B. *Urupês*. In: *Urupês*. 2 ed.; São Paulo: Revista do Brasil, 1918.
- SCA, Oreste. *L'emigrazione italiana al Brasile* (S. Paulo e Pará). Torino: Origilia, 1897.
- IVA, Arthur. *A Noroeste* (notas de um diário). In: *Daqui e de longe...* Crônicas nacionais e de viagens. São Paulo: Melhoramentos, s/d.

ntes - Periódicos

- construção em São Paulo*. São Paulo, ano 1, n. 1, dezembro de 1923.
- T. Asseio nos Bonds. *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*. São Paulo, n. 16, ano 2, 1896.
- VARO, Guilherme. Santos em 1903. Apontamentos para história sanitária da cidade. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, n. 12, 1903.
- a da Sessão Ordinária da Sociedade de Medicina e Cirurgia de S Paulo de 1/10/1904. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, n. 19, 1904.
- a da Sessão Ordinária da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo de 15/07/1911. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, Ano XVI, n. 14, 1911.
- a da Sessão Ordinária da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo de 10 de maio de 1905. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, ano VIII, n. 10, 1905.

- a da Sessão Ordinária da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo de 15/9/1904. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo: n. 19, 1904.
- a da Sessão Ordinária da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo de 16 de agosto de 1927. *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*. São Paulo: n. 617, agosto de 1927.
- a da Sessão Ordinária da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo de 1 de abril de 1922. *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*. São Paulo, maio de 1922.
- RETO, Luiz Pereira. Pasteur. Elogio histórico. *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*. São Paulo, n. 4, out. 1895.
- YMA, Theodoro. Estado Sanitário de Campinas em 1898. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, v. 2, 1899.
- YMA, Theodoro. Estado Sanitário de Campinas em 1901. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, v. 5, n. 8, 1902.
- Boletim do Departamento Estadual do Trabalho*. São Paulo, n. 1 e 2 do 4o trimestre de 1911 e 1o trimestre de 1912.
- SIL, Vital Dr. Alguns casos de diphteria tratados pelo serum-antiphtherico. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, 1, n. 3, abril, 1898.
- LAZANS, Sebastião. Considerações sobre a febre tifóide em São Paulo. *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*. São Paulo, v. 8, n. 4, junho, 1925.
- ARVALHO, Arnaldo V. Oração de paraninfo da primeira turma de médicos formados na Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, 1918. *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*. São Paulo, número especial, jun., 1921.
- ARVALHO, Arnaldo Vieira de. A tuberculose bovina é transmissível ao homem e vice-versa? *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, Ano VI, n. 3, 1904.
- ARVALHO, Dr. Arnaldo Vieira. Memórias. *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*. Número Especial em Comemoração do Primeiro aniversário de falecimento do Dr. Arnaldo V. de Carvalho, junho, 1921.
- AVALECANTI, Francisco de A. Contribuição para higiene de S. Paulo. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, ano II, 1900.
- Coleção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1925*. São Paulo, Typ. D. Oficial, 1926.
- Coleção de Leis e Decretos do Estado de São Paulo de 1911*. São Paulo: Tomo XXI, Typ D. Oficial, 1912.

LETTI, S. Le Stato di San Paolo e l'emigrazione italiana. *Pollettino dell'emigrazione*. Roma, n. 14, 1908.

LI, Emílio. Epidemiologia. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, v. 5, 11 junho, 1901.

os para história da imigração e da colonização em São Paulo. *Boletim do Departamento Estadual do Trabalho*. São Paulo, n. 19, segundo trimestre, 1916.

ERT, Franz Wilhelm. A falta de trabalhadores agrícolas em São Paulo. Instituto Agrônômico do Estado de São Paulo. *Coleção de Trabalhos Agrícolas, extraídos dos Relatórios Anuais de 1888-1893 e publicados em nova edição por ordem do Dr. Jorge Tibiriça, Secretário dos Negócios da Agricultura do Estado de São Paulo e pelo Dr. F.W. Dafert*. Typ. Cia Industrial de São Paulo. São Paulo, 1895.

cimo sétimo ano. *Revista Médica de S. Paulo*. Jornal Prático de Medicina, Cirurgia e Higiene. Diretor-Proprietário Dr. Victor Godinho. São Paulo, v. 17, n. 1, janeiro, 1914.

RRAZ, João Pereira. Engenharia Sanitária Contribuição para o estudo do abastecimento da água potável em S. Paulo. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, v. 1, n. 4, 1898.

ROSSI, Vincenzo. L'emigrazione italiana in America e specialmente al Brasile. *Discorso*. Roma, G. Bertero, 1895.

ROSSI, Vincenzo. La crisi del caffè e L'emigrazione italiana nello stato di San Paolo. *Rivista Italo-Americana de S.L.P.E.C.* Roma, n. 1, 1902.

ROSSI, Vincenzo. Per un migliore in dirizzo ed una pui efficace tutela dell'emigrazione italiana all'estero specialmente al Brasile. *Rivista di Sociologia*. Roma, n. 8, dicembre, 1894.

OPES, Eduardo. Estado Sanitário de Ribeirão Preto em 1904. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, v. 8, n. 14, 1905.

OPES, Eduardo. Estado Sanitário de Ribeirão Preto em 1905. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, v. 9, n. 11, 1906.

UTZ, Adolfo. Relatório apresentado ao Dr. Diretor do Serviço Sanitário de São Paulo. Trabalhos do Instituto Bacteriológico do Estado de São Paulo durante o ano de 1898. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, ano II, n. 11, 1899.

MACHADO, Octávio M. Estado Sanitário de Campinas em 1902. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, v. 6, n. 24, 1903.

MACHADO, Octávio M. Estado Sanitário de Campinas em 1903. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, v. 7, n. 22, 1904.

- HADO, Octávio M. Estado Sanitário de Campinas em 1904. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, v. 8, n. 8, 1905.
- HADO, Octávio M. Estado Sanitário de Campinas em 1905. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, v. 9, n. 12, 1906.
- HADO, Octávio M. Estado Sanitário de Campinas em 1907. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, v. 11, n. 4, 1908.
- HADO, Octávio M. Estado Sanitário de Campinas em 1908. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, v. 12, n. 4, 1909.
- HADO, Octávio M. Estado Sanitário de Campinas em 1909. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, v. 13, n. 3, 1910.
- HADO, Octávio M. Estado Sanitário de Campinas, em 1910. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, v. 14, n. 5, 1911.
- HADO, Octávio M. Estado Sanitário de Campinas, em 1911. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, v. 15, n. 8, 1912.
- HADO, Octávio M. Estado Sanitário de Campinas em 1912. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, v. 16, n. 2, 1913.
- NGE, Roberto, HOTTINGER, R. e PAULA SOUZA, Geraldo H. O problema do abastecimento de águas de S. Paulo resolvido pela utilização do Rio Tietê. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, n. 10, 1913.
- IRA, Sérgio Fiorentino de Paiva. A Reforma do Serviço Sanitário. *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*. São Paulo, n. 13, julho, 1896.
- ILLO, Francisco Figueira de. Habitações coletivas em São Paulo. *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*. São Paulo, v. 9, 3 série, n. 4, junho, 1926.
- MINISTERO DEGLI AFFARI ESTERI. Commissariato Dell'Emigrazione. *Relazione sui servizi dell'Emigrazione*. Roma, aprile 1906 a aprile 1907, 1907
- MINISTERO DEGLI AFFARI ESTERI. Commissariato Dell'Emigrazione. *Relazione sui servizi dell'Emigrazione*. Roma, Aprile 1907 a Aprile 1908, 1908.
- nuova Antologia de Scienze, Lettere ed Arti*. Roma, v. 24, n. 144, 1895.
- Departamento Estadual do Trabalho em 1914. *Boletim do Departamento Estadual do Trabalho*. São Paulo, n. 12 e 13, 3º e 4º trimestres de 1914.

ício do chefe da Comissão de Serviço Sanitário de Santos, Dr. Tolentino Filgueiras ao Intendente de Higiene Municipal de Santos. Relatório Anual da Comissão de Serviço Sanitário em Santos. *Relatório da Secretaria do Interior do ano de 1894.*

ício do Intendente de Higiene Municipal de Santos, Sr. José Carlos Caetano Munhoz, para o Chefe da Comissão Sanitária Dr. Tolentino Filgueiras. Relatório Anual da Comissão de Serviço Sanitário em Santos. *Relatório da Secretaria do Interior do ano de 1894.*

TONI, David. Do tracoma no Brasil. *Revista Médica de S. Paulo.* São Paulo, n. 11, 1906.

RANHOS, Ulisses. História de um espírito - Luiz Pereira Barreto. *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo.* São Paulo, n. 1, março, 1923.

ADO, F. C. Apontamentos para a história das campanhas sanitárias no Brasil. A prioridade do combate à sífilis. *Revista de Medicina.* Órgão do Centro Acadêmico Oswaldo Cruz. São Paulo, n. 25 e 26, jun/jul., 1923.

ADO, F. C. Uma campanha de saneamento. *Revista de Medicina.* Órgão do Centro Acadêmico Oswaldo Cruz. São Paulo, n. 16 e 17, out/nov., 1920

AFFARD, Henrique . Alguns dias na Paulicéia. *Revista Trimestral do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro.* Rio de Janeiro, v. 55, parte 2, 1892.

regulamento para Amas de leite. *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo.* São Paulo, ano 1, n. 9. março, 1896.

Relatório Anual apresentado ao Dr. Tolentino Filgueiras, chefe da Comissão Sanitária em Santos pelo Inspetor Sanitário Dr. F. de Queiroz Carneiro Mattoso. *Relatório da Secretaria do Interior do ano de 1895.*

Relatório Anual apresentado em 31 de dezembro em 1895. Dr. Leopoldo Mendes da Costa Inspetor Sanitário em Comissão 1º Distrito de Santos. *Relatório da Secretaria do Interior do ano de 1895.*

Relatório Anual apresentado pelo Dr. Helvécio Ferreira de Andrade em 15 de dezembro de 1895. *Relatório da Secretaria do Interior do ano de 1895.*

Relatório Anual do Instituto Agrônomo do Estado de São Paulo de 1892. Apresentado ao cidadão Dr. Jorge Tibiriça Digníssimo Secretário dos Negócios da Agricultura do Estado de São Paulo pelo Dr. Phil F.W. Dafert M.A com a colaboração de H. von Hering, C. Muller, F.J. Scheider e dos membros do Instituto. Campinas, Tipografia da Cia Industrial de São Paulo, 1893.

- Relatório apresentado à Diretoria Geral do Serviço Sanitário do Estado. Acerca da epidemia de Rio Claro pelo Dr. José Redondo. Inspector Sanitário em Comissão, 1896. *Relatório apresentado ao Sr. Dr. Presidente do Estado de São Paulo pelo Secretário dos Negócios do Interior e Instrução Pública de 1896.* São Paulo, TYP do Diário Oficial, 1897.
- Relatório apresentado ao Diretor Geral do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo pelo Chefe da Comissão de Serviço Sanitário em Santos, Dr. Tolentino Filgueiras. 1894. *Relatório da Secretaria do Interior do ano de 1894.*
- Relatório apresentado ao Diretor Geral do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo pelo Chefe da Comissão de Serviço Sanitário em Santos, Dr. Tolentino Filgueiras. 1895. *Relatório da Secretaria do Interior do ano de 1895.*
- Relatório apresentado ao Dr. Diretor do Serviço Sanitário pelo Dr. Evaristo da Veiga. Inspetor Sanitário em Comissão na cidade de Rio Claro. 1896. *Relatório apresentado ao Sr. Dr. Presidente do Estado de São Paulo pelo Secretário dos Negócios do Interior e Instrução Pública de 1896.* São Paulo: TYP do Diário Oficial, 1897.
- Relatório apresentado ao Dr. Diretor Geral do Serviço Sanitário sobre os meios de defesa contra a febre amarela em várias cidades do Oeste, pelo Dr. Evaristo da Veiga Inspetor Sanitário, 1895. *Relatório apresentado ao Sr. DD. Presidente do Estado de S. Paulo pelo Secretário do Interior em 30 de março de 1896.* (Anexo XXII).
- Relatório apresentado ao Dr. Francisco de Paula Rodrigues Alves, Presidente do Estado de S. Paulo pelo Secretário do Interior, Dr. Altino Arantes. ano 1912. São Paulo, Typ. Brazil de Rothschild, 1914.
- Relatório apresentado ao Dr. J.J. da Silva Pinto Jr. D.D. diretor Geral do Serviço Sanitário do Estado de S. Paulo pelo inspetor sanitário Dr. Balthazar Vieira de Mello sobre a epidemia de febre amarela na cidade de São Carlos do Pinhal, 1896. *Relatório apresentado ao Sr. Dr. Presidente do Estado de S. Paulo pelo Secretário dos Negócios do Interior e Instrução Pública de 1896.* São Paulo, TYP. Diário Oficial. 1897.
- Relatório apresentado ao Exmo. Dr. Dr. Jorge Tibiriça, Presidente do Estado de São Paulo pelo Secretário de Estado dos Negócios do Interior, Dr. Gustavo de Oliveira Godoy, 1906. São Paulo, Typ. do Estado de S. Paulo, 1907.
- Relatório apresentado ao Exmo. Snr. Dr. Altino Arantes, Presidente do Estado de São Paulo pelo Secretário do Interior Dr. Oscar Rodrigues Alves, ano 1916.
- Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Albuquerque Lins, Presidente do Estado de S. Paulo pelo Secretário dos Negócios do Interior Dr. Carlos Guimarães. 1908/1909. São Paulo, Duprat e Comp., 1912.

- Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Jorge Tibiriçá, Presidente do Estado de S. Paulo pelo Secretário dos Negócios do Interior Dr. Gustavo de Oliveira Godoy. 1907/1908. São Paulo, Duprat e Comp., 1908.
- Relatório Apresentado ao Senhor Doutor Presidente do Estado de S. Paulo pelo Dr. Cesário Motta Jr. Secretário dos Negócios do Interior. 7 de abril de 1893. São Paulo, Typ a vapor de Vanordem e Comp., 1893.
- Relatório apresentado ao Sr. Dr. Secretário dos Negócios do Interior e Justiça pelo Dr. Emilio Ribas, diretor do Serviço Sanitário, 1905. Revista Médica de S. Paulo. São Paulo, 13, 1906.
- Relatório apresentado em 18 de julho de 1894 pelo Dr. Coriolano de Burgos. Inspetor Sanitário do 1º Distrito de Santos. Relatório da Secretaria do Interior do ano de 1894.
- Relatório da Comissão de exame e inspeção das habitações operárias e cortiços no distrito de Santa Efigênia. Relatório apresentado à Câmara Municipal de São Paulo pelo Intendente Municipal Cesario Ramalho da Silva. 1893. São Paulo, Typ à Vapor de Espindola, Siqueira e Comp. 1894.
- Relatório da Seção de Demografia apresentado ao Dr. J.J. da Silva Pinto Jr., DD. Diretor Geral do Serviço Sanitário pelo Dr. Jayme Seiva. 1896. Relatório do Secretário do Interior do ano de 1896.
- Relatório de 1911 apresentado à Câmara Municipal de São Paulo pelo Prefeito Raymundo Duprat. São Paulo, Casa Vanordem, 1912.
- Relatório de 1912/1913 apresentado à Câmara Municipal de S. Paulo pelo Prefeito Raymundo Duprat. São Paulo, Casa Vanorden, 1914.
- Relatório do ano de 1899 apresentado à Câmara Municipal de São Paulo pelo Prefeito Antonio da Silva Prado em 31 de março de 1900. São Paulo, Typ. a vapor Espindola, Siqueira e Comp. 1900.
- Relatório do ano de 1901 apresentado à Câmara Municipal de São Paulo pelo Prefeito Antonio da Silva Prado.
- Relatório do Diretor do Laboratório Farmacêutico do Estado de São Paulo apresentado ao Dr. Alfredo Pujol DD. Secretário dos Negócios do Interior 1895. Relatório da Secretaria do Interior do ano de 1895.
- Relatório do Instituto Bacteriológico para o ano de 1894. Relatório da Secretaria do Interior do ano de 1894.
- Relatório do Laboratório de Análises Químicas do Estado de São Paulo. Diretor Henrique Schaumann. Relatório do Secretário do Interior do ano de 1894.

- Relatório do Laboratório Farmacêutico do Estado de São Paulo de 1894.
Relatório da Secretaria do Interior do ano de 1894.
- Relatório do Serviço de Desinfecções efetuadas no ano de 1895.
Apresentado ao Dr. Diretor Geral do Serviço Sanitário pelo Dr. Diogo de Faria. *Relatório da Secretaria do Interior do ano de 1895.*
- Relatório do Serviço de Desinfecções efetuadas no ano de 1896.
Apresentado ao Dr. Diretor do Serviço Sanitário pelo Dr. Diogo de Faria. *Relatório da Secretaria do Interior do ano de 1896.*
- Relatório do Serviço de Desinfecções Efetuados no ano de 1894.
Apresentado ao Dr. Diretor Geral do Serviço Sanitário pelo Dr. Diogo de Faria. *Relatório da Secretaria do Interior do ano de 1894.*
- Relatório sobre os casos de febre amarela ocorridos na Fazenda Floresta, município de São Carlos do Pinhal, apresentado ao Sr. Dr. Joaquim José da Silva Pinto Jr. DI. Diretor Geral do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo pelo Dr. Balthazar Vieira de Mello. Inspetor Sanitário em Comissão. Março/abril de 1895. *Relatório apresentado ao Sr. Dr. Presidente do Estado de S. Paulo em 30 de março de 1896 pelo Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Instrução Pública Alfredo Pujol. São Paulo, TYP do Diário Oficial, 1896 (Anexos X a XI).*
- Relatórios dos Prefeitos da Capital. 1899, 1900, 1901, 1902, 1903, 1904, 1905, 1906, 1912/1913, 1914, 1916.*
- Resumo dos trabalhos do Instituto Bacteriológico de São Paulo 1892-1906. Relatório apresentado à Diretoria do Serviço Sanitário. *Revista Médica de S. Paulo.* Jornal prático de medicina, cirurgia e higiene. São Paulo, ano X, no 4, fevereiro de 1907.
- Revista dos Fazendeiros.* 2a quinzena de janeiro, 1921.
- Revista dos Fazendeiros.* dezembro, 1919.
- Revista dos Fazendeiros.* fevereiro, 1920.
- Revista dos Fazendeiros.* março de 1922.
- Revista dos Fazendeiros.* Publicação Quinzenal de Agricultura, Indústria e Comércio. São Paulo, ano I, setembro de 1918.
- Revista Médica de S. Paulo.* Jornal prático de medicina, cirurgia e higiene. Editores Arthur V. de Mendonça e Victor Godinho. São Paulo, 1898 a 1914.
- RIBAS, Emílio, PRADO, Antonio e CAVALCANTI, Francisco. Higiene Pública. A propósito do Serviço de remoção do lixo da Capital. *Revista Médica de S. Paulo.* São Paulo, ano VIII, n. 10, 1905.
- RIBAS, Emílio. Higiene Municipal. *Revista Médica de S. Paulo.* São Paulo, v. II, n. 24, 1905.

- IBAS, Emilio. Questões de Higiene. A febre tifóide em São Paulo e o seu histórico. Homenagem a Arnaldo Vieira de Carvalho, ao corpo docente e aos alunos da Faculdade de Medicina de São Paulo. *Boletim do Instituto de Higiene de S. Paulo*. São Paulo, n. 8, 1921.
- ivista Coloniale*. Roma, v. 1, n. 12, 1913.
- DSSI, A. Condizioni dei coloni italiani nello Stato di San Paolo. *Bollettino dell'emigrazione*. Roma, n. 7, 1902.
- DSSI, L. Gli italiani nel Brasile e il dovere di una nelta e sicura politica di emigrazione. *La vita Italiana al Estero*. Roma, n. 7, 1913.
- ALLES GOMES Jr, F., CARVALHO, R. V. e RIBEIRO NETTO, J. Padrão para construções particulares no município da Capital. *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*. São Paulo, n. 9, novembro, 1926.
- ão Paulo. *Coleção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo*. 1891 a 1930
- ão Paulo. Relatório apresentado à Assembléia Legislativa provincial de São Paulo pelo Presidente da Província João Alfredo Correa de Oliveira no dia 15 de fevereiro de 1886. São Paulo, TYP a Vapor de Jorge Seckler e C., 1887.
- ão Paulo. Relatório apresentado ao Senhor Doutor Vice-Presidente do Estado de São Paulo pelo Secretário dos Negócios do Interior, Vicente de Carvalho, a 7 de abril de 1892-1893. São Paulo, Vanorden, 1893.
- ão Paulo. Relatório apresentado ao Sr. Dr. Presidente do Estado de São Paulo pelo Dr. César Motta Júnior. Secretário dos Negócios do Interior. 7/04/1893. São Paulo, TYP. Vanorden. 1893.
- ão Paulo. Secretaria do Interior do Estado. Relatórios para os anos de 1892, 1893, 1894, 1895, 1896, 1897, 1900, 1901, 1905, 1906, 1907/1908, 1909, 1912, 1914, 1916, 1917, 1921, 1922, 1927.
- ão Paulo. Secretaria do Interior. Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Washington Luis Pereira de Sousa, Presidente do Estado pelo Secretário do Interior, Dr. Alarico Silveira. Ano 1923.
- ão Paulo. Secretário do Estado dos Negócios do Interior. Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Júlio Prestes de Albuquerque, Presidente do Estado pelo Secretário dos Negócios do Interior Dr. Fábio de Sá Barreto. ano 1927.
- SCALABRINI, Angelo. Delle Condizioni Attuali della emigrazione nell'America Meridionale nei suoi rapporti coll'industria. *Secondo Congresso Geográfico Italiano*. Roma, 1895.

OCIEDADE DE MEDICINA E CIRURGIA DE SÃO PAULO. *Boletim*. São Paulo: 1895 a 1898 e 1918, 1919/1920, 1920/1921, 1921/1922, 1928/1929, 1929/1930.

OCIEDADE DE MEDICINA E CIRURGIA DE SÃO PAULO. *Arquivo*. São Paulo: 1910 a 1914.

DUZA, G. H. de Paula e VIEIRA, F. Borges. *Centros de Saúde: eixo de organização sanitária*. São Paulo: datilografado, s/d, 13 p. Arquivo do Pré-Memória, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

DUZA, G. H. de Paula. O Estado de São Paulo e alguns dos seus serviços de Saúde Pública. Memória escrita pelo Dr. G. H. de Paula Souza. Diretor geral do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo lido no *Primeiro Congresso de Higiene reunido no Rio de Janeiro em 1 de outubro de 1923*.

DUZA, G. H. de Paula. Ribas pioneiro da renovação sanitária no Brasil. Conferência realizada na Sociedade Paulista de História da Medicina por ocasião do 15 aniversário da sua morte. *Boletim do Instituto de Higiene de São Paulo*. São Paulo, n. 72 e 73, 1941.

FEDESCHI, U. Le condizioni sanitarie degli emigranti nello Stato di San Paolo. *Bolletino dell'Emigrazione*. Roma, n. 2, 1907.

VIEIRA, Francisco Borges. Estudo epidemiológico da febre tifóide em São Paulo. epidemia de 1920-1921. *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*. São Paulo, n. 112, março/abril de 1922.

VIEIRA, Serafim. Estado clínico sobre o tracoma. *Revista Médica de S. Paulo*. São Paulo, n. 14, 1905.

ZETTIRY, Arrigo de . *Il Brasile e Il Secondo Congresso Geográfico Italiano*. Roma, G. Bertero, 1895.

Fontes - Teses

ANTUNES, P. C. A. *Eugenia e imigração*. São Paulo, Faculdade de Medicina e Cirurgia, 1925. (tese inaugural)

ARRUDA, Cyro de O. *Contribuição para o estudo da mortalidade infantil em São Paulo*. São Paulo, Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, 1926. (tese inaugural)

CALDARELLI, A. *O clínico e a saúde pública*. São Paulo, Faculdade de Medicina e Cirurgia, 1926. (tese inaugural)

CANDELARIA, J. *A visita domiciliar e o problema de organização da assistência em São Paulo*. São Paulo, Faculdade de Medicina e Cirurgia, 1920. (tese inaugural)

- RTEZ, A. *Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo, Faculdade de Medicina de São Paulo, 1926. (tese de doutoramento)
- STA, P. G. M. e .*Eugenia e seleção*. São Paulo, Faculdade de Medicina e Cirurgia, 1927. (tese inaugural)
- LHEIROS, R. *A cidade de S. Paulo. Contribuição ao estudo epidemiológico das principais moléstias infecciosas*. São Paulo, Faculdade de Medicina e Cirurgia, 1925. (tese inaugural)
- SCARELLI, V . *Da proteção à primeira infância em São Paulo*. São Paulo, Faculdade de Medicina e Cirurgia, 1926. (tese inaugural)
- IMPAIO, A. A. *A profilaxia da tuberculose em São Paulo*. São Paulo, Faculdade de Medicina e Cirurgia, 1925. (tese inaugural)

ntes - Jornais

- Folha do Braz*. Editor Edgard Leuenroth, São Paulo, n. 87, 1899.
- Folha do Braz*. Editor Edgard Leuenroth, São Paulo, n. 88, 1899.
- Folha do Braz*. Editor Edgard Leuenroth, São Paulo, n. 89, 1899
- Folha do Braz*. Editor Edgard Leuenroth, São Paulo, n. 97, 1901.
- Folha do Braz*. Editor Edgard Leuenroth, São Paulo, n. 91, 1899.
- Folha do Braz*. Editor Edgard Leuenroth., São Paulo, n. 90, 1899.
- Folha do Braz*. Editor Edgard Leurenroth, São Paulo, n. 86, 1899.
- Plebe*. São Paulo, n. 50, 31 de janeiro de 1920.
- Plebe*. São Paulo, n. 193, 21 de outubro de 1922
- Plebe*. São Paulo, n. 73, 17 de julho de 1920.
- Plebe*. São Paulo, n. 75, 31 de julho de 1920.
- Terra Livre*. Editor Edgard Leuenroth, São Paulo, n. 1, 1905.
- Folha do Povo*. Editor Edgar Leuenroth, São Paulo, n. 55, 1909.
- Folha do Povo*. Editor Edgard Leuenroth, São Paulo, n. 66, 1909.
- Folha do Povo*. Editor Edgard Leuenroth, São Paulo, n. 86, 1909.
- Gazeta de Campinas*. Campinas, 25/01/1889.

bliografia - Livros

- VIM, Z. *Brava Gente!* São Paulo: Brasiliense, 1986.
- ZEVEDO, Fernando. *Um trem corre para o Oeste. Estudo sobre a Noroeste e seu papel no sistema de viagem nacional*. 2a edição, São Paulo: Melhoramentos, v. XII, 1 s/d (obras completas).
- ARROS, Roque Spencer Maciel. *A evolução do pensamento de Pereira Barreto*. São Paulo: Editorial Grijalbo, 1967.
- EIGUELMAN, P. *A formação do povo no complexo cafeeiro: aspectos políticos*. São Paulo: Pioneira, 1968.
- OSI, A. *História concisa da literatura brasileira*. São Paulo: Cultrix, s/d.
- IRAGA, J. C. *Saúde e Previdência*. Estudos de política social. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1981.
- BUARQUE DE HOLLANDA F, S. e GRAHAM, D. *Migrações internas no Brasil 1872-1970*. São Paulo: IPE/USP - CNPq, 1984.
- CAMARGO, J. F. *Crescimento da população do Estado e seus aspectos econômicos*. São Paulo: Faculdade de Filosofia e Ciências e Letras, USP, Tese de doutorado, 1952.
- CANDIDO, Antonio. *Literatura e sociedade: estudos de teoria e história literária*. 5. ed. revista, São Paulo: Editora Nacional, 1976.
- CARVALHO, José Murilo de. *Os bestializados. O Rio de Janeiro e a República que não foi*. São Paulo: Cia. das Letras, 1987.
- CARVALHO, José Murilo de. Aspectos históricos do pré-modernismo brasileiro. In: Fundação Casa Rui Barbosa. Centro de Pesquisas. Setor de Filologia. *Sobre o pré-modernismo*. Rio de Janeiro, 1988.
- CASALECCHI, José Ênio. *O partido republicano paulista 1889-1926*. São Paulo: Brasiliense, 1987.
- CHAUÍ, Marilena. Apontamentos para uma crítica da ação integralista brasileira. In: *Ideologia e mobilização popular*. Rio de Janeiro: CEDEC/Paz e Terra, 1978.
- COSTA, J. F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1963.
- COSTA, N. R. *Lutas urbanas e controle sanitário. Origens das políticas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes, 1985.
- DELFIN NETTO, Antonio. *O Problema do café no Brasil*. São Paulo: IPE, 1981.

- NIS, Pierre. *O Brasil no século XX*. Lisboa: José Bastos e Cia., 1909.
- UCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1981.
- QUANNI, G. *A questão dos remédios no Brasil: produção e consumo*. São Paulo: Polis, 1980.
- TAHY, M. L. Porto de Santos 1888-1908. In: PRADO, A. A. (org.). *Libertários no Brasil*. Memórias, Lutas, Cultura. São Paulo: Brasiliense, 1986.
- IBSBAWN, E. *A era dos impérios. (1875-1914)*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.
- MEM, Maria Cecília Naclério. *Higienópolis grandeza e decadência de um bairro paulistano*. São Paulo: Departamento do Patrimônio Histórico. Prefeitura Municipal de São Paulo. História dos Bairros de São Paulo, v.17, s/d.
- OWARICK, L. *Trabalho e vadiagem*. São Paulo: Brasiliense, 1987.
- ITE, Dante Moreira. *O caráter nacional brasileiro*. 4a ed. definitiva. São Paulo: Pioneira, 1983.
- EVI, Darrell E. *A família Prado*. São Paulo, Cultura 70, 1977.
- UREIRO, Maria Amélia Salgado. *A evolução da casa paulista e a arquitetura de Ramos de Azevedo*. São Paulo: Voz do Oeste/Secretaria do estado da Cultura, 1981.
- UZ, Madel T. *As instituições médicas no Brasil. instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- ERHY, Emerson E. *O capitalismo e a saúde pública*. Campinas: Papirus, 1985.
- ILLIET, Sérgio. *Roteiro do café*. Análise histórica-demográfica da expansão cafeeira no Estado de São Paulo. São Paulo: 1938.
- ONBEIG, P. *Pioneiros e fazendeiros de café*. São Paulo: Hucitec Polis, 1984.
- ORSE, Richard. *Formação histórica de São Paulo*. São Paulo: DIFEL, 1970.
- JOZOE, N. H. *São Paulo: economia cafeeira e urbanização*. Estudo da estrutura tributária e das atividades econômica da Capital paulista (1889-1933). São Paulo: IPE-USP, 1984.
- VUNES, Everardo (org.). *Medicina social Aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1983.

- TRONE, Maria Thereza S. Imigração assalariada. In: BUARQUE DE HOLLANDA, S. (org). *História da Civilização Brasileira*. São Paulo: DIFEL, v.3, 1976.
- NHEIRO, F.S. e HALL, M. *A classe operária no Brasil*. Condições de vida e de trabalho relações com os empresários e o Estado. Documentos. São Paulo: Brasiliense, 2, 1981.
- LANYI, K. *A grande transformação*. As origens da nossa época. Rio de Janeiro: Campus, 1980.
- SSAS, Cristina A. *Saúde e trabalho*. A crise social da previdência social. Rio de Janeiro: Graal, 1981.
- ADO JR. Caio. *Evolução política do Brasil e outros estudos*. São Paulo: Brasiliense, 1963.
- BEIRO, Maria Alice Rosa. *As condições da indústria têxtil paulista 1870/1930*. São Paulo: Hucitec/Ed. da Unicamp, 1988.
- ISEN, George. *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- ES, Flávio A. M. *A grande empresa de serviços públicos na economia cafeeira*. São Paulo: Hucitec, 1986.
- INTOS, Maria José . Apêndice B - Aspectos Demográficos. In: VILLELA, A. e SUZIGAN, W. *Política do governo e crescimento da economia brasileira. 1889-1945*. Rio de Janeiro: IPEA, 1975.
- INTOS, Jair L. F., LEVY, M. S. e SZMRECSÁNYI, T. (orgs). *Dinâmica da população. Teoria, métodos e técnicas de análise*. São Paulo: T. A. Queiroz, 1980.
- ILVA, Eduardo. *As queixas do povo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.
- ILVA, Sérgio. *A expansão cafeeira e as origens da indústria*. São Paulo: Alfa-Omega, 1975.
- INGER, P. e alii. *Prevenir e curar*. O controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Forense, 1981.
- ONTAG, Susan. *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- PINDEL, Cheywa R. *Homens e máquinas na transição de uma economia cafeeira*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.
- TEPAN, Nancy. *Gênese e evolução da ciência brasileira*. Rio de Janeiro: Artenova, 1976.
- ELAROLLI, Rodolpho. *O poder local na República Velha*. São Paulo: Ed. Nacional, Brasileira, v. 364, 1977.

IPSON, E. P. *A miséria da teoria ou o planetário de erros. uma crítica ao pensamento de Althusser*. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

LELA, A. e SUZIGAN, W. *Política do governo e crescimento da economia brasileira 1889-1945*. 2ª ed., Rio de Janeiro: Ipea/Inpes, 1975.

LIAMS, R. *O campo e a cidade na história da literatura*. São Paulo: Cia das Letras, 1989.

Biografia - Periódicos

VEDO, Aroldo de (org). *A evolução urbana de São Paulo*. *Revista de História*. São Paulo, n. 21-22, 1955.

JUNT, J. A. *A administração da saúde pública no Estado de São Paulo: o Serviço Sanitário 1892-1918*. *Revista de Administração de Empresas*. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, v. 12, n. 4, 1972.

VEIAS, N. M. F. *Memória histórica da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - 1918-1945*. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, n. 18. (n. especial). p. 2-60, 1984

RUALHEIRO, E. *Apontamentos sobre Monteiro Lobato*. *Planalto*. São Paulo, v. 1, n. 4, jul., 1941.

STRD, J. SCARAND, J. e AISSAR, A. *A mortalidade entre os filhos de trabalhadores pretos e brancos estrangeiros numa região cafeeira paulista 1875-1930*. *Revista de História*. São Paulo, n. 94, 1973.

AMBETA, Wilson R. *Desacumular a pobreza: Santos, limiar do século*. *Revista de Estudos Regionais e Urbanos*. São Paulo, n. 11, 1984.

EMOS, F. Cerqueira. *Contribuição à história do Instituto Bacteriológico de 1892-1940*. *Revista do Instituto Adolfo Lutz*. São Paulo, n. 14 e 15, 1954 (n. especial).

EVY, M. S. *O papel da migração internacional na população brasileira (1872-1972)*. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, 8 (supl.), junho, 1974.

IATTOS, Odilon N. *A cidade de São Paulo no século XIX*. *Revista de História*. São Paulo, n. 21 e 22. 1955.

IELLO, Zélia C. e SAES, Flávio A. M. *Características dos núcleos urbanos em São Paulo*. *Estudos Econômicos*. São Paulo, v. 15, n. 2. maio/ago 1985.

MORTARA, G. *A imigração italiana no Brasil e algumas características do grupo italiana em São Paulo*. *Revista Brasileira de Estatística*. Rio de Janeiro, março, 1950.

- VA, P. Capítulos de história da medicina na Brasil. *Brasil Médico Cirúrgico*. Rio de Janeiro, n. 10 e 11, 1948 e 1949.
- TTO, A. R. O caminho para a formação do Serviço Sanitário de São Paulo 1597 a 1891. *Arquivos de Higiene e Saúde Pública*. São Paulo, Janeiro, 1942.
- IGUEIRA, Emília. Alguns Aspectos da influência francesa em São Paulo na segunda metade do século XIX. *Revista de História*. São Paulo, 7(16), 1953.
- IVEIRA, Francisco de. A produção dos homens: notas sobre a reprodução da população sob o capital. *Estudos CEBRAP*. São Paulo, n. 16, 1976.
- ETRONE, Pasquale. A cidade de S. Paulo no século XX. *Revista de História*. São Paulo, n. 21 e 22, 1955.
- IBEIRO, Maria Alice Rosa. Fábrica e cidade. *Trabalhadores*. Campinas, Prefeitura Municipal de Campinas, Secretaria Municipal de Cultura, Esportes e Turismo, n. 4, 1989. p. 2-22
- ANTOS, L. A. de Castro. Estado e Saúde Pública no Brasil. (1889-1930). *Dados*. Revista de Ciências Sociais. Rio de Janeiro, 23, 2, 1980.
- ANTOS, L. A. de Castro. O pensamento sanitarista na Primeira República uma ideologia em construção da nacionalidade. *Dados*. Revista de Ciências Sociais. Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, 1985.
- TOLCKE, V. e HALL, M. Introdução do trabalho livre nas fazendas de café de São Paulo. *Revista de História*. São Paulo, v. 3, n. 6, 1984.
- ESH, S. Political ideology and public health in the nineteenth century. *International Journal for health services*. 12, 2, 1982.
- TUNES, J. e CAMPOS, O. O papel da Faculdade de Saúde Pública na formação de recursos humanos para a saúde. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, n. 18. (n. especial): 61-66, 1984.

Bibliografia - Teses

- BLOUNT, J. A. *The public health movement in S. Paulo. Brasil. A history of the sanitaty service 1892-1918*. New Orleans, Tulane University. Doctor of Philosophy Thesis, 1971.
- BODSTEIN, Regina C. de A. *Condições de Saúde e prática sanitária no Rio de Janeiro 1890-1934*. Niterói, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, UFF, 1984. (dissertação de mestrado)
- BORGES, Maria Inez M. *Cotidiano e sobrevivência. A vida do trabalhador pobre na cidade de São Paulo 1890 - 1914*. São

- Paulo, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, USP, 1984. (tese de doutorado em História)
- RUZZO, C. *Em nome da saúde ... da ordem e do progresso*. Discurso e prática dos médicos do serviço sanitário paulista no final do século XIX. Campinas, Faculdade de Educação, Unicamp, 1989. (dissertação de mestrado em Educação)
- MARGO, A. M. F. de. *Os impasses da pesquisa microbiológica e as políticas de saúde pública em São Paulo (1892 a 1934)*. Campinas, Faculdade de Educação, Unicamp, 1984. (dissertação de mestrado em Educação)
- ARPINTERO, Marisa V. Teixeira. *A construção de um sonho*. Habitação Econômica - Projetos e Discussões. (São Paulo, 1917/1940). Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Unicamp, 1990. (dissertação de mestrado em História)
- JUNHA, Maria Clementina P. *O espelho do mundo*. São Paulo, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, USP, 1985. (tese de doutorado em História).
- HOLLOWAY, T. H. *Migration and mobility: Immigrants as laborers and landowners in the coffee zone of São Paulo-Brazil, 1886-1934*. Wisconsin, A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy, 1974. mimeo.
- LABRA, M. E. *O movimento sanitarista nos anos 20. Da conexão internacional à especialização em saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1985. (dissertação de mestrado em Administração Pública)
- LEITE, Sylvia Helena Telarolli de A. *O reconhecimento do outro. (o significado do regionalismo paulista, pré-modernista em Os Caboclos, de Valdomiro Silveira)*. Araraquara, Instituto de Letras, Ciências Sociais e Educação da Universidade Estadual Paulista, Campus de Araraquara, 1985. (dissertação de mestrado em Letras)
- LEME, Maria Cristina da Silva. *Revisão do Plano de Avenidas*. Um estudo sobre planejamento urbano em São Paulo 1930. São Paulo, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo, 1990. (tese de doutorado).
- MASCARENHAS, R. dos S. *Contribuição para o estudo da administração sanitária estadual em São Paulo*. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 1949. (tese de livre-docência)
- OLIVEIRA, C. R. *Medicina e Estado. Origens e desenvolvimento da medicina social no Brasil. Bahia 1866-1896*. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social da UERJ, 1982. (dissertação de mestrado)

ORTO, Angela de A. *As artimanhas de Esculápio: crença ou ciência no saber médico*. Niterói, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia. UFF, 1985. (dissertação de mestrado)

OLNIK, R. *Cada um no seu lugar!* (São Paulo, início da industrialização: geografia do poder). São Paulo, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo. 1981. (dissertação de mestrado)

EGAWA, Hugo. *Construção de ordens*. Um aspecto da arquitetura no Brasil 1808-1930. São Paulo, Faculdade de arquitetura e Urbanismo, 1987. (dissertação de mestrado)

ILVA, L. Jacintho da. *Evolução da doença de chagas no Estado São Paulo*. Ribeirão Preto, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, 1981. (tese de doutorado)

INGER, F. *Desenvolvimento econômico sob o prisma da evolução urbana*. São Paulo, Faculdade de Filosofia, Ciências Sociais e Letras, USP, 1966. (tese de doutorado)

ANEXOS

ANO	RACIONALIDADES							CATEGORIAS			TOTAL
	PRODUTOS	SEMI-PRODUTOS	DESEMI-PRODUTOS	PRODUTOS DESEMI-PRODUTOS	PRODUTOS DESEMI-PRODUTOS	PRODUTOS DESEMI-PRODUTOS	PRODUTOS DESEMI-PRODUTOS	PRODUTOS DESEMI-PRODUTOS	PRODUTOS DESEMI-PRODUTOS	PRODUTOS DESEMI-PRODUTOS	
1870	-	-	-	-	-	139	-	-	-	139	139
1871	-	-	18	-	-	65	-	-	-	83	83
1872	-	-	-	-	13	218	-	-	-	231	231
1873	-	-	125	-	-	425	-	-	-	550	550
1874	5	-	91	-	-	24	-	-	-	120	120
1875	124	1	48	-	-	3.122	-	-	-	3.295	3.295
1876	-	-	-	-	-	1.383	-	-	-	1.383	1.383
1877	2.084	23	682	-	122	79	-	-	-	2.832	2.832
1878	784	251	337	388	25	129	-	-	-	2.858	2.858
1879	548	25	217	28	6	137	-	-	-	973	973
1880	97	21	-	-	-	495	-	-	-	613	613
1881	-	-	-	-	-	1.785	-	-	-	1.785	1.785
1882	1.864	232	547	-	37	70	-	-	-	2.743	2.743
1883	3.135	217	1.388	-	2	138	-	-	-	4.912	4.912
1884	2.169	134	2.280	11	45	248	-	-	-	4.879	4.879
1885	4.176	137	1.995	-	56	134	-	-	-	6.508	6.508
1886	6.894	173	2.718	2	84	468	-	-	-	9.536	9.536
1887	27.223	218	2.784	2	162	1.783	-	-	-	32.112	32.112
1888	68.749	1.465	7.757	268	1.112	743	-	-	-	92.886	92.886
1889	19.825	2.845	3.312	199	1.890	1.621	-	22.884	5.887	-	27.873
1890	28.991	4.875	5.541	-	628	6.244	-	21.816	6.675	-	38.291
1891	84.436	9.286	5.552	48	1.876	7.490	-	187.536	1.288	-	188.734
1892	34.274	2.164	2.931	-	335	335	-	49.972	1.884	-	42.861
1893	46.779	19.122	11.612	-	1.996	476	-	77.969	3.776	-	61.765
1894	22.828	5.069	4.676	-	1.842	85	14.855	34.892	14.855	-	48.947
1895	84.722	12.989	14.185	-	1.128	753	25.229	116.769	25.229	-	179.998
1896	49.846	14.965	5.713	-	2.643	731	26.892	74.918	24.892	-	99.818
1897	32.888	9.943	3.751	-	2.897	282	28.881	76.853	28.881	-	98.124
1898	28.369	2.439	2.678	-	463	453	19.725	27.214	19.725	-	46.939
1899	11.496	2.942	2.188	43	498	145	14.551	16.684	14.551	-	31.215
1900	7.628	2.855	251	-	1.375	8	11.693	11.189	11.693	-	22.882
1901	95.764	6.744	4.927	1.434	568	2.373	-	49.599	22.183	-	71.782
1902	28.895	1.741	4.817	2.935	441	1.937	-	19.211	21.872	-	48.384
1903	9.444	1.938	2.267	1.688	123	1.689	-	239	17.922	-	18.161
1904	9.676	6.372	5.164	3.998	224	2.521	-	7.685	28.746	-	27.751
1905	12.596	22.128	5.878	1.978	283	4.834	-	25.815	21.882	-	47.817
1906	16.294	28.349	4.773	2.215	911	2.787	-	23.895	24.544	-	48.429
1907	12.536	4.789	4.988	2.781	287	3.488	-	4.862	26.819	-	31.681
1908	9.784	9.891	11.835	2.947	247	5.461	-	9.433	28.792	-	48.225
1909	18.243	12.685	9.161	1.264	946	3.251	-	12.934	24.738	-	29.674
1910	8.988	13.136	2.714	972	684	7.844	-	15.517	24.961	-	40.478
1911	18.838	17.862	17.587	3.482	1.434	5.875	-	21.038	43.532	-	64.570
1912	24.813	28.987	22.813	3.887	1.865	18.962	-	42.887	59.468	-	101.947
1913	24.255	23.866	48.768	2.118	914	17.545	-	33.719	64.839	-	119.758
1914	11.786	14.985	11.697	1.789	393	7.925	-	15.036	32.977	-	48.413
1915	4.184	4.245	5.828	5.323	62	1.151	-	2.712	18.224	-	28.977
1916	3.761	7.489	4.875	2.346	28	936	-	6.777	19.588	-	28.357
1917	5.887	9.691	2.132	2.369	15	5.362	-	16.234	18.498	-	26.776
1918	815	1.938	2.784	3.594	25	5.973	-	6.728	8.311	-	15.041
1919	3.875	3.773	4.652	5.687	522	4.183	-	5.249	16.532	-	21.812
1920	5.999	7.367	11.898	12.325	559	6.885	-	8.062	35.491	-	44.553
1921	8.138	7.992	8.888	6.923	323	8.225	-	13.563	26.838	-	29.681
1922	8.253	7.172	9.194	7.254	683	6.855	-	9.983	28.732	-	28.435
1923	12.534	8.322	18.878	14.578	1.495	12.887	-	14.529	45.289	-	59.818
1924	18.588	5.639	8.225	12.876	651	38.941	-	21.789	46.372	-	68.161
1925	6.968	8.998	7.881	15.986	2.573	21.817	-	27.225	46.118	-	73.235
1926	8.564	6.425	15.376	15.346	787	45.584	-	29.535	56.627	-	96.162
1927	8.353	7.773	11.932	38.886	774	23.175	-	24.516	68.897	-	92.413
1928	2.768	2.217	13.611	35.431	299	21.852	-	13.985	82.373	-	96.278
1929	2.819	2.247	16.266	56.218	-	-	-	8.985	94.575	-	103.488
1930	1.981	1.982	5.885	9.728	-	-	-	8	83.844	-	29.644
TOTAL	938.735	376.286	372.896	238.731	26.341	331.642	135.224	1.182.484	1.091.658	177.715	12.418.857

FONTE: SÃO PAULO, RELATORIO DA SECRETARIA DOS NEGOCIOS DA AGRICULTURA DE 1928. p. 343-344 e HOLLOWAY, T. op. cit., p. 185

CAPITAL			SANTOS			CAMPINAS			RIB. PRETO			I. S. PAULO		
TAL	/100	/1000	TOTAL	/100	/1000	TOTAL	/100	/1000	TOTAL	/100	/1000	TOTAL	/100	/1000
049	24,89	6,99	501	36,22	-	-	-	-	-	-	-	1.568	-	-
062	20,45	6,24	1.412	58,29	-	262	14,91	-	-	-	-	3.236	28,16	-
291	22,33	6,45	815	49,09	-	974	37,46	-	424	24,59	-	5.531	14,37	-
176	22,45	5,11	306	22,99	-	551	28,93	-	158	16,63	-	4.749	17,57	-
314	25,65	5,85	787	43,58	-	201	12,74	-	163	18,84	-	6.118	18,62	-
855	19,98	3,28	435	31,84	-	196	13,24	-	126	14,36	-	4.247	16,44	-
881	21,44	3,38	614	44,85	-	191	13,11	-	127	14,38	-	7.843	8,76	3,08
886	17,85	2,81	394	38,83	-	217	12,58	-	172	21,31	-	7.819	16,57	-
898	17,27	3,13	358	25,52	-	252	14,14	-	244	19,77	-	7.957	16,52	-
784	17,82	2,74	409	26,84	-	219	13,95	-	282	35,83	-	6.831	17,63	-
843	17,12	2,94	422	28,08	-	224	14,57	-	114	13,58	-	7.835	15,76	-
816	16,81	2,81	306	21,99	-	248	15,84	-	169	17,24	-	9.114	16,63	-
941	17,48	3,29	286	28,37	-	287	11,94	-	139	13,06	-	18.446	17,69	-
823	16,84	2,74	386	23,99	-	283	15,59	-	114	12,86	-	8.888	16,82	-
989	17,17	3,29	427	26,18	-	258	13,58	-	95	18,94	-	8.483	15,83	-
985	17,18	3,28	325	21,84	-	225	13,28	-	85	18,26	-	8.183	14,82	-
137	15,68	2,98	372	25,32	-	267	15,98	-	142	14,25	-	18.818	16,04	-
814	14,62	2,83	373	24,63	-	236	13,22	-	131	14,98	-	18.591	16,46	-
343	15,64	3,35	352	21,47	-	267	14,51	-	229	28,17	-	11.788	16,43	3,18
298	13,95	2,78	358	21,86	4,82	281	15,86	2,81	228	28,38	3,88	9.681	13,89	-
419	16,71	2,92	315	19,65	3,15	386	16,38	3,86	284	23,68	4,73	7.992	11,63	-
183	15,52	2,36	448	26,88	4,48	318	18,85	3,18	258	25,82	4,16	8.878	12,18	-
186	13,52	2,28	448	24,44	4,87	354	19,21	3,56	267	25,14	4,86	8.458	11,92	2,87
135	14,35	2,41	427	27,85	4,58	425	19,67	4,73	247	22,37	4,58	9.593	12,51	-
643	44,85	12,57	1.259	48,29	13,20	469	22,83	4,45	378	32,85	6,68	28.745	23,16	-
1.657	16,59	3,13	382	25,93	3,97	474	24,84	4,56	344	32,98	5,83	14.455	17,64	-
1.589	14,28	2,59	528	22,18	5,36	479	22,81	4,56	328	29,86	5,11	18.889	13,38	2,45
1.772	15,74	3,88	562	25,81	5,48	386	18,46	3,26	382	29,28	5,44	13.368	14,59	2,85
1.778	15,49	2,78	591	28,25	5,61	388	15,99	2,48	275	22,85	3,83	18.611	12,41	2,26
1.935	15,74	2,61	669	26,84	4,73	487	28,94	2,78	357	28,95	5,18	13.678	14,86	2,78
2.654	15,61	2,68	676	28,54	4,67	418	28,89	2,67	357	26,58	5,13	14.863	14,64	2,72
2.718	19,68	3,28	788	29,85	4,97	461	23,31	3,81	383	24,73	3,98	14.285	15,41	2,53
2.686	18,51	2,87	775	28,73	5,95	438	24,38	3,31	368	26,92	4,97	15.242	16,53	2,63
2.546	18,84	2,68	683	28,51	5,17	368	19,73	2,67	359	25,82	4,86	15.268	15,94	2,54
2.837	19,28	2,83	865	32,18	5,62	429	23,86	3,83	334	26,11	4,54	-	16,16	-
2.668	18,21	2,49	913	33,41	5,64	436	22,45	2,97	344	25,92	4,64	-	-	-

ANUÁRIO DEMOGRÁFICO: Seção de Estatísticas Demográfico-Sanitária,
São Paulo, Imprensa Oficial, 1929 v 12 pp 182-183 e 1488-1491.

ESTADO DE SÃO PAULO-PALEONTOLOGIA. 1894-1929.

ANO	CAPITAL	SANTOS	CAMPINAS	RIO PRETO	S. PAULO
1894	273	104	-	-	377
1895	236	144	44	-	559
1896	276	143	33	188	1028
1897	214	110	38	60	912
1898	149	123	34	58	1179
1899	128	121	23	44	786
1900	110	119	10	42	1171
1901	81	104	8	56	1174
1902	99	74	13	79	1398
1903	62	91	13	38	931
1904	54	68	22	21	945
1905	63	54	11	18	908
1906	50	33	7	16	1034
1907	41	42	2	12	1010
1908	42	41	5	13	758
1909	39	20	8	6	618
1910	26	16	5	24	848
1911	20	15	2	12	1416
1912	17	28	7	24	936
1913	8	14	4	28	704
1914	10	9	4	52	815
1915	20	71	9	41	1632
1916	13	54	37	56	1410
1917	17	31	140	33	2043
1918	16	11	11	12	1166
1919	2	6	3	2	368
1920	13	16	3	11	814
1921	4	14	2	12	475
1922	7	46	5	8	794
1923	18	132	4	7	712
1924	18	98	4	5	475
1925	28	164	5	7	1175
1926	13	48	3	6	996
1927	21	56	2	7	678
1928	9	58	1	5	-
1929	6	73	3	3	-

FONTE: ANUÁRIO DEMOGRAFICO: Secção de Estatística
 demográfico-sanitária, Imprensa Oficial, 1929
 v.12 pp VII.

**TABELA 4. SÃO PAULO: MORTALIDADE GERAL
NA CAPITAL 1894-1929.**

Período	Coefficiente por 1.000 habitantes
1894	28,89
1895-1899	23,63
1900-1904	16,68
1905-1909	18,43
1910-1914	19,51
1915-1919	19,16
1920-1924	17,68
1925-1929	15,81

**FONTE: ANUÁRIO DEMOGRÁFICO: Seção de Estatística
demográfico-sanitária, Imprensa Oficial, 1929
v.12 pp VII.**

ESTADO DE SÃO PAULO-TUBERCULOSE. 1894-1929.

ANO	CAPITAL	SANTOS	CAMPINAS	RIO. PRETO	S. S. PAULO
1894	390	173	-	-	563
1895	266	168	71	-	704
1896	434	161	88	62	1221
1897	406	154	110	43	1357
1898	418	176	91	39	1698
1899	399	172	102	33	1434
1900	365	165	100	51	1831
1901	337	173	127	36	2068
1902	361	163	149	54	2382
1903	393	180	106	39	1948
1904	358	185	108	51	2292
1905	344	173	109	54	2461
1906	387	172	109	37	2616
1907	421	197	143	41	2712
1908	374	215	131	32	2764
1909	427	194	133	40	2674
1910	474	221	112	42	2706
1911	447	202	116	54	2782
1912	432	184	110	76	2767
1913	561	188	129	68	2865
1914	612	173	133	87	2668
1915	628	211	157	76	2638
1916	531	217	151	62	2576
1917	585	252	157	77	2822
1918	654	291	136	48	2989
1919	614	249	108	57	2648
1920	639	243	130	72	2768
1921	720	241	147	86	3175
1922	806	288	111	74	3284
1923	737	238	129	91	3281
1924	824	294	130	84	3512
1925	910	293	146	91	3639
1926	910	341	150	79	3679
1927	1023	303	125	97	3808
1928	1017	351	172	110	-
1929	1146	403	144	124	-

FONTE: ANUÁRIO DEMOGRAFICO: Secção de Estatística
 Demógrafo-sanitária, Imprensa Oficial, 1929
 v. 12 pp VII.

TABELA 6. FORTALIDADE POR MUNICÍPIO INTERIORES DO PARANÁ
DE SÃO PAULO-FÉRRÉ TIFÓINE. 1894-1929.

ANO	CAPITAL	SANTOS	CAMPINAS	RIO. PRET	E.S. PAULO
1894	135	25	-	-	160
1895	93	9	27	-	165
1896	187	8	10	62	419
1897	223	13	27	22	513
1898	160	17	11	32	478
1899	112	30	10	21	439
1900	106	22	7	17	487
1901	68	8	14	11	457
1902	55	21	6	33	556
1903	62	16	11	12	416
1904	38	10	12	10	379
1905	51	6	7	13	416
1906	52	6	13	8	488
1907	54	9	16	6	452
1908	35	9	7	12	422
1909	53	10	10	13	447
1910	40	8	11	13	424
1911	63	10	14	13	506
1912	99	5	14	15	527
1913	165	6	17	10	651
1914	294	11	16	15	943
1915	156	5	23	32	804
1916	97	3	27	10	683
1917	66	7	10	17	522
1918	72	2	11	13	491
1919	76	2	10	15	412
1920	101	4	8	9	663
1921	203	2	5	14	821
1922	100	4	24	25	804
1923	136	2	28	10	753
1924	217	1	50	15	986
1925	459	4	52	35	1894
1926	327	14	38	42	1771
1927	105	4	16	28	1157
1928	100	2	22	22	-
1929	131	10	16	10	-

FONTE: ANUÁRIO DEMOGRÁFICO: Seção de Estatística
demográfica- sanitária. Imprensa Oficial, 1929
v.12 pp VII.

TABELA 7.. POPULAÇÃO DO BRASIL, DO ESTADO DE SÃO PAULO, DA
CIDADE DE SÃO PAULO, DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
E DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. 1872-1928.

ANO	Estado de São Paulo A	Cidade de São Paulo B	Estado do Rio de J. C	Cidade do Rio de J. *4 D	Brasil	B/A %	B/C %
1872	837.354	23.243	1.057.696	274.972	9.938.478 *1	2,7	25,9
1899	1.384.753	64.934	1.399.535	522.651	14.333.915	4,6	37,3
1900	2.282.279	239.934	1.617.688	691.565	17.318.556 *2	18,5	42,7
1928	4.522.188	579.833	2.717.244	1.157.873	38.635.685 *3	12,6	42,6

FONTE: Série estatísticas retrospectivas. IBGE, Rio de Janeiro, 1986. p.32

*1 SANTOS, M. José. op.cit. p.236 consta população total para o Bra-
sil como sendo 10.112.061

*2 idem, população total do Brasil 17.438.434 e VILLELA, A. e
SUZIGAN, W. op.cit.p.70 , população total do Brasil 18.288.888

*3 VILLELA, A. e SUZIGAN, W. op.cit,p.70, população total do Brasil
27.588.888

*4 SINGER, P. op.cit.,36

EVOLUÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DOS ORÇAMOS DA SAÚDE PÚBLICA NO ESTADO DE SÃO PAULO (em milhões de cruzeiros)
PERÍODO 1898/91-1986

DISCRIMINAÇÃO	ANO	1898/91	1892	1893	1894	1895	1896	1897	1898	1899	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906
Hospital de Alienados		100.00%	31.63%														
SERVIÇO SANITÁRIO						18.07%	22.08%	29.37%	31.82%	26.13%	28.12%	27.85%	26.27%	26.00%	21.91%	22.00%	26.17%
Repartição de Higiene			25.08%	62.66%	42.72%												
Inst. Farm. Fact. An. Quím. e Vacinogênico				18.67%													
Lab. Farmacêutico (Lab. Quím. e Farm.)			18.23%		10.57%	10.54%	12.87%	9.99%	10.82%	5.62%	5.90%	7.40%	13.77%	9.15%	9.45%	9.49%	11.23%
Instituto Bacteriológico					1.72%	4.08%	4.99%	3.63%	3.93%	3.27%	3.98%	3.97%	3.80%	3.76%	3.55%	3.50%	4.22%
Lab. de Análises Químicas					1.72%	3.43%	4.19%	4.84%	5.27%	4.37%	5.69%	5.67%	5.79%	5.30%	4.64%	4.65%	5.51%
Instituto Vacinogênico					2.07%	3.45%	4.21%	2.93%	3.18%	2.68%	3.13%	3.12%	3.21%	2.9%	2.92%	2.9%	3.53%
Secção Demog. Sanitária						1.72%	2.11%	2.21%	2.39%	2.02%	2.24%	2.25%	2.16%	2.13%	1.98%	1.99%	2.49%
Serviço Geral de Desinfecção						12.47%	15.23%	20.77%	21.67%	13.70%	15.35%	15.02%	14.37%	14.22%	15.64%	15.31%	18.24%
Instituto Soroterápico																	
Hospital de Isolamento						0.87%	1.00%	3.06%	3.31%	2.37%	2.37%	2.36%	2.26%	2.24%	2.17%	2.20%	2.60
Serviços Públicos (melhoramento do estado sanit.)**			25.07%	18.67%	44.55%	45.37%	33.25%	23.16%	16.73%	35.27%	31.62%	27.59%	30.17%	29.85%	32.41%	32.54%	19.27
IA - Total Despesa com Saúde (1906)		360.000	199.440	1071.200	1571.200	1102.140	982.140	1295.340	1195.340	1417.600	1265.200	1268.800	1326.000	1340.000	1234.000	1229.200	1038.100

FONTE: Coleção de Leis e Decretos do Est. de SP vários anos. * - Período: 01/07/1890 a 30/06/1891. ** - Variações no sub-ítem da conta "Socorros Públicos".

1892 - Socorros Públicos e melhoramentos do estado sanitário;

1893 a 1896 - Para pagamento das despesas feitas com socorros públicos;

1897 - Para pagamento dos inspetores sanitários e desinfetadores extramunicipais, diárias, compra de drogas, aparelhos e objetos de custeio de indigentes na Capital e no interior do Estado em épocas epidêmicas;

1898 - Para pagamentos dos inspetores sanitários... de indigentes na Capital e no interior;

1899 - Para pagamentos das despesas com os socorros públicos;

1890 - Para custeio dos hospitais de isolamento, diárias a inspetores sanitários e desinfetadores e mais despesas;

1901 a 1906 idem.

INDICADOR	ANO	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
SEDO SANITÁRIA														
Força		26.252	23.861	24.042	24.182	26.272	21.712	19.192	18.442	15.992	25.002	21.162	18.262	16.822
Laboratório Farmacêutico		8.242	9.772	9.852	9.842	8.282	6.112	6.272	5.412	7.132	9.092	7.192	12.092	
Unidade Bacteriológica		2.422	2.852	2.872	2.872	2.412	2.202	2.282	2.232	2.362	2.872	2.812	1.952	1.972
Laboratório de Análises Químicas (Toxicológicas)		3.812	3.542	3.572	3.572	3.002	2.742	2.812	2.782	2.842	3.532	2.892	2.812	2.932
Unidade Vacinogenética		1.932	2.282	2.292	2.292	1.932	1.482	1.582	1.632	1.572	2.012	1.652	1.552	1.402
Unidade Soroterápica (de Exatidão)		6.272	7.392	7.452	7.442	6.272	4.442	3.552	3.682	3.842	4.842	3.962	4.272	7.362
Unidade Geral de Desinfecção (Desinfecção Central)		9.782	11.532	11.612	11.612	9.772	8.692	9.692	10.592	11.202	13.762	11.282	11.442	12.422
Unidade de Isolamento		7.912	9.332	9.442	9.392	7.912	6.422	6.182	5.942	6.332	6.772	7.152	6.772	5.842
Unidade Demogr. Sanitária (Estat. Demogr.)		1.432	2.462	1.732	1.732	1.452	1.232	1.372	1.312	1.402	1.772	1.202	1.362	1.272
Unidade Pasteur												0.932	1.122	1.092
Unidade de Apoio de Leito (Proteção a 1ª Infância)							1.202	1.552	1.342	1.432	1.632	1.562	1.172	1.632
Unidade Sanitária							1.402	1.452	1.402	1.492	1.912	1.562	1.522	1.422
Unidade dos Serviços de Profilaxia Geral														3.972
Unidade de Serviço Sanitário														7.812
Unidade Sanitárias														
Unidade de Exame de Pessoa/Custeio		4.332	7.482	7.522	7.512	4.322	5.092	4.912	6.632	7.062	9.052	7.632	7.292	
Unidade		2.532	2.902	3.012	3.002	2.532	2.252	2.212	2.312	2.672	3.422	2.802	2.632	
Unidade de Pronto Atendimento		1.582	1.872	1.882	1.882	1.582				2.002	2.612	2.142	2.012	
Unidade Prior		1.902	2.242	2.262	2.252	1.902								
Unidade Sanitária														
Unidade de Pronto Atendimento							1.012	1.672	1.002					
Unidade de Pronto Atendimento							0.892	0.922	1.042	1.262	1.462	1.202	1.122	
Unidade de Pronto Atendimento							1.012	1.442	1.152	1.372	1.622	1.282	1.442	
Unidade de Pronto Atendimento							0.542	0.562	0.542	0.592	0.762	0.602	0.562	
Unidade de Pronto Atendimento														
Unidade de Pronto Atendimento														6.752
Unidade de Pronto Atendimento														2.872
Unidade de Pronto Atendimento														2.182
Unidade de Pronto Atendimento														1.042
Unidade de Pronto Atendimento														1.842
Unidade de Pronto Atendimento														1.842
Unidade de Pronto Atendimento							9.382	9.632	9.642	1.512	0.572	0.472	0.442	2.972
Unidade de Pronto Atendimento													0.282	0.172
Unidade de Pronto Atendimento		31.092	12.442	12.532	12.522	20.352	22.612	22.222	22.312	20.772	20.102	21.412	20.872	24.162
Unidade de Pronto Atendimento		11.895.226	12.600.326	12.590.326	12.587.526	12.987.526	12.890.248	12.814.466	12.136.166	12.944.566	12.287.166	12.804.166	12.990.196	12.530.746

12. Coletânea de Leis e Decretos do Est. de SP vários anos. * Variações no sub-ítem de conta "Despesas Públicas".

1987 - Para custeio de hospitais de isolamento: diárias e inspetores sanitários e desinfetadores no interior do Estado e mais despesas.
 1988 - Para custeio de hospitais de isolamento: diárias e inspetores sanitários no interior do Estado e mais despesas.
 Idem para 1989 a 1994:
 1995 - Para custeio de hospitais de isolamento, diárias e inspetores sanitários no interior do Estado.
 1996 - Idem. e outras despesas.
 1997/1998 - Idem.

TABELA 11
EVOLUÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DOS ÓRGÃOS DA SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO NOS GASTOS COM SAÚDE
PERÍODO : 1920-1930

DIVISÃO	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930
SEÇÃO SANITÁRIA											
Secretaria	15.682	15.771	16.443	15.903	14.471	9.952	3.981	3.883	4.591	6.142	4.982
Titulo Bacteriológico	1.482	1.471	1.641	1.711	1.711	1.641					
Secretaria de Análises Químicas (Bromatológicas)	2.551	2.541	2.581	2.461	2.671	1.631					
Titulo Vaccinogenico	6.871	6.871	6.861	1.171	1.641	6.661					
Titulo Seroterapico (de Bactéria)	6.481	6.371	6.781	6.971	6.731	7.491	9.511	8.861	1.211	8.471	7.771
União Geral de Desinfecção (Desinfectorio Central)	10.971	10.941	10.791	12.271	13.481	8.451					
Hospital de Isolamento	4.941	4.941	4.851	6.751	7.561	6.561					
no Hosp. Sanitário (Estal. Hosp.)	1.111	1.111	1.181	1.221	3.441	2.821	4.181	2.441	2.181	2.441	2.251
Titulo Pasteur	6.951	6.941	6.931	1.851	6.941	6.581	6.551	6.581	6.561	6.561	6.541
Titulo de Higien.						2.461	3.481	3.481	3.881	10.861	3.331
Seção e Anos de Leite (Protecção a 1ª Infância)	1.471	1.481	1.461	1.561	1.451	1.111	6.621	6.581	6.661	6.571	6.541
Seção Médico Escolar						1.441					
Sanitário Sanitário	1.241	1.231	1.221	1.241	1.211	6.921	6.771	6.831	6.931	6.841	6.821
Secretaria dos Serviços de Profilaxia Geral	14.961	14.891	14.891	12.161	10.951	13.181					
S. Fisco. Medic. Farm. V. ditos							1.931	2.241	1.911	1.671	1.721
se. Polic. Alim. Publ.							5.451	5.661	5.971	5.411	5.181
se. Polic. Econ.							3.271	3.431	3.361	2.971	3.341
se. Hig. do Trab.							1.181	1.171	1.381	1.181	1.321
se. Ed. San. e L. Saúde							3.451	5.871	6.431	6.951	5.921
se. Prof. Lepra						4.261	4.721	4.481	4.891	4.261	3.931
se. Mtd. Infecciosas							19.291	18.681	18.1	17.881	17.141
se. Hig. Menstruais							6.781	6.811	6.811	6.731	6.691
se. Est. H. Rockefeller (1)							6.761	6.921	1.641	6.941	(3)
se. do Estado (2)							1.871	3.621	4.671	3.671	4.241
se. de Saneamento (4)							6.741	1.491	1.221	1.111	1.021
se. Despesas							6.151	6.491	6.871	6.871	6.471
Impresso de Hospit.							6.781				
União. e Farm. S. Saúde	6.161	6.671	5.991	7.951	6.621	5.291	9.241	6.621	6.461	7.361	6.471
Intendencia de Saúde											
Santos	6.661	5.881	5.781	5.561	5.671	3.211	4.131	3.741	4.671	5.481	5.951
Campanha	2.581	2.491	2.461	2.281	2.261	1.461	3.211	2.941	1.261	1.141	1.221
Libertação Preto	1.981	1.891	1.861	1.791	1.721	1.671	6.931	6.861	6.571	6.861	6.921
Guaratinguetá	1.681	1.591	1.571	1.461	1.421	6.831	6.771	6.711	6.861	6.721	6.731
São Carlos	1.841	1.831	1.811	1.671	1.631	1.641	6.231	6.221	6.241	6.271	6.211
Botucatu	1.841	1.831	1.811	1.671	1.631	1.641	6.241	6.221	6.251	6.221	6.271
Comissão de Tracato	2.881	2.871	2.851	2.631	2.561	1.551					
Inst. de Medicamentos Officiais		6.451	6.441	6.411	6.331	6.251					
Estação Biológica - Conservação de Matas	6.151	6.151	6.151	6.131							
Boqueiros Públicos (4)	12.321	12.261	12.181	11.231	9.961	2.441	15.411	14.491	12.211	11.861	26.341
Total Despesa com Saúde (6091)	14.656.280	14.676.881	14.135.881	14.472.721	15.571.781	15.384.344	112.811.224	113.771.524	113.282.455	113.564.425	114.721.555

FONTE: COLEÇÃO DE LEIS E DECRETOS DO ESTADO DE SÃO PAULO. † construção novo prédio Inst. Hig. †
variações na nomenclatura: 1920/25 - para custeio do Hosp. Isol., diárias Insp. Sanits. no interior e
outras desps. 1926/30 - para custeio Hospes, diárias e outras desps. com socorros públicos.