

ANDRÉ MOTA
MARIA GABRIELA S. M. C. MARINHO
(ORGANIZADORES)

PRÁTICAS MÉDICAS E DE SAÚDE NOS MUNICÍPIOS PAULISTAS: A HISTÓRIA E SUAS INTERFACES



Coleção Medicina, Saúde & História

Coleção Medicina, Saúde & História



André Mota
Maria Gabriela S. M. C. Marinho
(organizadores)

Ana Silvia Whitaker Dalmaso
André Mota
Antonio Celso Ferreira
Cássia Maria Baddini
Fernando Salla
Cristina de Campos
Eliza Pinto de Almeida
Fatima Aparecida Ribeiro
Heloísa Helena Pimenta da Rocha
Joana Azevedo da Silva
José Fernando Teles da Rocha
Karla Maestrini
Luis Ferla
Marcela Trigueiro Gomes
Marcia Regina Barros da Silva
Marcos Cesar Alvarez
Maria Alice Rosa Ribeiro
Maria Aparecida Muniz
Maria Cecília Cordeiro Dellatorre
Maria Cristina Turazzi
Maria Gabriela S. M. C. Marinho
Maria Lucia Caira Gitahy
Maria Lucia Mott (*In Memoriam*)
Marili Peres Junqueira
Olga Sofia Fabergé Alves
Paula Vilhena Carnevale Vianna
Ricardo Mendes Antas Júnior
Tais dos Santos
Tania Regina de Luca

PRÁTICAS MÉDICAS E DE SAÚDE NOS MUNICÍPIOS PAULISTAS: A HISTÓRIA E SUAS INTERFACES

Coleção Medicina, Saúde & História

© 2011 by Prof. Dr. André Mota
Profa. Dra. Maria Gabriela Silva Martins da Cunha Marinho

Direitos desta edição reservados à Comissão de Cultura e Extensão Universitária da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – CCEX-FMUSP

Proibida a reprodução total ou parcial, por quaisquer meios, sem autorização expressa da CCEX-FMUSP

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Vânia Aparecida Marques Favato – CRB-8/3301

P912 Práticas médicas e de saúde nos municípios paulistas: a história e suas interfaces / André Mota e Maria Gabriela S.M.C.Marinho. -- São Paulo: USP, Faculdade de Medicina: CD.G Casa de Soluções e Editora, 2011

304 p. : il. ; 21 cm. (Coleção Medicina, Saúde e História, 1)

Vários autores
ISBN: 978-85-62693-03-8

1. Medicina – São Paulo (Estado) – História. 2. Medicina - Prática – São Paulo (Estado). 3. Saúde Pública – São Paulo (Estado). I. Mota, André. II. Marinho, Maria Gabriela S.M.C. III. Título.

CDD 610.98161

Imagem da capa
Rua do Comércio, Bragança Paulista, 1909 - Fundo Oswaldo Russomano
Centro de Documentação e Apoio à Pesquisa em História da Educação da
Universidade São Francisco (CDAPH-USF)

As imagens reproduzidas no capítulo "A Medicina e a Lei: o Código Penal de 1890 e o exercício de curar. Práticas médicas e autos criminais em Bragança: assimetrias da modernização" pertencem igualmente ao mesmo fundo e estão sob a guarda do CDAPH-USF, que autorizou o presente uso.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Reitor:

Prof. Dr. João Grandino Rodas

Vice-Reitor:

Prof. Dr. Hélio Nogueira da Cruz

PRÓ-REITORIA DE CULTURA E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

Pró-Reitora:

Profa. Dra. Maria Arminda do Nascimento Arruda

Pró-Reitor Adjunto de Extensão:

Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

Pró-Reitora Adjunta de Cultura:

Profa. Dra. Marina Mitiyo Yamamoto

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor:

Prof. Dr. Giovanni Guido Cerri

Vice-Diretor no exercício da Diretoria da FMUSP:

Prof. Dr. José Otávio Costa Auler Junior

COMISSÃO DE CULTURA E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

Presidente:

Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

Vice-Presidente:

Prof. Dr. Cyro Festa Neto

MUSEU HISTÓRICO "PROF. CARLOS DA SILVA LACAZ"

Coordenador:

Prof. Dr. André Mota

ASSISTÊNCIA TÉCNICA ACADÊMICA

Márcia Elisa da Silva Werneck

SERVIÇO DE CULTURA E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

Coordenação:

Meire de Carvalho Antunes

Editora

CD.G. Casa de Soluções e Editora

Gregor Osipoff

www.cdgc.com.br

IN MEMORIAM DE MARIA LUCIA MOTT

SUMÁRIO

PREFÁCIO.....	9
---------------	---

José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

PARTE 1

A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA MEDICINA EM SÃO PAULO	13
--	----

MEDICINA E PRÁTICAS MÉDICAS EM SÃO PAULO: UMA INTRODUÇÃO	15
--	----

Antonio Celso Ferreira
Tania Regina de Luca

DE CRIADEIRAS A FAZEDORAS DE ANJOS: AS AMAS DE LEITE

E A CRIANÇA DESVALIDA SOB O OLHAR DA MEDICINA.....	37
--	----

José Fernando Teles da Rocha
Heloísa Helena Pimenta Rocha

CRIMINOLOGIA E MEDICINA LEGAL EM SÃO PAULO:

JURISTAS E MÉDICOS E A CONSTRUÇÃO DA ORDEM	63
--	----

Luis Ferla
Marcos César Alvarez

REVISTAS MÉDICAS PAULISTAS E A NOVA REALIDADE REPUBLICANA	89
---	----

Márcia Regina Barros da Silva

PERFIL DOS MÉDICOS E MÉDICAS EM SÃO PAULO (1892-1943).....	105
--	-----

Maria Lucia Mott
Maria Aparecida Muniz
Olga Sofia Fabergé Alves
Karla Maestrini
Tais dos Santos
Marcela Trigreiro Gomes

PARTE 2

MEDICINA E AS ARTES DE CURAR EM MUNICÍPIOS PAULISTAS	131
--	-----

A MEDICINA E A LEI: O CÓDIGO PENAL DE 1890 E O EXERCÍCIO DE CURAR. PRÁTICAS MÉDICAS E AUTOS

CRIMINAIS EM BRAGANÇA: ASSIMETRIAS DA MODERNIZAÇÃO.....	133
---	-----

Maria Gabriela S. M. C. Marinho
Fernando Salla

DILEMAS REVELADOS E MITO DESFEITO: SOROCABA E A EPIDEMIA DE FEBRE AMARELA NA REPÚBLICA VELHA	153
André Mota	
Cássia Maria Baddini	
O VALE DO RIBEIRA ENTRE 1970 e 1990: SAÚDE, EDUCAÇÃO, POLÍTICA E PARTICIPAÇÃO DE SUJEITOS	183
Ana Silvia Whitaker Dalmaso	
Joana Azevedo da Silva	
Maria Cecília Cordeiro Dellatorre	
Maria Cristina Turazzi	
"ÁGUA TAMBÉM É QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA": GERALDO HORÁCIO DE PAULA SOUZA E O DEBATE SOBRE O ABASTECIMENTO DA CIDADE DE SÃO PAULO: PROPOSTAS PARA A SUPERANÇA DA CRISE, 1913-1925	215
Cristina de Campos	
Maria Lucía Caira Gitahy	
A SAÚDE PÚBLICA NAS CIDADES DE RIO CLARO, SÃO CARLOS E ARARAQUARA, EM FINS DO SÉCULO XIX	235
Maria Alice Rosa Ribeiro	
Marili Peres Junqueira	
SANATÓRIOS, TECNOLOGIA MÉDICA E CULTURA URBANA: UMA VISITA À CIDADE SANATORIAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS NA PRIMEIRA METADE DO SÉCULO XX	259
Paula Vilhena Carnevale Vianna	
Fátima Aparecida Ribeiro	
OS SERVIÇOS DE SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO: SELETIVIDADES GEOGRÁFICAS E FRAGMENTAÇÃO TERRITORIAL	281
Eliza Pinto de Almeida	
Ricardo Mendes Antas Jr.	
SOBRE OS AUTORES.....	296

PREFÁCIO

Em um artigo publicado em 2006¹, a Professora Norma Côrtes, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, desenvolve uma interessante discussão sobre o caráter do conhecimento histórico. Dialogando com o vigoroso pensamento do filósofo Hans-Georg Gadamer, e fortemente apoiada nele, a historiadora defende a tese, ainda hoje polêmica, de que a História não dispõe de um método, no sentido clássico das ciências modernas. Antes, o conhecimento histórico pode ser melhor compreendido, segundo a autora, como um tipo de sabedoria prática, no sentido da *phronesis* aristotélica, atualizada por Gadamer na sua *Hermenêutica Filosófica*. Em outros termos, Côrtes reafirma a estreita relação que, pelo menos desde Dilthey, é estabelecida entre uma reflexão filosófica consciente de suas limitações temporais e imediatamente interessada no sentido prático-moral de toda expressão racional e uma consciência histórica que recusa tanto o relativismo contextualista do historicismo romântico quanto a pretensão objetivista de uma História que se julga capaz de conhecer os fatos “em si”, resgatando-os sãos e salvos de uma espécie de exílio a que a distância temporal os teria condenado.

Herdeiro e reconstrutor de uma tradição filosófica que passa por nomes como Dilthey, Husserl e Heidegger, Gadamer estabelece um *point of no-return*, tanto para a Filosofia como para a História, no caminho do abandono da moderna hipostasia da relação sujeito-objeto do conhecimento. Filosofar será sempre, segundo essa tradição, pensar desde um horizonte temporal e sempre para além dele; será a superação dialética da facticidade pelo reconhecimento, a cada vez, de seu sentido existencial. Historiar, por sua vez, será sempre participar ativamente de uma dada experiência de pensamento; será explorar, desconstruir e reconstruir a temporalidade que constitui a facticidade da existência, incluindo, evidentemente, o pensar a existência. Nesse sentido, Côrtes e Gadamer têm razão quando vêm no procedimento histórico menos a aplicação sistemática de um método cognitivo que um movimento relativamente livre de apropriação crítica de experiências temporalmente circunstanciadas e sempre repletas de implicações morais, éticas e políticas – ainda que tal movimento dependa de rigorosas técnicas de produção e interpretação de evidências que sustentem a validade da narrativa histórica.

Se as mútuas interpelações entre *Hermenêutica Filosófica* e História fecundam ambos os campos com ricas aproximações e diferenciações, o que pode ser testemunhado pelo debate travado entre Koseleck e Gadamer², maiores ainda serão os efeitos de “desacomodação” de velhos dogmatismos quando se trata de aspectos filosóficos e históricos de campos científicos e tecnológicos. É que no ambiente das ciências a temporalidade não costuma

- 1 Côrtes, Norma. Descaminhos do método: notas sobre história e tradição em Hans-Georg Gadamer. *Varia História*. V.22, N.36, julho/dezembro de 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/vh/v22n36/v22n36a03.pdf>.
- 2 Koselleck, Reinhart; Gadamer, Hans-Georg. *Historia y hermenéutica*. Barcelona: Paidós, 1997.

ser tomada nem como destino inescapável, nem como contingência a ser contornada: ela sequer é reconhecida! Com efeito, as revoluções científicas e tecnológicas fizeram-se acompanhar da potente ilusão iluminista de uma razão que caminha, segura e celeremente, das trevas para a luz, da suscetibilidade ao controle. O tempo aqui é só uma espécie de cenário desta crônica de progressivos e completamente administráveis sucessos no conhecimento e domínio racional do mundo. É principalmente contra essa ilusão cientificista (mas não contra a ciência, como muitos mal interpretam) que a hermenêutica gadameriana se levanta no clássico *Verdade e Método*³. Gadamer, na contramão dessa ilusão, fala-nos da tradição como fonte de racionalidade, da produtividade cognitiva do preconceito, da consciência histórica como antídoto para o relativismo, da história dos efeitos como via de acesso aos significados. Dessa forma, ajuda a colocar em novas bases a auto-compreensão das ciências humanas, mas também a dos empreendimentos científicos e tecnológicos de modo geral – uma reconstrução que será, em larga medida, compartilhada por autores de linhagens teóricas e preocupações tão diversas quanto Habermas, Rorty ou Giddens.

Qualquer ciência e suas correlatas técnicas são “filhas” de seu tempo, isto é, são parte de uma experiência prática que se projeta desde a, e para a, sua existência temporal por meio das regularidades e permanências de suas pretensões de verdade (ainda que no sentido de quase-verdades, tal como postulada por Costa⁴). A tarefa hermenêutica da compreensão de uma ciência em sua atualidade, com seu fundamento histórico, assim como a tarefa da compreensão histórica de uma ciência em seu passado, com seu fundamento hermenêutico, não são outra coisa, portanto, que as duas faces de um mesmo movimento de uma razão prático-moral que se debruça sobre essa experiência humana, realimentando-a de sentido e de possibilidades de compartilhamento de sentido.

Se tal (re)apropriar-se do sentido de nossas práticas científicas e tecnológicas é um exercício fundamental em qualquer campo do conhecimento, dado o caráter emancipatório do movimento compreensivo e auto-compreensivo da experiência hermenêutica mediada pelo procedimento histórico (ou será a experiência histórica mediada pelo procedimento hermenêutico?), que dizer quando o campo de conhecimento em questão refere-se a práticas médicas e de saúde pública?

Desde o passado hipocrático, no qual reconhecemos, por afirmação ou negação, a identidade dos saberes e práticas de saúde de nossos dias, aprendemos a reconhecer na busca racional das verdades dos fenômenos sócio-vitais um elemento fundamental para o estabelecimento de bases normativas de enorme alcance individual e coletivo. Em momentos de importantes inflexões históricas o campo de conhecimento a que chamamos genericamente de ciências da vida e da saúde tem desempenhado papéis de

3 Gadamer, Hans-Georg. *Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Petrópolis: Vozes; São Paulo: Editora Universitária São Francisco, 1997.

4 Costa, Newton Carneiro Affonso da. *O conhecimento científico*. São Paulo: Discurso Editorial, 1997.

grande relevância, como na emergência do racionalismo clássico na Grécia, no antropocentrismo cultural do Renascimento, na construção científico-tecnológica da modernidade ocidental, assim como no impressionante movimento contemporâneo rumo à engenharia genética da vida.

Assim, não será difícil entender nossos sentimentos de curiosidade, satisfação e esperança diante do presente trabalho. Curiosidade por encontrar nesta obra coletiva competentes pesquisadores de formação diversa, como historiadores, médicos, sociólogos, geógrafos, enfermeiros, antropólogos, todos envolvidos na mesma tarefa prático-moral de “fazer falar de novo”, no modo de dizer hermenêutico, experiências das ciências e técnicas da saúde tão significativas na construção das práticas de saúde paulistas e brasileiras. Satisfação porque esta publicação inaugura a coleção Medicina, Saúde e História do Museu Histórico Prof. Carlos da Silva Lacaz, da Faculdade de Medicina da USP, consolidando o processo de restauro e revitalização iniciado na instituição em 2007. Para além das atividades museais propriamente ditas, o Museu tornou-se, desde então, sob a liderança dos historiadores André Mota, seu coordenador, e Gabriela Marinho, pesquisadora associada, um ativo centro de produção e difusão de conhecimento histórico sobre medicina, saúde pública e áreas afins. Portanto, nada mais adequado para a realização do escopo desse “novo” Museu que fazer fluir para a comunidade acadêmica e técnica interessada pesquisas históricas de qualidade e interesse, como as veiculadas neste primeiro volume.

Por fim, mas não menos forte, o sentimento de esperança. Esperança de ver a área da história se incorporar radicalmente à cultura institucional e acadêmica de uma instituição como a Faculdade de Medicina da USP, tão importante pólo irradiador de pesquisa, ensino e extensão em nosso país. Esperança de ver nosso Museu contribuir consistentemente para o campo da História brasileira, de modo geral, e da história das práticas de saúde em particular. Esperança, especialmente, de que a auto-compreensão prática das ciências e técnicas da saúde propiciadas por produções como esta possa fazer nossa medicina e nossa saúde pública mais sábias e generosas; de que possa tornar-nos “melhores” que nossos antecessores, de modo análogo ao que Georg Steiner propõe para a literatura, nas belas palavras que Côrtes usa como epígrafe do artigo aqui citado: “A ‘alma mais forte’ do precedente maior, a proximidade da versão rival, a existência, a um só tempo opressiva e libertadora, de uma tradição comum, liberta o escritor da armadilha do solipsismo. Um pensador ou artista verdadeiramente original é simplesmente o que excede ao pagar suas dívidas.”

José Ricardo de C. M. Ayres

PARTE 1
A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA
MEDICINA EM SÃO PAULO

MEDICINA E PRÁTICAS MÉDICAS EM SÃO PAULO: UMA INTRODUÇÃO

Antonio Celso Ferreira¹

Tania Regina de Luca²

Desde as últimas décadas do século XX cresceu mundialmente o interesse pela história das ciências, área que se tornou promissora no âmbito historiográfico e tem aberto amplos espaços para o diálogo entre os historiadores e os profissionais dos diversos campos do saber. Como bem assinalou Michel de Certeau em texto publicado na década de 1970 e que se tornou referência teórica valiosa, nessa aproximação com outras modalidades de conhecimento, “a história não deixou de manter a função que exerceu durante séculos por razões bem diferentes e que convém a cada uma das ciências constituídas: a de ser uma crítica” (DE CERTEAU, 2000, p. 90). Entenda-se por crítica, sob tal perspectiva, a possibilidade de investigar os modos próprios de constituição dos saberes no que tange a vários aspectos: seus caminhos e desvios; os agentes e sua relação com a sociedade, lugares de produção e instituições reguladoras; modelos epistemológicos e técnicas; terrenos de atuação e tipos de prática.

Não tem sido diferente a contribuição da história (e das ciências humanas em geral) à medicina desde a abordagem pioneira de Michel Foucault, sobretudo, em *O nascimento da clínica* (FOUCAULT, 1977), obra publicada originalmente em 1963 em que o autor trata dos deslocamentos desse saber clássico na Europa do século XIX. A difusão de suas idéias estimulou, desde então, toda uma série de novos estudos sobre as instituições e práticas médicas. Entre nós, exemplo significativo da inauguração dessa safra temática foi o livro *Ordem médica e norma familiar*, publicado na década de 1970, em que Jurandir Freire Costa (1999) analisou o papel desempenhado pela medicina brasileira no estabelecimento das normas familiares burguesas. Mas os estudos acerca do assunto não pararam de por aí: ao contrário, tenderam a ampliar-se progressivamente em várias pesquisas que tomaram como objeto suas principais instituições e atores, em momentos determinantes, o que bem atesta a presente coletânea.

Apesar disso, há ainda muito a pesquisar sobre a história da medicina e das práticas médicas no Estado de São Paulo, onde atualmente convivem sofisticadas clínicas, disponíveis para os mais ricos, ao lado dos serviços públicos de saúde extremamente precários destinados à massa da população. Da Faculdade de Medicina, fundada em 1913, às diversas

1 Professor Titular em História do Brasil Contemporâneo da FCL, UNESP-Assis, onde atua nos cursos de graduação e pós-graduação.

2 Professora Livre-Docente em História do Brasil Republicano, FCL, UNESP-Assis, onde atua nos cursos de graduação e pós-graduação.

escolas superiores existentes nos dos dias de hoje, na capital e no interior, o contraste é evidente. Maior ainda se torna, quando se constata que, há pouco mais de um século, pouquíssimos eram os médicos atuantes na região, a maioria formada nas faculdades do Rio de Janeiro ou da Bahia, e que a grande parte da população continuava fiel às práticas caseiras de cura, típicas da sociedade colonial. Daí às radicais transformações ocorridas no ensino de medicina e na própria área profissional dos médicos e dos agentes de saúde, outro fosso de grande magnitude se constata.

Os estudos históricos, portanto, muito têm a contribuir para o entendimento desse processo de mudanças, cujas raízes remontam à época do domínio ibérico, mas que encontra seu momento de inflexão na segunda metade do século XIX, quando se inicia o desenvolvimento econômico e a modernização do Estado de São Paulo, que criaram as condições para alterar padrões culturais e científicos vigentes na região. Neste artigo, pretende-se traçar, em grandes linhas, a trajetória da medicina paulista em três períodos distintos: do início do povoamento em São Vicente e no planalto (século XVI) aos finais do século XVIII; do governo de D. João VI às derradeiras décadas do século XIX; e daí à primeira metade do século posterior.

Embora tal periodização seja um tanto generalizante e coincida com os principais marcos da cronologia política brasileira (Colônia, Monarquia e República), sua lógica corresponde às mudanças ocorridas no próprio campo médico regional, como aponta a bibliografia sobre o assunto, da forma como será exposto nas páginas seguintes.³ Neste aspecto, ela pode ser útil neste texto introdutório, cuja finalidade é apresentar um quadro abrangente do tema que será discutido em suas especificidades ao longo do livro.

SANGRIAS, ERVAS E CARIDADE NA SÃO PAULO DE PIRATININGA

Nos dois séculos em que permaneceram na América portuguesa (1549 a 1759), foram os padres da Companhia de Jesus os principais encarregados da assistência médica nos povoados da imensidão colonial. Em sua obra sobre as coordenadas gerais da história da medicina no Brasil,

3 É certo que os marcos de referência histórica, sejam eles de natureza econômica, política, cultural, técnica, arquitetônica ou outra, são sempre discutíveis porque, além de corresponderem às circunstâncias do lugar e da temporalidade própria à investigação, uma vez escolhidos, tornam-se definidores dos objetos estudados. A esse respeito, são ilustrativos os nomes adotados por alguns autores para distinguir as fases da história da cidade de São Paulo, entre outros, nas obras de Ernani da Silva Bruno (*arraial dos sertanistas, burgo de estudantes, metrópole do café e cidade contemporânea*), Benedito de Lima Toledo (*cidade de taipa, de tijolo e cidade erguida em cima deles*). Ver BRUNO, Ernani da Silva. *História e tradições da cidade de São Paulo*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1953, 3 vols. e TOLEDO, Benedito Lima de. *Três cidades em um século*. 2ª. Ed. São Paulo: Duas Cidades, 1983. O significado desses modos de periodizar é discutido em Glezer (2007, p. 145-148).

imprescindível para o conhecimento do tema, Lycurgo de Castro Santos Filho (1977, p. 119) lembra que:

Os padres e irmãos não somente administravam o seu império comercial, como exerceram, eles próprios, os mais variegados ofícios, dentro de seus estabelecimentos. Entre esses ofícios constatarem-se os relacionados com a assistência médica. Eles foram físicos, cirurgiões-barbeiros, enfermeiros e boticários⁴.

Embora nem todos possuíssem cartas de autorização para o exercício desses ofícios, que já haviam se constituído na Europa desde o século XII, os padres de Santo Inácio, além do trabalho da catequese do índio, assistiram às parturientes, medicaram, lancetaram, sangraram, combateram a embriaguez, visitaram enfermos, ordenaram atividades físicas e praticaram a caridade. Em suas casas e missões instalaram enfermarias não só para o tratamento dos próprios religiosos, como também dos nativos e demais habitantes.

Esse papel, representativo do que Jurandir Freire Costa chamou de *teologia do poder familiar*,⁵ foi desempenhado na vila de São Vicente e nos arraiais pouco a pouco instalados no planalto e em suas cercanias do século XVI ao XVIII. A pobreza, a dispersão populacional e o isolamento da área em relação ao controle metropolitano contribuíram ainda mais para reforçar tal poder. A respeito das primeiras providências adotadas para sua missão na vila de Piratininga, informa José de Anchieta, em 1954: “permanecemos [...] em uma pobre casinha feita de barro e paus, coberta de palhas [...] onde estão ao mesmo tempo a escola, a enfermaria, o dormitório, o refeitório, a cozinha, a despensa” (SANTOS FILHO, (1977, p. 126).

As cartas jesuíticas, escritas no século XVI para relatar as atividades missionárias aos superiores da Companhia, deixaram registros preciosos sobre as enfermidades que acometiam a população e a terapêutica empregada pelos padres. As doenças mais comuns do norte ao sul da colônia eram a varíola, o sarampo, a malária, a disenteria, a sífilis, além das afecções hepáticas, pulmonares, gástricas, renais e cardíacas. Uma das primeiras notícias dessas moléstias na região foi a peste da varíola que em 1563 dizimou numerosos colonos e índios. Em seu estudo sobre o cotidiano da sociedade colonial paulista, Alcântara Machado (1972, p. 99) descreve os métodos dos inicianos para combater esse grave mal:

A começar pela garganta e pela língua, cobria-se o corpo inteiro de uma como lepra. Apodrecidas, as carnes se destacavam, lançando

4 “Físicos” eram os poucos médicos propriamente ditos, licenciados pela Universidade de Coimbra ou de Salamanca. Dava-se o nome de “cirurgiões-barbeiros” àqueles que, além de sangrar, aplicar ventosas e sanguessugas ou extrair dentes, ainda barbeavam e cortavam o cabelo. A partir do século XIX surgiria o ofício específico do barbeiro, distinto do médico.

5 Idem, p. 43. Trata-se de COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar*. 4ª. Ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999.

cheiro e criando gusanos. Morriam os padecentes em três ou quatro dias. Os padres de Jesus serviam então de médicos, enfermeiros e boticários, assim aos índios, como aos colonos. Combatiam a doença horrível com sangrias, e também cortando toda a carne, e depois lavando o corpo com água quente. Muitos no dizer de Anchieta recobram a saúde com estas medicinas. Relewa notar que não foi sem hesitação que os inacianos se iniciaram na prática da flebotomia. Mas, consultado, Santo Inácio respondeu lindamente que a tudo se estendia a caridade.

As práticas médico-cirúrgicas dos jesuítas, transplantadas para a América, seguiam os preceitos do saber médico ibérico do início da Idade Moderna, mas progressivamente se mesclaram aos modos de cura praticados pelos indígenas. Baseavam-se, originalmente, na filosofia humoral de Hipócrates e nas idéias de Galeno, recompostas pelo arabismo e pela escolástica. Tratava-se, segundo Lyrurgo de Castro Santos Filho, de uma arte “já amesquinhada e apoucada num meio obscurantista ainda imerso no medievalismo que permaneceu fechado por séculos ao renascentismo”⁶

A sangria era o remédio para a maioria das doenças. As fontes indicam que mais de um século depois, em 1691, os enfermos ainda eram sangrados vinte e trinta vezes até morrerem, uma vez que os médicos cirurgiões estavam convencidos “de que todos os males eram atribuíveis à sobejidão do sangue” (MACHADO, 1972, p. 103). Além desse procedimento, eles escarificavam, aplicavam ventosas e sanseguessugas, bem como realizavam pequenas cirurgias. A prática foi tão comum que, afóra os jesuítas, outros colonos também aprenderam o ofício. Ao compulsar os inventários e testamentos do período, Alcântara Machado encontrou, entre outros bens descritos para transmissão aos herdeiros, os principais instrumentos utilizados pelos cirurgiões-barbeiros: navalhas; tesouras de barbear; lancetas e agulhas; ferros de botica e de tirar dentes; alicates; pinças e escarnadores (MACHADO, 1972, p. 102).

Mas a sangria não era empregada unicamente pelos jesuítas e colonos de origem européia. Entre os indígenas, os pajés a utilizavam no tratamento de afecções gerais ou localizadas, assim como amputavam membros e extraíam dentes cariados. Entretanto, a base da medicina nativa consistia na exploração de uma grande variedade de vegetais, dentre eles a copaíba, a capeba, a maçaranduba, a jurubeba, o maracujá, o caju, o jaborandi, o guaraná, o tabaco, a umbaúba... Os padres da Companhia de Jesus apropriaram-se desse conhecimento, identificando e catalogando as espécies vegetais, observando suas propriedades terapêuticas, extraindo e conservando seus sucos em suas farmácias. Difundiram, ademais, suas receitas nas várias missões coloniais e também na Europa. Em São Paulo, a Botica do Colégio foi durante séculos a mais importante farmácia da cidade (SANTOS FILHO, 1977, p. 121-131).

6 Idem, p. 153. Neste caso é Lyrurgo de Castro Santos Filho, como se indica no texto.

Os jesuítas não foram, contudo, os únicos beneficiários da medicina indígena. Como salienta Sérgio Buarque de Holanda, especialmente desde o início do bandeirismo, no século XVII, intensificou-se a interação entre os mamelucos e os índios. Em suas incursões pelo interior, os sertanistas conheceram uma enorme variedade de remédios dos bugres, extraídos da botica da natureza, que seriam além dos patuás e outras magias oriundas da mesma cultura, incorporados a partir de então no cotidiano da gente paulista (HOLANDA, 1957).

Na ausência de físicos e cirurgiões gabaritados e em número suficiente para cuidar da população, aliás, as tarefas médicas eram comumente exercidas também por “mèzinheiros, triagueiros, benzedeiros e curandeiros de toda a casta” (MACHADO, 1972, p. 99). Embora a edilidade local tentasse regular a atividade sanitária, designando nos arraiais os juizes dos físicos, aos quais incumbia a tarefa de expedir licenças para esse ofício, o número de médicos seguiria insuficiente até o século XVIII. O problema era o mesmo em Portugal, onde “[...] bastava um simulacro de exame perante o físico-mor ou cirurgião-mor do reino, para ser admitido ao exercício da arte qualquer indivíduo, com estudos sumarríssimos [...] Médicos idiotas, assim chamava o povo expressivamente a esses antepassados [...]” (MACHADO, 1972, p. 99-100)

Durante o século XVIII, os letrados da colônia procuraram compensar a falta de cursos superiores e os poucos estudos com a fundação de academias científicas e literárias, que também proliferavam na Europa. Tinham como objetivo reunir os interessados no conhecimento e na difusão das ciências naturais e das letras. Em Salvador, foram criadas a Academia Brasilica dos Esquecidos e a Academia Brasilica dos Renascidos (1759); no Rio de Janeiro, a Academia dos Felizes (1736) e a Academia Científica (1771). Os registros disponíveis indicam que, dentre os membros dessas agremiações, participaram alguns professores de medicina, cirurgia e farmácia, bem como físicos, boticários, bacharéis em leis, sacerdotes e outros letrados. A Academia Científica, que alcançou maior notoriedade, mantinha correspondência com a Academia Real de Ciências da Suécia (SANTOS FILHO, 1977, p. 358-368). Em São Paulo, entretanto, somente no século XIX surgiriam entidades dessa natureza.

A ação médica na São Paulo colonial, realizada por padres ou leigos, era orientada pelas concepções de caridade cristã da época. As Santas Casas de Misericórdia nuclearam as práticas caritativas, mas os jesuítas não participaram formalmente dessas instituições em razão das regras religiosas proibitivas nesse quesito. Originadas em Portugal no século XV sob a proteção da coroa, elas se espalharam pelas colônias da América, da África e da Ásia, estimuladas pelos privilégios concedidos pelo rei aos membros da irmandade: isenção das aposentadorias, de servir nos cargos municipais e das inspeções por parte dos bispos e funcionários reais. As obras da Misericórdia, estabelecidas na metrópole, incluíam “visitas a pobres envergonhados para a distribuição de esmolas; inspeção das prisões para proporcionar alimento, assistência jurídica e religiosa aos

prisioneiros pobres; enterro dos pobres e justicados e socorro aos doentes” (MESGRAVIS, 1976, p. 33).

No Brasil, a casa mais antiga foi fundada por Brás Cubas em 1543 para “socorrer marinheiros doentes que aportavam depois da penosa travessia do Atlântico” (MESGRAVIS, 1976, p. 38). Seguiram-se as de Salvador, Espírito Santo, Olinda, Rio de Janeiro, Porto Seguro, Sergipe e Paraíba, Itamaracá, Belém, Igarassu e Maranhão, fundadas da segunda metade do século XVI a meados do subsequente.

Ainda que de maneira indireta e lacunar, as fontes históricas também sugerem a existência de uma Santa Casa em São Paulo desde o século XVI, como observa Laima Mesgravis em seu estudo precursor a respeito do tema. No entanto, a ação da misericórdia na vila de Piratininga não incluiu, inicialmente, a construção de um hospital, em virtude das condições de pobreza e da pequena densidade demográfica do planalto. O trabalho da Irmandade envolveu, basicamente, as missas pelas almas dos defuntos, a distribuição de esmolas, o tratamento domiciliar dos doentes, o enterro dos pobres e indigentes. No século XVII foi construída uma igreja que passou a ser a sede dos serviços religiosos e ainda o lugar para os sepultamentos. Predominaram, “à testa da Irmandade, [...] elementos da elite local descendente dos primeiros povoadores ou a ela ligados pelos laços do matrimônio” (MESGRAVIS, 1976, p. 57).

Desde o século XVIII, tais ações seriam afetadas por uma série de acontecimentos precipitados pela corrida do ouro, pela Guerra dos Emboabas, pela expulsão dos jesuítas e pelas transformações administrativas da capitania. A descoberta do metal precioso acarretou o êxodo da maior parte da população economicamente ativa; a guerra mobilizou grande quantidade de jovens, retirando-os das funções produtivas; ao longo da centúria São Paulo perdeu os territórios de Minas Gerais, de Santa Catarina, Goiás e Mato Grosso. Tal situação levou à piora das finanças locais, o que teve forte impacto no papel da Misericórdia.

Apesar disso, em 1714 foi fundado o primeiro hospital da Santa Casa de São Paulo, construído em edifício conjugado à igreja. A documentação registra, entretanto, as condições precárias tanto das instalações físicas como dos recursos econômicos da Irmandade no decorrer do século, que prejudicaram consideravelmente o trabalho efetivo da Misericórdia, sobretudo, no tocante à assistência médica (MESGRAVIS, 1976).

Nesse contexto adverso e marcado por aflições variadas, restava à população recorrer às benzeduras, à magia e a orações milagrosas, como esta: “Em nome de Deus Padre, em nome de Deus Filho, em nome do Espírito Santo, ar vivo, ar morto, ar de estupor, ar de perlesia, ar arrenegado, ar excomungado, eu te arrenego em nome da Santíssima Trindade” (apud MACHADO, 1972, p. 105).

HOSPITAIS DE MISERICÓRDIA E PRESTÍGIO MÉDICO NA PROVÍNCIA PAULISTA

A historiografia sobre a medicina é concorde em assinalar o século XIX como divisor de águas no que diz respeito à fundação de novas instituições que passariam a regular o ensino e a prática dessa área de saber. No dizer de Michel Foucault, é nessa época que surge o “mito de uma profissão médica nacionalizada, organizada à maneira do clero e investida ao nível da saúde e do corpo de poderes semelhantes aos que este exercia sobre as almas” (FOUCAULT, 1977, p. 35). Não foi diferente o que ocorreu em Portugal e no Brasil, em particular em São Paulo. Isto não significa, todavia, que as ações de caridade diante da doença e as práticas populares de cura tenham inteiramente desaparecido no novo cenário da ciência, embora passassem a ser submetidas progressivamente à nova ordem.

No Brasil, mudanças fundamentais ocorreriam a partir de 1808, quando D. João VI criou duas escolas cirúrgicas: a da Bahia e a do Rio de Janeiro, ambas estabelecidas em hospitais militares. Cinco anos depois, elas seriam transformadas em academias, o que possibilitou maior regularidade e institucionalização aos cursos (SCHWARCZ, 1993, p. 195). Doravante, os médicos paulistas seriam formados nessas escolas e viriam substituir os raros físicos, provenientes da metrópole, ou os cirurgiões-barbeiros, práticos na maioria. Nem por isso eram em número suficiente para cuidar da população ou capacitados à altura para cumprir a nobre missão, a eles atribuída, de sanear a sociedade. Além da insuficiência das dotações financeiras para o seu funcionamento, até 1870 as faculdades nacionais careciam de um projeto científico sólido.

Em contrapartida, a população do planalto paulista apresentava uma leve tendência de crescimento: de 9 mil habitantes em 1836 para 12 mil em 1855; de 20 mil a 30 mil se consideradas também as freguesias de Cotia, Embu, São Bernardo e outras (MESGRAVIS, 1976, p. 97).⁷ Desde o início do século, a economia da província desenvolveu-se de forma lenta com a lavoura canavieira até o florescer da cafeicultura que passaria a suplantá-la por volta de 1850. No rastro do café, a população urbana do interior paulista também aumentou significativamente e novas cidades surgiram no oeste. A elite regional fortaleceu-se nesse surto de progresso e ganhou prestígio político pelo papel de ponta desempenhado no processo de independência do país. Os bacharéis em Direito, formados na Academia do Largo de São Francisco – primeira instituição de ensino superior da província, fundada em 1827 – e os médicos, ainda que originários das famílias de fazendeiros, renovariam a feição dos grupos dominantes locais.

O cotidiano da cidade de São Paulo era, contudo, ainda marcado pelo marasmo, pelo menos até 1870, quando esse panorama se alterou em

7 Ver também: MORSE (1970, p. 171).

decorrência das novas benfeitorias urbanas e do maior afluxo de pessoas, incluindo os imigrantes e os negros paulatinamente libertos das fazendas. Desde a primeira metade do século, contudo, agravaram-se os problemas de saúde pública na capital. Para Laima Mesgravis (1976, p. 98), apesar do seu acanhamento, a cidade

[...] atraía inúmeros pobres, doentes, lázaros, alienados que vinham à capital em busca de algum socorro para sua miséria e seus males. As autoridades municipais interioranas livravam-se dos problemas enviando esses infelizes a São Paulo, onde existia a Santa Casa da Misericórdia, única instituição organizada de assistência social.

Foi nesse quadro que a Irmandade da Misericórdia se reorganizou, com a adoção do modelo da confraria de Lisboa no tocante à arregimentação e hierarquização dos participantes – incluindo pela primeira vez as mulheres - às formas de angariar recursos e prestar contas, assim como às práticas de caridade. Dessa forma, as Santas Casas exerceriam, ao longo do século XIX, lugar central na assistência médica e social à população pobre da capital e do interior. Em toda a província, “além dos precários hospitais de Santos, Itu e Sorocaba [...] só São Paulo possuía Hospital da Caridade com Casa dos Expostos anexa e Lazareto” (MESGRAVIS, 1976, p. 134). Até o final dos oitocentos, a Irmandade da Misericórdia ainda se responsabilizaria pelo atendimento hospitalar dos desamparados.⁸

Na capital, o Hospital de Caridade e a Casa dos Expostos, que acolhia os recém-nascidos abandonados e os destinava à adoção, foram inaugurados em 1825 e sofreriam reformas e acréscimos constantes nas décadas posteriores. Desde 1802 já havia também na cidade um abrigo para os lázaros, onde eram confinados os “doentes que perambulavam pelas ruas da cidade e, mais tarde os de toda a província” (MESGRAVIS, 1976, p. 124). Por muitas décadas, no entanto, tais instituições funcionaram como abrigos aterrorizantes, uma vez que socorriam as pessoas pobres, portadoras de moléstias contagiosas, alienação mental ou outras doenças terminais depois de esgotadas as ervas caseiras e as benzeduras. O tratamento dos indivíduos dotados de recursos financeiros, ao contrário, era realizado em casa. A terapêutica preconizada para a lepra, em 1840, exemplifica bem a indigência da medicina das Santas Casas: afora o confinamento, que já se adotava desde o século anterior, prescreviam-se “sangrias copiosas, suadouros, choques elétricos e banhos quotidianos e prolongados, além de fricções com soluções desinfetantes” (MESGRAVIS, 1976, p. 130).

A despeito dos avanços da medicina no século XIX, especialmente com as descobertas de Lister e Pasteur sobre a origem microbiana das doenças e a fundação da enfermagem moderna, as condições hospitalares na província de São Paulo pouco se alteraram. O corpo de enfermeiros era

8 O *Almanach Litterário Paulista* para o ano de 1881 informa que a província somava sete Casas de Misericórdia: uma em São Paulo e as demais em Jacaréí, Campinas, Santos, Bananal, Itu e Sorocaba. Ver, a respeito: FERREIRA (2002, p. 32).

ainda composto por práticos, fossem os homens ou as irmãs de caridade. Permaneciam as dificuldades de arrecadação de recursos, tanto provenientes das dotações orçamentárias públicas quanto das doações de particulares. Somente na década de 1880 o tratamento dos enfermos seria beneficiado da organização de um corpo clínico constituído de profissionais especializados, como cirurgiões, médicos para moléstias dos olhos, parteiros e especialistas em senhoras (MESGRAVIS, 1976, p. 152-156).

Nas três últimas décadas do século XIX já se podia observar na província o grande prestígio conferido à profissão médica e a irradiação do seu poder na sociedade. A medicina não só se tornaria um ofício rentável como também passaria a ser porta de ingresso para o mundo da política e da elite intelectual. Os princípios da abnegação e da caridade cristã, pressupostos para a dedicação assistencial e pública desses profissionais, seriam rapidamente substituídos por valores pragmáticos e tipicamente capitalistas.

Como se observa na leitura dos jornais e dos almanaques da época, novos consultórios médicos eram abertos em número crescente para o atendimento privado dos mais abastados, tanto na capital quanto nas cidades interioranas. Páginas e páginas desses periódicos também eram ocupadas por guias médicos com receitas para todos os males e a publicidade de seus autores. Anunciavam-se ainda os produtos dos recentes laboratórios homeopáticos criados na paulicéia e a instalação de drogarias nas principais cidades da hinterlândia. Disseminavam-se igualmente propagandas de remédios para combater doenças variadas: reumatismo; sífilis; dor de dentes; hemorróidas; epilepsia; distúrbios femininos e outras.

As descobertas científicas eram demonstradas em sua utilidade cotidiana. Em 1885, o *Almanach Litterário de São Paulo* anunciava o Atauba de Sabyra, um “assombroso remédio dos índios! Maravilha do século XIX! Aprovado pela Junta de Hygiene pública do Rio de Janeiro e autorizada pelo governo Imperial!”. No desenho que acompanhava a propaganda, estampa-se a figura de um índio com seu arco-e-flecha em posição de combate a uma cobra. Para fincar suas raízes nos hábitos da população, a ciência e a publicidade dos paulistas buscavam o amparo dos símbolos já sedimentados no imaginário coletivo (FERREIRA, 2002, p.87). Apesar do prestígio alcançado, os médicos seguiam disputando espaço com os benzedores e feiticeiros.

A REPÚBLICA E A CONSTITUIÇÃO DE UM APARATO MÉDICO-SANITÁRIO

As transformações por que passou a cidade e o Estado de São Paulo a partir das décadas finais do século XIX foram objeto de inúmeros estudos, que compõem vasta e diversificada produção historiográfica sobre o tema. Em 1872 a capital, com população na casa dos 30 mil indivíduos, ocupava

um modesto décimo lugar entre as cidades brasileiras, superada em termos de habitantes por Niterói, Fortaleza, Cuiabá e São Luís (SINGER, 1977, p. 19-20).⁹ Conservava ares coloniais e particularizava-se pelo “aspecto monótono e quase tristonho pelo pouco movimento de comércio em grosso e de fábricas” (MARQUES, 1980, p. 242), só perturbado pelos estudantes da Faculdade de Direito do Largo de São Francisco, cuja fundação remontava a 1827.

A simples menção das cifras do crescimento populacional fornece a dimensão das mudanças: 64.934 em 1890; 239.820 em 1900; 357.324 em 1910; o que equivale a um crescimento de mais de mil por cento entre a última década citada e os anos 1870. Num período particularmente marcante, os poucos anos compreendidos entre 1886 e 1900, o percentual chegou aos 400%. No censo de 1920 registraram-se 579.033 cidadãos e na primeira metade do decênio seguinte ultrapassou-se a marca de um milhão. Não surpreende, portanto, que a cidade tenha se tornado motivo de orgulho e, ao mesmo tempo, um enorme desafio para as elites republicanas encarregadas de geri-la.

Era preciso garantir o abastecimento e qualidade da água e dos víveres, racionalizar a circulação, implantar sistema de transporte público, iluminar, abrir ruas e avenidas, calçar, canalizar córregos, coletar lixo e esgoto doméstico, controlar enchentes, fiscalizar moradias, arborizar e embelezar a cidade. Tais intentos não se dissociavam do controle daqueles que eram percebidos pelas camadas dominantes como ameaças à ordem que se desejava implantar – vadios, capoeiras, jogadores, escroques, ladrões, criminosos, alienados, prostitutas, mendigos, menores abandonados, sem esquecer os grevistas e os insufladores de “idéias estrangeiras” no seio dos ordeiros trabalhadores nacionais.

Problemas de natureza semelhante já vinham sendo enfrentados por países europeus desde o final do século XVIII, quando o desenvolvimento industrial e o crescimento das cidades, em proporções até então inusitadas, colocaram na ordem do dia a estreita relação entre as condições ambientais e as doenças, o que não por acaso ocorreu, de início, na Inglaterra. Não havia consenso em relação às causas das infecções e doenças epidêmicas, com as explicações variando num amplo espectro que, de forma esquemática, abrigava os defensores da teoria dos miasmas, para os quais a origem do mal provinha da decomposição de material orgânico e animal e das águas estagnadas; seus opositores diretos, os contagionistas, os quais sublinhavam o papel dos contágios específicos, e uma miríade de posições intermediárias que tentavam conciliar posturas antagônicas.¹⁰ Em comum, porém, a ênfase na necessidade de ações do poder público, que ganhou novos contornos com a era bacteriológica, responsável não só por inaugurar outras perspectivas para a compreensão das enfermidades, mas por tornar ainda mais urgente e justificada a intervenção de especialistas dotados de competência técnica.

9 O mesmo autor informa que a população do município era de 21.933 habitantes em 1836 e de 31.385 em 1872. Ver, ainda: FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (2004).

10 Para uma análise detida da questão, consultar: CZERESNIA (1997).

Não se trata de retomar aqui os passos desse complexo processo,¹¹ mas de chamar a atenção para a existência de todo um arsenal de saberes que inspiravam e guiavam a ação das elites locais, que deles se valeu para a tarefa de tentar ordenar e controlar o espaço urbano. Tal projeto inscrevia-se na busca do progresso e da modernidade e ancorava-se nos métodos provenientes da ciência, com seus preceitos racionais e capacidade de criar/restaurar o equilíbrio da sociedade, freqüentemente descrita e analisada a partir de metáforas organicistas. Projetos urbanísticos e de engenharia – a Escola Politécnica de São Paulo data de 1892 –, medidas no campo da assistência, higiene e saúde públicas e atitude enérgica da polícia conjugavam-se na pretensão de fazer com que cada indivíduo ocupasse o seu lugar e função com vistas ao funcionamento do “corpo social”. Ainda que não haja acordo entre os especialistas quanto à existência de uma nítida segregação geográfica das classes sociais na cidade antes da década de 1930, não restam dúvidas quanto à distância que separava os bairros habitados pelas camadas mais abastadas, situados nas partes mais altas da cidade, e os ocupados pelos operários e trabalhadores pobres, próximos das várzeas e dos trilhos das ferrovias.¹²

Somente com a República São Paulo foi dotado de um efetivo sistema de saúde pública, uma vez que, ao longo do século XIX, não se foi muito além da criação do Instituto Vacínico (1838), responsável pela aplicação da vacinação antivariólica mas que conheceu longos períodos de inatividades e da fundação, já no final do Império, da Inspetoria de Higiene (1884), subordinada ao Rio de Janeiro e destituída de orçamento próprio. O quadro alterou-se de profundamente na década seguinte, em consonância com a nova ordem republicana, que passou para a alçada dos Estados as questões relativas à saúde pública. O Serviço Sanitário, organizado entre 1891 e 1892 e reformulado em 1896, subordinava-se à Secretaria do Interior e contava com estrutura organizacional complexa que incluía: Diretoria do Serviço Sanitário, Serviço Geral de Desinfecção, Seção de Estatística Demográfico-Sanitária, Hospital de Isolamento, Hospício de Alienados, Laboratório Químico e Farmacêutico, Laboratório de Análises Químicas e Bromatológicas, Instituto Vacinogênico, continuação do antigo vacínico, e Instituto Bacteriológico.¹³ Em 1901, foi criado o Instituto Butantã e, em 1903 inaugurado, o Juquery, destinado aos doentes mentais. Já o Instituto Pasteur data de 1903 e permaneceu como uma instituição privada até 1916, quando seu patrimônio foi doado ao Estado. Em 1894, veio a público o primeiro Código Sanitário.

Tal aparato, sem equivalente no restante da federação e que consumia porções significativas do orçamento do Estado, não pode ser dissociado das mutações em curso na economia paulista, que impunha nova e diversificada agenda. Além dos problemas relacionados ao crescimento da

11 A bibliografia sobre o tema é vastíssima, mas cabe destacar os trabalhos clássicos de Rosen (1980, 1994).

12 Sobre as diferentes posições, consultar: BERTOLLI FILHO (2003, cap. 1).

13 Adotou-se a nomenclatura consagrada pela legislação de 1896. Sobre as origens do Serviço Sanitário e as competências e funções específicas de cada uma de suas seções, ver: RIBEIRO (1993, especialmente o capítulo 1).

capital, as áreas ainda não tocadas do interior – os mapas de 1890 atestam que apenas metade do território era ocupado, correspondendo o restante a extensas regiões cobertas de florestas (REIS, 2004, p. 141) – começaram a ser rapidamente rasgadas pelos trilhos das ferrovias, tomadas por cafezais e por uma enorme população flutuante, o que alterou profundamente o quadro nosológico vigente. A sucessão de surtos e epidemias de cólera, febre amarela, peste bubônica, malária, atingia o funcionamento da economia cafeeira e exigia equacionamento rápido, num momento em que o deslocamento de mão-de-obra e o mercado de trabalho tomavam proporções mundiais. Era preciso livrar Santos do rótulo de porto insalubre, no qual os navios que traziam imigrantes eram aconselhados a não atracar.

PRÁTICA, PRODUÇÃO E INTERVENÇÃO DO SABER MÉDICO

Os avanços no campo da microbiologia forneciam poderosas ferramentas para o saber médico, cujos resultados parecem inquestionáveis ao olhar contemporâneo. Entretanto, como bem destacou Luiz Antonio Teixeira (2007, p. 57-58), no momento de seu surgimento esteve longe de implicar a

[...] asfixia instantânea de outras concepções médicas; pelo contrário, consubstanciou-se por longas negociações, muitas vezes tensas, com seus detentores [...]. No período que se estende entre a década de 1880 e os primeiros anos do século XX, grande parte do emergente acervo de conhecimentos da microbiologia ainda não era aceita por uma parcela do campo médico. Os modelos de propagação das doenças por microrganismos, as ilações entre a existência de vetores e o aparecimento de doenças e, até mesmo, a validade de alguns conceitos, mais tarde considerados clássicos, como a especificidade etiológica das doenças infecciosas, eram alvo de intensas controvérsias.

Tais considerações são fundamentais, pois convidam a questionar uma determinada leitura a respeito das descobertas e práticas médicas, que não só enfatiza as realizações bem sucedidas dos que trabalhavam dentro dos novos parâmetros, mas ignora o processo de luta no campo científico. Não se pode esquecer, contudo, que a aposta não estava ganha de saída, aspecto que a memória posterior tende a esmaecer em prol da exaltação das descobertas realizadas, canonização de seus protagonistas e imposição de periodizações, enquanto se silencia sobre a pluralidade de percepções e

interpretações que se afiguravam, num dado momento, verossímeis. Trata-se, portanto, de significativa reviravolta metodológica, que tem produzido trabalhos instigantes.¹⁴

Os médicos que em São Paulo estiveram à frente do Serviço Sanitário nas suas primeiras décadas – Emilio Ribas, seu diretor (1898-1917); Adolfo Lutz, no Instituto Bacteriológico (1893-1908); Arnaldo Vieira de Carvalho, no Instituto Vacinogênico (1892-1913); Vital Brasil, inicialmente no Bacteriológico (1893) e primeiro diretor do Instituto Butantã (1901-1917) quando o instituto ganhou autonomia – inserem-se nesse espaço de debates e perfilam-se ao lado das novas interpretações. As pesquisas de Adolfo Lutz no Bacteriológico, que comprovaram a ocorrência de epidemia de cólera na Hospedaria dos Imigrantes, esclareceram a natureza das chamadas febres paulistas, confirmaram a peste bubônica em Santos, assim como as experiências para ratificar a teoria havanesa acerca da febre amarela, conduzidas com a ajuda de Emilio Ribas, foram objeto de intensos debates, tanto nos fóruns especializados como na imprensa em geral. No que respeita aos primeiros, vale destacar o rumoroso caso das febres paulistas, objeto de votação na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, que acabou por decidir, contrariamente ao que indicavam as pesquisas de Lutz, que não se tratava de febre tifóide. A avaliação do diretor do Instituto Bacteriológico foi incisiva:

[...] grande parte da classe médica e da imprensa diária desta cidade revelou pouca inclinação para formar uma opinião objetiva sobre os assuntos médicos do dia. Em vez disso, se opunham sistematicamente a todo o progresso, baseando suas idéias em trabalhos de autores que não eram competentes ou estavam superados. Estes fatores estiveram especialmente presentes durante as discussões relativas às febres paulistas. (apud STEPAN, 1976, p. 133)

A opinião de Lutz deve ser contextualizada e matizada: assumir que sua apreensão dos fatos – atraso e incompetência versus progresso e procedimentos científicos adequados – possa dar conta dos termos em que se colocava o debate equivale a alçar a fala de um dos contendores à única forma possível de entender a controvérsia, sem que se chegue sequer a formular a questão das motivações em jogo, analisar os argumentos mobilizados por cada lado e avaliar o que, afinal, mobilizava tantas energias. Quando tais questões são formuladas, o quadro muda significativamente e “os aspectos da controvérsia deixam claro que a crítica à posição dos defensores da microbiologia não era sinônimo de obscurantismo” (TEIXEIRA, 2007, p. 160). A percepção e a compreensão das doenças articulavam-se às distintas formas do exercício profissional: pesquisadores familiarizados com técnicas e diagnóstico de laboratórios, de um lado, e aqueles que acumulavam vasta experiência na lida cotidiana com pacientes, nos consultórios e

14 Veja-se, por exemplo: BENCHIMOL (1999).

hospitais, de outro. A importância do exemplo também reside no fato de colocar a nu as disputas pela legitimação dos saberes. As formulações de Bourdieu sobre as lutas em torno das instâncias de consagração fornecem instrumentos analíticos poderosos e sugestões perspicazes para apreender a situação, mas exigem uma investigação sistemática a respeito de como se organizava o campo médico em São Paulo. Seria difícil reduzir o grupo dos microbiologistas a meros aspirantes ao poder – basta lembrar as posições de relevo que ocupavam na máquina sanitária do Estado e o vasto programa de intervenção social que formularam e aplicaram –, mas tampouco parece correto tomar de saída, como certa e inevitável, sua hegemonia, o que torna a questão particularmente desafiante.

O mapeamento sistemático dos espaços de produção, debate e difusão do saber médico em São Paulo está por ser feito. O já citado trabalho de Luiz Antonio Teixeira (2007, p. 17-59), consagrado à Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, fornece um quadro das diversas instituições existentes no período imediatamente anterior à fundação da Faculdade de Medicina. Assim, no que respeita propriamente à pesquisa, destacava-se a estrutura do Serviço Sanitário, com os institutos Bacteriológicos e Butantã, o Hospital de Isolamento e o Hospício do Juquery, este capitaneado por Franco da Rocha desde sua criação. Fora do âmbito do Estado, havia o Instituto Pasteur, que conheceu particular desenvolvimento entre 1906 e 1912, sob a batuta do médico italiano Antonio Carini.¹⁵

A prática médica, por sua vez, concentrava-se no Hospital Geral da Santa Casa de Misericórdia, especialmente a partir do momento em que a direção clínica coube a Arnaldo Vieira de Carvalho (1894). Na área do ensino, o destaque era a Escola Livre de Farmácia (1898), instituição privada, porém subvencionada pelo poder público, enquanto em termos de publicações periódicas especializadas contava-se com a *Revista Médica de São Paulo* (1898), que dispunha de um laboratório de microscopia próprio, dirigido por Vital Brasil; a *Gazeta Clínica de São Paulo* (1903) e os *Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia* (1912), além do *Boletim* editado pela Sociedade de Medicina e Cirurgia. A entidade, que agregava os profissionais da área, conheceu breve existência entre 1889 e 1891, porém seu funcionamento efetivo data de 1895, quando foi reorganizada e passou a se constituir num importante espaço de debates. Sob seus auspícios foi fundada em 1896 a Policlínica de São Paulo, que visava a prestar serviços médicos gratuitos à população carente.

A trajetória dos nomes mais destacados da medicina paulista evidencia que havia intensa circulação por esses espaços e que os alguns indivíduos podem ser encontrados nas reuniões da Sociedade, na direção de revistas, em cargos do Serviço Sanitário, na direção dos hospitais, mas ainda não há um estudo sistemático que evidencie as linhas de força que presidiam tais articulações, trocas, disputas e especificidades no interior do campo constituído por essas instituições. O percurso de instituições, por sua

15 Sobre as origens e o funcionamento do instituto antes da incorporação pelo Serviço Sanitário, ver: TEIXEIRA (1995). A respeito do papel dos médicos de origem italiana, ver: SALLES (1997).

vez, talvez possa ser reavaliado. E aqui o caso mais evidente é o Instituto Bacteriológico, que conhece uma inegável perda de vigor depois que Lutz resolveu transferir-se para Manguinhos.¹⁶

As possibilidades de análise não se limitam às acirradas discussões sobre as causas da morbidez e suas formas de tratamento. Independente das disputas que polarizavam a comunidade médica, o potencial de intervenção da microbiologia não esperou pelo consenso para ser colocado em prática. De fato, a abordagem microbiana possibilitava abordar a questão das epidemias a partir da perspectiva biológica, ou seja, descoberta do agente etiológico e das formas de propagação da doença. De posse desse saber técnico especializado, era possível implementar programas de saúde pública nos quais as condições sociais podiam ser deslocadas para um plano secundário. É certo que os resultados alcançados acabaram por reforçar tal perspectiva, além de garantir para os sanitaristas um lugar de proa na produção científica nacional e mesmo internacional. Afinal, num momento em que a população da cidade de São Paulo aumentava em ritmo acelerado, o coeficiente de mortalidade despencou dos 30,73% em 1894 para 18,14% em 1899 (STEPAN, 1976, p. 132).

O quadro otimista não se estendia para além de algumas cidades e assumia colorações bem mais sombrias quando se tratava do interior do país. A famosa expedição médico-científica de 1912, na qual Artur Neiva e Belisário Pena percorreram áreas do Nordeste e Centro-Oeste e diagnosticaram o precário estado de saúde da população sertaneja, causou grande impacto e colocou na agenda do dia os debates em torno do saneamento dos sertões (NEIVA; PENA, 1999).¹⁷ Em São Paulo, foi somente em 1917 que se organizou o Serviço de Profilaxia Geral, órgão do Serviço Sanitário destinado às áreas rurais do Estado, isso no âmbito de uma vigorosa campanha em torno da recuperação da saúde do brasileiro, na qual mais uma vez transparece a crença quase ilimitada no poder das ações médico-sanitárias.¹⁸ A composição eclética da Liga Pró-Saneamento, que agregava médicos, políticos e homens de letras, e os debates nos matutinos, semanários e mensários indicam que a questão extravasou o círculo restrito dos especialistas e foi capaz de mobilizar amplos setores sociais. O advogado, escritor e editor Monteiro Lobato colocou a pena e sua *Revista do Brasil* a serviço da causa. Com a franqueza e praticidade que lhe eram peculiares, analisou seu engajamento em termos do renome e prestígio adquiridos: “A mim favoreceu muito aquela campanha pró-saneamento que fiz pelo [jornal *O Estado*] *[de S. Paulo]*. Popularizou a marca ‘Monteiro Lobato’; o público imagina-me um médico sabidíssimo, e a semana passada tive um chamado telefônico altas horas da noite” (LOBATO, 1964, p. 173). A observação, para além de indicar o grau de interesse despertado pelo tema,

16 Ver a análise de Stepan (1976, p. 126-145), que comparou as trajetórias dos Institutos Osvaldo Cruz e Bacteriológico.

17 Para uma análise circunstanciada da política de saneamento rural nos anos 1910 e 1920, consultar: HOCHMAN (1998).

18 Não se pode perder de vista que o interesse pelo brasileiro do interior ocorreu no contexto das consequências da Primeira Guerra Mundial, que paralisou o fluxo de imigrantes para o continente americano.

alerta para a importância de o historiador mobilizar a imprensa periódica. Aliás, as críticas de Lutz há pouco citadas não se limitaram aos colegas médicos: também incluíram a “imprensa diária”.

Foi nas páginas da revista de Monteiro Lobato que Afrânio Peixoto sintetizou as esperanças depositadas na “nova medicina”. Apesar de longo, vale acompanhar o trecho no qual o consagrado médico sintetiza as transformações em curso:

A velha medicina – ainda aí presente, recalcitrante, impenitente e por força de rotina sobrevivente durante muitas décadas ainda – é a medicina curativa, remedeira, terapêutica. A nova medicina – já instalada e propagada, de mais em mais, embora a credence, a ignorância, o misonéismo, – é a medicina preventiva, a higiene, a profilaxia... A nova medicina funda-se, pois, no conhecimento da causa ou etiologia das doenças, de onde a oposição que a corrige ou suprime, a prevenção que a evita e faz desaparecer. É a ela que pertence toda essa maravilhosa eclosão de ciências da família da Higiene – a Microbiologia, a Parasitologia, a Imunoquímica, a Quimioterapia, a Dietética, a Fisioterapia, a Eugenia que representam as forças novas de ação contra a doença, inventadas pelo gênio humano [...]. Se eliminarmos as doenças parasitárias, infectosas e tóxicas, teremos eliminado logo imediatamente quota imensa daquelas que lhe são consecutórias. Para não perder tempo no debate basta indagar: quantas doenças orgânicas, constitucionais, hereditárias, cardiopatias, cirroses, nefrites, epilepsias, degenerações não se suprimirão, acabando com o alcoolismo? Só a sífilis é metade da patologia: noventa e cinco por cento dos aneurismas dos grandes vasos são dessa causa específica [...]. A Higiene é uma nova medicina, de menos de um século... Mas a Higiene apareceu, tornou-se moda, impôs-se como hábito e se vai impondo como necessidade. A vacina salva milhões de vidas... O advento da Microbiologia, procurando o conhecimento da causa das doenças, altera a face do mundo, dando a esperança e já a certeza da vitória sobre a doença. A difteria, a raiva, a peste, a febre tífica, o tétano, o carbúnculo são prevenidos; elas mesmas e outras tantas são curadas; todas são agredidas pela notificação compulsória, o isolamento, a desinfecção... Como da Astrologia saiu a Astronomia, da Alquimia saiu a Química, sai da Medicina a Higiene. Não é má sorte das lavras produzirem borboletas. (PEIXOTO, 1918, 354-361.

Combate às doenças infecto-contagiosas, para o que se dispunha de homens de ciência, capazes de planejar, controlar e executar as medidas necessárias em consonância com os poderes públicos. Verdadeiros cruzados modernos, manipuladores competentes das verdades científicas, não pretendiam limitar seu campo de ação aos mosquitos, antes enveredavam, a

exemplo de Peixoto, para julgamentos de ordem moral, num claro sinal de que nada passava despercebido ao olhar atento e vigilante do especialista. Para o caso específico da loucura, cabe destacar a atuação de Franco da Rocha, responsável pela concepção e implantação do Hospício do Juquery, detidamente estudado por Maria Clementina Pereira da Cunha (1986).

Apesar do vigor do sistema sanitário e das instituições médicas do estado e do fato de haver, desde 1891, legislação acerca da criação de uma Faculdade de Medicina em São Paulo, foi somente em dezembro de 1912 que o projeto saiu do papel. É certo que a decisão comportou seu rol de barganha política, mas é preciso não perder de vista a tensão que o aparecimento de curso privado e livre, propiciado pela reorganização do ensino superior em 1910, criou entre os profissionais da área. A cronologia é reveladora: o curso da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – entidade homônima da que seria fundada em 1934 – data de 1911, enquanto a escola oficial começou a funcionar em 1913.

Em sua pesquisa sobre o processo de implantação e os anos iniciais da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, André Mota investigou a questão e mostrou a oposição decidida de núcleo significativo de médicos renomados que, quando convidados a lecionar na instituição particular, negaram-se terminantemente. Já Luiz Antonio Teixeira chama atenção para o tom dos debates na Sociedade de Medicina, que tanto expressavam preocupação com a qualidade do curso como deixavam entrever o dissabor pela ameaça ao monopólio da formação proveniente das escolas oficiais (MOTA, 2005, p. 167-219; TEIXEIRA, 2007, p. 125-132). A disputa acabaria ganha pela entidade oficial, pois a outra não só não conseguiu competir com a entidade oficial, encabeçada por Arnaldo Vieira de Vieira de Carvalho e tampouco pode atender às exigências impostas pela legislação de 1915, datando de 1917 seu fechamento.

As condições precárias de funcionamento da academia oficial, descritas com riqueza de detalhes por Mota, talvez possa ser imputada à conjuntura, que jogou papel importante na decisão de finalmente colocar o projeto em prática. A bibliografia é unânime em apontar o enorme impacto dos acordos com a Fundação Rockfeller para a estruturação e o perfil futuro do curso. Os primeiros contatos remontam a 1916, quando momento em que a Fundação dava os primeiros passos no sentido de apoiar escolas médicas em várias partes do mundo com o objetivo de melhorar o ensino e a pesquisa. Tratava-se de um desdobramento das ações já realizadas no campo da saúde pública, pois de acordo com Fosdick (1989, p. 105), autor de uma obra clássica sobre a entidade, o responsável pela Junta Internacional de Saúde, Wickiffle Rose, acreditava que “[...] *unless basic medical education could be gratly improved, there was little promise for public health in many of the countries in which he [Rose] was working*”.¹⁹

19 A introdução de Steven C. Wheatley para a edição citada é valiosa, uma vez que esclarece o lugar ocupado pelo autor na estrutura da Fundação e a conjuntura de produção da obra, qual seja, um momento em que a entidade enfrentava pesadas críticas nos Estados Unidos. O livro pode ser considerado, segundo Wheatley, uma espécie de biografia oficial da Fundação.

A parceria Faculdade/Fundação iniciou-se com a criação do Departamento de Higiene (1918) origem da futura Faculdade de Higiene e Saúde Pública (1946), continuou com o envio de especialistas brasileiros para estágios no exterior e a criação da cadeira de Anatomia e Histologia Patológica (1920). A simples enumeração, entretanto, não dá conta da extensão do projeto. De fato, em troca do aporte de um milhão de dólares, a instituição adequou-se, entre 1918 e 1925, ao modelo imposto pelos doadores, consagrado no regulamento aprovado em 1926. Na síntese de Maria Gabriela Marinho:

O novo regime garantiu que as disciplinas pré-clínicas se estruturariam em departamentos com ênfase no trabalho de laboratório, institucionalizado, dessa forma, a figura do pesquisador em dedicação exclusiva à pesquisa e docência. Estes dois aspectos, o tempo integral para pesquisa e docência – e a correspondente estruturação de departamentos com ênfase no trabalho de laboratório – e a redução do número de alunos, somados à criação do hospital-escola (hospital de clínicas), constituíram o cerne do modelo introduzido pela Fundação Rockefeller (MARINHO, 2001, p. 63-64).²⁰

O significado dos acordos para a trajetória da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo é inegável, mas cabe investigar como a presença desses professores estrangeiros e as normas que tinham a incumbência de impor foram encaradas pelos docentes e alunos que vivenciaram as transformações.

OS DISCURSOS E SEUS LIMITES

O panorama traçado procurou evidenciar o investimento que o poder público republicano – de mãos dadas com médicos sanitaristas, higienistas, psiquiatras, engenheiros e urbanistas – realizou no sentido enfrentar os desafios aportados pelas transformações que assolaram o Estado a partir do final do século XIX. Nesse passo, insere-se o rol de instituições, atividades e projetos de intervenção social nos quais os médicos desempenharam o papel dos mais relevantes. Perseguiam-se a modernidade e o progresso, que nos aportariam à condição de país civilizado. A confiança depositada na ciência, porém, não significava que esta se constituísse num saber unívoco e homogêneo. Muito pelo contrário, como se procurou demonstrar a partir de alguns exemplos relevantes, os debates eram acirrados e nem sempre ficavam restritos ao âmbito profissional estrito. Aliás, as instituições que configuravam o campo médico paulista, cada vez mais diversificadas à medida que se adentra o século XX, ainda aguardam por um estudo sistemático, que as articule e coloque em diálogo.

Entretanto, é preciso distinguir entre o discurso produzido, o seu aã totalizante e controlador e a assunção de que tal pretensão tenha se

20 O hospital, contrapartida do governo do Estado, foi construído entre 1938 e 1944. A pesquisadora investiga, de forma detida e cuidadosa, a atuação da Fundação no Brasil.

espraiado pelo meio social de maneira tão completa como imaginavam/desejavam. As fissuras expressavam-se de forma candente em momentos de crise, como demonstram, por exemplo, os trabalhos consagrados à análise da gripe espanhola.

As análises do tema são instigantes na medida em que flagram, num momento de ruptura da ordem, a atitude dos poderes públicos, especialistas e pessoas comuns. O que tornava a situação ainda mais desafiante para os saberes oficiais era a incapacidade de solucionar, contornar, aliviar ou mesmo garantir o acesso da população aos remédios. Por meio dos debates e anúncios na imprensa, torna-se possível discernir uma contracultura médica, ou seja, as polêmicas que se instauram no mundo da ciência sobre a gripe e suas causas.

A partir dos anúncios de remédios, por sua vez, pode-se perceber a mescla entre um mundo no qual a cura adquiria um ar maravilhoso e aquele regido pelas práticas científicas autorizadas. Numa conjuntura em que as recomendações emanadas do Serviço Sanitário pareciam ter pouca ou nenhuma eficácia, não admira que as promessas de soluções miraculosas tenham proliferado (BERTOLLI, FILHO, 2003, p. 97-136). Porém, a questão não se circunscrevia unicamente a essa situação, pois mesmo os remédios aprovados por órgãos governamentais seguiam, no início do século XX, valendo-se de apresentações que, por vezes, não os distinguiam plenamente dos elixires aplicáveis a todas as situações. De fato, a gripe acirra e coloca em evidência práticas que fazem parte do cotidiano da população e mesmo da porção letrada que via os anúncios nos diários (BERTUCCI, 2003).

Em síntese, as práticas e o saber médico devem ser remetidos ao contexto histórico, às demandas sociais que lhe são impostas, às instituições e aparatos nos quais se exerce e às condições que então presidem a produção de saber na disciplina – ou, noutros termos, as verdades aceitas e os padrões de trabalho. O peso do discurso médico invade o nosso cotidiano, prescreve formas de vida e de morte. Os que alvos das prescrições, por seu turno, não são tão dóceis e nem tão facilmente controlados como sonharam os elaboradores das políticas. E são justamente nessas múltiplas fissuras que se insinuam o trabalho e a contribuição do historiador.

REFERÊNCIAS

- BENCHIMOL, J. L. Adolpho Lutz: um esboço biográfico. **História, Ciências Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 13-83, jan./abr. 2003.
- _____. **Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz: UFRJ, 1999.
- BERTOLLI FILHO, C. **A gripe espanhola em São Paulo, 1918**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

- BERTUCCI, L. M. Remédios, charlatanices e curandeirices: práticas de cura no período da gripe espanhola. In: CHALOUB, S. et al. (Org.). **Artes e ofícios de cura no Brasil**. Capítulos de história social. Campinas: Unicamp, 2003. p. 197-227.
- BRUNO, E. da S. **História e tradições da cidade de São Paulo**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1953. 3 v.
- COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.
- CUNHA, M. C. P. **O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- CZERESNIA, D. **Do contágio à transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- DE CERTEAU, M. A operação historiográfica. In: _____. **A escrita da história**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000, p. 65 a 119.
- FERREIRA, A. C. **A epopéia bandeirante: letrados, instituições e invenção histórica (1870-1940)**. São Paulo: Edunesp, 2002.
- FOSDICK, R. B. (1952) **The story of the Rockefeller Foundation**. 2. ed. New Brunswick; Oxford: Transaction, 1989.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.
- FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. **São Paulo agora e outrora: informações sobre a população da capital paulista do século XIX ao XXI**. São Paulo: Governo do Estado de São Paulo, 2004.
- GLEZER, R. **Chão de terra e outros ensaios sobre São Paulo**. São Paulo: Alameda, 2007.
- HOCHMAN, G. **A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil**. São Paulo: Hucitec: Anpocs, 1998.
- HOLANDA, S. B. de. **Caminhos e fronteiras**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1957.
- LOBATO, J. B. M. **A barca de Gleyre**. 11. ed. São Paulo: Brasiliense, 1964. v. 2.
- MACHADO, J. de A. **Vida e morte do bandeirante**. São Paulo: Martins; Brasília, DF: INL, 1972.
- MARINHO, M. G. S. M. C. **Norte-americanos no Brasil: uma história da Fundação Rockefeller na Universidade de São Paulo (1934-1952)**. Campinas: Autores Associados, 2001.
- MARQUES, M. E. de A. **Apontamentos históricos, geográficos, bibliográficos e noticiosos da província de São Paulo**. Belo Horizonte: Itatiaia; São Paulo: Edusp, 1980. v. 2.
- MESGRAVIS, L. **A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (1599-1884): contribuição ao estudo da assistência social no Brasil**. São Paulo: Conselho Estadual de Cultura, 1976.
- MORSE, R. **Formação histórica de São Paulo**. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1970.
- MOTA, A. **Tropeços da medicina bandeirante: medicina paulista entre 1892-1920**. São Paulo: Edusp, 2005.

- NEIVA, A.; PENA, B. (1916) **Viagem científica pelo norte da Bahia, sudoeste de Pernambuco, sul do Piauí e de norte a sul de Goiás**. Ed. fac-similar. Brasília, DF: Senado Federal, 1999.
- PEIXOTO, A. A antiga e a nova medicina: a higiene. **Revista do Brasil**, São Paulo, v. 8, n. 32, p. 354-361, ago. 1918.
- REIS, N. G. **São Paulo: cidade, vila, metrópole**. São Paulo: Prefeitura do Município de São Paulo: BankBoston, 2004.
- RIBEIRO, M. A. R. **História sem fim...** Inventário da saúde pública. São Paulo: Edunesp, 1993.
- ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- _____. **Uma história da saúde pública**. 2. ed. São Paulo: Hucitec: Edunesp, 1994.
- SALLES, M. do R. R. **Médicos italianos em São Paulo (1890-1930)**. São Paulo: Sumaré, 1997.
- SANTOS FILHO, L. de C. **História geral da medicina brasileira**. São Paulo: Hucitec: Edusp, 1977. v. 1.
- SCHWARCZ, L. M. **O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil (1870-1930)**. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.
- SINGER, P. **Desenvolvimento econômico e evolução urbana**. São Paulo: Nacional, 1977.
- STEPAN, N. **Gênese e evolução da ciência brasileira: Osvaldo Cruz e a política de investigação médico-científica**. Rio de Janeiro: Artenova, 1976.
- TEIXEIRA, L. A. **Ciência e saúde na terra dos bandeirantes: a trajetória do Instituto Pasteur de São Paulo no período de 1903-1916**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- TEIXEIRA, L. A. **Na arena de Esculápio: a Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo**. São Paulo: Edunesp, 2007.
- TOLEDO, B. L. de. **Três cidades em um século**. 2. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1983.

DE CRIADEIRAS A FAZEDORAS DE ANJOS: AS AMAS DE LEITE E A CRIANÇA DESVALIDA SOB O OLHAR DA MEDICINA

José Fernando Teles da Rocha¹

Heloísa Helena Pimenta Rocha²

[...] Torna-se necessario estabelecer o exame obrigatorio de todas as que se propõem ao mister de nutrizes, levando ao seio das famílias, por meio de uma propaganda inteligente, a convicção de que não deve ser admitida a ama de leite quem não trazer o certificado desta repartição. Para este effeito, vamos fazer distribuir instrucções ás famílias sobre o aleitamento das creanças, mortalidade infantil e os perigos da alimentação mercenária sem inspecção etc. (RIBAS, 1906, p. 43)

Este trecho, extraído do relatório apresentado em 1906 pelo diretor geral do Serviço Sanitário do estado de São Paulo, dr. Emílio Ribas, ao secretário dos Negócios do Interior, dr. Gustavo de Oliveira Godoy, permite uma primeira aproximação das práticas médicas de fiscalização das amas de leite, instituídas entre o final do século XIX e as primeiras décadas do século XX. Incidindo sobre os cuidados a observar em relação à contratação de amas e, ao mesmo tempo, procurando configurar como legítima uma medida legal que obrigava as candidatas a se submeterem a um exame que as certificasse para o exercício do ofício, o fragmento oferece indícios para uma análise das representações sobre a infância desvalida³ produzidas no campo da Medicina.

- 1 Doutorando em Educação pela Unicamp. Professor de História da rede estadual e particular de ensino. Bolsista pela Secretaria Estadual de Educação de São Paulo.
- 2 Doutora em História da Educação e Historiografia pela Universidade de São Paulo (USP). Professora na Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), onde integra o comitê gestor do Centro de Memória da Educação. Sócia fundadora da Sociedade Brasileira de História da Educação e membro da Society for the History of Children and Youth.
- 3 O termo “criança desvalida” remete àquela que necessita de ajuda, figurando, nos documentos examinados, como sinônimo de criança abandonada, exposta, órfã. Segundo o *Dicionário de Língua Portuguesa* (SILVA, 1922, p. 606), desvalido é “aquele que não tem valimento para com alguém; que não tem homem, pessoas que o proteja, e lhe valha”. O *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*, de Candido de Figueiredo, edição de 1899, define desvalido como “aquêlle que não tem valimento; o homem desgraçado, miserável; e part. de desvalêr” (*apud* RIZZINI, 1997, p. 284).

Examinar a presença dessas representações e as diversas dimensões que recobrem, no âmbito da discussão sobre a temática dos cuidados com a infância desvalida, no estado de São Paulo e, mais particularmente, na capital, é o objetivo a que nos propomos neste texto⁴. Para tanto, tomamos como fontes relatórios da Diretoria do Serviço Sanitário do estado de São Paulo, o Código de Posturas Municipal, dados sobre a mortalidade infantil, regulamentos para inspeção das amas e relatórios de médicos e mordomos da Santa Casa de Misericórdia⁵, principal local de atendimento a doentes e desvalidos da cidade de São Paulo entre os séculos XVIII e XIX.

O período que recortamos é marcado pela discussão de uma ampla gama de propostas e projetos, bem como pela formulação de um conjunto de intervenções nos mais diversos âmbitos da sociedade, as quais visavam a colocar o país na rota da modernidade, segundo a trajetória traçada pelos países europeus. Nesse contexto, médicos, juristas, engenheiros e educadores buscam articular-se em torno da criação de mecanismos de controle sobre a população em geral, incidindo, neste caso, sobre a infância desvalida e as amas de leite, as quais passam a ser consideradas, pelo discurso médico, como uma das grandes responsáveis pelos altos índices de mortalidade infantil.

Tendo como intento a implantação de um projeto desenhado conforme o modelo das nações consideradas civilizadas e segundo as pautas do movimento higienista⁶, difundido no Brasil em final do século XIX, os médicos apresentaram, por meio de suas teorias, práticas e representações, subsídios para a discussão sobre o que consideravam como desacertos

-
- 4 Neste texto, trabalharemos com o conceito de representações na perspectiva exposta por Chartier (1990, p. 17), segundo a qual “as representações do mundo social assim constituídas, embora aspirem à universalidade de um diagnóstico fundado na razão, são sempre determinadas pelos interesses de um grupo que as forja. Daí, para cada caso, o necessário relacionamento dos discursos proferidos com a posição de quem os utiliza.”
 - 5 Formados por um conjunto de 50 volumes, esses documentos reúnem relatórios tanto dos médicos quanto dos administradores das várias instituições sob responsabilidade da Santa Casa, denominados mordomos. Eram anuais e enviados ao provedor da Santa Casa, que os apresentava em reuniões da Mesa Conjunta daquela instituição.
 - 6 Merisse (1997, p. 33) explica que “o higienismo constituiu-se num forte movimento, ao longo do século XIX e início do XX, de orientação positivista. Foi formado por médicos que buscavam impor-se aos centros de decisão do Estado para obter investimentos e intervir não só na regulamentação daquilo que estaria relacionado especificamente à área da saúde, mas também no ordenamento de muitas outras esferas da vida social.” O movimento higienista e, especificamente, o higienismo voltado à infância, foi apropriado pelos médicos brasileiros no final do século XIX, desdobrando-se em um amplo leque de intervenções. Procurou-se investir sobre a infância e, por meio dela, sobre a família, ensinando noções de limpeza, higiene e saúde. Esta higiene, como regime de saúde das populações, nas palavras de Foucault (1979, p. 201), “implica, por parte da medicina, um determinado número de intervenções autoritárias e de medidas de controle”. Para Rago (1985, p. 118), os médicos-higienistas concentraram-se em três eixos: “a elevada taxa de mortalidade infantil, o problema do menor abandonado e a necessidade da figura do médico na medicalização da família”.

presentes na sociedade. De acordo com seus pontos de vista procuraram inculcar, principalmente na população pobre, uma cultura da higiene: do corpo, da roupa, das casas, dos bairros, das cidades.

Visando examinar as representações produzidas pelo olhar médico no interior desse projeto de país moderno, o texto tratará, inicialmente, das preocupações em torno da infância desvalida e o conjunto de ações adotado com vistas a protegê-la. Em seguida, discutiremos o lugar que foi sendo atribuído às amas de leite no interior das causas que, segundo os médicos, respondiam pelos altos índices de mortalidade infantil.

PROTEGER PARA SE SENTIR PROTEGIDO

A discussão em relação ao modo mais adequado de recolhimento e assistência à criança, que passava a ser objeto de atenção dos adultos, marca o período compreendido entre o final do século XIX e o início do XX. Como observa Rizzini (1993), a presença das crianças nas ruas, nos asilos, nas famílias, nas fábricas e oficinas chamava a atenção de vários setores da sociedade de então, alertando para a urgência do enfrentamento de problemas como a mortalidade e a criminalidade infantil. Não só as cenas, mas também os números preocupavam, “aquecendo as discussões e provocando o surgimento de propostas, projetos, leis” (RIZZINI, 1993, p. 26). O objetivo principal, ainda segundo a autora, era o de proteger e assistir a infância desvalida, além de “aliviar a consciência de uma sociedade envergonhada e ameaçada com a sua presença” (RIZZINI, 1993, p. 26).

A problemática articulava-se às preocupações com a formação de um adulto exemplar, a ser preparado “adequadamente” para a emergente sociedade urbano-industrial. Mais: as crianças representavam o futuro não só da família, mas do país. No âmbito dessa discussão, os médicos e outras categorias profissionais posicionaram-se diante da situação da criança desvalida, tentando encontrar soluções para esse que passava a ser considerado como um problema inadiável. Como um dos focos da discussão, figurava a possibilidade de transformar a criança em mão de obra produtiva, que ajudasse a construir aquele ideal de nação.

No intuito de concretizar tal aspiração, tornava-se necessário e urgente alterar o quadro negativo em torno daquele perfil de criança, diminuindo os altos índices de mortalidade e melhorando as condições de assistência e proteção.

Rago (1985, p. 123) observa que:

[...] a preocupação em retirar os menores da rua, internando-os em instituições disciplinares ou dentro de casa, recaí inicialmente sobre a criança pobre das cidades, sobre os órfãos, mendigos, pequenos vagabundos, que apareciam para os médicos e especialistas em geral como possíveis criminosos do futuro.

Tematizando as iniciativas que visaram ao enfrentamento do problema da infância desvalida, Rizzini (1997, p. 30) põe em cena os agentes que chamaram para si a tarefa de ordenação da sociedade, assinalando que caberá à medicina “(do corpo e da alma) o papel de diagnosticar na infância possibilidades de recuperação e formas de tratamento”. Como assinala Rago (1985, p. 121), os projetos de intervenção formulados nesse campo pautavam-se na crença de que “dar assistência médica e proteção à infância significava também evitar a formação de espíritos descontentes, desajustados e rebeldes”.

No centro dessas iniciativas, figurava a preocupação com a formação de um novo cidadão que poderia ser “moldado” – desde a primeira infância – e constituído pelo trabalho e pela educação. O atendimento à infância desvalida – problema presente desde a época da colonização, mas que naquele momento ganhava nova dimensão – e a tentativa de diminuir a mortalidade infantil advinda daquela condição eram vértices do projeto de redimensionamento do país, que tinha como objetivo “melhorar” o meio social e facilitar a “construção” de um ideal de nação imaginado pelas elites.

A criança foi, então, alçada ao lugar de figura privilegiada e alvo principal de reflexões e de inúmeras intervenções. Como afirma Rago (1985, p.118), “a criança foi percebida pelo olhar disciplinar, atento e intransigente como elemento de integração, de socialização e de fixação indireta das famílias pobres [...]”.

Neste amplo cenário, os médicos chamaram para si a responsabilidade de disciplinar e corrigir física e moralmente as crianças desvalidas, representadas como um perigo à sociedade. Por meio de representações que associavam a imagem daquelas crianças aos perigos de todas as ordens, à indolência, à doença, ao crime e aos riscos para o futuro da nação, os médicos se apresentam como os mais legítimos agentes da regeneração da infância, justificando assim as intervenções tanto em âmbito governamental como na família.

Em suma, autoproclamando-se detentores de um saber que permitia a eles ocupar um espaço mais amplo na sociedade da época, “lançaram olhares” e produziram representações fundadas em argumentos econômicos, sociais, políticos, higiênicos, as quais se articulavam no sentido de legitimar as intervenções sobre o corpo da criança. Intervenções essas que visavam, segundo os seus formuladores, preservar a vida e a saúde das mesmas e transformá-las em adultos saudáveis, instruídos, disciplinados e úteis para o país.

Diante de tal problemática, três eixos básicos passaram a se configurar em objeto de atenção e intervenção: a família, a criança e a mulher. Esta última, em consonância com as representações sobre o seu lugar na sociedade, que vinham sendo construídas há séculos, passou a ter seu papel materno valorizado pelo saber médico. Saber esse que “procurava persuadir as mulheres de que o amor materno é um sentimento inato, puro e sagrado e de que a maternidade e a educação da criança realizam sua ‘vocação natural’” (RAGO, 1985, p. 79).

Exterior a essa tríade, em que se procuravam articular a família, a criança e a mulher-mãe, e caminhando em sentido oposto, estava a criança desvalida. É interessante notar que os casos de abandono de crianças na cidade de São Paulo eram bastante frequentes, conforme mostram as pesquisas de Pilotti e Rizzini (1995); Marcílio (1997, 1998) e Venâncio (2001), entre outras. Apesar de a Roda dos Expostos⁷ ter sido um dos principais locais para a efetivação dessa prática, praças, lixeiras, calçadas, portas de igrejas ou mesmo das casas de particulares também foram bastante utilizadas por pais e mães que desejavam abandonar seus filhos recém-nascidos. Os que tinham idade mais avançada eram encontrados em meio à população de desempregados, vadios, mendigos presente nas ruas da cidade.

Tais cenas contrastavam com a imagem que se tentava construir da família, em que esta figurava como um dos pilares do projeto civilizatório, por meio do qual se buscava alçar o Brasil ao nível dos países considerados civilizados. Sendo assim, como organizar a sociedade de modo a que essa parcela da população fizesse parte do novo ordenamento social projetado na virada do século XIX para o XX?

No enfrentamento dessas questões, médicos, juristas e educadores lançaram mão de um amplo conjunto de estratégias as quais incluíram, no caso das crianças desvalidas e das amas de leite, a aprovação de uma série de leis, decretos e regulamentos que intentaram normalizar a vida das pessoas; ordenamento legal esse que, ao mesmo tempo em que se pautava em uma série de representações sobre a pobreza, contribuiu para a produção da desqualificação da parcela mais pobre da população.

A tônica das políticas sociais implementadas na cidade de São Paulo, no período, abrangendo saúde, educação, saneamento, segurança, entre outros aspectos, pautou-se pelos objetivos de ordenação e controle. Vale lembrar que, visando alcançar tais objetivos, a implantação dessas políticas contou, principalmente, com o diálogo e articulação entre medicina e Estado. Em relação a essa questão, Gondra (2004, p.49) observa que a “medicina buscou, no século XIX, ocupar um lugar central no seio da sociedade, com vistas a projetar seus princípios e métodos e, desse modo, obter reconhecimento e respaldo social”.

Tal aproximação entre Medicina e Estado fez parte do processo de constituição da medicina social que, segundo Foucault (1979), desenvolveu-se na Europa, a partir do século XVIII, com uma função controladora sobre a sociedade. Analisando esse fenômeno, o autor reconstituiu as três etapas da formação da medicina social, distinguindo os processos vivenciados na Alemanha, Inglaterra e França. Assim, de acordo com ele, a medicina

7 Instrumento cilíndrico oco que, girando em torno de seu próprio eixo e apresentando numa das faces uma abertura que ficava voltada para uma janela, destinava-se a receber o exposto. Colocada a criança no seu interior este era girado em 180 graus e, desse modo, o enjeitado era recolhido e providenciava-se sua internação. Em São Paulo, a Roda foi inaugurada em 1825 e permaneceu no muro da Santa Casa até sua desativação, em 3 de outubro de 1951. (CARVALHO, 1996). A Roda, então, tornou-se um dos pilares do projeto de assistência à criança desvalida, sendo, aliás, uma das principais instituições criadas para sua proteção. Uma das justificativas para sua implantação foi a de ser uma possibilidade que poderia impedir o aborto e o infanticídio, além de garantir o anonimato de quem abandonava as crianças no instrumento.

social, atuando na medicalização das cidades, da família e da criança, desenvolveu-se em “medicina de Estado, medicina urbana e, finalmente, medicina da força de trabalho” (FOUCAULT, 1979, p. 80), sendo esta última na tentativa de medicalizar a camada mais pobre da população, além da classe trabalhadora. Momento em que o saber médico “invadiu” as diferentes esferas da sociedade, atuando de forma controladora nos aglomerados sociais representados, quase sempre, como locais insalubres, promíscuos e fadados a doenças de toda espécie.

No caso de São Paulo, o perigo urbano – representado pela massa de desocupados, pelas doenças e epidemias, pela falta de infraestrutura da cidade, que crescia desordenadamente no final do século XIX, entre outros aspectos – abriu espaços para uma intervenção médica voltada para os objetivos de “remover” os obstáculos e problemas que se opunham à nova ordem social. Tal intervenção pautou-se nos princípios da higiene pública que, segundo Foucault (1979, p. 93), configura-se em uma “técnica de controle e de modificação dos elementos materiais do meio que são suscetíveis de favorecer ou, ao contrário, prejudicar a saúde”.

Assim, coube aos médicos a tarefa de organizar e disciplinar a vida da cidade de São Paulo, uma vez que este grupo profissional procurou ocupar um lugar importante no crescente número de órgãos públicos criados a partir da República⁸⁸, constituindo-se como uma espécie de “agentes policiais” da higienização das cidades, numa junção entre reforma urbana e sanitária⁸⁹. Aliás, por meio da criação dessas instituições, São Paulo procurou afirmar-se como modelo para o Brasil, no que se refere à questão da saúde pública.

A criação de tais instituições pode ser lida como uma estratégia privilegiada para a articulação e legitimação de iniciativas de intervenção voltadas para os propósitos de ordenação da sociedade, na medida em que figuravam, dentre seus objetivos, a orientação dos governos em termos das ações a serem empreendidas nas cidades de forma a sanear os problemas advindos do crescimento urbano, dentre eles o da saúde pública.

Nesse conjunto de iniciativas, assume lugar de destaque a criação, por meio da Lei nº 43, de 18 de junho de 1892, do Serviço Sanitário – órgão público responsável pelo saneamento e pelas políticas de saúde e higienização do estado de São Paulo. Ocupando um papel bastante amplo no que diz respeito às ações relacionadas ao “policimento” dos aspectos sanitários e higiênicos da cidade, o órgão tinha, entre suas funções, a de inspecionar escolas, fábricas, oficinas, hospícios, asilos e amas de leite. Subordinado à Secretaria de Estado do Interior, o Serviço Sanitário era composto, quando de sua criação, por um Conselho de Saúde Pública e uma Diretoria de Higiene.

8 Citando Emerson Elias Merhy, Cunha (1986, p. 37) lista os seguintes órgãos surgidos no período pós-República: Inspecção de Higiene (1891), substituída no ano seguinte pelo Serviço Sanitário; Instituto Vacinogênico e Comissão de Vigilância Epidemiológica para a Zona Urbana (1892); Laboratório Bacteriológico e Serviço de Desinfecção (1893); Instituto Butantã (1901) e Instituto Pasteur (1903). Fora estes órgãos, em 1894 foi promulgado o Código Sanitário do Estado de São Paulo.

9 Sobre este tema, ver Ribeiro (1993), Telarolli Júnior (1996) e Hochman (1998).

Especificamente em relação às amas, além de vaciná-las, o órgão passou a fiscalizar seus serviços, “antes feito por anúncios de particulares nos principais jornais da Capital” (RIBEIRO, 1993, p.120). Ainda de acordo com a autora, “as mulheres que, mediante pagamento, amamentavam no seio uma criança na sua casa ou na casa do contratante, passaram a ser obrigadas a fazer registro junto ao Serviço Sanitário para poderem exercer seu ofício” (RIBEIRO, 1993, p. 120).

Dentre as várias questões que ocuparam a atenção dos agentes sociais preocupados com a ordenação da sociedade, esse período foi marcado também pelas críticas de médicos, educadores, juristas, os quais procuravam pressionar o governo e as instituições particulares responsáveis pela assistência à criança desvalida, com vistas à adoção de um novo modelo de atendimento a esse perfil de criança, conforme registra Marcílio (1998, p. 194):

Os médicos higienistas procuraram atacar a questão da infância abandonada em várias frentes: combate à mortalidade infantil; cuidado com o corpo (estímulo à educação física, aos esportes, à amamentação e à alimentação corretas); estudos, importação de conhecimentos e campanhas de combate às doenças infantis; educação das mães; introdução da Pediatria e da Puericultura, como áreas de conhecimento; campanhas de higiene e saúde pública etc.

As análises de Marcílio evidenciam que o problema da criança desvalida assumia múltiplas dimensões. Ao seu lado estava, por exemplo, a questão da mortalidade infantil advinda, muitas vezes, daquela situação. Nesse sentido, é importante analisar como, no interior desse movimento de proteção à infância desvalida, os médicos se posicionaram e procuraram demarcar a sua atuação diante de problemas como a mortalidade infantil. Nessa análise, é importante levar em conta os números de tal mortandade, além do papel atribuído à alimentação inadequada como uma das principais responsáveis por tal problemática.

“A MORTALIDADE INFANTIL MANTÉM-SE ELEVADA”

A frase acima abre a mensagem apresentada ao Congresso Legislativo, em 14 de julho de 1925, por Carlos de Campos, presidente do estado de São Paulo. Revela, como se pode notar, a preocupação da autoridade com o problema da mortalidade das crianças, problema que, embora não fosse novo, ganhou expressão no final do século XIX e primeiras décadas do XX, sendo eleito como um dos mais graves entraves para o progresso do Brasil.

Na análise das dimensões desse fenômeno e do modo como foi formulado pelos médicos higienistas no período, os relatórios elaborados

pelos médicos e mordomos da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e os relatórios anuais apresentados pelos presidentes do estado podem oferecer importantes indícios, na medida em que, além de apresentar os índices de mortalidade, põem em cena as posições assumidas nas discussões sobre a temática, não só na cidade como no estado de São Paulo.

Analisando o lugar ocupado pela mortalidade nos discursos e propostas elaboradas pelos médicos, Rago (1985, p.125) adverte que, “ao lado do abandono em que viviam as crianças pobres, os médicos começavam a se alarmar com os índices crescentes de mortalidade infantil no país”. A autora ressalta, ainda, que

[...] refletindo sobre o tema, a literatura médica procura detectar as causas do fenômeno, elabora estatísticas e quadros comparativos referentes à situação em outros Estados ou mesmo entre países. Certamente, o problema não era novo, mas neste momento histórico adquire dimensões inusitadas no discurso médico, criminologista, dos industriais, principalmente pela ameaça de despovoamento que representava para a nação. (RAGO, 1985, p. 125)

De fato, a preocupação com a mortalidade infantil atravessava fronteiras. No *Boletín del Consejo Nacional de Higiene*, documento produzido durante o XIV Congresso de Higiene e Demografia de Berlim, realizado entre 23 e 29 de setembro de 1907, os doutores Dietrich (Berlim), Alexandre Szana (Temesvar) e Taube (Leipzig) chamavam a atenção para a problemática na Alemanha, França e Hungria. Em suas análises, criticavam, especificamente, a amamentação realizada por amas de leite nos países citados, dando ênfase às consequências econômicas e sociais da utilização de tais serviços (BOLETÍN DEL CONSEJO DE HIGIENE, 1909, p. 6). Para o Dr. Szana, “*la mortalidad de los niños confiados a nodrizas há sido três veces mayor que la de los niños dejados a suas propias madres mediante una prima de amamantamiento, y dos veces más grande que el de los niños remitidos con sus madres a cuidados extraños*” [BOLETÍN DEL CONSEJO DE HIGIENE, 1909, p. 6).

Cabe, então, discutirmos a atuação dos médicos diante da formulação e do enfrentamento da problemática da mortalidade infantil, mesmo porque, ao elegerem a criança como o futuro da nação e como um dos pilares do projeto de redimensionamento social imaginado e posto em prática por diversos setores da sociedade, esses profissionais participaram da produção de representações em que se articulam os modos de criação das crianças – pelas mães, amas e asilos infantis – aos altos índices de mortalidade infantil.

Visando a conferir legitimidade a seus discursos, lançaram mão de dados estatísticos, com base nos quais procuraram definir e difundir critérios que permitissem reduzir os números alarmantes de mortes antes do primeiro ano de vida, elaboraram modelos de intervenção, divulgaram

perfis de conduta e preceitos morais. Elementos que se articularam na produção de representações marcadas pelo sentido de apreensão em relação à mortalidade infantil e de urgência de uma intervenção que fizesse face à gravidade do problema.

As intervenções destes profissionais desdobraram-se em uma série de ações orientadas pelos intentos de alterar hábitos e debelar antigos costumes, considerados como modos de vida não condizentes com a realidade da época. Entre essas ações, estavam as campanhas pelo aleitamento materno, as quais ganharam o apoio de várias categorias profissionais e setores da sociedade. Na articulação dessas campanhas, figura como elemento central a oposição à utilização dos serviços das amas de leite, mulheres que passaram a ser representadas por médicos, juristas e educadores como responsáveis pela transmissão de doenças – como a sífilis e a tuberculose. Na construção dessa oposição, as amas são identificadas como ameaça, uma vez que, com suas práticas de cuidado das crianças, desafiavam o saber médico, fazendo uso de um saber popular e recorrendo a curandeiros, benzedeiras, entre outros, na tentativa de curar as crianças doentes sob seus cuidados.

Procurando examinar a “arqueologia e a trajetória do fenômeno do abandono de crianças, por meio da História do Ocidente e no Brasil” (MARCÍLIO, 1998, p. 11), o estudo de Marcílio contribui para apreender as dimensões da mortalidade dos expostos no quadro mais geral da mortalidade infantil. Segundo ela, esse índice foi um dos maiores encontrados no século XIX,

[...] de todas as categorias que formaram a população brasileira, incluindo a dos escravos, a dos expostos foi a que apresentou os maiores índices de mortalidade infantil e de mortalidade geral, pelo menos até o fim do século XIX. Não era incomum, nas Rodas de expostos, a perda de 30% ou mais de bebês, só no primeiro mês de vida. Mais da metade morria antes de completar o primeiro ano de existência. Apenas 20% a 30% dos que foram lançados nas Rodas de Expostos chegaram à idade adulta (MARCÍLIO, 1998, p. 237).

Mas, quais os motivos de tamanha mortalidade? De acordo com Merisse (1997, p. 35), um dos argumentos era de inspiração racista: “o de que a utilização de escravas como amas-de-leite se constituía como uma das principais causas dos altos índices de mortalidade infantil”. Em 1892, segundo Ribeiro, uma comissão instituída pelo secretário dos Negócios do Interior, Cesário Motta Júnior, formada pelos drs. Bráulio Gomes Mello de Oliveira, W. Strain e Bento José de Souza, elaborou um relatório no qual eram apresentadas as seguintes causas: “nascimentos ilegítimos, alimentação precária, habitações insalubres, abuso do álcool, falta de asseio e oscilações de temperatura e de umidade na atmosfera da capital” (RIBEIRO, 1993, p. 117).

O período compreendido entre o final do século XIX e as primeiras décadas do XX é marcado por investimentos no sentido de mapear as dimensões da mortalidade infantil no estado de São Paulo, compreender as suas causas e formular projetos de intervenção. Por meio de estatísticas demográficas que revelavam a alta nos índices de mortalidade infantil, este fenômeno passou a ser um dos focos principais tanto dos olhares médicos como de outras autoridades.

Analisando a forma como o problema é tematizado pelos médicos, Rago (1985, p. 126) destaca que,

[...] levantando as causas gerais da mortalidade infantil, o discurso médico apontava a hereditariedade, a ignorância e a pobreza como as mais importantes. Entre os motivos particulares, destacava: os transtornos digestivos, os distúrbios respiratórios e as causas natais e pré-natais. Evidentemente, também a amamentação mercenária era colocada num dos primeiros lugares na hierarquia das origens das doenças infantis.

Com estes “diagnósticos”, os médicos, associados a outros representantes das elites, de certa forma marcaram seus territórios, produzindo explicações para a mortalidade infantil, as quais articulavam as suas causas aos modos de vida das camadas mais pobres da população. Seus discursos participaram da produção de representações que conferiam aos médicos, porta-vozes do saber científico, a responsabilidade por reverter a situação. Para isso, era necessário lançar mão de estratégias disciplinadoras que possibilitariam “civilizar”, nos termos de Elias (1994), aquela parcela da população.

Assim, a divulgação de números de óbitos infantis jogou um importante papel na construção da representação da urgência e da necessidade de intervenções que visassem controlar tal mal. Nesse sentido, vale atentar para as práticas dos médicos da Santa Casa, por exemplo, que divulgavam, via relatórios dirigidos ao provedor da instituição, informações e dados acerca da situação da mortalidade das crianças sob sua responsabilidade. Em suas análises, também examinavam os números levantados e sugeriam medidas para diminuir os elevados índices de mortalidade das crianças. Vale ressaltar que, na produção desses dados estatísticos, esses profissionais tratavam de apresentar distintamente os números de crianças institucionalizadas no Asilo dos Expostos e o quantitativo das que estavam sob a responsabilidade das amas contratadas pela Irmandade.

Em relatório apresentado em 1912, pelo dr. Synésio Rangel Pestana ao então mordomo do Asilo dos Expostos¹⁰, João Mauricio de Sampaio

10 O Asilo dos Expostos foi criado em 1824 como unidade anexa da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Em 1896 foi transferido para o bairro do Pacaembu, permanecendo naquele local até 1997, ano em que foi desativado. Durante esse período de quase cem anos, constituiu-se como um dos pontos de

Vianna, o médico registrava que, naquele ano, a porcentagem de óbitos de “crianças de 0 a 1 ano, em toda Capital, foi de 19,9 por 100 nascimentos” (PESTANA, 1913, p. 88). Com as crianças sob responsabilidade da Santa Casa e, conseqüentemente, com as amas, foi de “28,5% por 100 entrados” (PESTANA, 1913, p. 88), o que representava um total de 50 crianças falecidas dentre as 175 crianças criadas junto às amas.

Em relação à mortalidade geral na capital, Telarolli Júnior (1996, p. 56) destaca – utilizando como fonte o *Anuário Demográfico da cidade de 1894 a 1920* – que, no ano de 1894, o coeficiente de mortalidade de crianças menores de um ano foi de 175,3 por mil nascidos. No ano seguinte, saltou para 198,5. Com números bastante oscilantes ao longo do período examinado pelo autor, temos o menor índice em 1900 com 113,5. Já o maior foi registrado em 1918, quando chegou a 236,4.

Estudando as representações da mortalidade no discurso médico em São Paulo e utilizando como fonte os anuários demográficos da Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária do Serviço Sanitário, Alves (1999, p. 3A) revela que, na capital paulista, em 1894, para 6.229 nascimentos, faleceram 1.022 crianças de 0 a 1 ano de idade. Em 1909, de 11.135 nascimentos, o número de óbitos foi de 1.863, também na mesma faixa etária e, por fim, em 1919, de 16.916 crianças nascidas, 3.051 faleceram.

Em termos do estado de São Paulo, em mensagem apresentada ao Congresso Legislativo, em 14 de julho de 1923, o presidente do estado, Washington Luís, declarava que 30.292 crianças, por mil nascidos, faleceram, na faixa de 0 a 1 ano (MENSAGEM APRESENTADA AO CONGRESSO LEGISLATIVO, 1923, p. 160). No ano seguinte, chamava a atenção para o coeficiente dos natimortos que “elevou-se em Santos, S. Carlos, e Guaratinguetá soffrendo, porém, reduçção mais accentuada que esse accrescimo na Capital, Campinas, Ribeirão Preto e Botucatu” (MENSAGEM APRESENTADA AO CONGRESSO LEGISLATIVO, 1923, p. 82).

O exame da questão, apoiado em dados estatísticos, possibilitou identificar que a maior *causa mortis* das crianças estava relacionada a problemas do aparelho digestivo. Na mensagem enviada pelo presidente do estado, Carlos de Campos, ao Congresso Legislativo, em 1926, a autoridade relatava que “a qualquer espírito culto que conheça ligeiramente o meio, não será estranho que essa morbidade resulta da absoluta carência de noções de puericultura por parte de grande maioria das mães” (MENSAGEM APRESENTADA AO CONGRESSO LEGISLATIVO, 1926, p. 51).

Com esta declaração é possível retomar a questão da alimentação, ou melhor, o papel atribuído a ela no que diz respeito à mortalidade infantil, sobretudo das crianças advindas dos meios mais pobres e das crianças desvalidas. Isso porque o discurso médico – tendo como base as explicações

referência à criança abandonada e institucionalizada na cidade de São Paulo. Em 23 de junho de 1998, o imóvel foi leiloadado pela Secretaria de Estado dos Negócios da Fazenda, passando a fazer parte da Fundação Faculdade de Medicina (FFM). Logo em seguida, em 10 de julho do mesmo ano, foi tombado pelo Conselho do Patrimônio Histórico, Arqueológico e Turístico do Estado de São Paulo (Condephaat) (ROCHA, 2005, p. 10).

da puericultura¹¹² – criou representações acerca do aleitamento materno como elemento primordial para o desenvolvimento das crianças, incluindo aí tanto as crianças de famílias ricas como as pobres e desvalidas, mas principalmente estas, pois eram, segundo os dados levantados no período, as que engrossavam as estatísticas de mortalidade.

Analisando o livro *Mortalidade das crianças em São Paulo*, publicado pelo médico João Teixeira Álvares em 1894 e destinado às “mães pobres”, Ribeiro (1993) assinala que o autor atribui à alimentação inadequada a alta mortalidade infantil na cidade. De acordo com Ribeiro (1993) figuravam, dentre as preocupações do médico, o fato de que era impossível, na época, convencer as mães de que o leite materno era o único alimento a ser dado às crianças.

Segundo Almeida (1999, p. 34), tal enfoque em relação à amamentação articulava-se às estratégias da medicina higienista, a qual “valeu-se do aleitamento materno como instrumento para se fortalecer na sociedade e colonizar progressivamente a família”. Nesse sentido, os cuidados em relação à alimentação das crianças configuravam-se em ponta de lança de um investimento que tinha na difusão e legitimação de certo modelo de família um dos seus objetivos.

Esse período é marcado, assim, por iniciativas dos médicos no sentido de incutir nas mães, principalmente as das famílias pobres, a importância da amamentação natural. Pregando a moral e bons costumes, procuravam convencer as mulheres da importância e do privilégio de serem mães, de poderem amamentar uma criança, responsabilizando-as pela saúde de seus filhos. Tal estratégia pautava-se, evidentemente, sobre representações da mulher como boa mãe e esposa ou, nas palavras de Rago (1985, p. 131), como a “guardiã do lar”.

Porém, esta era, de certa forma, uma batalha difícil de ser empreendida pelos médicos, uma vez que, segundo a mesma autora, “a pobreza, na medida em que se refletia na má alimentação das mães e dos filhos, no trabalho excessivo das mulheres, especialmente das gestantes, influía diretamente na constituição orgânica da criança ou resultava mesmo em sua morte, segundo a lógica do discurso médico” (RAGO, 1985, p. 128-129).

As campanhas capitaneadas pelos médicos em favor da amamentação natural tiveram no combate às práticas de amamentação das crianças pelas amas de leite a sua contraface. Práticas essas cujos riscos se justificavam pelo fato de que, por viverem em ambientes viciosos e insalubres, o leite dessas mulheres poderia tornar-se nocivo às crianças.

Paralelamente às campanhas de aleitamento, tentou-se colocar em prática, via legislação, uma fiscalização mais eficaz sobre as amas, com foco na diminuição dos índices de mortalidade infantil e com base em discurso que se pautava na bandeira da proteção à infância desvalida. O exame do

11 Segundo Novaes (1979, p. 11), a puericultura “surge em fins do século XIX, na França, e propõe-se a normatizar todos os aspectos que dizem respeito à melhor forma de se cuidar das crianças com vistas à obtenção de uma saúde perfeita”.

Código de Posturas do município de São Paulo constitui-se em um exemplo de que a preocupação com a questão da mortalidade, do aleitamento e da fiscalização das amas já estava presente antes mesmo da proclamação da República, período no qual a saúde pública passou a ocupar um lugar de destaque na agenda dos governos estaduais.

Aprovado em 6 de outubro de 1886, o código fazia parte de uma série de medidas tomadas pelos governantes no intuito de organizar e controlar o espaço urbano que passava por várias transformações na época. Eram 318 artigos que incidiam sobre os mais diversos aspectos da vida na cidade, determinando, por exemplo, “que os vasos de flores não poderiam mais ficar nas janelas, os cavalos não deveriam galopar pelas ruas (exceto a cavalaria e em casos urgentes), as mascaradas públicas só poderiam se exhibir nos carnavais [...]” (SCHWARCZ, 1987, p. 48).

No título XX, “Dos criados e das amas de leite”, é nítida a intenção de controle sobre as atividades daqueles que eram considerados “criados de servir”, incluindo-se nessa categoria as amas de leite. No artigo 263 estabelece-se que “criados de servir, no sentido da postura, é toda pessoa de condição livre, que mediante salário convencionado, tiver ou quiser ter ocupação de moço de hotel, hospedaria ou casa de pasto, cozinheiro, copeiro, cocheiro, hortelão, de ama de leite, ama seca, engommadeira ou costureira, e em geral a de qualquer serviço doméstico (1921, p. 50)

Já em seu artigo 279, o Código de Posturas prescrevia:

[...] a mulher, que quiser empregar-se como ama de leite, é obrigada, além do que está estabelecido nestas posturas a respeito dos criados em geral, a sujeitar-se na Secretaria da Polícia a um exame medico da Câmara Municipal, o qual declarará na caderneta o estado de saúde em que ella se achar.

Paragrapho único – Será este exame repetido todas as vezes que o patrão o exigir, e sem essa exigência, de 30 em 30 dias, sob pena de lhe ser cassada a caderneta (CÓDIGO DE POSTURAS, 1921, p. 54).

É interessante notar o rigor em relação ao serviço das amas. Caso ela estivesse “fora da lei”, o código previa, em seu texto, multa e até prisão. O artigo 281 confirma essa informação: “As amas de leite não se poderão encarregar da amamentação de mais de uma criança, sob pena de 20\$ de multa e de cinco dias de prisão” (CÓDIGO DE POSTURAS, 1921, p. 54). Segundo o artigo 282, “não poderá ser empregada como ama de leite a mulher, cujas condições de saúde, a juízo do dito médico, não lhe permittirem a amamentação sem prejuízo reconhecido para si ou para a criança. A infractora pagará multa de 30\$, além de oito dias de prisão” (CÓDIGO DE POSTURAS, 1921, p. 54).

Por fim, o artigo 283 impõe que a ama poderia ser despedida quando tivesse vícios que pudessem prejudicar a criança, ou quando da

falta de leite, “for este de má qualidade; ou ainda, quando não tratar com zelo e carinho a criança, ou finalmente quando fizer esta ingerir substancias nocivas á saúde” (CÓDIGO DE POSTURA., 1921, p. 54).

O exame das prescrições quanto ao exercício do ofício de ama de leite permite perceber as articulações entre as preocupações com a questão da “qualidade” do leite e os comportamentos morais da ama. Tais preocupações permaneceram no Regulamento para o Serviço de Amas-de-Leite (SÃO PAULO, 1905) na capital, aprovado em 1905. Em seu artigo 4º, o regulamento previa que as amas, para obterem o atestado de boas condições de saúde e estarem aptas para a amamentação, deveriam ser inspecionadas no gabinete da Diretoria do Serviço Sanitário: “com escripto assignado pelo juiz de paz, delegado ou sub-delegado de policia do districto o seu nome, sobrenome, profissão, naturalidade, estado, domicilio, o nome e a profissão do marido, deverá sujeitar-se ao exame clinico e á analyse qualificativa do leite” (SÃO PAULO, 1905).

Os dados colhidos nesses exames justificavam a habilitação ou a interdição das amas, como se pode depreender da leitura do relatório apresentado, em 1915, pelo presidente do Estado de São Paulo, Rodrigues Alves, ao Congresso Legislativo. Sobre os dados resultantes da inspeção das amas, o presidente informava que, naquele ano, as visitas e fiscalização domiciliares realizadas pela “Secção de Protecção à Primeira Infancia e Inspecção de Amas de Leite” chegaram a 2.625. “Além disso, foram distribuídos 24.386 frascos de leite; examinadas 110 nutrizes, das quaes apenas 14 obtiveram attestados. Também foram feitos 54 exames de leite a pedido de particulares” (MENSAGEM APRESENTADA AO CONGRESSO LEGISLATIVO, 1915, p. 31).

Em suma, a emergência de um conjunto de preocupações em relação aos problemas gerados pelo crescimento da cidade de São Paulo, entre o final do século XIX e as primeiras décadas do XX, colocou a questão do cuidado e proteção à infância desvalida na ordem do dia. Nesse contexto, os médicos-higienistas assumiram papel de destaque na articulação de intervenções que, ao se voltarem para o problema da infância pobre e desvalida, participaram da produção de representações sobre o espaço urbano e seus problemas, os hábitos e costumes da população e, ao mesmo tempo, da legitimação da urgência e necessidade da criação de instituições e órgãos de fiscalização. Incidindo sobre as diferentes esferas da sociedade, os médicos-higienistas participaram, nesse sentido, da formulação de um amplo projeto de ordenação social, no qual as crianças desvalidas e os responsáveis pelo seu cuidado e proteção ocuparam um lugar que merece ser investigado.

“[...] Essas mulheres não compreendem as regras de hygiene alimentar [...]”

Colocadas no centro da discussão acerca da mortalidade infantil, as amas foram normatizadas, reguladas e classificadas. O trecho, extraído do

relatório da mordomia da Santa Casa de 1910, escrito pelo médico Synésio Rangel Pestana (1910, p.102), é exemplar do lugar atribuído às amas de leite no conjunto das causas que, segundo os médicos, respondiam pela mortalidade infantil. A leitura e análise da documentação produzida pelos profissionais que ocuparam esse cargo, bem como dos médicos ligados aos órgãos estatais evidencia a presença de vários termos e adjetivos que serviram para representar a figura das amas. Eis alguns deles: “mercenárias”, “pessoas incultas e paupérrimas”, “pobres”, “nutrizes mercenárias”, “mulheres analfabetas e incapazes”, “bondosas, mas incultas”, “caboclas”, “sertanejas”, “fazedoras de anjos” “ignorantes e ingênuas” e “mulheres dedicadas, porém rústicas, sem preparo e sem recursos”.

Para os médicos da Santa Casa, a causa maior de óbitos das crianças sob a responsabilidade da Irmandade era sua criação junto às amas, representadas como as grandes responsáveis pelos altos índices de óbitos das crianças sob seus cuidados. Em seus relatórios, publicavam estatísticas sobre a mortalidade, explicações sobre a mesma, com base nas quais argumentavam que a principal alternativa para o problema era uma fiscalização mais rígida e eficaz sobre aquelas mulheres.

Um levantamento feito ano a ano nos relatórios da mordomia, a partir de 1903^{12 14} até 1935, dá conta de que 5.620 crianças foram entregues às amas. Desse total, 1.274 morreram, ou seja, 22,6%. Foi possível levantar também, por meio dos relatórios médicos, um total de 62 causas de óbitos, cujos números se referem também aos anos de 1903 a 1935, com uma lacuna: o ano de 1933, em relação ao qual não aparece registro algum. A maioria das mortes ocorreu na faixa etária de 0 a 1 ano, período considerado mais crítico quanto ao risco de morte, segundo os médicos do Asilo. Embora a questão da faixa etária não fosse objeto de uma análise detalhada, levantamos que de 1913 a 1917, 142 crianças entre 0 a 1 ano faleceram. Em 1919, foram 33. Em 1921, 28. Entre 1925 a 1927, 65. Já de 1933 a 1935, 34.

Referindo-se à mortalidade do ano de 1906, o médico do Asilo dos Expostos, Synésio Rangel Pestana, declarava que, de um total de 146 crianças sob os cuidados das amas contratadas pela Santa Casa, 33 faleceram. Em seu comentário registrava: “espero que com uma organização mais eficaz de fiscalização das amas de leite, a mortalidade do ano corrente de 1907 seja bem menos elevada do que a que hoje apresento” (PESTANA, 1907, p. 59).

Embora não disponhamos de dados para afirmar que as amas que passavam pela inspeção do Serviço Sanitário eram as mesmas contratadas pela Santa Casa, vale registrar que em 1906 o Relatório da Diretoria do Serviço Sanitário do estado de São Paulo, assinado pelo dr. Emílio Ribas, registrava que, de 105 amas examinadas, “foram classificadas como boas

12 14 A escolha por 1903 deve-se ao fato de que foi naquele ano que se iniciou a publicação dos números de crianças entregues às amas; e 1935, por ser o último ano antes da inauguração do berçário. Creditamos a diminuição e posterior fim do serviço das amas-de-leite à instalação desse novo local, que ocorreu em 1936, quando a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo alugou uma casa na Rua Frederico Steidel, 157, bairro de Santa Cecília. Para lá eram enviadas as crianças deixadas nas Rodas de Expostos ou que foram abandonadas e as encontradas pelo serviço policial.

40, soffríveis 58 e más 7” (RIBAS, 1907, p. 43). Em seguida, comentava que o consultório de lactantes foi utilizado “por 28 crianças, mas é de crêr que tornando-o mais conhecido do publico, venha a prestar reaes serviços ás classes menos favorecidas, em que predomina tão alto coefferiente de mortalidade infantil” (RIBAS, 1907, p. 43).

Representadas, na maioria das vezes, de forma negativa, recaía sobre as amas de leite grande parte da culpa pela mortalidade das crianças desvalidas sob seus cuidados na cidade de São Paulo. A principal justificativa dos médicos era a própria formação das amas – pobres e sem instrução – embora também houvesse casos em que pairavam sobre elas acusações de negligência para com as crianças. Nesse sentido, em 1910, o médico Synésio Rangel Pestana declarava que “ignorantes e ingênuas, essas mulheres não comprehendem as regras de hygiene alimentar, necessárias á boa saúde da criança, nem outros cuidados exigidos para encaminhar o desenvolvimento normal desses frageis organismos” (PESTANA, 1910, p. 102)

Nesse mesmo relatório, são explicitadas as formas como deveria ser feita a fiscalização das amas contratadas pela Santa Casa. Discorrendo sobre os serviços das amas que moravam na cidade e as que viviam em bairros mais afastados, o mordomo João Mauricio de Sampaio Vianna defendia que

[...] a medida que se impõe desde já será no sentido de não entregarem a amas residentes fora da capital as creanças que de agora em diante ficarem sob a proteção dessa Mordomia. Entregues essas creanças a amas residentes na capital, a respectiva fiscalização será mais effetiva e, portanto, mais efficaz. O próprio medico do Asylo pode surprehendel-as em suas residencias e verificar por si mesmo as condições de asseio da ama, do seu domicilio e do lactante, e certificar-se da observância das regras de hygiene que lhes são ensinadas todos os mezes por ocasião da pesagem e do exame dos lactantes na Santa Casa (VIANNA, 1910, p. 103).

As reflexões do mordomo deixam explícitos os intentos de controle e enquadramento das amas, os quais se justificavam, segundo o discurso médico-higienista, em função da urgência e necessidade de diminuição da mortalidade infantil na cidade de São Paulo. Objetivo esse que só poderia ser atingido por meio da modificação dos hábitos e dos modos de pensar e agir das mesmas, considerados impróprios e dissonantes – pelo menos do ponto de vista médico – em relação às necessidades daquele momento. Suas recomendações põem em cena um conjunto de práticas que deveriam ser realizadas pelos médicos da Santa Casa, as quais incluíam o exame, a fiscalização e o ensino de regras de higiene, por exemplo, as quais se articulavam em torno dos propósitos de “civilizar” (ELIAS, 1994) aquelas mulheres consideradas bárbaras e cujos atos, igualmente bárbaros, poderiam ser perfeitamente relacionados à morte das crianças sob seus cuidados.

A vigilância sobre aquelas mulheres – seja as que residiam na cidade ou as que viviam na zona rural – era um objetivo a ser alcançado, o que pode ser percebido pelo uso do verbo “surprehendel-as”. Dialogando um pouco mais com a declaração do mordomo, nota-se a tentativa de se fazer um verdadeiro cerco ao redor das amas, o qual recobria a fiscalização das próprias amas, de suas casas e das crianças sob sua guarda. Enfim, ressalta-se aqui o papel que os médicos chamavam a si no enfrentamento de um problema de tamanha magnitude: o de regular e disciplinar a ocupação das amas e de seu cotidiano.

É importante chamar a atenção também para o fato de que, de acordo com inúmeros relatos publicados nos relatórios da mordomia, os altos índices de mortalidade infantil não eram atribuídos, prioritariamente, à qualidade do leite, mas sim às condições de moradia e higiene das amas. Assim, pobreza, vícios, doenças, péssima alimentação, insalubridade, falta de asseio, entre outros, foram alguns dos elementos que compuseram as representações produzidas pelos médicos sobre a figura das amas; representações essas que englobavam os mais distintos aspectos de sua vida, dentre eles, suas moradias.

Aliás, o local de moradia constituiu-se em uma questão recorrente nas análises sobre as amas, que circularam nos relatórios da mordomia. Servia como um dos principais pretextos para as discussões entre médicos e mordomos. São inúmeros os casos em que os médicos acusam as amas ditas “rurais” de procurarem tratar as crianças doentes com remédios caseiros ou mesmo de recorrerem a curandeiros que moravam nas redondezas de suas casas, o que evidencia as lutas de representação entre um saber que buscava se legitimar e saberes instituídos sobre as crianças pequenas e os cuidados que exigiam.

Em 1912, o médico Synésio Rangel Pestana, em relatório apresentado ao mordomo dos expostos, Sampaio Vianna, atribuía os altos índices de mortalidade das crianças ao fato de as amas morarem afastadas do centro da cidade e buscarem auxílio de pessoas “desqualificadas”, segundo seu ponto de vista.

V. Ex. bem compreende a principal causa dessa alta porcentagem, não me canço de proclamar, é a falta de assistência medica regular. A maioria dos óbitos se verifica nos lactantes entregues ás amas dos sítios, creaturas inteiramente ignorantes do que seja hygiene alimentar. Além da falta de cuidados necessários no que diz respeito á amamentação, ao aleitamento mixto na época própria para a desmama, etc. há ainda a falta de medico no logar, o que obriga as amas a consultarem os curandeiros boçaes da redonesa que os tratam sabe Deus como, pela homeopathia ou pela allopathia. (PESTANA, 1913, p. 38).

A declaração do médico permite observar que havia uma cobrança junto ao mordomo e, por que não à Santa Casa, para um melhor atendimento

médico nas regiões mais afastadas da capital. Esse, aliás, é o aspecto mais frequente nos relatórios da mordomia. Várias são as solicitações dos médicos no sentido de que fosse aprimorado esse tipo de atendimento. Assim, embora suas análises participem da produção de representações das amas como seres ignorantes, ingênuos, não se pode deixar de considerar a atuação dos médicos na demanda por providências que visavam a melhorar o atendimento concedido a elas e, nessa medida, as condições de vida das crianças sob sua responsabilidade. Questão que também pode ser lida como indício das reivindicações das próprias amas por melhores condições de vida.

Quase no mesmo período, mais especificamente em 1911, foi realizada a reforma do Código Sanitário de 1894, a qual, dentre outras alterações, resultou na ampliação das atribuições do Serviço Sanitário. Ao Estado caberia, a partir de então, fiscalizar as atividades do município, por exemplo. Criou-se também a Seção de Proteção à Primeira Infância (RIBEIRO, 1993, p.114). A partir desta reforma, o serviço de amas-de-leite “ganhou importância pois foi transformado numa seção específica do Serviço Sanitário sob responsabilidade de três médicos, com orçamento próprio, independente da Diretoria do Serviço Sanitário” (RIBEIRO, 1993, p. 121).

Segundo Carvalho, em 1915 o Consultório de Lactentes, então subordinado à Seção de Proteção à Primeira Infância do Serviço Sanitário, “iniciava a distribuição de prêmios de robustez às mães que, através da amamentação no peito, houvessem conseguido encaminhar seus filhos aos melhores resultados frente às demais crianças” (CARVALHO, 1996, p. 67). Era uma medida, provavelmente, ligada à questão das campanhas de aleitamento materno, conforme sinalizamos anteriormente. Iniciativa semelhante, embora vinculada a questões filantrópicas, já tinha sido experimentada pela Santa Casa em 1905, premiando as três amas cujos lactantes se apresentassem em “melhores condições, tendo em vista para o julgamento, a pezagem inicial e o estado de saúde” (MATTOSO, 1906, p. 68).

Nota-se, então, que foram inúmeras as tentativas para diminuir os índices de mortalidade infantil das crianças sob os cuidados das amas. Para isso, como podemos observar, os médicos propõem uma série de estratégias orientadas no sentido de disciplinar as mulheres e, especificamente, as amas de leite. Tais medidas não se dissociam de iniciativas que, nesse mesmo período, ocorriam em diferentes estados brasileiros, bem como em outros países.

Durante o Primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância, realizado no Rio de Janeiro em 1922, dr. Arthur Moncorvo Filho, diretor fundador do Instituto de Proteção à Infância do Rio de Janeiro, apresentou uma comunicação intitulada “Regulamentação das Amas de Leite no Brasil”. O exame do texto permite verificar algumas conclusões aprovadas no Congresso. Entre elas:

A despeito da respeitável opinião daquelles que combatem a regulamentação das amas de leite, profissão em these condemnavel,

forçoso é confessar tornar-se ella de necessidade imperiosa, sabendo-se que, na impossibilidade de supprimir-se a industria do aleitamento mercenário bastas vezes recurso precioso para a salvação das creanças, não se póde conceber a ausência de severas medidas que impeçam a disseminação dos muitos males capazes de ser transmitidos pelas nutrizes mercenárias em mau estado de sanidade (MONCORVO FILHO, 1925, p. 337).

Para se ter uma idéia da dimensão com a questão das amas de leite, em suas relações com o problema da mortalidade infantil, o Primeiro Código de Menores do país, de 1927, em seu primeiro capítulo, já trazia a “determinação das mulheres que podiam amamentar filhos de outras pessoas, evidenciando que a questão da proteção ao menor passava pela questão da amamentação dita mercenária” (CARVALHO, 1996, p. 45).

Em 1930 tomou posse, como médico do Asilo dos Expostos, dr. João Leite de Bastos Júnior. Em seu primeiro relatório, apresentado ao mordomo Sampaio Vianna, registrava que, tirando a média de todos os índices, em 26 anos de observação – de 1903 a 1929 – verificou-se que a mortalidade correspondia a 23,3 crianças por mil nascidas. Lançando mão das declarações do professor uruguaio Luiz Morquio, procurava demonstrar que o número era extremamente alto:

O Prof. Luiz Morquio, em notável conferencia realisada há poucos mezes, na Santa Casa desta Capital, declarou que toda mortalidade que fosse além de 7 por cento seria excessiva e passível de redução. Referindo-se aos quatros annos em que exerceu a direcção medica do asylo de Orphans e Expostos de Montevideo, informou que conseguiu reduzir a mortalidade de 20% a 7% (BASTOS JÚNIOR, 1930, p.125).

As declarações de Morquio e a sua citação pelo médico do Asilo permitem perceber a relevância que assumia o problema da mortalidade infantil e o papel da produção e divulgação de dados estatísticos na legitimação das estratégias por meio das quais os médicos procuraram constituir o problema e legitimar as suas intervenções.

Temeroso quanto aos elevados índices de mortalidade das crianças que viviam junto às amas, o médico solicitava, no relatório referente ao ano de 1933, a transferência das crianças menores de dois anos em poder das amas, propondo, inclusive, a construção de um local adequado para atendê-las. Justificava seu pedido argumentando que

[...] esse doloroso confronto entre a elevada lethalidade das crianças confinadas ás bondosas mas incultas caboclas de Itapecerica, e a mortalidade nulla das que ficam sob os cuidados das virtuosas e

dedicadas Irmãs de São José, está a clamar por providencia urgente e definitiva que ponha os lactentes em situação de igualdade á de outros expostos.

Esta providencia importa, inicialmente, na construcção de um pavilhão para menores de 2 annos, onde esses infelizes possam receber os benefícios da moderna hospitalização (BASTOS JÚNIOR, 1933, p. 281).

O que se observa é que os médicos e mordomos da Santa Casa, em seus relatórios, continuavam a produzir imagens nas quais as amas, ou mesmo as suas condições de vida, que incluíam sua casa, a instrução, os seus costumes, a relação com outras práticas de saúde, eram consideradas as grandes responsáveis pela mortalidade infantil. Em 1936, o mordomo Sampaio Vianna, em um extenso relatório ao provedor Antonio de Pádua Salles, relatava:

pudemos verificar, *de visu*, como eram assistidas as creanças entregues ás amas. Em geral, *abrigadas em casas primitivas, sem qualquer recurso hygienico, tratadas por pessoas incultas e paupérrimas*, as creanças viviam na mais completa falta de cuidados, os mais prementes [...]. [...] *A falta de cultura e de recursos materiaes das pobres amas* as impedia completamente de executar as regras que lhes eram ensinadas pelos medicos: assim peccava pela base a assistencia que se pretendia dar á creança abandonada. (VIANNA, 1936, p. 195, grifos nossos)

Mais dados estatísticos podem ser encontrados no relatório da mordomia, relativo ao ano de 1938, que registra um índice bastante significativo em termos de mortalidade infantil. Segundo registrava o documento, os dados referentes ao período de 1900 a 1936 evidenciavam que, “das 2.784 creanças admittidas e entregues ás amas mercenárias para serem criadas em suas casas, como se fazia até essa data, 1.444, ou seja, 52% falleceram” (VILLARES, 1938, p. 257).

A leitura dos relatórios da mordomia evidencia a necessidade cada vez mais forte de iniciativas que, partindo da Santa Casa e do próprio mordomo, possibilitassem modificações substantivas no serviço das amas. Como argumento para tais medidas, eram utilizados os dados colhidos pelo controle mensal, por meio da ida das amas ao hospital, os quais evidenciavam, segundo os médicos, a precariedade das condições físicas das crianças criadas por elas.

Diante desse quadro, a criação do Berçário, em 1936, constituiu-se em uma das medidas postas em ação pela Santa Casa. Tal medida punha em cena novas práticas de cuidado com as crianças desvalidas. No momento em que a criança chegava ao local, abria-se imediatamente uma ficha. “Nella

fica anotada toda informação que se pôde obter a seu respeito, sendo registrada na ficha a certidão de nascimento, e qualquer outro documento, porventura encontrado, fica convenientemente arquivado” (VILLARES, 1936, p. 197). Se, por acaso, a criança não fosse registrada, a Santa Casa providenciava seu registro em Cartório.

Outras informações revelam, ainda, que, paralelamente à instalação do Berçário, foi criado também um Lactário, com finalidade “médico-social” – uma forma de restringir, ao que parece, o serviço das amas, pois, de acordo com o próprio mordomo, sua finalidade seria “extrahir, conservar e distribuir leite humano a débeis, prematuros e doentes, expostos ou filhos de ricos e pobres, evitando-se assim, ao mesmo tempo, os *inconvenientes irremediáveis do aleitamento mercenário*” (VILLARES, 1936, p. 200, grifos nossos).

Citando Vasconcelos e Sampaio (1938), Livia Vieira (1988, p. 10) relata em seu artigo que, na época, propunham-se dois tipos de instituições para socorrer as crianças pobres e combater as criadeiras: “Os lactários, que alimentam as crianças e ensinam as mães, servem às mulheres que podem guardar junto de si os filhos; e as creches de depósitos: para as mulheres que são forçadas a trabalhar”.

Segundo as análises dos mordomos, as medidas adotadas não tardaram a produzir frutos. No relatório da mordomia de 1938, o dr. Leite de Bastos Júnior relatava que o papel das amas se modificara. “De nutriz mercenária que era, qualificativo aviltante e desprezível, passou a ser doadora de leite, função altamente humanitária, conforto de mães que soffrem e salvação de criancinhas que fenecem” (BASTOS JÚNIOR, 1938, p. 275).

O início das atividades do lactário da Santa Casa de São Paulo coincide com o do Lactário de Paris. Enquanto este, por meio da ordenha e distribuição do leite humano no Boulevard Port Royal, recolhia uma média diária de 4 mil gramas, sendo o leite vendido a 100 francos o litro, o de São Paulo tinha uma capacidade de 14 litros diários, “dos quaes a metade se destina aos nossos lactantes, e a outra se distribue mediante prescrição medica, aos prematuros, débeis e doentes, cujas mães não têm leite” (BASTOS JÚNIOR, 1938, p. 275).

A princípio, a iniciativa de implantação do Berçário deu resultados positivos. Tanto que, em reunião da mesa administrativa, de 5 de dezembro de 1941, foi aprovado parecer da Comissão de Contas e Obras “favorável à autorização para os estudos e elaboração de plantas e orçamento para a construção de um prédio anexo ao Asilo Sampaio Vianna para servir de berçário” (BASTOS JÚNIOR, 1941, p. 98).

Um outro motivo pode também ter contribuído para essa diminuição no número de amas na cidade: na mesma década de 40 o Estado, por meio da criação do Departamento Nacional da Criança (DNCr), do Ministério da Educação e Saúde e da Legião Brasileira de Assistência (VIEIRA, 1988, p. 4), começou a investir em instituições voltadas à proteção à infância e à maternidade.

Um exemplo desta postura foi a criação de creches, “útil instrumento de socorro às mulheres pobres e desamparadas” (VIEIRA, 1988, p. 4).

Citando Odilon de Andrade Filho, Vieira (1988, p. 8) revela, ainda, que as creches eram o “único elemento capaz de combater eficazmente o comércio das ‘criadeiras’ que capricham em concorrer para aumentar o obituário infantil”. Segundo Vasconcelos e Sampaio, “com a multiplicação das creches pelos bairros das cidades eliminará, automaticamente, o comércio das criadeiras” (apud VIEIRA, 1988, p.10).

Sendo assim, observa-se que, a partir da década de 1940, o serviço de amas de leite reduziu-se acentuadamente. Isso pode ser explicado pelo fato de que o Berçário criado pela Santa Casa era um local bastante procurado para a obtenção de leite na cidade, segundo relatos publicados nos relatórios da mordomia. Paralelo ao Berçário, o Lactário também pode ter sido um facilitador para a redução dos serviços das amas na cidade de São Paulo, na época.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Expressar a dimensão tomada pelas práticas médicas voltadas para a criança desvalida, bem como as representações produzidas sobre a figura das amas de leite foi o intuito deste texto, no qual procuramos sinalizar como médicos, representantes do governo, juristas e outros setores da sociedade se posicionaram diante dos diferentes problemas postos pelas transformações que ocorriam em São Paulo, entre o final do século XIX e o início do XX.

Nossa abordagem focalizou, mais detidamente, as representações produzidas pelos médicos no contexto da elaboração de um amplo projeto de intervenção que recaiu sobre os mais diferentes aspectos da realidade social, incidindo, neste caso em particular, sobre as amas e as crianças sob seus cuidados. Nosso objetivo, neste caso, foi o de pontuar algumas das tentativas de controle e normatização que marcaram as práticas de fiscalização das amas e de exame das crianças.

Cabe acentuar que essas ações fizeram parte de um amplo projeto traçado por grupos hegemônicos, no interior de uma conjuntura política, econômica, social que abrangeu grande parte do período aqui tratado. Destacamos, neste artigo, o papel dos médicos como representantes de um saber que se apresenta como legítimo, reclamando para si a explicação dos problemas e a articulação de estratégias de intervenção. Problemas, aliás, considerados obstáculos para a construção de um país moderno. Entre eles, o da mortalidade infantil.

Nessa análise, optamos por percorrer, brevemente, os desdobramentos que marcaram as intervenções sobre as crianças desvalidas e as amas, traduzidas em práticas que incidiam sobre seus corpos, suas condutas e sobre suas próprias vidas, assinalando e fornecendo elementos

para compreender como, a partir de uma determinada época, foram produzidas representações em torno daquelas mulheres que acabaram por ser qualificadas, na maioria das vezes, de forma negativa. Qualificações que iam de “criadeiras” a “fazedoras de anjos”, conforme o título deste artigo sugere.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, J. A. G. de. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- ALVES, G. J. **A contabilidade da higiene: representações da mortalidade no discurso médico demográfico de São Paulo (1903-1915)**. Dissertação (Mestrado História – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
- BASTOS JÚNIOR, João Leite de. **Relatório do médico do Asilo dos Expostos**. São Paulo: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, 1930
- _____. 1933.
- BOLETÍN del Consejo Nacional de Higiene**. Documento produzido durante o XIV Congresso de Higiene e Demografia de Berlim, realizado entre 23 e 29 de setembro de 1907, pp. 1-9.
- Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia**, Montevideu, n. 27, pp. 14-27, 1909.
- CARVALHO, J. M. de. **A formação das almas: o imaginário da república do Brasil**. São Paulo: Cia. das Letras, 1990.
- CARVALHO, V. M. de. **Girando em torno da roda: a Misericórdia de São Paulo e o atendimento às crianças expostas, 1897-1951**. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.
- CHARTIER, R. **A história cultural: entre práticas e representações**. Lisboa: Difel; Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1990.
- CÓDIGO de posturas do município de São Paulo. São Paulo: Casa Vanorden, 1921.
- CUNHA, M. C. P. **O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- ELIAS, N. **O processo civilizador**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- GONDRA, J. G. **Artes de civilizar: medicina, higiene e educação escolar na corte imperial**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2004.
- HOCHMAN, G. **A era do saneamento: as bases da política de Saúde Pública no Brasil**. São Paulo: Hucitec: Anpocs, 1998.

- MARCÍLIO, M. L. **História social da criança abandonada**. São Paulo: Hucitec, 1998.
- _____. A roda dos expostos e a criança abandonada na história do Brasil – 1726-1950. In: FREITAS, M. C. (Org.). **História social da infância no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1997, pp 53-79.
- Mensagem apresentada ao Congresso Legislativo, em 14 de julho de 1915, pelo Dr. Francisco P. Rodrigues Alves, presidente do estado de São Paulo**. São Paulo: Diário Oficial, 1915.
- _____. **Mensagem apresentada ao Congresso Legislativo, em 14 de julho de 1923, pelo Dr. Washington Luis Pereira de Sousa, presidente do Estado de São Paulo**. São Paulo, 1923.
- _____. **Mensagem apresentada ao Congresso Legislativo, em 14 de julho de 1926, pelo Dr. Carlos de Campos, presidente do estado de São Paulo**. São Paulo, 1926.
- MERISSE, A. **Lugares da infância: reflexões sobre a história da criança na fábrica, creche e orfanato**. Assis: Arte&Ciência, 1997.
- MONCORVO FILHO, A. **Regulamentação das Amas de Leite no Brasil**. Comunicação apresentada no Primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância. Boletim n. 7. Rio de Janeiro, 1922. Rio de Janeiro: Emp. Graph. Ed., 1925, pp. 337-338.
- NOVAES, M. D. **A puericultura em questão**. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.
- PESTANA, Synésio Rangel. **Relatório do médico do Asilo dos Expostos**. São Paulo: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, 1907.
- _____. 1910.
- _____. 1913.
- PILOTTI, F.; RIZZINI, I. **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Interamericano Del Nino: Santa Úrsula: Amais, 1995.
- RAGO, M. **Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar: Brasil 1890-1930**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.
- RELATÓRIOS do irmão Mordomo dos Expostos. 50 v. São Paulo: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, 1901-1942.
- RIBAS, E. (1906). **Relatório da Directoria do Serviço Sanitário do Estado de S. Paulo, apresentado ao Sr. Secretario dos Negócios do Interior Dr. Gustavo de Oliveira Godoy, pelo Director Geral, Dr. Emilio Ribas**. São Paulo: Typographia do Diário Oficial, 1907.
- VIANNA, João Mauricio de Sampaio. **Relatórios do irmão Mordomo dos Expostos**. São Paulo: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, 1910.
- _____. 1936.
- VILLARES, Guilherme Dumont. **Relatórios do irmão Mordomo dos Expostos**. São Paulo: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, 1936

- _____. 1938.
- RIBEIRO, M. A. **História sem fim...** Inventário da saúde pública. São Paulo - 1880-1930. São Paulo: Edunesp, 1993.
- RIZZINI, Irene. **O século perdido: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil.** Rio de Janeiro: Petrobras-BR: Ministério da Cultura: Amais, 1997.
- RIZZINI, Irma. **Assistência à infância no Brasil: uma análise de sua construção.** Rio de Janeiro: Santa Úrsula, 1993.
- ROCHA, H. H. P. **A higienização dos costumes: educação escolar e saúde no projeto do Instituto de Hygiene de São Paulo (1918-1925).** Campinas: Mercado das Letras: Fapesp, 2003.
- ROCHA, J. F. T. da. **Práticas sociais e pedagógicas no Asilo dos Expostos da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - 1896-1950.** Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade São Francisco, Itatiba, 2005.
- SÃO PAULO (ESTADO). Assembléia Legislativa. **Decreto n. 1.294, de 19 de julho de 1905.** Approva e manda observar o regulamento para o serviço de inscrição das amas de leite na Capital. São Paulo, 1905. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1905/decreto%20n.1.294,%20de%2019.07.1905.htm>>. Acesso em: 14 out. 2010.
- SCHWARCZ, L. M. **Retrato em branco e negro: jornais, escravos e cidadãos em São Paulo no final do século XIX.** São Paulo: Cia. Das Letras, 1987.
- SILVA, A. de M. (Comp.) **Dicionario da Língua Portuguesa.** Fac-símile de 1813. Rio de Janeiro: Oficinas da S.A Litho-Typographica Fluminense, 1922.
- TELAROLLI JÚNIOR, R. **Poder e saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo.** São Paulo: Edunesp, 1996.
- VENÂNCIO, R. P. Maternidade negada. In: DEL PRIORE, M. (Org.). **História das mulheres no Brasil.** São Paulo: Contexto, 2001, pp.189-222.
- VIEIRA, L. M. F. Mal necessário: creches no Departamento Nacional da Criança (1940-1970). **Caderno de Pesquisa:** publicação da Fundação Carlos Chagas, São Paulo, n. 67, p. 3-16, nov. 1988.

CRIMINOLOGIA E MEDICINA LEGAL EM SÃO PAULO: JURISTAS E MÉDICOS E A CONSTRUÇÃO DA ORDEM

Luis Ferla¹

Marcos César Alvarez²

INTRODUÇÃO

Na Europa, ao longo do século XIX, mutações nas práticas penais, bem como nas percepções e nas representações sociais, modificaram o estatuto do crime e da punição no interior da sociedade moderna. Como afirma Michel Foucault, foram introduzidos no ritual penal novos objetos de conhecimento e de intervenção, objetos estes disputados por saberes emergentes, como a Psiquiatria, a Medicina Legal e, posteriormente, a Criminologia. A punição legal se deslocou da infração cometida para o indivíduo criminoso, o que duplicou e dissociou os objetos juridicamente definidos e codificados, que passaram a ser também objetos suscetíveis de um conhecimento “científico” (FOUCAULT, 1977).

A novidade da abordagem de Foucault sobre tais transformações consistiu sobretudo em não tomar as mudanças no campo penal como um simples progresso no âmbito das formas de conhecimento e como a inevitável humanização no âmbito das práticas penais mas como transformações complexas que possibilitaram a construção de novos objetos de conhecimento e de novas formas de “governo” dos homens.

Neste sentido, a investigação dos nexos entre saber e poder, tão exaustivamente desenvolvida por Foucault em diversos âmbitos de sua investigação histórica, mostrou-se especialmente fecunda no registro penal, ao permitir explorar como os novos saberes “normalizadores”, como a Psiquiatria, as Ciências Humanas e a Criminologia, passaram a rivalizar com o Direito no que diz respeito ao dizer a verdade sobre o crime e a punição na modernidade.

Embora não tenha estudado de forma mais aprofundada a emergência da Criminologia, Foucault já apontava que tal saber tinha um papel particularmente utilitário e de justificação “científica” do novo poder disciplinar voltado para a transformação dos indivíduos (FOUCAULT,

1 Professor de História Contemporânea da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP, Campus de Guarulhos).

2 Professor do Departamento de Sociologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo (FFLCH-USP) e pesquisador do Núcleo de Estudos da Violência da USP.

1981), *saber destinado ao poder*, mais valorizado pela sua utilidade política e administrativa do que por sua exatidão científica, “onde o que está em jogo não é a compreensão dos seres humanos envolvidos, mas trata-se de conhecê-los para controlá-los” (GARLAND, 1999, p.73).

A história da Criminologia não começa propriamente no fim do século XIX mas pode ser situada no interior da história mais ampla das ciências médicas na Europa desde o final do século XVIII (MUCCHIELLI, 1994) e mesmo a partir de autores como Adolphe Quételet (1786-1874), que buscou aplicar as técnicas estatísticas ao movimento do crime e da penalidade (BEIRNE, 1993). A própria diversidade de expressões empregadas ao longo do século XIX para nomear a nova ciência – Antropologia Criminal, Ciência Criminal, Antropologia Jurídica, Antropologia e Direito, Sociologia Criminal, Psicologia Criminal etc. – indicam as flutuações de sentido e as disputas intelectuais em torno dos novos problemas concernentes à emergência do homem criminoso como objeto de conhecimento e de intervenção.

No fim do século XIX, sobretudo com o aparecimento do livro de Césare Lombroso, *L'Uomo delinquente*, publicado pela primeira vez em 1876, todo um programa de investigação e reforma social ganhará certa coerência e irá se desenvolver na Europa e também nos Estados Unidos, com inúmeras publicações, realizações de congressos nacionais e internacionais, movimentos de reforma da legislação e das instituições penais etc.

Se Lombroso não pode ser visto de forma ingênua como uma espécie de “herói fundador” da moderna Criminologia, sendo na verdade sobretudo um herdeiro, já que seu livro *L'uomo delinquente* condensava os ensinamentos da Frenologia, da Antropologia, da Medicina Legal e do alienismo dos dois primeiros terços do século XIX (MUCCHIELLI, 1994), ainda assim foi em torno de suas idéias que se desenvolveram os principais debates sobre a natureza do crime e a função da pena no período.

O fim do século XIX correspondeu igualmente a um momento de forte institucionalização da Criminologia no ensino universitário, então em plena expansão, em revistas exclusivamente consagradas a estas questões e na organização de encontros internacionais, como os Congressos Internacionais de Antropologia Criminal. O primeiro congresso, realizado em Roma em 1885, representa o ápice da carreira de Lombroso e da escola italiana de Criminologia. Mas é também ao longo desses congressos que começam a surgir algumas das principais resistências às novas idéias penais, manifestas sobretudo pelos adeptos da assim chamada escola sociológica de Lyon, liderada pelo médico francês Alexandre Lacassagne (1843-1924), que enfatizava o meio social como “caldo de cultura” do crime (apud DARMON, 1991, p. 91). Outra crítica importante aos trabalhos de Lombroso e às teorias da Antropologia Criminal partiram de Gabriel Tarde (1843-1904) e, posteriormente, de Émile Durkheim (1858-1917).

De qualquer modo, Lombroso, com *L'uomo delinquente*, forneceu um paradigma biodeterminista de fácil assimilação, que contribuía não apenas para pensar a natureza do crime e o papel da punição, em sintonia com as muitas teorias científicas então dominantes, mas que poderia

explicar as próprias diferenças presentes entre os homens. Diante da complexidade da nova sociedade industrial e urbana, perpassada por inúmeros conflitos, a idéia de que o crime era uma espécie de fenômeno natural e de que o criminoso não passava de um indivíduo primitivo, que poderia ser anatomicamente identificado na multidão, seduzia pela sua capacidade de fornecer uma explicação ao mesmo tempo científica e tranquilizadora acerca da desordem social. Ao mesmo tempo, a nova Criminologia rejeitava o igualitarismo formal liberal (GARLAND, 1985) e propunha todo um conjunto de reformas da legislação e instituições penais, ao demarcar o embate entre a antiga “escola clássica” e a nova “escola positiva” no âmbito penal.

Neste artigo, pretende-se analisar como as idéias da Criminologia e da “escola positiva” de Direito Penal foram incorporadas por juristas e médicos paulistas e alguns de seus desdobramentos institucionais no estado, tanto no que diz respeito à reforma das instituições penais quanto ao desenvolvimento da Medicina Legal. Num primeiro momento, o artigo descreve como as idéias de Lombroso e os debates em torno da Criminologia foram incorporados pelos juristas em São Paulo no final do século XIX e início do XX. Em seguida, procura fazer o mesmo no meio médico legal, com ênfase no papel cumprido pela Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo, a partir de 1921. Além disso, buscar-se-á fazer um rápido inventário das implicações institucionais que a influência daquelas idéias produziu.

A CRIMINOLOGIA E OS JURISTAS EM SÃO PAULO

A partir da segunda metade do século XIX, o debate intelectual no Brasil passou a incorporar um conjunto variado de novas idéias, como o evolucionismo, o materialismo, as teorias raciais, etc. Os debates em torno da Criminologia, que se desenvolviam na Europa no período, foram recebidos como parte dessa onda cientificista sobretudo por juristas e médicos³.

Da parte dos juristas, a recepção das idéias da “escola positiva” de Direito Penal ocorreu precocemente, incorporadas ao ambiente de renovação cultural presente na Faculdade de Direito do Recife, que então se abria para discussões filosóficas as mais diversificadas.

Deste modo, João Vieira de Araújo (1844-1922), lente da Faculdade de Direito do Recife, já se mostrava informado a respeito das novas teorias criminais, ao comentar as idéias de Lombroso em suas aulas e também em textos sobre a legislação criminal do Império, em 1884 (cf. Araújo, 1884). No mesmo ano, Tobias Barreto, em seu livro *Menores e loucos*, faz referências ao *L'Uomo delinquente*, ao discutir a necessidade

3 Retrabalhamos aqui idéias já apresentadas em diversos textos, sobretudo a partir de Alvarez (2003).

de diferenciação das diversas categorias de irresponsáveis no campo penal (BARRETO, 1926).

Após essa recepção pioneira no Recife, inúmeros outros juristas brasileiros, ao longo da Primeira República, passaram a divulgar as novas abordagens “científicas” acerca do crime e do criminoso: Clóvis Beviláqua, José Higino, Raimundo Pontes de Miranda, Viveiros de Castro, Aurelino Leal, Moniz Sodré de Aragão, Evaristo de Moraes, José Tavares Bastos, Esmeraldino Bandeira, Lemos Brito, entre outros, publicam artigos e livros em que são discutidos os principais conceitos e autores da Criminologia e da escola penal positiva. Alguns se tornam entusiastas das novas teorias penais, outros censuram o exagero de algumas colocações consideradas radicais, mas a grande maioria toma as novas discussões no campo da Criminologia como temas obrigatórios de debate no interior do Direito Penal (ALVAREZ, 2003). Mais do que isso, boa parte dessa produção intelectual acabou por extrapolar o debate entre os juristas e incidir sobre o meio médico brasileiro, como será discutido mais adiante. Particularmente o livro de Viveiros de Castro, “Nova Escola Penal”, publicado em 1893, influenciou a incipiente Medicina Legal brasileira e colaborou para os seus alinhamentos doutrinários biodeterministas.

Em São Paulo, não ocorreu um movimento intelectual simbolicamente equivalente ao da Escola do Recife, sendo que o conservadorismo da Faculdade de Direito do Largo São Francisco e o liberalismo dos bacharéis paulistas parecem ter sido obstáculos que retardaram relativamente a incorporação das novas idéias científicas no âmbito das discussões jurídicas. O próprio positivismo penetrou muito antes no periodismo acadêmico, no qual já está presente no jornal *A República* em 1876, do que na Faculdade de Direito, onde só chega com o ingresso de Pedro Lessa no corpo docente em 1888 (ADORNO, 1988). Nos últimos anos do século XIX, no entanto, as novas idéias criminológicas já são discutidas no Largo São Francisco, sendo que dois juristas irão se destacar neste debate: Paulo Egídio e Cândido Mota. Com eles, a Criminologia irá emergir também no Brasil como um discurso com pretensões modernizadores, capaz de justificar o novo papel missionários dos legisladores (SCHWARCZ, 1993), quer diante dos problemas mais gerais da nação, quer diante das reformas das instituições penais.

PAULO EGÍDIO: CRIMINOLOGIA E REFORMA PENITENCIÁRIA

Paulo Egídio de Oliveira Carvalho (1842-1906) estudou na Faculdade de Direito do Largo São Francisco entre 1861 e 1865. Após o término do curso, trabalhou como advogado e promotor público em Limeira, fixando depois residência na capital do estado em 1870, quando iniciou sua

carreira política. Foi então eleito deputado provincial em 1870, constituinte em 1891 e senador estadual em 1894.

Antonio Cândido cita Paulo Egídio como um pioneiro da Sociologia em São Paulo, num momento em que as Ciências Sociais ainda não eram praticadas por especialistas, mas sobretudo por intelectuais interessados em formular princípios teóricos gerais ou interpretar de modo global a sociedade brasileira (CÂNDIDO, 2006). Mas as preocupações de Paulo Egídio com relação à Sociologia eram indissociáveis, na época – assim como para muitos intelectuais no Brasil e igualmente na Europa –, das preocupações relativas à Antropologia Criminal e suas interpretações biodeterministas, bem como de questões práticas relativas ao combate ao crime e à reforma da legislação e das instituições penais.

O que é decisivo, na recepção dos debates criminológicos que ocorriam na Europa, por parte de Paulo Egídio, é que para ele a Sociologia não deveria excluir as explicações raciais e biológicas. Neste sentido, em texto intitulado *Contribuição para a história filosófica da Sociologia*, Egídio (1899, p. 47) afirmava que “o estudo da estrutura anatômica do homem e das suas variedades raciais há de sempre fornecer esclarecimentos para o estudo dos problemas da sociologia”.

Deste modo, a forma como Paulo Egídio discutia as idéias de Durkheim a respeito do caráter normal do crime ilustra de modo paradigmático como se dava a recepção das idéias criminológicas no Brasil, já que a maior parte dos intelectuais locais integrava ecleticamente teorias sociológicas e biodeterministas, tal como progressivamente ocorria igualmente com a escola criminológica italiana na Europa⁴. No entanto, o ensaio no qual Egídio discute as idéias de Durkheim destaca-se, no panorama local, pela rigorosa discussão do método defendido pelo sociólogo francês, ao contrário da maior parte das obras produzidas no período no Brasil sobre a Criminologia, voltadas sobretudo para o recenseamento das idéias da escola italiana. Intitulado *Estudos de sociologia criminal*, tal trabalho permitiu que o autor fosse aceito como membro do Instituto Internacional de Sociologia de Paris, por indicação de Gabriel Tarde e René Worms (MACHADO NETO, 1969, p. 55).

Ao longo do ensaio, Paulo Edígio polemizava contra a idéia de Durkheim acerca do caráter normal do crime. Egídio, em sua exposição, toma partido dos adeptos da escola italiana de Criminologia, ao refutar as críticas que o sociólogo francês dirige a Garofalo, em especial, e ao

4 O próprio Lombroso, ao longo de seus trabalhos, acabou incorporando, à sua teoria do atavismo, as causas sociais que ajudariam a explicar as origens do comportamento criminoso. Mas tanto ele como a maioria dos demais autores que escreveram na virada do século a respeito da Criminologia não abandonaram o paradigma biodeterminista, que girava em torno da figura do “homem delinqüente”. Na França, mesmo o médico Alexandre Lacassagne (1843-1924), um adversário de Lombroso, estava muito mais próximo de concepções que enfatizavam as características hereditárias que levavam ao crime do que de explicações propriamente sociológicas (MUCCHIELLI, 1998). As críticas mais significativas ao biodeterminismo de Lombroso partem efetivamente de Gabriel Tarde (1843-1904) e de Durkheim. Mucchielli, no entanto, considera que mesmo Tarde estava mais próximo dos biocriminologistas italianos de seu tempo do que geralmente se imagina, ao nunca colocar em questão as origens biológicas do comportamento criminal individual (MUCCHIELLI, 2003, p. 65).

reafirmar que o crime é um fenômeno anormal, pois o criminoso é aquele que se afasta das leis e das normas sociais. Logo, ainda segundo Egídio, Lombroso teria razão contra Durkheim, ao indicar que o criminoso se desvia profundamente do homem comum, constituindo um tipo próprio, uma natureza anormal.

O advogado paulista igualmente buscava refutar empiricamente as conclusões de Durkheim no sentido de que o progresso levaria a um crescimento da criminalidade. Ao analisar os dados acerca de estados como Pernambuco, Bahia e São Paulo, Egídio afirmava que, apesar da falta de estatísticas criminais convenientemente organizadas no país, todos os documentos oficiais existentes não apontavam para um aumento da criminalidade nesses Estados⁵.

O livro de Paulo Egídio acerca da sociologia criminal de Durkheim, pelo rigor e pelo método de exposição, chamou a atenção mesmo de seus contemporâneos, tendo merecido inclusive uma longa resenha crítica na *Revista da Faculdade de Direito de São Paulo*, publicada no mesmo ano da edição do livro e elaborada por João Mendes Júnior (1900). Mas é justamente na defesa das idéias de Lombroso, Ferri e Garofalo que Egídio não se distancia de seus contemporâneos, o que mostra o predomínio da escola positiva e das idéias biodeterministas no discurso da Criminologia no Brasil da virada do século. Mesmo aquele que talvez seja o autor que mais se aprofundou nos estudos da sociologia criminal no período no Brasil não se distanciou da escola italiana e sua ênfase no caráter anormal do crime e do criminoso.

De fato, a argumentação de Paulo Egídio em seu *Ensaio de sociologia criminal* se apoia numa compreensão incompleta das idéias de Durkheim que, como já ressaltava Gaston Richard, na seção dedicada à sociologia criminal da *L'Année Sociologique* de 1896-1897, defendia o caráter normal do par crime/pena (RICHARD, 1897, p. 393). Ou seja, se para Durkheim o crime é um fenômeno normal, também o é a reação social contra o crime, a sanção ou a pena. Seguir o argumento de Durkheim, portanto, não implicaria em cair no paradoxo de não mais reprimir o crime e a criminalidade. Mas, se Paulo Egídio não percebe o desenvolvimento do argumento, isto se deve mais à sua defesa, *a priori*, da escola positiva, já que ele acompanhava a publicação francesa, tendo citado inclusive o próprio Richard em seu livro.

Outro aspecto interessante em Paulo Egídio é que ele buscou, ao longo de sua atividade como senador em São Paulo, empregar os conhecimentos acerca da Criminologia para justificar amplos projetos de reformas das instituições penais do Estado. Entre 1893 e 1906, Paulo Egídio propôs ao senado uma ampla reforma penitenciária para o Estado de São Paulo, com o objetivo de criar um sistema que não fosse apenas repressivo mas igualmente preventivo, obedecendo às diretrizes fornecidas pela escola positiva.

5 Paulo Egídio utiliza as estatísticas acerca dos crimes cometidos no estado, organizadas pelo dr. Manoel Viotti, chefe da primeira seção da repartição central da polícia.

Nas cartas que enviou para o jornal *Correio Paulistano* – e que foram depois publicadas em seus *Ensaio sobre algumas questões de direito penal e de economia política* (1896) –, Egídio desdobrava de maneira detalhada os diferentes tipos de instituições que deveriam compor o sistema penitenciário: asilos, casas de trabalho para vadios e mendigos, sociedades de educação para as crianças abandonadas, asilos agrícolas, asilos industriais, orfanatos, penitenciárias propriamente ditas, colônias agrícolas, sociedades de proteção para os menores e para os adultos criminosos que já tivessem cumprido condenação, caixas de seguro e estabelecimentos para os inválidos do trabalho etc. (EGÍDIO, 1896, p. 193-194).

Percebe-se, deste modo, a amplitude da reforma proposta por Egídio, que entrelaçava instituições penais e instituições de proteção social, envolvendo não apenas o Estado, mas toda a sociedade, e voltadas para o acompanhamento integral da vida daqueles que, mesmo que apenas potencialmente, estejam próximos ao mundo do crime.

Paulo Egídio buscou implementar suas propostas e iniciou a discussão da reforma penitenciária na sessão de 7 de agosto de 1893 no Senado paulista, ao propor a necessidade de reforma do Código Penal de 1890. Na sessão de 14 de agosto apresentou o Projeto nº 33, criando o Asilo Industrial de São Paulo, destinado a recolher crianças de ambos os sexos que mendigassem pela cidade, as que tivessem pais condenados por sentença criminal e em cumprimento da pena, as órfãs de pai ou notoriamente pobres e aquelas que, tendo pais, tutores ou curadores, fossem por eles abandonadas.

Essa proposta do Asilo Industrial não teve continuidade e, com a apresentação posterior do projeto do Instituto Disciplinar por Cândido Mota, Paulo Egídio se deu por satisfeito ao apoiar o projeto deste outro jurista.

Na sessão de 27 de julho de 1896, Paulo Egídio apresentou seu principal projeto, referente à reforma penitenciária. O Projeto de Lei nº 4 estabelecia a criação de novas instituições penais em todo o Estado, assim como propunha a criação de sociedades de proteção, voltadas para o amparo dos condenados que tivessem cumprido pena, entre outras medidas. Este projeto de Paulo Egídio deu origem à criação da Penitenciária do Estado, mas seu autor não ficou satisfeito apenas com essa proposta, voltando a apresentar novos projetos para completar seu sistema penitenciário. Assim, na sessão de 13 de junho de 1904, apresentou o Projeto nº 4, referente às sociedades de patronato, destinadas a dar assistência aos condenados reclusos e suas famílias. E na sessão de 18 de agosto de 1905, apresentou, por sua vez, o Projeto nº 3, referente à criação de uma escola penitenciária de ensino superior na capital do Estado, voltada para o preparo técnico dos indivíduos que se dedicassem à carreira penitenciária.

A morte do senador paulista, no entanto, impediu que ele desse prosseguimento ao conjunto de reformas, sendo que a maioria caiu no esquecimento. Suas iniciativas mostram, entretanto, que as idéias da escola positiva viabilizavam todo um discurso reformador das instituições penais

na época, sendo que as duas instituições construídas nas décadas seguintes – o Instituto Disciplinar e a Penitenciária do Estado – seriam inspiradas nas diretrizes da nova escola penal.

Cândido Mota, por sua vez, foi uma espécie de herdeiro das reformas propostas por Paulo Egídio, baseadas nos ensinamentos da “escola positiva”, sendo que com ele as idéias da Criminologia encontraram guarida igualmente no ensino da Faculdade de Direito de São Paulo.

CÂNDIDO MOTA E A CLASSIFICAÇÃO DOS CRIMINOSOS

Cândido Nazianzeno Nogueira da Mota (1870-1942) nasceu em Porto Feliz, no estado de São Paulo. Matriculou-se na Faculdade de Direito do Largo São Francisco em 1888, recebendo o grau de bacharel em 1891. Em 1892 foi nomeado promotor público em Amparo. Em dezembro do mesmo ano, foi transferido para a segunda promotoria pública da capital, criada pelo governo Bernardino de Campos. Em 1896, no governo Campos Sales, sendo chefe de polícia José Xavier de Toledo, foi nomeado segundo delegado da capital, permanecendo no cargo dez meses. Em 1898, foi eleito deputado estadual e membro da comissão de instrução pública, promovendo a fundação do Instituto Disciplinar. Reeleito deputado para a legislatura de 1901-1903, apresentou projetos referentes à reforma judiciária e ao patronato agrícola, entre outros. Em 1905 foi eleito vereador para a Câmara Municipal da Capital. Por decreto de 21 de maio de 1908, foi nomeado lente catedrático da primeira cadeira de direito criminal e, no mesmo ano, elegeu-se deputado federal, mandato que renunciou para ser secretário da agricultura do governo Altino Arantes, em 1916. Na Câmara Federal, fez parte da comissão especial de justiça militar, e das comissões de poderes e de instrução pública. Elegeu-se senador estadual em 1922 e ocupou a vice-presidência do senado até 1930. Foi também presidente do Conselho Penitenciário do Estado.

A trajetória de Mota como docente da Faculdade do Largo São Francisco foi marcada justamente pela difusão das idéias da Antropologia Criminal em São Paulo, no contexto da Primeira República. O interesse pelas novas idéias penais manifestou-se, entretanto, mais cedo na carreira de Mota, pois, nos relatórios apresentados quando ocupava o cargo de promotor público na capital do Estado, já empregava as noções da escola positiva para analisar as estatísticas criminais e antever as possíveis tendências da criminalidade na capital e no Estado de São Paulo. Por exemplo, em seu relatório do ano de 1894 (MOTA, 1895), Mota faz observações acerca dos problemas da ordem pública na capital do Estado, preocupando-se não apenas em identificar as condutas que mereceriam uma ação preventiva do Estado – como a mendicidade, a vadiagem e a prostituição –, mas

igualmente procurando as causas do incremento da criminalidade a partir dos fatores climáticos, raciais, sociais e individuais que estariam na origem dos crimes. Entre estes diversos fatores, Cândido Mota ressalta o papel das características raciais, mostrando sua preocupação com a corrente imigratória – “[...] grande parte da qual não é escolhida, cheia de rebotalhos das populações européias, e principalmente da Itália do sul” (MOTA, 1895, p. 30) –, bem como enfatiza que os crimes contra a pessoa cometidos por pretos e pardos, embora sejam minoria, são revestidos de circunstâncias horrorosas, o que revelaria o alto grau de perversidade dos autores.

Este interesse de Cândido Mota em relação aos novos conhecimentos penais levou-o, posteriormente, à elaboração de um trabalho mais teórico, que apresentou perante a Faculdade de Direito para disputar o lugar de substituto da cadeira de direito penal. O livro, intitulado *Classificação dos criminosos* e reeditado em 1925, foi considerado um importante momento na divulgação da escola positiva no Brasil. No prefácio dessa reedição, Cândido Mota agradece a boa recepção obtida na época pelo texto original, que teria sido elogiado, no Brasil, por Nina Rodrigues, Clóvis Beviláqua e Afrânio Peixoto, entre outros, e também no exterior, onde se destacaria a citação de Ferri e do próprio Lombroso (MOTA, 1925, p. 6).

No mesmo prefácio, Cândido Mota lamentava, no entanto, não ter podido aprofundar seus estudos na área penal devido a sua dedicação à carreira política. Mas as idéias da criminologia estarão presentes também num dos principais projetos que apresentou como deputado estadual, o da criação do Instituto Disciplinar. Este projeto está amplamente baseado nas concepções da escola positiva, tal como o autor as expôs no texto anteriormente analisado.

Numa publicação a respeito do projeto, editada em 1909, Cândido Mota apontava que a assistência à infância desprotegida era prioritária frente às várias categorias de infortunados, doentes, alienados, velhos, etc., devido ao perigo que ela representava enquanto elemento potencial de aumento da criminalidade. No projeto original por ele defendido, Cândido Mota propõe assim a criação de um instituto correccional, industrial e agrícola para menores moralmente abandonados do sexo masculino. Neste instituto, seriam feitos diagnósticos completos dos internos, que seriam fotografados, examinados por médicos e sujeitos às medidas antropométricas, bem como o juiz que encaminhasse o menor infrator deveria enviar ao instituto informações da natureza do crime cometido e suas circunstâncias, antecedentes do detido e de seus parentes, para assim poder estabelecer um diagnóstico completo das condições físicas, intelectuais e morais do interno e de sua família. Era prevista também a vigilância policial que acompanharia com “discrição” os menores que obtivessem livramento condicional. Esta preocupação com o conhecimento do menor, o caráter preventivo e não-penal da instituição – que no projeto inicial deveria se chamar Instituto Educativo Paulista – e muitos outros aspectos do projeto estão inspirados nas concepções da escola positiva.

O projeto de Cândido Mota foi aprovado, com modificações, e convertido na Lei nº 844, de 10 de outubro de 1902, e regulamentado pelo

Decreto nº 1.079, de 30 de dezembro do mesmo ano, que criou o Instituto Disciplinar. Como já mencionado, o senador Paulo Egídio apoiou a iniciativa, lembrando que o projeto era muito semelhante ao por ele anteriormente apresentado relativo à criação de um Asilo Industrial, e elogiava o autor do projeto, “[...] um dos raros moços brasileiros que se tem dedicado a esses altos estudos criminológicos [...]” (SÃO PAULO, 1903, p. 176).

A criação do Instituto Disciplinar mostra, assim, como as teorias criminológicas levavam o Estado a assumir funções além daquelas previstas por uma concepção puramente liberal. O próprio Cândido Mota colocava esta questão em seu texto, ao afirmar que o Estado devia “tomar a si a fundação de estabelecimentos destinados a prevenir e reprimir a criminalidade infantil” (MOTA, 1909, p. 27). Contra aqueles que argumentavam que as escolas de preservação seriam apenas uma questão de beneficência privada, Cândido Mota respondia que, sendo a conservação da ordem social uma atribuição do Estado, este deveria agir de maneira não apenas repressiva, mas também preventiva, enfatizando ainda as vantagens econômicas da prevenção, uma vez que era “muito mais fácil e menos dispendiosa a função preventiva que a repressiva” (MOTA, 1909, p. 32).

O projeto do Instituto Disciplinar é, deste modo, um interessante indicador da importância que os novos conhecimentos penais adquiriram nas primeiras décadas republicanas, mesmo que a instituição nunca tenha chegado a desempenhar o papel central no combate ao problema da infância abandonada e delinqüente, tal como queria Mota, já que “a condescendência, a prisão sem processo [e] o procedimento repressivo idêntico ao aplicado aos adultos continuaram a ser as formas básicas de tratamento do menor” (FAUSTO, 1984, p. 84). De qualquer modo, já não se tratava de uma instituição exclusivamente penal, mas uma instituição híbrida, voltada principalmente para a recuperação dos moralmente abandonados, que redimensionava as funções do Estado liberal frente ao problema da criminalidade nos grandes centros urbanos.

Para perceber o caráter inovador deste tipo de instituição, basta compará-la com a forma institucional voltada para a infância pobre que a precedeu: a Roda dos Expostos. Trata-se de um mecanismo utilizado no Brasil colonial, por meio do qual as mulheres pobres abandonavam seus filhos, quando não podiam criá-los. Os asilos onde estas crianças ficavam recebiam o nome de Casa dos Expostos, Depósito dos Expostos ou Casa da Roda, e eram mantidos por entidades religiosas. Estas instituições eminentemente urbanas desempenhavam importante papel na regulação dos desvios da organização familiar colonial, fornecendo também um tipo de assistência às famílias pobres. A Roda e a forma de institucionalização da infância a ela relacionada entraram em crise ao longo do século XIX, principalmente devido às críticas que, partindo sobretudo dos higienistas, apontavam para os altos índices de morte dos enjeitados. Vista também como incapaz de dar conta do aumento de crianças abandonadas verificado nas grandes cidades, a Roda acabou por tornar-se um exemplo negativo de

institucionalização da infância abandonada, tendo sido formalmente extinta pelo Código de Menores de 1927 (ALVAREZ, 1989).

O Instituto Disciplinar, em contrapartida, desenhava um dispositivo institucional radicalmente diferente dos asilos dos expostos. A começar pela clientela, que não se reduz mais aos materialmente abandonados, mas que visa também os menores criminosos e todos aqueles que estejam em estado de abandono moral. Os objetivos perseguidos também são mais ambiciosos, pois se pretende que a instituição recupere e eduque moralmente os que estão sob sua tutela. Finalmente, com este tipo de instituição, o Estado assume para si a tarefa de dar assistência a determinadas categorias da população, sobrepondo-se assim à benemerência privada, responsável pelas antigas Rodas. Diferentemente dos antigos “depósitos de expostos”, com o Instituto Disciplinar desenha-se plenamente um projeto de institucionalização produtiva, voltado para a constituição de cidadãos moralizados e aptos para o trabalho.

A Penitenciária do Estado, por sua vez, teria um papel muito mais relevante no sistema penal estadual, sendo que suas origens remontam ao projeto de reforma penitenciária proposto por Paulo Egídio, em 1896. A concretização efetiva da instituição só ocorrerá em 1920, o que demonstra sem dúvida a distância entre as utopias reformadoras dos juristas-criminologistas e a viabilização efetiva das reformas institucionais. Ainda assim, quando da citada inauguração, a Penitenciária do Estado foi saudada pela imprensa da capital como um acontecimento de grande importância social e política (SALLA, 1999).

Portanto, se é certo que, ao longo de toda a Primeira República, estabelecimentos como o Instituto Disciplinar e a Penitenciária do Estado de São Paulo foram muito mais a exceção, frente ao quadro bem mais deprimente dos demais presídios brasileiros, não deixa de ser significativo que os mais “modernos” estabelecimentos penais da época tenham sido viabilizados a partir da recepção das idéias criminológicas pelos juristas paulistas. Como afirma Garland (1985), a Criminologia, como conhecimento voltado para o estudo do criminoso, teve, como uma de suas condições de possibilidade, a existência da prisão como uma instituição disciplinar, voltada para a transformação dos indivíduos.

No Brasil, se as práticas punitivas na sociedade escravista do século XIX indicavam a impossibilidade de incorporação do modelo prisional panóptico – pois a aplicação indiferenciada do regime disciplinar a todos os indivíduos nas prisões era considerada inadequada pelos juristas, já que seria preciso modular a pena de acordo com a condição social do indivíduo, devendo-se respeitar a hierarquia entre senhores, homens livres e escravos (KOERNER, 2006) –, já na República as concepções criminológicas e a prisão disciplinar podiam ser incorporadas aos ideais da elite, mesmo que o sistema penitenciário idealizado por Paulo Egídio nunca tenha sido plenamente concretizado e que as concepções da Criminologia tenham sido empregadas sobretudo para reinserir hierarquias de raça, gênero e classe no horizonte da igualdade republicana.

A ESCOLA POSITIVA E A MEDICINA LEGAL⁶

Pelo lado da Medicina Legal, como de resto sucedia, é possível também identificar uma migração das idéias do nordeste decadente ao cada vez mais preponderante centro-sul do país. O médico maranhense Nina Rodrigues, considerado o principal impulsionador da institucionalização da Medicina Legal brasileira, foi quem difundiu as idéias da criminologia científica no meio médico. Apesar de haver trabalhado em São Luís e no Rio de Janeiro, foi em Salvador que Nina Rodrigues exerceu a principal parte de sua vida profissional. Mas seu conhecimento da escola italiana parece ter se dado via o debate que se travava no meio jurídico, principalmente após a publicação de “Nova Escola Penal”, de Viveiros de Castro, em 1893 (CORRÊA, 1998, p. 88), como já referido. Sua decorrente identificação com a escola teria feito o próprio Lombroso chamá-lo “apóstolo da antropologia criminal no Novo Mundo” (CORRÊA, 1998, p. 82; HERSCHMANN, 1994, p. 50).

A reputação que alcançou Nina Rodrigues e seu papel “fundador” da medicina legal brasileira⁷ o transformou em verdadeiro “mito de origem”. Seus seguidores passaram a reverenciá-lo sistematicamente e a se auto-referirem como membros da “Escola Nina Rodrigues”, atitude que lhes conferia prestígio e legitimação profissional. Dois dos mais destacados membros da escola levariam essa filiação para o sul do país: Afrânio Peixoto, para o Rio de Janeiro, e Oscar Freire, para São Paulo. No caso deste, sua vinda inauguraria um novo momento da Medicina Legal no Estado, catalisado a partir da criação da cadeira da disciplina na nova Faculdade de Medicina, e da fundação da Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo, arregimentadora do núcleo intelectual que organizaria e fortaleceria a influência da Escola Positiva no meio científico brasileiro.

A entidade foi criada em novembro de 1921. No Brasil, as iniciativas anteriores para congregar médicos e juristas para discutir a criminalidade em uma mesma organização foram poucas e efêmeras.⁸ Nina Rodrigues foi também nisso o precursor, fundando uma entidade na Bahia em 1895, mas que sobrevivera apenas dois anos. Quase simultaneamente, em São Paulo nascia e desaparecia a “Sociedade de Anthropologia Criminal, Sciencias Penais e Medicina Legal” (FÁVERO, 1922, p. 151). No Rio de Janeiro, em 1897, foi fundada a Sociedade de Jurisprudência Médica e Anthropológica, de existência igualmente efêmera (CARRARA, 1998, p. 177).

Foi justamente Oscar Freire, ainda antes de vir para São Paulo, mas já como sucessor de Nina Rodrigues, quem retomou a iniciativa do

6 A partir daqui, o presente texto é uma versão adaptada de trechos da tese de doutoramento de Luis Ferla (2005a).

7 Nina Rodrigues empenhou-se particularmente no reconhecimento da figura do *perito* médico-legista, contribuindo decisivamente para que a medicina legal se tornasse autônoma com relação à medicina clínica (CORRÊA, 1998, p. 124).

8 As associações e sociedades de medicina costumavam ter uma seção de medicina legal, mas que não incluía os bacharéis (FÁVERO, FREIRE, 1922, p. 90-91).

mestre, em 1914, fundando a Sociedade de Medicina Legal e Criminologia da Bahia (FÁVERO, 1922, p. 151). Sete anos depois, o mesmo professor estaria à frente da criação da congênere paulista. Ambas representavam, quando isso acontecia, as únicas no Brasil dedicadas ao tema.⁹ Na verdade, o impulso decisivo para que se viabilizasse a Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo veio justamente da referida organização da cadeira de Medicina Legal na Faculdade de Medicina, inaugurada em abril de 1918 pelo mesmo Oscar Freire, trazido da Bahia para esta tarefa.

A presidência da nova entidade ficou com Alcântara Machado, cargo que este manteria até 1937, quando seria substituído por Flaminio Fávero. Franco da Rocha foi indicado vice-presidente e Oscar Freire, o secretário-geral. Além do prestígio que tinha Alcântara Machado, como político e como professor da Faculdade de Direito, é bem possível que sua escolha também atendesse a objetivos diplomáticos dos médicos, que assim reforçariam o caráter misto da associação e minimizariam a desconfiança da “ala jurídica” da medicina legal paulista.

Seria na esperada solenidade de instalação, em 15 de novembro de 1921, que as idéias e teorias predominantes no meio iriam se manifestar, definindo os marcos iniciais de seu discurso, mas em linhas gerais destinadas a orientar a atuação da Sociedade por um longo período. Na sua fala inaugural, Alcântara Machado fez a apologia a Lombroso, que teria transformado o direito em ciência positiva, emprestando-lhe os métodos da observação e da experiência (MACHADO, 1922, p. 13). Desde então, a área teria vivido verdadeira revolução. A transferência da ênfase do crime ao criminoso parecia a ele já uma conquista consolidada, assim como a superação da concepção clássica que definia a pena conforme o delito: “Quaisquer que sejam as nossas convicções filosóficas, todos nós sentimos que é impossível o regresso à concepção antiga do delito, como simples entidade jurídica, e ao conceito anacrônico da pena inspirada exclusivamente na natureza do crime, sem atenção à natureza do criminoso” (MACHADO, 1922, p. 14).

Partindo dessa base conceitual, Machado (1922) criticava a defasagem do acervo legal do país, já que o Código Penal de 1890 não a contemplava e permanecia preso aos “preconceitos metafísicos e ultrapassados”. Faltariam nele a individualidade da pena, a condenação condicional e as medidas de segurança (MACHADO, 1922, p. 15). A reforma das leis penais viria a ser uma das principais reivindicações dos positivistas, no Brasil e em vários outros países. Na Sociedade de Medicina Legal e Criminologia, ela seria reafirmada com muita pertinácia, pressão que contribuiria por fim para a promulgação do novo Código em 1940 e que influenciaria no seu conteúdo, como veremos mais adiante.

Por outro lado, Machado também criticava a precariedade do conhecimento da criminalidade no Brasil, particularmente por conta da lacuna do estudo do criminoso. Enfim, o primeiro presidente da Sociedade

9 Os paulistas não consideravam congênere a Sociedade Brasileira de Neuropsiquiatria, Psiquiatria e Medicina Legal, fundada no Rio de Janeiro por Afrânio Peixoto e Juliano Moreira, na avaliação deles mais voltada à neurologia e à psiquiatria, sem priorizar a medicina legal (FÁVERO, 1922, p. 152; SOUZA, 1922, p. 23-24).

deixava desde logo bem claro que a entidade chegava para contribuir na aplicação do programa positivista, principalmente na luta pela reforma da legislação penal e no aprimoramento do conhecimento científico sobre o criminoso.

Outro momento importante para o reconhecimento das afiliações teóricas da Sociedade se deu em 1929, quando da morte de Enrico Ferri. O jurista italiano fora um dos principais discípulos de Lombroso e expoentes da Escola Positiva. Como Lombroso, foi militante socialista, chegando nesta condição ao parlamento. Por muitos anos foi editor do jornal *Avanti*, **porta-voz do Partido Socialista. Com a ascensão de Mussolini ao poder, Ferri aderiu aos vitoriosos, tornando-se fascista até seus últimos dias. Sua principal obra foi *Sociologia criminal*, publicada em 1884 e vista por muitos como uma relativização das teses mais biologicizadas de Lombroso. De qualquer forma, Ferri foi um pertinaz opositor da Escola Clássica e um entusiasta da transformação do direito penal em ciência experimental.**

Em 11 de maio de 1929, um mês depois da morte de Ferri, a Sociedade organizou uma solenidade em sua homenagem no Teatro Municipal de São Paulo. O local escolhido já dá suficiente idéia da importância que a entidade atribuía ao evento. Mais do que isso, a mensagem embutida era a de que o fato do desaparecimento do eminente jurista extrapolava não apenas as fronteiras italianas, mas também as da criminologia e do direito penal, afetando a sociedade como um todo. Ou, ao menos, a parte dela mais culta e preocupada com seus problemas e seus destinos, justamente o extrato social acostumado a frequentar o Teatro Municipal.

Na solenidade, as orações todas enalteciam a obra de Ferri e principalmente os avanços da Escola Positiva. Alcântara Machado, em seu discurso, mais uma vez demonstrava sua firme confiança na generalização das vitórias positivistas. Além de auferir o mérito a Ferri, e apesar de enfatizar o caráter irresistível das transformações, o autor deixava transparecer a existência de opositores às novas idéias, conferindo assim um caráter um tanto militante ao evento:

Se hoje em dia, quaisquer que sejam as nossas convicções filosóficas, todos nós sentimos que é impossível considerar o delito como simples entidade jurídica, o criminoso como abstração, a pena como retribuição do mal sofrido pela sociedade, o juiz como distribuidor automático das sanções encartadas nos descaminhos do Código, é a Enrico Ferri que devemos essas conquistas definitivas. Definitivas, sim. Apesar do descrédito lançado sobre a escola positiva pelos exageros de alguns de seus adeptos, a orientação que ele imprimiu à luta contra a delinquência é tão racional e tão conforme às necessidades e ao espírito do nosso tempo, que, pouco a pouco, as novas idéias se vão infiltrando na consciência jurídica de todos os povos, e triunfam na legislação de todo o mundo ocidental. Assim, a condenação e o livramento condicionais. Assim, os tribunais para menores. Assim, os manicômios judiciários.

Assim, a individualização e indeterminação da pena, as medidas de segurança e transformação do cárcere na penitenciária, isto é, em oficina de homens, escola de reeducação e redenção moral. (MACHADO, 1929, p. 148)

Poucos anos depois, quando convocado a escrever um anteprojeto para o novo Código Penal, Machado teria a oportunidade de concretizar em proposta de texto legal várias dessas idéias.

Mas o ato do Teatro Municipal deixa patente outra certeza. Ao contrário de suas antecessoras, a Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de S. Paulo havia vingado. Mais que isso, entraria na década seguinte com grande vitalidade. Com exceção de alguns períodos de inatividade na década de 1920, nos anos de 1923, 1925 e 1926, ao longo de todo o período estudado a entidade manteve regularmente seu funcionamento, atingindo amplamente os objetivos a que se propusera em sua sessão inaugural. Foram organizados diversos eventos de caráter científico, um número considerável de trabalhos foi apresentado em suas sessões e em sua revista, que por sua vez manteve existência regular, e muitas de suas propostas extrapolaram o meio e tiveram repercussão social.

Com relação ao número de sócios, é natural que o entusiasmo da fundação não perdurasse com a mesma intensidade no cotidiano da Sociedade ao longo dos anos. Se 191 nomes estiveram dispostos a assinar os seus estatutos em 1921, em seu aniversário de 15 anos apenas 68 sócios contribuintes estavam registrados (ASSEMBLÉIA..., 1937, p. 102). Mas, apesar disto, o quadro associativo parece ter aumentado continuamente, pelo menos é o que indicam os dados disponíveis. De 68 sócios em 1936, passou para 81, em 1937 (ASSEMBLÉIA..., 1937, p. 102), 90 no ano seguinte (ASSEMBLÉIA..., 1938, p. 134), 106 em 1943 (SÓCIOS..., 1943), e 118 em 1945 (SÓCIOS..., 1945).

Em 1937, no mesmo balanço de 15 anos de existência, a Sociedade contabilizou um total de 171 trabalhos científicos, apresentados em 143 sessões (FÁVERO, 1936, p. 150), numa média de 11,5 trabalhos e 9,5 sessões ordinárias por ano. No período restante, de 1937 a 1945, essa média subiu para mais de 20 e mais de 15, respectivamente.¹⁰ Todos estes números indicam um robustecimento crescente da Sociedade e de suas atividades ao longo do período, marcadamente nas décadas de 30 e 40. Parte do aumento da produção científica pode ser atribuída à criação das seções especializadas da Sociedade, a partir do ano de 1932. Até então, em 10 anos, haviam sido discutidos em plenário 69 trabalhos. Apenas nos quatro anos seguintes 102 trabalhos foram apresentados (FÁVERO, 1936, p. 150).

É relevante também fazer uma análise qualitativa de tal produção. Em dez anos de existência, os assuntos que mais atenção receberam nas reuniões da entidade foram: a reforma do Código Penal; o valor da prova

10 A partir dos dados dos relatórios anuais de 1938, 1939, 1940, 1941 e 1945 (ver as edições dos *Arquivos* dos respectivos anos).

testemunhal; o médico e a responsabilidade dos criminosos; e a perícia das armas de fogo (FÁVERO, 1936, p. 150). Com exceção do último, todos temas de relevância estratégica para a Escola Positiva. A reforma do Código então já se constituía em reivindicação histórica. A prova testemunhal estava sob permanente desconfiança e era sistematicamente desqualificada pelos criminologistas. Da mesma forma que o tribunal do júri, este era um tema que confrontava a autoridade da ciência com o “impressionismo” do mundo leigo. Finalmente, a questão da existência da responsabilidade do criminoso – e, por conseguinte, da pertinência ou não da idéia de livre-arbítrio – estava no cerne mesmo das concepções positivistas.

No balanço das atividades de 1936, quando tratava dos assuntos considerados mais relevantes, o secretário geral adicionava a esses o tema da infortunística. A importância que a racionalização do trabalho ganhava no meio médico-legal levaria a Sociedade a organizar um congresso específico sobre o tema, o primeiro do gênero no Brasil, em 1940. A impregnação de determinismos biológicos em reflexões sobre o mundo do trabalho merece, por si mesma, atenção mais detida dos pesquisadores.¹¹ A recorrente associação entre crime e acidente, e entre criminoso e acidentado, por exemplo, é bastante significativa dessas simbioses disciplinares e discursivas. Já no relatório de atividades da Sociedade do ano de 1938, aparecia pela primeira vez o homossexualismo como um dos temas mais privilegiados e discutidos (SESSÃO..., 1938, p. 154). Associada à patologia e à periculosidade social a um só tempo, a homossexualidade ainda se prestava particularmente bem ao papel de objeto de determinismos biológicos, por isso tudo interessando a Escola Positiva de maneira especial.¹² Em 1941, por exemplo, a Sociedade premiava o trabalho *Considerações em torno de uma nova classificação de missexuais*, de Sílvio Marone (1945), professor assistente da Cadeira de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Assim, a análise do percurso da entidade no período em questão permite reconhecer a presença e a vitalidade do discurso positivista naquele meio, já atestadas quando da fundação da entidade. Ainda que daquela já distante sessão inaugural em 1921 até a concessão do prêmio a Sílvio Marone, em 1945, muita coisa tenha se transformado nas teorias da Escola Positiva, notadamente o crescimento da influência da psiquiatria, mantiveram-se inalteradas a insistência no estudo e na classificação dos criminosos, a idéia da patologização do ato anti-social, a defesa da individualização e da indeterminação da pena e a confiança ilimitada na visão cientificista da criminologia. De uma forma geral, a Sociedade cumpriu um papel fundamental nas conquistas que a Escola Positiva pôde comemorar ao longo de todos aqueles anos, e foi justamente seu alinhamento decidido em defesa de suas teses que possibilitou que isso acontecesse. Cabe, portanto, buscar os possíveis deslocamentos do plano discursivo e retórico das principais teses da Escola Positiva para o nível da realidade concreta.

11 Uma tentativa de colaborar para isso está em: FERLA (2005b). Sobre a racionalização científica do trabalho em São Paulo, ver: ANTONACCI (1993).

12 Sobre isso, ver: FERLA (2004); para uma abrangente análise da história do homossexualismo no Brasil, ver GREEN (1999).

INSTITUCIONALIZAÇÃO E "CONQUISTAS"

A impregnação dos determinismos biológicos no pensamento e na prática médico-legais no período estudado permitia e mesmo demandava uma atitude propositiva e reivindicativa dos profissionais da área. Sua amplitude buscava ultrapassar os limites das instituições carcerárias. Se os corpos "anômalos" podiam ser corpos de potenciais criminosos, cabia ao olhar especializado da medicina legal e da criminologia identificá-los em meio à multidão e destiná-los a "tratamento" adequado. Essa estratégia de controle social deveria ser aceita na perspectiva da prevenção ao crime e da defesa da sociedade. Assim, o programa ideado continha o conjunto de reivindicações de poder-saber da categoria, destacando-se a busca de prerrogativas, a criação e consolidação de instituições e principalmente a ampliação generalizada do direito de examinar, entendido aqui tanto como estratégia de sujeição e controle social, como também de construção do conhecimento científico e de legitimação profissional.

Dos núcleos de profissionais congregados ao redor do ensino acadêmico, da Sociedade de Medicina Legal e de sua revista, de resto praticamente coincidentes, surgiram as principais discussões e as propostas mais importantes na busca da implementação do referido projeto biodeterminista.

Por exemplo, originou-se de tais articulações profissionais, institucionais e doutrinárias a proposta de criação do Manicômio Judiciário de São Paulo. Nominalmente, um Manicômio Judiciário tem a função de recolher insanos que cometeram crimes, ou sentenciados que enlouqueceram na prisão. É possível identificar na consolidação desta instituição uma nítida conquista do programa da Escola Positiva, que subsiste até os dias atuais. Sua inserção no aparato repressivo permitiu um salto de qualidade na busca da individualização e da indeterminação da pena. Na verdade, a medicalização das condições e da duração da pena encontrou no interior dos seus muros sua mais acabada expressão. Neste sentido, o Manicômio Judiciário representaria o paradigma penitenciário para aqueles mais convictos dentre os positivistas.

O primeiro Manicômio Judiciário do país foi criado em 1921, em sua capital.¹³ Uma grande rebelião no Hospício Nacional foi o estopim para se decidir criar uma instituição que abrigasse os internos mais perigosos. Em 27 de janeiro de 1921, o Hospício foi semi-destruído por uma revolta liderada pelos internos na "Seção Lombroso", destinada justamente aos loucos "de maior periculosidade". Apenas com a intervenção policial a situação foi controlada. Menos de três meses depois, era lançada a pedra fundamental do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro. A inauguração se deu em 30 de maio de 1921, com a presença do ministro da Justiça Alfredo Pinto e de representantes do Presidente da República, Epiácio Pessoa (CARRARA, 1998, p. 193-194; ANTUNES, 1999, p. 114-115).

13 Para uma análise do processo histórico que deu origem ao Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, ver CARRARA (1998).

Em São Paulo, o Senador Alcântara Machado, à época também presidente da Sociedade de Medicina Legal e Criminologia, apresentou um projeto de lei em 13 de dezembro de 1927, propondo a criação local do Manicômio Judiciário (MANICÔMIO..., 1927, p. 173). Havendo transitado rapidamente no Legislativo do Estado, o projeto se transformaria em lei em 26 de dezembro daquele ano. No entanto, a inauguração e a conseqüente transferência dos criminosos alienados e dos alienados criminosos de um pavilhão do Hospício do Juquery para as novas instalações só teriam lugar em dezembro de 1933 (WHITAKER, 1937).

De forma geral, o manicômio judiciário representava a viabilização de parte do programa positivista não apenas naquilo que ali se referia à manipulação médica da pena, mas também a uma reivindicação que vinha dos tempos de Lombroso e de seu criminoso nato: a seqüestração e o isolamento radical e perpétuo dos indivíduos considerados incorrigíveis, nos interesses da “segurança pública”. Essa proposta, por muitos considerada uma alternativa mais humana à pena de morte, evidentemente reforçava a retórica positivista no que ela tinha de preocupada com a defesa social.

Em certo sentido, o fortalecimento da ênfase do discurso nessa direção foi um mecanismo de defesa contra a decadência da Escola, acusada historicamente de facilitar a impunidade criminal. Para Ruth Harris, a associação entre impunidade e intervenção médica nos tribunais tivera seu início na segunda década do século XIX, na França, quando um grupo de médicos “defendeu vários réus acusados de crimes brutais, como assassinato, canibalismo, estupro e mutilação” (HARRIS, 1993, p. 14). Alegando monomania, uma modalidade de distúrbio mental que só se expressaria em relação a um objeto ou atividade, os médicos reivindicavam a absolvição dos acusados. Houve firme contestação dos juristas, alarmados tanto pela impunidade sugerida a crimes tão repulsivos quanto pela intromissão alheia em seu ofício.

A partir de então, a crítica à utilização de determinismos biológicos nas salas dos tribunais freqüentemente passava pelo receio de maior impunidade que supostamente acarretaria (HARRIS, 1993, p. 130). O discurso positivista, e por conseguinte seu programa de intervenção social, sempre oscilou entre dois pólos: de um lado, a retórica humanista de regeneração do delinqüente, em última análise irresponsável pelos seus atos e indigno de castigo; e de outro, a reivindicação de mecanismos mais eficientes de defesa da sociedade, que possibilitassem a exclusão do convívio social de indivíduos perigosos, sem as incômodas restrições impostas por acervos legais impregnados de concepções liberais. Toda vez que o pêndulo transitava nesse segundo extremo, as possibilidades de acordo e de aceitação das teses positivistas ampliavam-se. Em outras palavras, toda vez que o discurso positivista se mostrava persuasivo no que dizia respeito ao combate à criminalidade e à desordem social, ganhava adeptos e respaldo social.

Com relação a isso, é possível identificar um ponto de inflexão com a criação dos manicômios judiciários. Antes deles, o fantasma da impunidade acompanhava sempre a tese positivista da negação do livre-

arbítrio e da conseqüente irresponsabilidade dos criminosos. O temor daqueles obcecados com a segurança da sociedade era tanto maior quanto mais se sabia serem os elementos mais perigosos justamente os mais aptos ao diagnóstico de irresponsabilidade. Resolver o inaceitável paradoxo de inocentar os mais bárbaros criminosos e não ser capaz de oferecer a eles um destino institucional adequado e seguro era o papel central destinado aos manicômios judiciários.

No entanto, não se pode negligenciar o caráter essencialmente ambíguo desse tipo de instituição. Pelo contrário, foi justamente essa sua característica ambivalente entre prisão e hospital que facilitou sua consolidação histórica, como bem demonstra o estudo de Sérgio Carrara (1998). O delinqüente de alta periculosidade, estigmatizado na figura do “degenerado”, representava a um só tempo um embaraço jurídico e um temor social. Ele mesmo um ser ambíguo, entre o criminoso e o louco, não tinha na prisão e no hospício o seu *locus* conveniente, e sua livre movimentação pela sociedade era considerada a mais inaceitável das alternativas.

Além disso, o Manicômio Judiciário surgiu também como a acomodação possível entre as concepções clássicas e positivistas, ao reconhecer a ambigüidade inerente entre o louco que agia por imposição de sua anormalidade biopsíquica, carente de tratamento, e o criminoso que exercitava seu livre-arbítrio quando praticava o ato anti-social, merecedor, portanto, de castigo e punição.

Como diz Carrara (1998, p. 195-199), essas ambigüidades representaram a força e a fraqueza dos manicômios judiciários desde seu surgimento até os dias atuais. Elas, na verdade, estão por trás dos complexos dilemas colocados ao funcionamento cotidiano dessas instituições, via de regra fracassadas tanto como prisões quanto como hospitais. Mas, por outro lado, é justamente tal ambivalência que contribuiu para a resolução dos impasses e inconveniências que se acumulavam no sistema jurídico-penal, perigosamente próximo à paralisia quando defrontado com a figura incômoda e assustadora do “criminoso degenerado”.

Não nos parece nem um pouco problemático considerar desde essa perspectiva a criação e o funcionamento do Manicômio Judiciário de São Paulo, pelo menos dentro do período de que nos ocupamos na presente investigação. Idealizado e proposto pelos adeptos da Escola Positiva, e comemorado como uma conquista decisiva de seu programa¹⁴, sua viabilização certamente deveu-se também ao consentimento de seus adversários clássicos, de alguma forma aliviados pelo “depuramento” da penitenciária de seu público mais ostensivamente “anormal” e “patológico”, procurando com isso esvaziar os reclamos positivistas que buscavam dar às prisões feições de hospital. Por cima de tais dissensões doutrinárias, havia ainda o decisivo alívio de amplos setores da sociedade, tranqüilizados com a perspectiva de que os criminosos mais bárbaros seriam por fim retirados do convívio público e destinados a instituições “adequadas” pelo resto de suas vidas.

14 Edmur de Aguiar Whitaker (1937, p. 484) chegou a considerá-lo o “coroamento da orientação de Lombroso”.

Já no que se refere à busca de uma “modernização” do acervo legal do país, em direção a uma maior representação das doutrinas do positivismo penal, o balanço permanece parcial, mas com vitórias bastante significativas. Em vários sentidos, os institutos da liberdade condicional e das medidas de segurança atenderam a reivindicações da Escola e possibilitaram a concretização de partes importantes de seu programa. O novo código penal de 1940 reconhecia a necessidade da determinação da periculosidade do delinqüente para a decisão do livramento condicional. A noção de predisposição medicamente determinada, enquanto característica definidora da tendência a cometer crimes, coroava os esforços da criminologia positivista para deslocar as perspectivas jurídicas do crime para o criminoso. Daí que o diretor do laboratório de antropologia criminal da Penitenciária do Estado declarasse, logo após a entrada em vigência do novo Código, que um indivíduo que cometesse um crime não deveria ser considerado um criminoso, caso declarado ausente de periculosidade (TELES, 1943, p. 108).

Enfim, o instituto da liberdade condicional cumpriu o papel tático de viabilizar “parcelas” de indeterminação da pena. No entanto, por esse dispositivo, possibilitava-se apenas a *diminuição* da pena, fazendo que a almejada indeterminação operasse apenas num sentido. Os indivíduos considerados não perigosos deveriam ser postos em liberdade antecipadamente. Mas aqueles que permanecessem perigosos até o fim da pena, que destino deveriam ter? Pelas concepções clássicas de responsabilidade moral e de modulação da pena pelo crime, deveriam ganhar as ruas. Pelas concepções positivistas, deveriam permanecer encarcerados enquanto sua *moléstia* persistisse, em nome da defesa social e da própria regeneração do criminoso. O Código Penal de 1940, por meio das medidas de segurança, abria as portas para a viabilização da segunda alternativa, prescrevendo a indeterminação da pena também no sentido contrário, pela primeira vez permitindo o *aumento* do tempo da seqüestração, quando isso fosse considerado necessário.

Na exposição de motivos que introduzia o novo Código, enfatizava-se a diferença entre pena e medida de segurança. Enquanto aquela teria caráter repressivo, condicionada principalmente pelo delito cometido, esta seria uma medida de “prevenção” e “assistência social”, e seria estabelecida em conformidade com a periculosidade do indivíduo em questão. Por isso, não possuiria duração determinada, prolongando-se enquanto durasse o estado perigoso, como estabelecia o artigo 88 (FÁVERO, 1945, p. 374). Neste sentido, as medidas de segurança representavam mais um avanço da sobreposição do princípio da culpabilidade pelo da periculosidade.

Daí que as metáforas médicas também servissem para a defesa das medidas de segurança, fazendo alusão à incongruência de se pré-definir o período de tratamento em função da *doença-crime*, e não o condicionando à individualidade do *paciente-criminoso*, nos mesmos termos utilizados para tratar do livramento condicional, apenas com sinal trocado. Flaminio Fávero (1944, p. 336), então diretor da Penitenciária do Estado, não deixou de abordar as medidas de segurança desde tal perspectiva:

No presídio, que é um hospital de feição toda própria, [os readaptáveis] recebem o tratamento que a pena faculta, atendendo ao seu aspecto nitidamente pessoal. O tempo para isso é variável. Quase como na terapêutica médica. Há doentes e não doenças. Em regra, o Código prescreve o máximo necessário para a readaptação do delinqüente, podendo este máximo ser alargado ainda, se necessário, por medidas de segurança.

De forma geral, as medidas de segurança podem ser consideradas como parte do esforço positivista em busca do enquadramento de indivíduos e grupos sociais que se encontravam fora do alcance das leis penais. Representavam, portanto, uma aproximação do limite da lei ao limite da norma. Nesse sentido, muitos identificaram no novo dispositivo uma excelente oportunidade para capturar de forma mais consistente e legalmente respaldada a enorme população de delinqüentes de pequenos delitos: “punguistas, arrombadores, vigaristas, mendigos e vadios” (SILVA, 1945, p. 168). Abria-se assim a possibilidade legal de internamento de longa duração de todos aqueles que obstinavam em não se integrar ao mundo do trabalho, e que até então logravam ludibriar o sistema repressivo por conta da difícil comprovação de seus delitos.

Dessa forma, as medidas de segurança representaram um aumento formidável do poder de arbítrio da polícia no reordenamento das leis penais do país. Por isso, para Mariza Corrêa (1998) elas seriam antes de tudo mecanismos de defesa da ordem política e social repressiva instaurada em 1937 com o Estado Novo. De fato, como Elizabeth Cancelli (1993, p. 22) insiste em sua reflexão sobre a polícia da Era Vargas, essa era justamente a principal instituição de sustentação do regime, e faz sentido que o Código Penal de 1940 lhe aprimorasse a capacidade de intervenção. A relação das medidas de segurança com Estados autoritários é confirmada pelo fato de que o modelo seguido pelo Brasil veio do Código Penal da Itália fascista, promulgado em 1931 (WHITAKER, 1941, p. 233). Ricardo Campos, Rafael Huertas e José Martínez fazem a mesma associação quando analisam a Espanha, exemplificando com a implementação das “*medidas de seguridad*” naquele país em 1928, durante a ditadura de Primo de Rivera (CAMPOS MARÍN, MARTÍNEZ PÉREZ, HUERTAS, 2000, p. 112).

CONCLUSÃO

Pelo que foi visto, as idéias biodeterministas da Criminologia lombrosiana exerceram forte influência entre juristas e médicos paulistas ao longo de muitas décadas. Parte deste sucesso, sem dúvida, se deve aos deslocamentos e mutações nas práticas de punição da modernidade, já identificadas por autores como Foucault. Mas o discurso positivista encontrou no Brasil e também em São Paulo um ambiente ideológico particularmente favorável.

Pode-se argumentar, no entanto, que o programa-utopia da Escola Positiva ficou pelo caminho pois, ao fim e ao cabo, o juiz não foi substituído pelo médico no tribunal, a indeterminação absoluta da pena não foi alcançada, os laboratórios de antropologia criminal não cobriram todo o aparato repressivo, a generalização do direito de examinar, que no limite visava toda a sociedade, ficou muito aquém disso. Talvez a comprovação mais significativa do quão distante de seus objetivos utópicos ficaram os positivistas esteja no fato de que a percepção social sobre a prisão jamais aproximou-a da imagem de um hospital.

No entanto, a recepção e a circulação social dessas idéias representaram um fenômeno de profundas conseqüências para a sociedade brasileira. Além de conformarem as percepções durante muitas décadas dominantes nos campos da Criminologia e da Medicina Legal no país, o projeto positivista desempenhou papel de *vetor orientador* das ações dos setores das elites envolvidos na modernização das instituições penais locais.

Estabelecimentos como o Instituto Disciplinar e a Penitenciária do Estado foram apresentados como instituições modelares, construídos de acordo com os preceitos da Criminologia. Por sua vez, por trás da criação do Manicômio Judiciário, vislumbrava-se igualmente um avanço da medicalização da pena e da futura transformação da penitenciária em hospital. Com o livramento condicional e as medidas de segurança, deixava-se entrever uma maior indeterminação medicalizada da pena. E assim se dava também com a criação dos laboratórios de antropologia criminal e demais instituições relacionadas com a generalização do direito de examinar e com o “aprimoramento do conhecimento científico” na área, sempre considerados pelos positivistas como pouco mais que modelos para um futuro ainda a ser conquistado.

Na atualidade, encontramos ecos de muitas das discussões realizadas pelos criminologistas na virada do século XIX para o XX. Assim, em termos do debate criminológico (GARLAND, 1999), por um lado, ganha força uma nova “Criminologia do eu” ou uma “Criminologia da vida cotidiana”, que vê o crime como um fato “normal” e o criminoso como um agente racional, uma espécie de consumidor racional, sendo o crime um aspecto trivial da sociedade contemporânea, um “risco” que deve ser calculado ou um “acidente” a ser evitado. Mas, por outro lado, reaparece uma “Criminologia do outro”, cuja matriz última é lombrosiana, e que retoma a idéia de que o criminoso é uma espécie de monstro, totalmente diferente do indivíduo não-criminoso. E, mesmo em outros âmbitos de debate, percebe-se o renascimento dos determinismos biológicos, em princípios do século XXI.

Cabe, deste modo, à análise histórica e crítica colocar em perspectiva tais debates contemporâneos. Participar da tarefa de dar a conhecer que muito do que hoje se diz e se faz nesse campo, já se disse e já se fez em outro tempo, é uma atividade crescentemente imprescindível.

REFERÊNCIAS

- ADORNO, S. **Os aprendizes do poder**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.
- ALVAREZ, M. C. **Bacharéis, criminologistas e juristas: saber jurídico e nova escola penal no Brasil**. São Paulo: IBCCRIM, 2003.
- _____. **A emergência do Código de Menores de 1927: uma análise do discurso jurídico e institucional da assistência e proteção aos menores**. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989.
- ANTONACCI, M. A. **A vitória da razão: o Idort e a sociedade paulista**. São Paulo: Marco Zero, 1993.
- ANTUNES, J. L. F. **Medicina, leis e moral: pensamento médico e comportamento no Brasil (1870-1930)**. São Paulo: Edunesp, 1999.
- ARAÚJO, J. V. de. **Ensaio de direito penal ou repetições escritas sobre o Código Criminal do Império do Brasil**. Recife: Tipografia do Jornal do Recife, 1884.
- ASSEMBLÉIA Geral Ordinária. **Archivos da Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de S. Paulo**, São Paulo, v. 8, n. 1-3, p. 98-104, 1937.
- _____. **Archivos da Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de S. Paulo**, São Paulo, v. 9, n. 1-3, p. 126-134, 1938.
- BARRETO, T. **Menores e loucos e fundamentos do direito de punir**. Rio de Janeiro: Paulo, Pongetti & Cia., 1926.
- BEIRNE, P. **Inventing criminology: essays on the rise of Homo Criminalis**. Albany: State University of New York Press, 1993.
- CAMPOS MARÍN, R.; MARTÍNEZ PÉREZ, J.; HUERTAS, R. **Los ilegales de la naturaleza: medicina e degeneracionismo en la España de la restauración (1876-1923)**. Madri: CSIC, 2000.
- CANCELLI, E. **O mundo da violência: a polícia na era Vargas**. Brasília: EdUnB, 1993.
- CÂNDIDO, A. (1959) A sociologia no Brasil. **Tempo Social**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 271-301, jun. 2006.
- CARRARA, S. **Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século**. Rio de Janeiro: Eduerj: Edusp, 1998.
- CORRÊA, M. **As ilusões da liberdade: a Escola Nina Rodrigues e a Antropologia no Brasil**. Bragança Paulista: Edusf, 1998.
- DARMON, P. **Médicos e assassinos na Belle Époque: a medicalização do crime**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.
- EGÍDIO, P. **Contribuição para a história filosófica da sociologia**. São Paulo: Ribeiro, 1899.
- _____. **Ensaio sobre algumas questões de direito e de economia política**. São Paulo: J. G. de Arruda Leite, 1896.
- _____. **Estudos de sociologia criminal: do conceito geral do crime segundo o método contemporâneo (a propósito da teoria de E. Durkheim)**. São Paulo: Casa Eclética, 1900.

- FAUSTO, B. **Crime e cotidiano**: a criminalidade em São Paulo (1880-1924). São Paulo: Brasiliense, 1984.
- FÁVERO, F. Evolução científica da Medicina Legal no Brasil. **Archivos da Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo**, São Paulo, ano 1, v. 1, n. 3-4, p. 148, dez. 1922.
- _____. Higiene mental e egressos dos presídios. **Arquivos da Polícia Civil de São Paulo**, São Paulo, v. 8, p. 335-338, 2. sem. 1944.
- _____. **Medicina legal**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1945.
- _____. Relatório do Secretário Geral. **Archivos da Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de S. Paulo**, São Paulo, v. 7, n. 3, 149-153, 1936.
- FÁVERO, F.; FREIRE, O. Suplemento – Relação chronologica dos trabalhos brasileiros de medicina legal e sciencias affins, de 1814 a 1918. **Archivos da Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de S. Paulo**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 86-91, 1922.
- FERLA, L. **Feios, sujos e malvados**: do crime ao trabalho, a utopia médica do biodeterminismo em São Paulo (1920-1945). Tese (Doutorado em História Econômica) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005a.
- _____. Gregorio Marañón y la apropiación de la homosexualidad por la medicina legal brasileña. **Frenia Revista de Historia de La Psiquiatria**, Madri, v. 4, n. 1, p. 53-76, 2004.
- _____. O trabalho como objeto médico-legal em São Paulo dos anos 30. **Asclépio**, Madri, v. 57, n. 1, p. 237-263, 2005b.
- FOUCAULT, M. **Os anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- _____. Sobre a prisão. In: _____. **Microfísica do poder**. 2. ed. Rio de Janeiro Graal, 1981. p. 129-143.
- _____. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 1977.
- GARLAND, D. The criminal and his science. **The British Journal of Criminology**, Oxford, v. 25, n. 2, p. 109-137, abr. 1985.
- _____. As contradições da “sociedade punitiva”: o caso britânico. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n.13, p. 59-80, nov. 1999.
- GREEN, J. N. **Além do carnaval**: a homossexualidade masculina no Brasil do século XX. São Paulo: Edunesp, 1999.
- HARRIS, Ruth. **Assassinato e loucura**: medicina, leis e sociedade no *fin de siècle*. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.
- HERSCHMANN, M. M. A arte do operatório. Medicina, naturalismo e positivismo: 1900-1937. In: HERSCHMANN, M. M.; PEREIRA, C. A. M. (Org.). **A invenção do Brasil moderno**: medicina, educação e engenharia nos anos 20-30. Rio de Janeiro: Rocco, 1994, p. 43-65.
- KOERNER, A. Punição, disciplina e pensamento penal no Brasil do século XX. **Lua Nova**, São Paulo, n. 68, p. 205-242, 2006.
- MACHADO, A. Discurso em homenagem a Enrico Ferri. **Revista de Criminologia e Medicina Legal**, São Paulo, v. 6, n. 7-12, p. 147-154, 1929.
- _____. Discurso proferido na sessão de instalação pelo Dr. Alcantara Machado. **Archivos da Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de S. Paulo**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 13-17, fev. 1922.

- MACHADO NETO, A. L. **História das idéias jurídicas no Brasil**. São Paulo: Grijalbo: Edusp, 1969.
- MANICÔMIO Judiciário do Estado de S. Paulo. **Archivos da Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de S. Paulo**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 173, nov. 1927.
- MARONE, S. Considerações em torno de uma nova classificação de missexuais. **Arquivos da Polícia Civil de São Paulo**, São Paulo, v. 10, p. 103-136, 1945.
- MENDES JÚNIOR, J. Do conceito geral do crime pelo Dr. Paulo Egídio. **Revista da Faculdade de Direito de São Paulo**, São Paulo, v. VIII, p. 35-62, 1900.
- MOTA, C. N. N. da. **Classificação dos criminosos**: introdução ao estudo do direito penal. 2 ed. São Paulo: J. Rossetti, 1925.
- _____. **A justiça criminal na capital do estado de São Paulo**. São Paulo: Espíndola, Siqueira & Cia, 1895.
- _____. **Os menores delinquentes e o seu tratamento no Estado de São Paulo**. São Paulo: Tipografia do Diário Oficial, 1909.
- _____. Prostituição, polícia de costumes. Lenocínio. **Revista da Faculdade de Direito de São Paulo**, São Paulo, v. V, p. 307-322, 1897.
- _____. **Reorganização do serviço geral de estatística**. São Paulo: Espindola, Siqueira & Cia, 1901.
- MUCCHIELLI, L. **La découverte du social**: naissance de la sociologie em france. Paris: La Découverte, 1998.
- _____. **Mythes et histoire des sciences humaines**. Paris: La Découverte, 2003.
- _____. Naissance de la criminologie. In: _____. (Org.) **Histoire de la Criminologie Française**. Paris: L'Harmattan, 1994. p. 7-15.
- RICHARD, G. Sociologie criminelle. **L'Année Sociologique**, Paris, ano I, 1896-1897, p. 392-394, 1897.
- SALLA, F. **As prisões em São Paulo: 1822-1940**. São Paulo: Annablume, 1999.
- SÃO PAULO (Estado). **Anais da Sessão Ordinária de 1902**. São Paulo: Tipografia do Diário Oficial, 1903.
- SCHWARCZ, L. M. **O espetáculo das raças**: cientistas, instituições e questão racial no Brasil. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.
- SESSÃO Solene de 15 de novembro de 1938. **Archivos da Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de S. Paulo**, São Paulo, v. 9, n. 1-3, p. 135-156, 1938.
- SILVA, O. A aplicação da medida de segurança detentiva – internação em instituto de trabalho. **Arquivos da Polícia Civil de São Paulo**, São Paulo, v. 10, p. 167-174, 2. sem. 1945.
- SÓCIOS da Sociedade em 15 de novembro de 1944. **Arquivos da Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de S. Paulo**, São Paulo, v. 14, n. 1-3, p. 135-138, 1943.
- SÓCIOS da Sociedade em 30 de dezembro de 1945. **Arquivos da Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de S. Paulo**, São Paulo, v. 16, n. 1-3, p. 110-113, 1945.

- SOUZA, G. de P. Discurso. **Archivos da Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de S. Paulo**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 22-26, fev. 1922.
- TELES, J. C. da S. Determinação médica da ausência ou cessação da periculosidade. **Revista Penal e Penitenciária**, São Paulo, v. 3, n. 1-2, p. 107-121, 1943.
- WHITAKER, E. de A. O novo Código Penal do Brasil à luz da psicologia e psiquiatria jurídicas. **Arquivos da Polícia Civil de São Paulo**, São Paulo, v. 1, p. 225-258, 1. sem. 1941.
- _____. Resenha de PACHECO E SILVA (A. C.) – O Manicômio Judiciário do Estado de São Paulo. Histórico. Instalação. Organização. Funcionamento. Oficinas Gráficas do Hospital de Juquery, Juquery, 1935. **Archivos de Polícia e Identificação**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 484, 1937.

REVISTAS MÉDICAS PAULISTAS E A NOVA REALIDADE REPUBLICANA

Márcia Regina Barros da Silva¹

Em nota preliminar a seu mais famoso livro, Euclides da Cunha inicia sua denúncia dos crimes cometidos em Canudos:

Intentamos esboçar, palidamente embora, ante o olhar de futuros historiadores, os traços atuais mais expressivos das sub-raças sertanejas do Brasil. E fazemo-lo porque a sua instabilidade de complexo de fatores múltiplos e diversamente combinados, aliada às vicissitudes históricas e deplorável situação mental em que jazem, as tornam talvez efêmeras, destinadas a próximo desaparecimento ante as exigências crescentes da civilização e a concorrência material intensiva das correntes migratórias que começam a invadir profundamente a nossa terra. (CUNHA, 2002, p. 17)

A singularidade da descrição não esconde, antes anuncia uma especificidade coletiva que já se encontrava espalhada sobre o território brasileiro nas primeiras décadas republicanas. As ordens de “exigências crescentes” da “civilização” e da “concorrência material”, Euclides anunciava demandas que sua geração construiu e vivenciou como aspirações de um progresso que transformasse e modernizasse a nova sociedade burguesa de então (SANTANA, 2001).

No editorial da *Revista Médica de São Paulo*, cujo primeiro número circulou em maio de 1889, é reveladora a semelhança com a idéia civilizacional que a apresentação de Euclides sugeria. Na revista podemos verificar a indicação das mesmas condições de progresso material, sinais de civilização e modernidade, para qualificar o estado de São Paulo. A mesma crítica à situação mental das “sub-raças sertanejas do Brasil” que Euclides fazia nos *Sertões*, em São Paulo aparecia como um julgamento depreciativo do nível moral e intelectual da classe médica brasileira. Tanta semelhança vale outra citação:

A necessidade de uma revista científica, de há muito reconhecida entre nós, torna-se cada vez mais urgente, atentas as circunstâncias de progresso social que tem tido esta província. O desenvolvimento material, o aumento de riqueza pública e particular, tem marchado

1 Professora do Departamento de História da FFLCH-USP, na área de História das ciências. Pesquisadora de produtividade do CNPq.

em progressão por demais rápida; o nível moral e intelectual conserva-se em quase no antigo grau de muitos anos passados. Pode-se aplicar a verdade da lei fisiológica, o desenvolvimento exagerado de um órgão e funções, prejudicando outros. [...] A classe médica brasileira sofre de um grave mal, que a torna fraca, não tendo o papel que deveria representar, nem a influência a que tem direito na nossa sociedade: é a pouca fraternidade que existe entre seus membros, e o estado quase constante de agressão que predomina entre eles. (Revista Médica de São Paulo, no. 1, vol. 1, maio de 1889)

O que está em questão nesses dois textos é uma mesma apreensão da realidade brasileira ao lado de uma provável diferença nas conseqüências que cada parte imprimirá às suas ações.

A geração de 1870 idealizou as reformas que a República não implantou na direção esperada: riquezas e oportunidades não chegavam a todos, a cidadania faltava à maioria, analfabeta e miserável. Alguns, como o próprio Euclides, foram responsáveis por revelar o desalento e abandono do “Brasil profundo” (SEVCENKO, 2003), vítima de um “nacionalismo ornamental” (CANDIDO, 1995) que havia apagado grandes contingentes de cidadãos, excluindo-os da ordem primeira da nação.

Por outro lado, neste mesmo momento, os males sociais verificados nas grandes cidades - insalubridade, endemias e epidemias, além da falta de qualidade dos produtos de abastecimento – passavam a ganhar controle mais eficiente. Ressalta-se com isso que, mesmo em um momento de tão graves incertezas, o conhecimento científico e tecnológico apresentou participação decisiva na condução do país a uma ordem liberal “apropriada” às condições tropicais.

Os médicos foram responsáveis por grande parcela dessa nova organização (BOMENY, 1993; BENCHIMOL, 1999). A ampliação da intervenção estatal pelo território e pela sociedade foi o resultado do processo de criação de um Estado-nação moderno, desenvolvido a qualquer custo (CASTRO-SANTOS, 1985; HOCHAMN, 1998). Com a bandeira da Regeneração Nacional, o saneamento médico e a higienização das cidades assentavam-se sobre um amalgama científico.

Em São Paulo esse processo correspondeu à institucionalização da saúde, comandada por médicos que desempenhavam tanto funções administrativas como de pesquisa científica (MASCARENHAS, 1949; RIBEIRO, 1993; SILVA, 2004). Sob esta perspectiva é possível perceber mudanças importantes no trabalho médico e nas questões referentes à saúde nesse início de administração republicana.

Nesta avaliação, penso poder indicar que a ação da Medicina deve ser vista também como uma atividade intelectual em que as análises e as propostas efetivadas por seus agentes, naquele período específico da história

política brasileira, propunham-se a apreender a construção de uma nova organização política e social a partir do ponto de vista da saúde paulista.

Em segundo lugar, acredito poder indicar aqui que o trabalho científico efetivado por um grupo específico de médicos, relacionado com os principais serviços de saúde da cidade, estava sendo, por sua vez, “atravessado” pela identidade moderna, fragmentária e industrial com que São Paulo se organizou a partir do século XX (MORSE, 1954; SEVCENKO, 1998, 1992), com conseqüências diretas para o nosso entendimento das ações de saúde e produção de conhecimento empreendidas por tal grupo.

Minha perspectiva aqui é a de que as transformações que caracterizaram a sociedade brasileira e paulista de modo mais amplo efetivaram-se de maneira eficaz e eficiente, em grande parte apoiadas nas modificações propostas pela ação da medicina e de alguns de seus representantes. Do meu ponto de vista, tal grupo, ao se obrigar a um diálogo constante com os problemas da nação, com promessas de atenção à saúde, pública e individual, inaugurava ações de combate às doenças, ao mesmo tempo em que construía novas formas de inserção da linguagem científica no cotidiano da sociedade. A ciência em plena ascensão se constituiria por meio das atividades relacionadas à saúde também como um campo pedagógico da função modernizadora da república, e fornecia ao mesmo tempo recurso para a construção do mundo industrial que se insinuava.

REVISTAS MÉDICAS PAULISTAS

A historiografia tem possibilitado um quadro amplo de análises dos processos sumariamente mencionados acima. Em graus variados diferentes aspectos da implantação da República, embates políticos, questões de saúde e sistemas culturais foram já avaliados (CASTRO-SANTOS, 1993; CARVALHO, 2001). O universo da ciência faz parte, quase constantemente, do panorama mais geral de explicações sobre o que se transformava no período. A dinâmica das sensibilidades, principalmente urbanas (BRESCIANI, 1984-1985), mas não apenas, se alterava sob a convergência de invenções e descobertas tecno-científicas.

Assim se torna possível indicar que a produção médico-científica realizada em São Paulo apresentava um caráter peculiar, dadas as condições de crescimento socioeconômico e o papel que a saúde pública desempenhou no seu processo de urbanização (TELAROLLI JÚNIOR, 1996; SILVA, 2007). Esta dinâmica de transformações que agitavam a sociedade catalisava também o pensamento médico-científico. Este buscou ostentar sua participação no novo cenário, ávido por refletir e exprimir visões próprias, propor rumos, prever e definir destinos.

Um conjunto documental importante para efetivar tais discussões constitui-se do universo de revistas médicas, e de temas aproximados, que foram criadas em São Paulo entre 1889 e 1950. Tais publicações possibilitam

identificar diferentes características da medicina paulista, tais como as principais instituições e indivíduos com projeção e influência para serem responsáveis pela criação de publicações, as áreas de especialidades de exercício de tais grupos, mudanças nas respectivas estruturas organizativas das instituições representadas, entre outros dados.

Este grande período pode ser avaliado a partir de dois tempos diferentes. Primeiro da Proclamação da República e também da criação da primeira revista médica paulista, até os anos 1930, período considerado por grande parte da historiografia como de ruptura na história nacional. Segundo, dos anos 1930 até a criação do primeiro organismo regulador na área científica no Brasil, em janeiro de 1951, o Conselho Nacional de Pesquisas² (CNPq), que proporcionou um caráter diretivo ao estado brasileiro no tocante às atividades científicas.

Os acervos de periódicos médicos formam um conjunto material de extrema importância para a história das ciências e da saúde em particular. Tais acervos podem nos fornecer séries de dados sobre as atividades médicas num largo período.

Se lidos como uma representação institucional de atividades científicas em seu conjunto, como indicam alguns autores, os periódicos especializados podem trazer diversas informações (FERREIRA, 1996). Permitem que o pensamento médico seja compreendido como um componente da história mais ampla, e também que seja visto como conexão no entendimento da história das atividades de determinada área científica, em relação com os processos de produção de conhecimento, de ensino e de institucionalização da ciência médica, como no caso aqui discutido.

Para fins de apresentação, foram construídos três quadros em que constam as revistas médicas pertencentes aos acervos das duas maiores bibliotecas de faculdades de Medicina de São Paulo: Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde³ (Bireme), na Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina; e Biblioteca da Faculdade de Medicina de São Paulo, da Universidade de São Paulo (USP). Tal material possibilita a organização de um mapa amplo da produção biomédica paulista e de sua inserção na produção brasileira.

As revistas foram distribuídas em três grupos, tendo como balizas intermediárias a criação de faculdades de Medicina no estado e as transformações institucionais por que passaram os periódicos e suas mantenedoras. Dessa maneira, torna-se possível perceber a mobilidade e conseqüentes transformações do universo médico institucional paulista, assim como avaliar perspectivas gerais da produção de conhecimento em saúde veiculada nessas revistas.

O universo de revistas identificadas é composto por 89 publicações. Os quadros a seguir informam a composição desse acervo a partir de dados

2 Atualmente Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

3 A Bireme foi criada em 1967 por meio de um convênio entre a Organização Panamericana de Saúde, o governo do Brasil e a então Escola Paulista de Medicina, com o apoio da National Library of Medicine, dos Estados Unidos. Sobre a história da Bireme, ver Silva, Ferla e Gallian (2006) e Pires-Alves (2005).

sobre o primeiro ano de publicação do periódico considerado, do título, de informações sobre os responsáveis por sua criação, quando esta informação foi encontrada, e o último ano de circulação de cada revista, acompanhadas até o ano de 2003.

No presente estudo foram enfocadas somente as revistas “paulistas” dos dois acervos. No Quadro 1, primeiro grupo, foram relacionadas as primeiras revistas criadas em São Paulo em 1889 até o momento imediatamente anterior à instalação de uma faculdade de Medicina no estado em 1912. Tais revistas foram produzidas no mesmo período em que surgiam novas instituições médicas no estado, representativas de uma reorganização na atenção à saúde, como o novo Hospital da Santa Casa de Misericórdia da cidade de São Paulo, de 1885; o Serviço Sanitário de São Paulo, de 1892; e a primeira Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, de 1895, entre outras instituições científicas importantes no período.

No Quadro 2, segundo grupo, foram relacionadas revistas criadas após 1913, quando se inaugurava a Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. Tais publicações são apresentadas até o ano de 1933, quando se criou a segunda escola médica no estado, a Escola Paulista de Medicina. Esse é um momento de consolidação e expansão do ensino médico e de expansão também de espaços profissionais, quando surgem vários hospitais beneficentes na cidade.⁴

No Quadro 3, terceiro grupo, foram relacionadas revistas criadas entre 1934 e 1950, porque este foi um momento marcado por grandes transformações no campo científico brasileiro, com alterações também nas políticas científicas adotadas no país, como o acima indicado CNPq, fundado em janeiro de 1951.⁵ A bibliografia aponta esse último período como um momento em que se alteravam as demandas nacionais e internacionais da pesquisa científica, em prol de outras áreas como a Física e a Física Nuclear. Para a medicina paulista foi um momento de grande expansão no número de especialidades e de aumento no número de periódicos em circulação. O campo hospitalar também se modificava com o incremento do atendimento, quando a rede pública de saúde foi bastante ampliada.⁶

4 Hospitais criados nesse período: Hospital Oswaldo Cruz (1923), pertencente à comunidade alemã; Hospital da Cruz Azul, beneficente, criado pela Força Pública de São Paulo (1925); Hospital São Luiz Gonzaga (1932), para tuberculosos, situado no bairro do Jaçanã, pertencente à Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, entre outros.

5 A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), criada uma década depois, em setembro de 1962, pode ser avaliada como um órgão que participa deste mesmo movimento de organização. Ver Schwartzman (1979).

6 Hospitais criados nesse período. De caráter privado: Hospital de Caridade do Brás (provavelmente em 1934) e Hospital Santa Cruz (1936), beneficente e pertencente à colônia japonesa no Brasil. Hospitais do Estado: Hospital das Clínicas, pertencente à Faculdade de Medicina de São Paulo, inaugurado em 1944; Hospital Sanatório do Mandaqui; Pavilhão Dr. Antonio Rodrigues Guião; Hospital Sanatório Leonor Mendes de Barros; Casa Maternal e da Infância, todos construídos na década de 1940.

Quadro 1 - Publicações médicas paulistas e afins criadas entre 1889 e 1912

Título	Ano de criação	Último ano
1 Revista Médica de São Paulo.		
Dirigida por Augusto César Miranda de Azevedo, Francisco de Paula Souza Tibiriçá e Mello Oliveira	1889	1890
2 Anuário Demográfico.	1884 ¹	1934
Seção Estatística Demografo-Sanitária do Estado de São Paulo. (Deu origem aos boletins publicados independente)		
Boletim Trimestral de Estatística Demografo-Sanitária do Interior de São Paulo	1894	1894
Boletim Mensal de Estatística Demografo-Sanitária da Capital	1894	1895
Boletim Mensal de Estatística Demografo-Sanitária de São Paulo	1895	1903
Boletim Trimestral de Estatística Demografo-Sanitária de São Paulo	1904	1918
Boletim Mensal de Estatística Demografo-Sanitária de São Paulo e dos municípios de Santos, Campinas, Ribeirão Preto, São Carlos, Guaratinguetá e Botucatu	1918	1925
Boletim Hebdomadário de Estatística Demographo Sanitária do Município de São Paulo, Santos, Campinas, Ribeirão Preto, São Carlos, Guaratinguetá e Botucatu	1904	1937
Interrompido de 1928 a 1934.		
Resumo Mensal do Movimento Demografo-Sanitário do Estado de São Paulo por Municípios	1930	1944
Estatística Demografo-Sanitária	1945	1947
3 Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo	1895	1898
Continua como Arquivos da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo	1910	1914
Continua como Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo	1914	1941
Substituída por Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo	1941	1958
4 Revista do Museu Paulista	1895	1938
Continua como Arquivos de Zoologia do Estado de São Paulo	1940	1967
Depto de Zoologia. Sec. de Agricultura		
Continua como Arquivos de Zoologia.		
Papéis Avulsos. Museu de Zoologia USP	1968	2003
5 Revista Farmacêutica		
Sociedade de Farmácia de São Paulo	1895	1895
6 Revista da Sociedade de Anthropologia Criminal, Sciencias Penais e Medicina Legal	1896	1896
7 Pharmaceutica e Odontologia. Drogaria Americana	1897	s/ i. ²
Fundada por Luiz M. P. de Queiroz. Revista Farmacêutica. Drogaria Americana.	1904	s/ i.
Fundada por Luiz M. Pinto de Queiroz. O sul americano. Drogaria Americana	1907	s/ i.
8 Anuário Estatístico do Estado de São Paulo	1898	1997
Deu origem aos boletins publicados independentemente:		
Boletim do Departamento de Estadual de Estatística de São Paulo	1939	1948
Boletim do Departamento de Estatística do Estado de São Paulo	1952	1963
9 Revista Médica de São Paulo		
Jornal prático de medicina, cirurgia e higiene. Diretor proprietário Victor Godinho	1898	1914
10 Coletâneas de Trabalhos do Instituto Butantan	1901	1918
Continua como Memórias do Instituto Butantan. Complementado por Anexos das Memórias em 1921	1918	2001
11 Jornal de Homeopathia. Redigido por Magalhães Castro	1902	1902
12 Gazeta Clínica		
Redatores Bernardo de Magalhães, Moraes Barros, Alves de Lima, Xavier da Silveira e Rubião Meira	1903	1954
13 Imprensa Médica	1904	1914
Continuação de União Médica de 1881-1890/RJ		
14 Revista da Sociedade Científica de São Paulo	1905	1905
Colaboravam Adolpho Lutz, Antonio Carini, Edmundo Krug e outros		
15 Revista Odontologia Paulista		
Sociedade Odontológica Paulista. Redator chefe Emilio Mallet. Colaboraram os médicos Ulisses Paranhos, Américo Brasileiro, Rodolpho Chapot Prevost, entre outros.	1905	1905
16 Revista de Ginecologia e de Obstetrícia		
Centro de Estudos da Associação Maternidade de São Paulo. Sociedade Paulista de Perinatologia	1907	1978
17 Assistência Médica		
Sociedade Beneficente "A Assistência Médica"	1908	1908
Fundada e dirigida por J. Demichelis		
18 Revista dos Tribunaes	1912	2003 ³
Tribunal de Justiça, Tribunal de Alçada Criminal de SP		

Fonte: a autora.

Quadro 2 - Publicações médicas paulistas e afins criadas entre 1913 e 1933

Título	Ano de criação	Último ano
1 Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia	1913	2003
Sociedade Portuguesa de Beneficência		
Suplemento Boletim do Sanatório São Lucas		
2 Arquivos de Biologia	1916	1965
Revista do Laboratório Paulista de Biologia S. A. Fundada por Ulisses Paranhos		
3 Revista de Medicina	1916	2002
Centro Acadêmico Oswaldo Cruz. FMCSF		
4 Boletim do Instituto de Higiene de São Paulo	1919	1946
Dirigido por Horácio Geraldo de Paula Souza		
Continua como Arquivos da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP	1947	1966
Continua como Revista de Saúde Pública	1967	2003
5 Novotherapiea	1921	1940
6 Arquivos da Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo	1922	1959
Secretaria da Justiça. Dirigida por Flaminio Fávero.		
7 Annaes da Sociedade de Farmácia e Química de São Paulo	1924	1994
8 Memórias do Hospital de Juquery	1925	1935
Fundada por Antonio Carlos Pacheco e Silva		
Continua como Arquivos da Assistência Geral a Psicopatas do Estado de São Paulo	1936	1937
Continua como Arquivos do Serviço de Assistência a Psicopatas do Estado de SP	1938	1941
Continua como Arquivos da Assistência a Psicopatas do Estado	1941	1950
Continua como Arquivos do Departamento de Assistência a Psicopatas do Estado de SP	1951	1965
Continua como Arquivos da Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de SP	1966	1985
Continua como Arquivos de Saúde Mental do Estado de São Paulo	1986	1986
9 Annaes da Faculdade de Medicina de São Paulo	1926	1933
Continua como Anais da Faculdade de Medicina de São Paulo. USP	1934	1957
10 Boletim Biológico	1926	1939
Clube Zoológico do Brasil e Sociedade Brasileira de Entomologia. Laboratório de		
Parasitologia. FMSP. USP		
11 Actualidades Clínicas	1927	1931
12 Publicações. Instituto Anatómico. Faculdade de Medicina. USP	1927	1929
Continua como Publicações do Departamento de Anatomia. Faculdade de Medicina. USP	1930	1943
13 Revista de Biologia e Higiene	1927	1941
Sociedade de Biologia de São Paulo		
14 Arquivos do Instituto Biológico e Defesa Agrícola e Animal	1928	1934
Continua como Arquivos do Instituto Biológico	1934	1990
Secretaria de Agricultura e Abastecimento		
15 Arquivos Brasileiros de Higiene Mental	1928	1930
16 Pediatria Prática	1928	1980
Sociedade de Pediatria de São Paulo		
17 Publicações do Departamento de Fisiologia da Faculdade de Medicina. USP	1928	1950
18 Revista de Criminologia e Medicina Legal	1928	1929
19 São Paulo Médico	1928	1948
Fundada por Antonio de Almeida Prado e N. de Moraes Barros, entre outros. Propriedade de Alvaro Simões Correia e direção de Simões Mattos.		
20 Folia Clínica e Biológica	1929	1931
Fundação Andrea e Virginia Matarazzo, fundada por Archimedes Bussaca.		
21 Publicações Médicas Cia. Química Rhodia Brasileira	1929	1964
22 Revista de Terapêutica Practica	1929	1932
23 Boletim do Sindicato dos Médicos de São Paulo. Continua como Revista Informativa do Sindicato dos Médicos de São Paulo	1930	1945
	1946	1971
24 Medicina Prática	1931	1938
25 Revista de Oftalmologia de São Paulo. Sociedade de Oftalmologia de São Paulo	1931	1944
Absorvido como Arquivos Brasileiros de Oftalmologia	1944	2003
26 Publicações do Laboratório de Parasitologia Faculdade de Medicina. USP	1932	1961
27 Resenha Clínico Científica	1932	1972
Instituto Lorenzini		
28 Revista da Associação Paulista de Medicina. Continua como Revista Paulista de Medicina	1932	1940
	1941	2003

Fonte: a autora.

Quadro 3 - Publicações médicas paulistas e afins criadas entre 1934 e 1950

Título	Ano de criação	Último ano
1 Revista de Urologia de São Paulo. Dirigida por J. Martins Costa, Carvalho U. de Azevedo.	1933	1938
2 Revista Paulista Terapêutica	1933	1934
3 Revista de Cirurgia de São Paulo	1934	1956
4 O Biológico	1935	1989
5 Publicações Farmacêuticas	1935	1950
6 Revista de Neurologia e Psiquiatria de São Paulo	1935	1944
7 Revista de Obstetrícia e Ginecologia de São Paulo	1935	1947
8 Revista Paulista de Tisiologia. Sociedade dos Médicos do Instituto Clemente Ferreira	1935	1954
Continua como Revista Paulista de Tisiologia e do Tórax	1955	1965
9 Arquivos de Higiene e Saúde Pública. Secretaria da Saúde Pública e da Assistência Social	1936	1969
10 Caderno de Pediatria. Hospital Humberto I	1936	1941
11 Revista da Associação Paulista de Homeopatia	1936	1940
Continua como Revista de Homeopatia (São Paulo)	1940	2003
12 Revista de Leprologia de São Paulo. Sociedade Paulista de Leprologia. Continua como Revista Brasileira de Leprologia. Sociedade Paulista de Leprologia	1936	1970
Deu origem a Hansenologia Internationalis		
Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária. Instituto de Saúde. Instituto Lauro de Souza Lima	1976	2003
13 Arquivos de Cirurgia Clínica e Experimental. Clínica de Moléstias do Aparelho Digestivo. Faculdade de Medicina USP	1937	1969
14 Arquivos de Dermatologia e Sifilografia de São Paulo	1937	1958
15 Revista Clínica de São Paulo	1937	1958
16 Anais do Instituto Pinheiros	1938	1951
17 Revista de Oftalmologia de São Paulo.	1931	1944
Absorvida pelos Arquivos Brasileiros de Oftalmologia	1938	1999
Conselho Brasileiro de Oftalmologia		
18 Anais Estudantinos	1934	1944
Continua como Anais Científicos	1945	1967
19 Revista de Gastroenterologia de São Paulo. Sociedade Paulista de Gastroenterologia	1938	1945
20 Anais da Faculdade de Farmácia e Odontologia. USP	1939	1962
Subdividida em Revista da Faculdade de Farmácia e Bioquímica. USP	1963	1969
Continua como Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas.	1970	1999
Subdividida em Revista da Faculdade de Odontologia. USP	1963	2003
21 Fichário Médico-Terapêutico	1939	1966
Institutos Terapêuticos Reunidos Labofarma		
22 Revista XXV de Janeiro. Centro Acadêmico XXV de Janeiro. Faculdade de Farmácia e Odontologia. USP	1939	1963
23 Ficha Clínica	1940	1946
24 Arquivos da Polícia Civil de São Paulo	1941	1984
25 Revista do Instituto Adolpho Lutz. Instituto Adolpho Lutz	1941	2003
26 Revista Médico-Social	1942	1945
27 Arquivos de Neuro-Psiquiatria. Academia Brasileira de Neurologia (Suplemento Bol. da Ac. Bras. de Neurol.)	1943	1999
28 Revista Brasileira de Medicina. Editorial Sul	1943	1999
29 Anais Nestlé. Companhia Industrial e Comercial Brasileira de Produtos Alimentares	1944	1993
30 Maternidade e Infância	1945	1977
31 Notas Médicas	1945	1976
32 Revista do Hospital das Clínicas. Faculdade de Medicina. USP	1946	2003
33 Seleções Médicas. Instituto de Terapêutica Humanitas	1946	1962

Título	Ano de criação	Último ano
34 Revista de Obstetria e Ginecologia de São Paulo Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo	1935	1947
Continua como Anais da Clínica Ginecológica Faculdade de Medicina. USP	1947	1958
Continua como Anais do Departamento de Obstetria e Ginecologia Faculdade de Medicina. USP	1959	1962
Ginecologia e Obstetria Brasileiras Ache Laboratorios Farmaceuticos (s. i. de 1962 a 1977)	1978	1988
Revista de Ginecologia e Obstetria Instituto da Mulher, Hospital das Clinicas, FMUSP	1990	2003
35 Revista Brasileira de Otorrinolaringologia	1947	1966
36 Arquivos Brasileiros de Cardiologia Sociedade Brasileira de Cardiologia	1948	1999
37 Medicina Moderna	1948	1950
38 Anais da Clínica Ginecológica da Santa Casa de São Paulo	1949	1960
39 Arquivos Médicos Municipais Sociedade Médica da Municipalidade de São Paulo	1949	1963
40 Boletim de Psicologia Sociedade de Psicologia de São Paulo	1949	1998
41 Boletim do Centro de Estudos de Oftalmologia Prof. Moacyr E. Álvaro	1949	1958
42 Caderno de Terapêutica Labor Laborterapica-Bristol S.A.	1950	1965
43 Boletim do Centro de Estudos Franco da Rocha Hospital do Juquery	1965	1981

Fonte: a autora.

DEFINIÇÕES

O pressuposto principal utilizado para compor o quadro dos periódicos aqui apresentados foi considerar como pertencente ao conjunto todas as revistas que mantiveram constantes, no todo ou em parte, conteúdos relacionados à Medicina. Assim, foi considerada mesmo uma publicação não-médica, mas com conteúdo na área, como, por exemplo, a *Revista dos Tribunais* (1912), mesmo que tal revista não seja convencionalmente identificada como um periódico médico e sim jurídico. A intenção primeira da pesquisa foi verificar os espaços disponíveis para a publicação de temas médicos no período considerado.

Um segundo critério foi o de incluir neste conjunto dados relativos às mantenedoras das revistas em circulação, assim como acompanhar modificações nos títulos de tais periódicos, pois a partir deles podemos ter uma noção razoável das transformações institucionais do próprio periódico e do espaço mais amplo de atuação médica no Estado. Com este intuito, foram apontadas nos quadros, quando possível, a mantenedora responsável pela criação e sustentação do periódico e o grupo ou indivíduos responsáveis pela revista, quer órgão público ou privado.

Algumas definições se fizeram necessárias. Inicialmente considerei como a mesma revista aquela que, ao ser assumida por outra mantenedora,

continuou com o mesmo nome, apresentando artigos na mesma área inicial de trabalhos. Neste caso, foi apontado nos quadros o ano em que tal alteração ocorreu. Em segundo lugar, considere também como a mesma revista aquela que, mesmo com alguma alteração no nome, continuava representando a mesma área e associação mantenedora original. Um exemplo inequívoco deste processo é o do periódico *Memórias do Hospital do Juquery*, de 1925.

Quando de sua criação, esta revista esteve ligada exclusivamente ao Hospital do Juquery, subordinado em sua criação, 1898, à Secretaria dos Negócios do Interior e Justiça. A partir de 1936 a revista, acompanhando alterações na organização dos serviços da secretaria, tornou-se acessível a outros setores da secretaria e foi denominada *Arquivos da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo*, excedendo os muros do hospital. Até que em 1986 passou a ser intitulada *Arquivos de Saúde Mental do Estado de São Paulo*, quando, após um ano, teve sua circulação suspensa.

Em terceiro lugar, foi preciso identificar quando alguma alteração na mantenedora alterava também o título, mas com manutenção da “representatividade” do periódico, normalmente significando continuação da área, especialidade ou grupo representado. Esse foi o caso do Instituto de Higiene e seu de Boletim, criado em 1919, onde o nome da instituição e o nome da revista mudaram, mas continuaram a representar a área da Higiene, mantida a mesma função de representar a instituição de ensino. Em 1947, o boletim do Instituto passou a ser denominado: *Arquivos da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP*, após a transformação do instituto em faculdade. Em 1967 o título do periódico foi novamente alterado para *Revista de Saúde Pública*, a fim de adequá-lo a outra proposta editorial, esta mais ampla e que visava permitir a entrada de autores externos à faculdade.

E, por fim, o caso mais abundante, aquele em que a revista teve seu nome alterado, mas continuou tendo o mesmo órgão ou grupo como organizador, sem modificação no grupo ou área de especialidade. O exemplo mais conhecido é o do *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*, criado em 1895. Em 1898, o boletim passou a ser veiculado dentro da *Revista Médica de São Paulo*. Em 1910 tal boletim continuou a ser editado, só que a partir dali como publicação independente, com o título de *Arquivos da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*. Em 1914 foi novamente denominado Boletim, contudo ainda funcionando apenas como veículo de publicação das atas e dos trabalhos dos sócios da Sociedade de Medicina. Em 1941, com a aceitação de artigos de autores não ligados à Sociedade e deixando de noticiar as discussões havidas nas suas reuniões e assembleias, o Boletim foi transformado e recebeu o título de *Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo*, com o qual circula até o presente.

Tais critérios foram inferidos a partir das modificações percebidas no universo das publicações da área da saúde acompanhadas aqui. São indícios de transformações na área e aspecto essencial para a avaliação da própria idéia de periodismo médico. Tais dados podem nos trazer diversas informações sobre o percurso das instituições de saúde paulistas, suas

formas de organização, momentos de maior atividade ou de crise, propostas de determinada área ou grupo de indivíduos relacionados àquele periódico, entre outros temas.

A partir dos trabalhos publicados nas revistas podem também ser discutidos artigos dos principais nomes da medicina paulista, que se notabilizaram tanto por suas atividades científicas quanto pelos cargos públicos que ocuparam. Num primeiro momento encontramos repetidamente nomes dos mais importantes médicos em atividades no período: Luiz Pereira Barreto, Adolfo Lutz, Emílio Ribas, Arnaldo Vieira de Carvalho, Vital Brazil, Rubião Meira. Em um segundo tempo podemos encontrar artigos de médicos como Lemos Torres, Jairo Ramos, Afrânio do Amaral, Antonio Carlos Pacheco e Silva, todos personagens com acesso privilegiado a publicação em jornais diários e revistas especializadas.

Tais autores publicavam ao lado de inúmeros outros profissionais, tanto alinhados com suas interpretações de problemas anteriormente apontados – doenças epidêmicas, organização sanitária de cidades, liberdade profissional – como alguns com linhas divergentes de atuação. Outros assuntos, em geral menos avaliados pela historiografia, também podem ser discutidos a partir de tais periódicos, como possibilidade de introdução de técnicas de laboratório, de reorganização do trabalho médico, casos de teratologia médica (estudo de deformações orgânicas), contabilização de atendimentos de hospitais, casas de saúde, serviços públicos e privados do estado e da cidade de São Paulo, entre outras informações relevantes.

Nos artigos, notas e notícias veiculadas em tais periódicos podem ser discutidos questões relacionadas à percepção e entendimento que esses representantes do campo médico paulista tinham sobre sua prática e as características da atividade científica produzida nesse processo. Tal textura dá suporte às possíveis análises empreendidas a partir desse material, pois há uma dimensão temporal na prática científica evidenciada em tal documentação que é importante resgatar, para um entendimento mais completo da ação da medicina e de seus representantes.

A produção veiculada nos periódicos médicos também pode ser testemunha dos quadros mentais de uma época. Embora seja intenção primeira da linguagem científica demonstrar doses crescentes de objetividade e neutralidade já não há como sustentar essa visão não histórica da ciência (KNORR-CETINA, 1999; LATOUR, 1990).

As leituras já realizadas dos artigos científicos deixam transparecer possibilidades de discussão que outras produções poderiam não captar com a mesma precisão. Uma das principais questões previstas é a possibilidade de discutir como a construção de uma visão da realidade social pela atividade médico-científica pôde inserir o conhecimento científico no debate intelectual daquele momento de reestruturação administrativa, econômica e social de São Paulo. E mais importante, como, ao mesmo tempo, tais questões foram apresentadas como lastro e centro irradiador de propostas para diferentes decisões políticas, mais além das questões meramente técnicas como poderia se supor de início.

Inserir a produção científica, lado a lado com as obras de pensamento sobre o Brasil, e ao mesmo tempo como um conjunto de propostas diretas para a sociedade paulista, auxilia na compreensão da força efetiva que a produção científica exerce na sociedade na qual é concebida.

Lidos também como intelectuais, além de cientistas, os médicos, membros ativos da elite paulista, pretendiam com seus diagnósticos dar corpo a propostas, muitas vezes bastante autoritárias, sobre o presente e o futuro do país. Criando o que poderíamos chamar de “modernismo científico”, ação interessada em descortinar os males do Brasil.⁷ Buscava-se, por meio de novas alianças, abrir espaços. A opção pela produção de um saber insistentemente nacional, e especialmente paulista, deveria ser suficiente para justificar a fala competente da medicina local.

Haveria aí um contrato entre propostas sociais e atividades de ciências, acordo esse selado a partir dos textos científicos, que exprimem de forma notável o universo que seus autores vivenciavam. É a partir desse conjunto documental que pretendo que seja possível apontar outros modos de encarar um período importante da história nacional e perceber muitas das tensões que caracterizam o Brasil até os dias atuais. Tal entendimento por ser visto em um exemplo apresentado a seguir.

ADOLFO LUTZ: UM DIAGNÓSTICO “SOCIAL”

Em diversos artigos é possível observar a construção progressiva de uma associação entre o diagnóstico médico, sustentado pelo dado científico, e um diagnóstico “sanitário-sociológico”, acerca das condições de vida da população pobre de São Paulo.

A produção científica resultante das pesquisas bacteriológicas empreendidas nos serviços paulistas, principalmente Serviço Sanitário, e que se relacionavam às doenças de ordem pública, possibilitava a construção de diagnósticos mais amplos. Temas de ordem social, além do conhecimento biológico, tinham lugar nestes artigos, que disseminavam diagnósticos de várias ordens sobre os problemas “da nação” nos primeiros anos do século que se iniciava.

A ação de qualificar a sociedade paulista para além do dado médico se verifica nas indicações que eu diria “sociologizantes”, que muitos dos artigos fazem para assentar a informação científica naquele momento. Em vários dos textos lidos médicos e cientistas embasam discussões sobre doenças em um amplo quadro diagnóstico: das relações humanas, do trabalho e das vivências dos moradores de São Paulo. Nestas associações as

7 Um exemplo desse empenho pode ser visto quando do convite ao médico Victor Godinho, feito pelo governo do Maranhão, para implantar naquele estado um programa de combate à febre amarela em 1903-04. Inspetor do Serviço Sanitário de São Paulo e diretor da *Revista Médica de São Paulo*, Godinho foi figura de amplo trânsito. Em 1905 escreveu o livro *Nos domínios dos micróbios*, momento que entrava em atrição com o então “príncipe da medicina paulista”, Arnaldo Vieira de Carvalho, a respeito da eficiência da vacinação antivariólica empreendida pelo instituto do qual esse era diretor.

distinções de classe se naturalizavam. Como se naturalizavam os poderes, pois a presumível solução para os problemas apontados passava em geral por indicativos de construção de autoridade, tanto quanto por questões de tratamento, cura e saúde.

Em um periódico importante como a *Revista Médica de São Paulo – Jornal Prático de Medicina, Cirurgia e Higiene*, criada em 1898, podemos ver o médico Adolpho Lutz num momento de construção deste tipo de associação entre o dado científico e o diagnóstico sanitário-sociológico das condições de vida em São Paulo:

A helmintíase⁸ é freqüentíssima no Estado de S. Paulo e, como em toda parte, acomete de preferência a população agrícola, os trabalhadores de terra e as crianças. É favorecida especialmente pela temperatura elevada, as chuvas abundantes e a falta de latrinas. Estas permitem a disseminação e o desenvolvimento abundante dos ovos e larvas das espécies que não se transmitem de individuo a individuo, sem passar por uma fase evolutiva, seja na água, seja na terra úmida. Assim o uso geral da água exposta a qualquer contaminação e o contato freqüente com a terra infectada explicam a predominância da helmintíase nas classes mencionadas. Nas cidades fechadas, onde o modo de vida é diferente, os entozoários são muito mais raros. Com exceção de uma solitária, comunicada pela carne consumida, quase não se observam nos indivíduos adultos que vivem em boas condições sociais e nunca saem do seu domicílio. De outro lado, a helmintíase observa-se freqüentemente nos hospitais, onde abundam os doentes chegados de lugares do interior, onde existem condições pouco higiênicas. (LUTZ, 1899, p. 39)

Para o embate da medicina com as doenças de maior incidência naquele período, Adolpho Lutz apontava ao médico o dever de funções que não deveriam se concentrar apenas no ato diagnóstico e na cura. Tais ações deveriam, sim, ser mais “complexificadas”, pois precisariam estar concentradas tanto no âmbito da atividade clínica, quanto na busca e posse dos saberes mais atualizados na área. Isto porque o médico deveria tanto ser efetivo no tratamento, quanto, e talvez principalmente, atuar no esclarecimento à população desinformada, ignorante e até mesmo obtusa para com as coisas da saúde. Diz ele:

Em relação aos vermes intestinais parece que o médico não tinha outra tarefa do que a diagnose dos parasitas e um tratamento anti-helmintico apropriado, mas não é raro apresentarem-se outros problemas. Há muitos doentes hipocondríacos e histéricos que sem razão alguma atribuem os seus padecimentos a vermes,

8 “Doença devida à presença de helmintos (entozoário ou verme) nos intestinos”. Novo Dicionário Aurélio. Editora Nova Fronteira.

principalmente à existência de uma solitária que julgam sentir. Estes, freqüentemente exibem ao médico como vermes, qualquer espécie de restos de alimentos não digeridos, mucosidades intestinais e outras coisas encontradas nas dejeções. Nestes casos convém que o médico saiba excluir a helmintíase de um modo positivo. Nem sempre o doente se deixa convencer, Lembro-me de um caso onde os pseudo-helmínticos eram formados de pedaços de couve. O doente não satisfeito com minha explicação foi consultar mais dois médicos que, sem saber da consulta prévia, me mandaram para exame microscópico mais duas amostras da mesma espécie. (LUTZ, 1899, p. 39)

O procedimento apontado acima não era especialmente exclusivo de Lutz, mas adotado de modo sistemático por grande parte do grupo médico dirigente, que também pertenciam aos quadros da produção médico-experimental “de ponta” naquele momento, conforme visto em grande quantidade de artigos consultados para o período. Tal leitura só se torna disponível porque o periódico médico serve aqui de sustentação para tal apropriação. O artigo científico constrói uma autoridade que até a sua adoção não se podia identificar tão claramente, como quando se utiliza esse tipo de documentação, tornada histórica e tomada como um dado de história como outro qualquer.

REFERÊNCIAS

- BENCHIMOL, J. L. **Dos micróbios aos mosquitos:** febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz: UFRJ, 1999.
- BOMENY, H. Novos talentos, vícios antigos: os renovadores e a política educacional. **Revista Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 11, p. 24-39, 1993.
- BOURDIEU, P. O campo científico. In: ORTIZ, R. **Sociologia**. São Paulo: Ática, 1994, p. 122-55.
- BRESCIANI, M. S. Metrôpoles: as faces do monstro urbano (as cidades do século XIX). **Revista Brasileira de História**, São Paulo, n. 8-9, p. 35-68, 1984-1985.
- CANDIDO, A. Uma palavra instável: nacionalismo. In: _____. **Vários escritos**. São Paulo: Duas Cidades, 1995, p. 215-225.
- CARVALHO, J. M. de. **Os bestializados**. O Rio de Janeiro e a República que não foi. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.
- CASTRO-SANTOS, L. A. O pensamento sanitário na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. **Dados Revista de Ciências Sociais**, v. 28, n. 2, p. 193-210, 1985.

- _____. A reforma sanitária “pelo alto”: o pioneirismo paulista no início do século XX. **Dados Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 361-392, 1993.
- CUNHA, E. da. (1901) Nota preliminar. In: _____. **Os sertões**. São Paulo: Martin Claret, 2002, p. 17-18.
- Editorial do primeiro número da Revista Médica de São Paulo, n. 1, p. 1, 1889.
- FERREIRA, L. O. **O nascimento de uma instituição científica:** os periódicos médicos brasileiros da primeira metade do século XIX. Tese (Doutorado em História Social) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.
- HOCHAMN, G. **A era do saneamento:** as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: Hucitec: Anpocs, 1998.
- KNORR-CETINA, K. **Epistemic cultures:** how the sciences make knowledge. Londres: Harvard University Press, 1999.
- LATOUR, B. Drawing things together. In: LYNCH, M.; WOOLGAR, S. (Ed.). **Representation in scientific practice**. Londres: The MIT Press, 1990. p. 19-68.
- LUTZ, A. Observações sobre as moléstias da cidade e do estado de São Paulo (continuação). **Revista Médica de São Paulo: Jornal Prático de Medicina, Cirurgia e Higiene**, São Paulo, ano I, n. 3, p. 39-41, 15 abr. 1899.
- MASCARENHAS, R. S. **Contribuição para o estudo da administração sanitária estadual em São Paulo**. Livre-docência em Saúde Pública – Faculdade de Higiene e Saúde Pública, São Paulo, 1949.
- MORSE, R. **Da comunidade à metrópole:** biografia de São Paulo. São Paulo: Comissão do Quarto Centenário da Cidade de São Paulo, 1954.
- PIRES-ALVES, F. A. **A biblioteca da saúde das Américas:** a Bireme e a informação em ciências da saúde 1967-1982. Dissertação de Mestrado em História – Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.
- REVISTA Médica de São Paulo, Editorial. São Paulo, n. 1, vol. 1, maio de 1889, p. 1.
- RIBEIRO, M. A R. **História sem fim...** Inventário da saúde pública. São Paulo, 1880-1930. São Paulo: Edunesp, 1993.
- SANTANA, J. C. B. de. **Ciência & arte:** Euclides da Cunha e as Ciências Naturais. São Paulo: Hucitec; Feira de Santana: UFFS, 2001.
- SCHWARTZMAN, S. **Formação da comunidade científica brasileira**. São Paulo: Nacional, 1979.
- SEVCENKO, N. **Literatura como missão:** tensões sociais e criação cultural na Primeira República. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.
- _____. **O orfeu estático na metrópole:** São Paulo, sociedade e cultura nos frementes anos 20. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.
- _____. (Org.). **História da vida privada no Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

SILVA, M. R. B. da. **O mundo transformado em laboratório**: ensino médico e produção de conhecimento em São Paulo de 1891 a 1933. Tese de Doutorado em História Social – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

_____. O processo de urbanização paulista: a medicina e o crescimento da cidade moderna. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 27, n. 53, p. 243-266, jan./jun. 2007.

SILVA, M. R. B. da; FERLA, L.; GALLIAN, D. M. C. Uma “biblioteca sem paredes”: história da criação da Bireme. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 91-112, mar. 2006.

TELAROLLI JÚNIOR, R. **Poder e saúde**: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo. São Paulo: Edunesp, 1996.

PERFIL DOS MÉDICOS E MÉDICAS EM SÃO PAULO (1892-1943)¹

Maria Lucia Mott²

Maria Aparecida Muniz³

Olga Sofia Fabergé Alves⁴

Karla Maestrini⁵

Tais dos Santos⁶

Marcela Trigueiro Gomes⁷

O jornal paulista *A Capital* publicou, em 13 de fevereiro de 1922, uma reportagem sobre o uso do título de doutor “ilegalmente”. Apresentava “os doutores falsificados”, “médicos não-titulados”, uma lista nominal, já veiculada por uma revista médica, de mais de cem profissionais nacionais e estrangeiros que exerciam sem registro profissional no estado de São Paulo.

Houve réplica por parte dos leitores:

O dr. José J. Ortigão de Sampaio, clínico em Piracicaba, tendo deparado seu nome numa publicação oficial em que era apontado como pseudo-médico, escreve-nos indignado dizendo: “Sou médico” legitimamente diplomado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, onde fui interno por concurso de uma das clínicas médicas (Profs. Sodré e Oswaldo de Oliveira); tenho meu diploma registrado no Departamento Nacional de Saúde Pública, no Serviço Sanitário do Estado do Paraná, onde chefei interinamente a Profilaxia da Malária em 1918, e o tenho registrado no Serviço Sanitário do Estado de São Paulo à página 259 do livro competente, desde julho de 1920 (que confirma a Secretaria do mesmo Serviço

-
- 1 M. L. Mott Participou na concepção geral, pesquisa e redação final; M. A. Muniz participou na pesquisa, na redação e revisão e foi a responsável pelos cálculos, tabelas e gráficos; O. S. F. Alves, K. Maestrini, T. Santos e M. T. Gomes participaram na pesquisa, na redação e revisão. Contamos, ainda, com a colaboração de Ana Paula Ferreira Santos, Maria Mercedes Loureiro Escuder, Denise Muniz, Eleonora Rocha, Márcia Regina Barros da Silva, Márcia Lima Vieira, Ana Maria da Cunha, José Fernandoada Silva e Rute Castro, aos quais expressamos nossos agradecimentos.
 - 2 Doutora em História pela Universidade de São Paulo (USP), Pesquisadora Científica V do Laboratório Especial de História da Ciência do Instituto Butantan - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SESSP) e coordenadora do projeto “História das/os Trabalhadoras/es da Saúde (1892-1978)”
 - 3 Bacharel em Sociologia pela Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo e Oficial Administrativo do Instituto de Saúde - SESSP;
 - 4 Bacharel em Ciências Sociais pela USP e Pesquisadora Científica I do Laboratório Especial de História da Ciência do Instituto Butantan - SESSP;
 - 5 Bacharel em História pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP);
 - 6 Bacharel em História pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP);
 - 7 Bacharel em História pelo Centro Universitário FIEO (Fundação Instituto de Ensino para Osasco).

Sanitário). Não é justo, pois, sr. Redator, que eu aqui venha sofrendo as conseqüências de uma publicação infundada, que sendo falsa muito me prejudica nos meus legítimos direitos e na minha profissão honesta”. (“Médico *versus* Serviço Sanitário”, *A Capital*, 23/2/1922)

No dia 25 de fevereiro de 1922, o periódico voltou ao assunto:

Ainda sobre a notícia que tivemos ensejo em transcrever de nossos colegas da “Gazeta Clínica”, a respeito dos falsos médicos, ou melhor, dos médicos que não são “doutores” recebemos de nosso ativo correspondente em Dourados, um pedido de retificação. Este se refere ao sr. dr. Malachias Guerra Junior, que não pode estar incluído naquela lista, visto que é formado em medicina de Belo Horizonte e tem seu diploma registrado nas diretorias Sanitárias de Belo Horizonte, Capital Federal, e S. Paulo, conforme tivemos ensejo de verificar pessoalmente. Sobre esta notícia devemos, para maior esclarecimento, dizer o seguinte: não sabemos se a “Gazeta Clínica” tem base para afirmar que os médicos que formaram a lista que transcrevemos não são médicos, ou se, apenas, quis dizer que não são doutores, isto é, não defenderam teses e por conseguinte não são doutores. Aí fica a retificação. (“Os falsos Médicos”, *A Capital*, 25/2/1922)

Segundo as legislações federal e estadual, desde os primórdios da República, médicos, dentistas, farmacêuticos e parteiras, diplomados no Brasil ou no exterior, que tivessem como meta o exercício dessas atividades, deveriam efetuar, como acima mencionado pelos indignados leitores do jornal *A Capital*, a inscrição no Serviço Sanitário do estado de domicílio profissional, efetuando novo registro sempre que mudassem de endereço para outro estado da federação. A inscrição ou registro era feito em livro especial, no qual eram transcritas informações colhidas nos respectivos diplomas.

Regularmente, o *Diário Oficial do Estado de São Paulo*, que começou a ser publicado em 1891, trazia em suas páginas a lista dos profissionais inscritos para conhecimento público, fornecidas pelo Serviço Sanitário, bem como denúncias sobre médicos, dentistas, farmacêuticos e parteiras que exerciam sem registro, visando regularizar a situação dos infratores (caso fossem diplomados ou habilitados), o pagamento de multas, e a exclusão dos inabilitados.

O controle do exercício profissional na área da saúde foi uma atribuição do poder público no estado de São Paulo por mais de 80 anos.¹ A documentação sobre a fiscalização profissional encontra-se no Arquivo Público do Estado de São Paulo e no Museu da Saúde Pública Emílio Ribas (Instituto Butantan/Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo). Esse

último tem sob sua guarda a coleção completa dos livros de registro do serviço de fiscalização profissional, entre 1892-1978⁸.

As informações levantadas nos livros de registro – o número de profissionais, a naturalidade, a proporção entre os sexos, o local de formação, as principais instituições formadoras, entre outros – fornecem dados significativos para o conhecimento do mercado de trabalho médico em São Paulo.

Esse é o objetivo deste artigo, tendo como recorte cronológico o período de 1892 a 1943. A data inicial se deve ao ano de abertura dos livros de registro, e, a final, à incorporação de outra fonte fecunda do início dos anos 1940. Trata-se da obra *Registro de médicos do Estado de São Paulo*, resultado da pesquisa realizada pelo Departamento Estadual de Estatística, Seção de Estatística Militar, publicado em São Paulo, em 1944.⁹

A análise preliminar dos dados aponta para a sua riqueza, por trazer informações sobre o perfil dos profissionais, o que certamente subsidiará inúmeras pesquisas futuras. Permite identificar continuidades e mudanças no mercado de trabalho médico nas cinco primeiras décadas da República, quando se compara o número de médicos, a naturalidade, a formação e o sexo. Entre 1892-1943 entraram oficialmente no mercado de trabalho paulista 6.847 médicos/as, conforme quadro abaixo.

Quadro 1 – Número de médicos registrados por sexo entre 1892 e 1943

	Homens	Mulheres	Total
Brasileiros	6.279	80	6.359
Estrangeiros	384	11	395
s/inf.*	93		93
Total	6.756	91	6.847

Fonte: Projeto História das/os Trabalhadoras/es da Saúde (1892-1978)

Livros de Registros Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional (1892-1943)

O MERCADO DE TRABALHO EM SÃO PAULO

Coriolano Barretto de Burgos, natural da Bahia, nascido em 24 de dezembro de 1860, formado aos 27 anos pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMBa) em 1887, foi o primeiro médico a se inscrever no Serviço Sanitário (29 de abril de 1892). A escola e a naturalidade do profissional não

8 No que se refere aos médicos, o Conselho Regional de Medicina passou a exigir a inscrição na associação, conforme Decreto Federal de 1958; porém, a fiscalização estatal continuou até 1978. O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo atua desde 1957.

9 A coleção soma uma centena de livros, de cerca de 500 páginas cada, referentes às diferentes categorias profissionais da saúde: médicos, dentistas, farmacêuticos, enfermeiros, parteiras, veterinários, entre outros. Para essa pesquisa sobre os médicos foram consultados 12 volumes, entre 1892 e 1943.

eram exceções naquele ano, quando se registraram mais médicos naturais da Bahia e formados pela FMBa, do que paulistas, cariocas e fluminenses, formados pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (FMRJ).

Dos 54 profissionais inscritos, cinquenta obtiveram diploma no Brasil (26 pela FMBa e 24 pela FMRJ) e quatro no exterior. O número de médicos paulistas soma sete. O primeiro médico italiano a registrar o diploma, era natural de Cosenza e formado pela Universidade de Nápoles, já apontando para uma tendência que se verificará nos próximos cinquenta anos, da predominância no Estado São Paulo de italianos egressos dessa escola.

Deve ser lembrado que, até o final do século XIX, havia apenas duas faculdades de medicina no país, localizadas na então Capital Federal (Rio de Janeiro) e em Salvador (Bahia). Os paulistas que desejavam seguir a carreira médica eram obrigados a mudar temporariamente para uma dessas duas cidades ou para o exterior. O longo período do curso, mais a necessidade de deslocamento para diferentes lugares para complementação da formação, reforçam a afirmação de que a medicina era uma profissão de acesso restrito, sendo abraçada, sobretudo, por representantes das camadas médias e das elites.

Em 1890 havia 1.384.753 habitantes em São Paulo. O desenvolvimento ocorrido no Estado a partir da expansão da economia cafeeira impulsionou o crescimento demográfico, com populações vindas de diferentes partes do mundo e mesmo de outras regiões do Brasil. Entre 1890 e 1900, a população do Estado dobrou, chegando a 2.282.279 habitantes. Nos dez anos seguintes somou 3.097.805.

Os dados levantados nos livros de registro do serviço de fiscalização profissional desde a sua criação apontam que o crescimento do número de inscrições de médicos, ano a ano, não foi regular, nem crescente, até 1910, apesar do aumento demográfico do Estado. Nos dois primeiros anos de funcionamento do Serviço Sanitário houve expressivo número de registros (106), certamente de profissionais que já vinham exercendo na capital paulista desde o final do Império, caindo em seguida.

O Gráfico 1 informa sobre a entrada de médicos em 1892, quando do início da fiscalização até 1943. Nota-se uma oscilação no número de registros nos primeiros seis anos (1892-1898), quando o número de inscritos variou entre 13 e 54 por ano. Na década seguinte verifica-se um declínio no número de inscrição de médicos (entre 12 e 34 médicos inscritos por ano), retomando o crescimento em 1911, a partir de quando o número nunca é inferior a 45. Identificam-se “picos” em 1920, quando os registros chegaram a um total de 216, em 1929 com 239 novos médicos, 1934 quando foram registrados 256, e 1936, recorde do período, com a soma de 325 profissionais.

Gráfico 1 – Número de médicos registrados ano a ano (1892-1943)



Fonte: Projeto História das/os Trabalhadoras/es da Saúde (1892-1978)

Livros de Registros Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional (1892-1943)

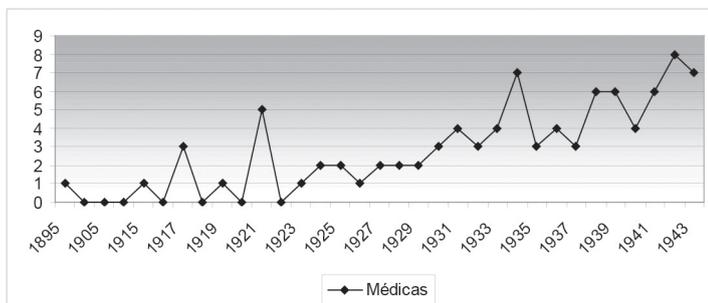
AS MÉDICAS

Em 1895 inscreveu-se a belga Maria Rennotte (1852-1942), primeira e única médica registrada na capital paulista por um período de mais de 20 anos. Maria Rennotte, que vivia no Brasil desde o final dos anos 1870, trabalhando como professora, formou-se em medicina em 1893 no Woman's Medical College of Pennsylvania, nos Estados Unidos. Em 1895 revalidou o diploma na FMRJ e no mesmo ano se inscreveu no Serviço Sanitário de São Paulo. O segundo registro de uma mulher data de 1915. Trata-se da médica italiana Olga Caporalli, formada pela Universidade de Turim.

Entre 1892 e 1943 inscreveram-se 91 médicas (80 brasileiras e 11 estrangeiras). Comparando-se a percentagem de médicas registradas no período em São Paulo (1,3%) com a de alguns países, pode-se dizer que é maior que a da Espanha (0,1%), menor que a dos Estados Unidos (4%) e da Rússia (60%) (ORTIZ GÓMEZ, 2007).

A análise revela que a entrada das mulheres no mercado de trabalho paulista foi lenta e numericamente pequena (1,3 %) se comparada a dos médicos. Porém aponta para alterações, conforme Gráfico 2. Depois de um intervalo de 28 anos, a partir de 1923, entre uma e oito médicas se inscrevem anualmente, havendo uma tendência de alta a partir de 1927. No ano de 1934 inscreveram-se sete médicas para um total 249 inscritos do sexo masculino, representando 2,7% do total de registrados nesse ano. Em 1942 as mulheres somaram oito novas inscrições de médicas para um total de 302 médicos.

Gráfico 2 – Médicas registradas ano a ano



Fonte: Projeto História das/os Trabalhadoras/es da Saúde (1892-1978)

Livros de Registros Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional (1892-1943)

NATURALIDADE

Comparando-se os dados referentes à naturalidade dos médicos em exercício em São Paulo, pode-se afirmar que nas primeiras décadas da República houve uma grande participação de não-paulistas na prestação de serviços de saúde para a população, na implantação das reformas sanitárias, na criação e direção de estabelecimentos públicos e privados.⁴ O mercado médico de São Paulo acolheu representantes de 20 estados e do então território do Acre.

O processo de urbanização e industrialização de São Paulo ocorrido a partir das últimas décadas do século XIX, a fama de alguns institutos de pesquisa recém-criados e os salários oferecidos, foram sem dúvida atrativos e catalisadores de profissionais brasileiros e estrangeiros que procuravam expandir as atividades.

Nas primeiras décadas da República verifica-se, por parte do poder público, a preocupação com as condições sanitárias do Estado, o que resultou na organização de novos serviços para debelar e controlar epidemias ainda mal diagnosticadas, fabricar produtos farmacêuticos, tratar de doentes, desenvolver pesquisas e formar médicos. Foram então criados o Desinfetório Central, o Laboratório de Análises Clínicas, o Hospital de Isolamento, o Instituto Bacteriológico, o Asilo de Alienados do Juqueri, o Instituto Serumterápico (Butantan) e a Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, para lembrar apenas alguns.¹⁰

Paralelamente, foram fundadas e remodeladas segundo o padrão da “medicina moderna”, instituições particulares, filantrópicas, de classe e auxílio mútuo, voltadas para o “combate”, a prevenção, o tratamento e a cura das doenças, como também para o ensino e a pesquisa em saúde.

A necessidade de profissionais qualificados e de “renome”, a disputa interna de grupos pelo poder, a necessidade de alianças com

10 Uma análise dos dados referentes aos médicos em São Paulo entre 1892 e 1932, levantados nos livros de registro, foi publicada em Mott et al. (2008).

instituições de prestígio, a preocupação com a construção de uma imagem de excelência, a falta de profissionais em determinadas áreas desencadeou por parte da iniciativa privada e do poder público a procura de quadros capazes de desenvolver trabalhos nas áreas da saúde curativa, de saúde pública, de pesquisa e ensino no Estado de São Paulo, em diferentes regiões do Brasil e mesmo dos principais centros do exterior.¹¹

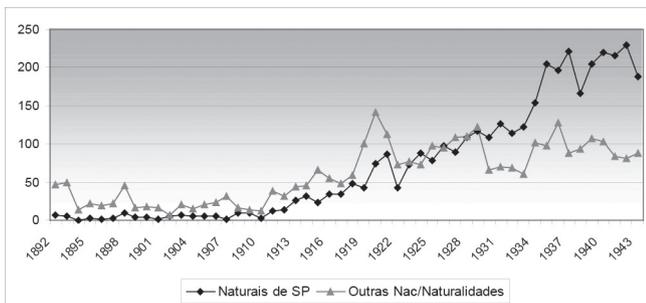
A amostra informa que, a partir de 1908, um número crescente de médicos naturais de São Paulo requer inscrição. Nos anos 1930 os paulistas em exercício no Estado de origem são maioria absoluta em relação aos nascidos nos demais estados brasileiros e no exterior (Gráfico 3).

Quanto à inscrição de médicos não paulistas, há uma prevalência inicial de nascidos na Bahia e no Rio de Janeiro (cariocas e fluminenses); ocorrendo posteriormente um crescimento do número de profissionais de Minas Gerais. No total da amostra, Minas Gerais e Rio de Janeiro, estados com maior índice populacional do Brasil até o início dos anos 1940, aparecem como principais fornecedores de médicos para o Estado de São Paulo (Gráfico 4, Quadro 2).

Um dado que merece destaque e que reflete mudanças na situação de gênero: com exceção das estrangeiras que foram as primeiras a se registrar, a primeira inscrição das médicas brasileiras ocorre em 1917, a das irmãs paulistas Lima Pedroso, ambas formadas pela FMRJ. As médicas nascidas nos demais estados brasileiros chegaram posteriormente, somente a partir de 1921.

As médicas eram provenientes de oito estados, com prevalência de nascidas em São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Bahia. Proporcionalmente, as médicas paulistas correspondem a 68% das profissionais, percentagem superior à de médicos paulistas, que somam 57,8% (Quadro 2).

Gráfico 3 – Médicos brasileiros registrados por ano, paulistas e demais nacionalidades e naturalidades identificadas

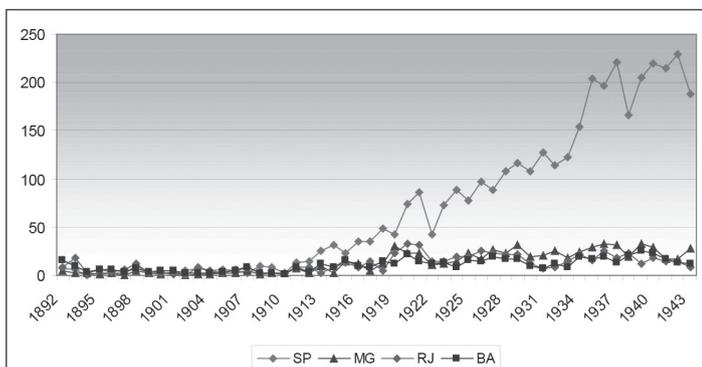


Fonte: Projeto História das/os Trabalhadoras/es da Saúde (1892-1978)

Livros de Registros do Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional (1892-1943)

11 Silva (2003b) apresenta uma relação dos primeiros professores da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo (1913-1928), a partir da qual procuramos dados referentes à naturalidade. Dentre os 72, 34 são paulistas, 36 nascidos em outras localidades e dois sem identificação.

Gráfico 4 – Médicos brasileiros registrados por ano, segundo as principais naturalidades identificadas



Fonte: Projeto História das/os Trabalhadoras/es da Saúde (1892-1978)
Livros de Registros Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional (1892-1943)

Quadro 2 – Registro de médicos brasileiros por sexo, segundo a naturalidade

Estado	Homens	Mulheres	Total
SP	3.627	54	3.681
MG	684	5	689
RJ	625	6	631
BA	557	5	562
PE	117	3	120
PR	78	4	82
RS	79	2	81
CE	80		80
AL	57	1	58
MA	47		47
PA	43		43
SE	43		43
PB	37		37
PI	33		33
GO	28		28
MT	28		28
ES	23		23
AM	17		17
RN	16		16
SC	16		16
AC	3		3
s/inf.*	41		41
Total	6.279	80	6.359

Fonte: Projeto História das/os Trabalhadoras/es da Saúde (1892-1978)
Livros de Registros Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional (1892-1943)

NACIONALIDADE

Desde os primeiros anos de funcionamento do Serviço Sanitário, profissionais de diferentes nacionalidades buscaram regularizar o exercício efetuando a inscrição. Além de italianos, na década de 1890, inscreveram-se médicos nascidos na França, Portugal, Alemanha, Suíça e Bélgica. Nas quatro décadas do século seguinte, registraram-se médicos de diferentes nacionalidades e religiões. Além de europeus, norte-americanos, sírios e libaneses (desde 1913), asiáticos (japoneses, desde 1924), latino-americanos.

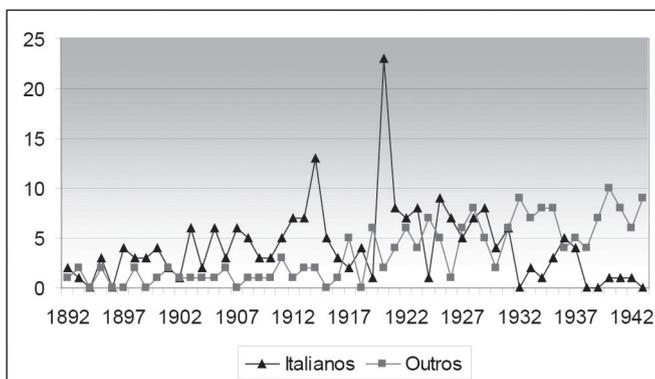
Entre 1892 e 1943 inscreveram-se 395 estrangeiros, sendo 384 homens (5,7% do total de homens) e 11 mulheres (12,1% do total de mulheres). Os estrangeiros participaram ativamente da institucionalização do campo médico brasileiro: fundaram hospitais e associações de classe, lecionaram, formando as primeiras gerações de médicos do Estado, desenvolveram pesquisas, participaram de congressos, e publicaram em diferentes veículos de divulgação. Alguns dentre eles voltaram para seus países de origem durante os conflitos mundiais, para servirem suas pátrias ou por aqui sofrerem perseguições e represálias.

Dentre os estrangeiros, a maioria (54%, 215 profissionais) era italiana, seguindo-se os nascidos em Portugal (37 profissionais).⁷ A análise do perfil dos médicos italianos aponta a origem meridional, com prevalência dos diplomados pela Universidade de Nápoles (44%, 96 médicos), diferentemente da origem setentrional da maioria dos emigrados desse país. Após a Primeira Guerra, o número de médicos italianos inscritos chegou ao ápice, decaindo, após o início da Segunda Guerra, a um nível inferior à soma das demais nacionalidades (Gráfico 5).

Os vizinhos latino-americanos entraram a partir de 1910, quando se inscreveu um médico argentino (11 registros para o período da mostra). Em 1917, registrou-se o primeiro uruguaio (dois no total); em 1931, chegou um paraguaio (três no total); em 1932, um chileno (dois no total) e em 1942, o único mexicano.

Não se verificou na amostra uma correlação entre o número de imigrantes do sexo masculino e feminino e o de médicos e de médicas registrados. Apesar da imigração em massa de italianos e do grande número de médicos (214), apenas uma médica italiana requereu inscrição, contra uma belga (para nenhum médico identificado dessa nacionalidade), uma letã (para um médico compatriota); duas russas (para 11 médicos russos).

Gráfico 5 – Médicos estrangeiros registrados por ano, italianos e demais nacionalidades identificadas



Fonte: Projeto História das/os Trabalhadoras/es da Saúde (1892-1978)

Livros de Registros Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional (1892-1943)

Quadro 3 – Médicas segundo nacionalidade

País	Total
Brasil	80
Alemanha	3
Rússia	2
Bélgica	1
França	1
Hungria	1
Itália	1
Letônia	1
Portugal	1
Total	91

Fonte: Projeto História das/os Trabalhadoras/es da Saúde (1892-1978)-

Livros de Registros Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional (1892-1943)

FORMAÇÃO

No período da amostra funcionavam 13 faculdades no Brasil. A maioria estava localizada no Sudeste (sete), três na Região Sul, duas no Nordeste e uma no Norte (ver Quadro 4). Todas as faculdades estavam situadas nas capitais, e o Estado do Rio de Janeiro possuía o maior número de escolas (quatro). São Paulo possuía, então, duas escolas, uma pública e outra privada.

Quadro 4 – Escolas brasileiras de Medicina por data de fundação e localização

Nome	Fundação	Cidade e estado
Faculdade de Medicina da Bahia (FMBa) – pública	1808	Salvador (BA)
Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (FMRJ) – pública	1808	Rio de Janeiro (RJ)
Faculdade de Medicina de Porto Alegre – privada, federalizada em 1931	1899	Porto Alegre (RS)
Faculdade de Medicina de Belo Horizonte – privada, federalizada em 1931	1912	Belo Horizonte (MG)
Faculdade de Medicina Homeopática do Rio de Janeiro; Instituto Hahnemanniano – privada	1913	Rio de Janeiro (RJ)
Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo (FMUSP) – pública	1913	São Paulo (SP)
Faculdade de Medicina do Paraná – privada, federalizada em 1950	1914	Curitiba (PR)
Faculdade de Medicina Homeopática do Rio Grande do Sul; Escola Médica Cirúrgica de Porto Alegre – privada; federalizada em 1931	1914	Porto Alegre (RS)
Faculdade de Medicina do Pará – privada, federalizada em 1950	1919	Belém (PA)
Faculdade de Medicina do Recife – privada, estadualizada em 1931; federalizada em 1939	1920	Recife (PE)
Faculdade Fluminense de Medicina (FFM) – privada, estadualizada em 1929	1926	Niterói (RJ)
Escola Paulista de Medicina (EPM) – privada; federalizada em 1956	1933	São Paulo (SP)
Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual do Rio de Janeiro – privada; estadualizada em 1950	1937	Rio de Janeiro (RJ)

Fonte: Livros de Registros Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional (1892-1943); a partir de dados coletados de SARINHO (1989); FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (2009).

Inicialmente, registraram-se médicos formados pelas duas faculdades mais antigas do país, a Faculdade de Medicina da Bahia e a do Rio de Janeiro, e, por faculdades estrangeiras. O fim da restrição à abertura de escolas médicas no Brasil se deu com a República: em 1899 começou a funcionar a escola de Porto Alegre e, nos anos 1910, foram inaugurados vários estabelecimentos, alguns deles com vida efêmera, outros permanecendo em atividade por alguns anos, outros ainda em funcionamento até hoje.

Desde 1891 discutiu-se em São Paulo a fundação de uma escola médica, sendo sancionada a Lei nº 19, criando uma academia de medicina, cirurgia e farmácia na capital paulista. A lei não saiu do papel. Por 20 anos a idéia não vingou, podendo-se afirmar que não havia consenso em torno dos projetos, nem mesmo da necessidade de criação de uma escola médica, além

da rivalidade entre quem comandaria o processo. A formação de médicos no Estado não era então vista como sendo prioritária, diferentemente da engenharia e da agricultura. Até mesmo alguns médicos eram contra: a criação da escola médica iria aumentar de número de profissionais, dificultando a sobrevivência dos que já estavam no mercado, aviltando o exercício. Outro ponto de discórdia era a grade curricular, o tipo e o número de anos necessários para a formação e a aproximação com a Escola de Farmácia.⁸

Em 1911, o médico Eduardo Augusto Ribeiro Guimarães fundou uma faculdade de medicina na Universidade Livre de São Paulo, congregando um número expressivo de representantes ilustres do campo médico paulista. Apesar do grande número de alunos inscritos, a proposta de ensino e a acolhida pelos pares não foram unânimes: no ano seguinte foi fundada uma escola “oficial” – a Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo (FMUSP), que praticamente aniquilou o curso particular.⁹

Se ao iniciar as atividades em 1913, a nova faculdade não limitou o número de matrícula de alunos, na década de 1930 foram fixadas 70 vagas, bastante aquém da procura. Artigos publicados nos jornais em 1933 reportam-se à situação vivida no estado de São Paulo, apontando a falta de vagas, a necessidade de médicos, e conseqüentemente, o pequeno número de profissionais paulistas formados em São Paulo:

Tal circunstância, aliada às demais condições determinantes da orientação vocacional, e ao sempre poder de absorção de novos médicos, cuja falta cada dia mais se faz sentir por todo nosso Estado, onde há núcleos inteiros de população desprovidas de recursos clínicos, deu o resultado de cursarem atualmente as demais escolas brasileiras, cerca de mil e quinhentos jovens paulistas. Esse fato, se tem constituído um elemento importante para a unidade espiritual brasileira, não tem sido sem dano para a família e a economia paulista [...] são milhares de contos desviados anualmente da economia paulista. (ALBERNAZ, 1968, p. 4-5)

A evasão de paulistas para estudar em outro estado da federação fica evidente nos livros de registros do serviço de fiscalização profissional. A análise dos dados referentes à formação dos médicos em exercício no mercado de trabalho paulista aponta para a predominância de alunos formados pela FMRJ, que corresponde a 48% do total da amostra, sendo a maioria deles (51%) natural de São Paulo. (Quadro 5)

A comparação dos dados referentes à naturalidade e a escola de formação informa que não há correlação imediata entre o local de diploma e o de nascimento (Quadro 6a). Em meados dos anos 1930 houve um aumento significativo de registros de alunos paulistas formados por escolas situadas em outros estados, egressos do Instituto Hahnemanniano (63% do total de 232 eram nascidos em SP), da Faculdade Fluminense de Medicina (76%

dos 271) e da Faculdade de Medicina do Paraná (70% dos 240). Verifica-se que os médicos paulistas recém-formados retornavam para o Estado para o exercício profissional. Não foram localizados em São Paulo registros de alunos formados pela Faculdade de Medicina Homeopática do Rio Grande do Sul, fundada em 1914.¹⁰

Fazendo um recorte por sexo, constata-se que as médicas formaram-se em 9 escolas, das 13 então existentes no Brasil, sendo a FMUSP e a FMRJ as principais escolas de formação. Das 26 médicas formadas pela FMRJ, 21 eram naturais de São Paulo, duas do Rio de Janeiro e três de Minas Gerais.

Com exceção da FMRJ, há prevalência de médicas formadas pelas escolas do estado em que nasceram. Não há grande mobilidade para outros locais, como aconteceu com os profissionais masculinos. As paulistas, além da FMRJ, foram para a FFM (três registros), a FMBa, o Instituto Hahnemanniano e a FMParaná (um registro cada).

Quadro 5 – Médicos registrados por faculdade

Faculdade	1892	1893	1899	1904	1909	1914	1919	1924	1929	1934	1939	Total
		1898	1903	1908	1913	1918	1923	1928	1933	1938	1943	
FMRJ	24	96	47	71	126	331	485	552	579	628	349	3.288
FMUSP							119	207	226	264	369	1.185
FMBa	26	58	38	30	43	80	99	91	57	136	120	778
FFM									18	143	110	271
EPM											257	257
FMParaná							20	11	12	92	105	240
I.Hahnemanniano							6	1	6	99	120	232
FMBeloHorizonte						6	6	9	20	60	44	145
FMRRecife								1		7	24	32
FMPortoAlegre						1	3	5	1	3	5	18
FMPará									1	1	2	4
FCiênciasMédicas											2	2
Instituições Estrangeiras	4	22	32	35	36	26	84	68	55	16	13	391
s/inf.*		3								1		4
Total	54	179	117	136	205	444	822	945	975	1.450	1.520	6.847

Fonte: Projeto História das/os Trabalhadoras/es da Saúde (1892-1978)

Livros de Registros Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional (1892-1943)

Quadro 6a – Naturalidade dos médicos brasileiros nascidos nos quatro estados com maior incidência de registros, segundo escola de formação

Faculdade	SP	MG	RJ	BA
FMRJ	1.681	470	528	46
FMUSP	1.054	46	19	2
FMBa	61	20	18	506
EPM	232	10	3	
FMBeloHorizonte	49	87	1	
FMPortoAlegre	3		1	
FFM	206	17	25	
I.Hahnemanniano	148	20	32	2
FMPará				1
FMRecife	2			2
FMParaná	168	16	1	2
FCiências Médicas	1			
Instituições Estrangeiras	75	3	3	1
Total	3.681	689	631	562

Fonte: Projeto História das/os Trabalhadoras/es da Saúde (1892-1978)

Livros de Registros Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional (1892-1943)

FACULDADES DE MEDICINA PAULISTAS

Em 1920, quando se inscreveu Benjamim Reis, primeiro aluno formado pela FMUSP, 18 colegas da mesma instituição requereram seus registros no Serviço Sanitário. Entre 1920 e 1943, ou seja, em 13 anos, entraram 5.570 médicos no mercado de trabalho paulista. No mesmo período, 1.306 formaram-se pela FMUSP, sendo que 1.185 se registraram, o que indica que 92% dos ex-alunos da Casa de Arnaldo procederam ao registro para exercício da profissão em São Paulo. A FMUSP era um reduto de homens e mulheres paulistas: 1.055 (89%) eram naturais do Estado. A representação de outros estados era de 8,5% e de estrangeiros, 2,5%.

O número de inscrições de alunas egressas da FMUSP no Serviço Sanitário foi irregular (de zero a cinco registros por ano). No entanto, as inscritas somam 2,4%, maior que a porcentagem de médicas registradas no período. Das registradas, 23 eram naturais de São Paulo, duas de Minas Gerais, duas do Rio de Janeiro e uma de Pernambuco.

Entre 1938 e 1943, a EPM diplomou 310 médicos, dos quais 257 se inscreveram no Serviço Sanitário. Assim como a FMUSP, a EPM era um reduto de paulistas (232 eram naturais do Estado). A participação feminina

foi de 2,3%, percentagem próxima da FMUSP (seis alunas, quatro nascidas em São Paulo, uma em Pernambuco e uma na Alemanha). A primeira médica descendente de japoneses a obter registro profissional, foi Hisako Watanabe, nascida em Catanduva em 1916 e formada em 1943.

Em 1943 as duas escolas forneceram maior número de profissionais para o mercado de trabalho paulista (148 médicos), enquanto das demais escolas somadas totalizaram 128.

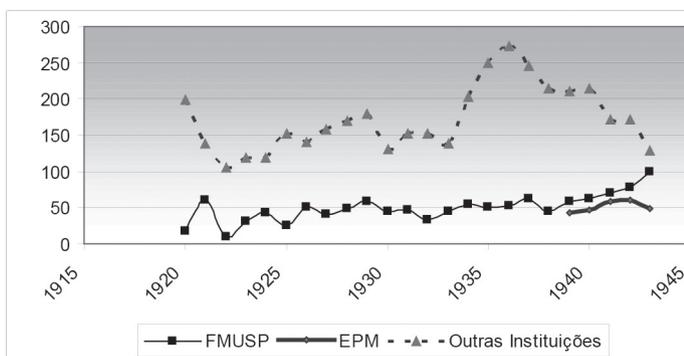
Tabela 1 – Médicos registrados por sexo e formados pelas FMUSP e EPM até 1943

	FMUSP		EPM		Total
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.
Homens	1157	97,6	251	97,7	1408
Mulheres	28	2,4	6	2,3	34
Total	1185	100	257	100	1442

Fonte: Projeto História das/os Trabalhadoras/es da Saúde (1892-1978)

Livros de Registros Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional (1920-1943)

Gráfico 6 – Médicos formados pela FMUSP e pela EPM em relação aos formados por outras instituições (1920-1943)



Fonte: Projeto História das/os Trabalhadoras/es da Saúde (1892-1978)

Livros de Registros do Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional (1920-1943)

MÉDICOS DIPLOMADOS POR INSTITUIÇÕES ESTRANGEIRAS

Dos 391 médicos diplomados em instituições estrangeiras que exerceram em São Paulo entre 1892 e 1943, 285 nasceram no exterior e

106 (27%) no Brasil, dentre esses, 75 (70%) no Estado de São Paulo. Nas duas primeiras décadas da República, os brasileiros buscaram formação na França e nos Estados Unidos, principalmente nas Universidades de Paris e da Pensilvânia. Vários dentre os médicos formados pela Universidade da Pensilvânia tiveram um papel de destaque na medicina paulista como, por exemplo, Benedito Augusto de Freitas Montenegro, que foi diretor da FMUSP; L. Job Lane, diretor do Hospital Samaritano; Antonio Gomes da Silva Rodrigues, que trabalhou com Vital Brasil; Alexandrino de Moraes Pedroso, que foi diretor no Instituto Bacteriológico do Estado de São Paulo (ATIQUÉ, 2007).

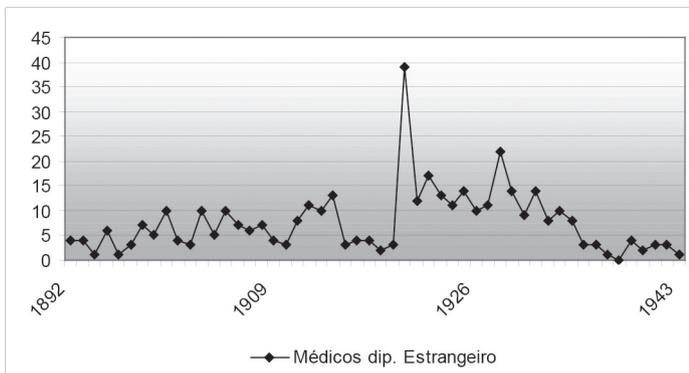
O primeiro registro de brasileiro formado na Itália foi o do ítalo-brasileiro Giuseppe Cioffi, de Guaratinguetá, diplomado pela Universidade de Nápoles em 1902. O médico revalidou o diploma na FMRJ em 1905 e, no mesmo ano, registrou-se em São Paulo. Até 1912, poucos brasileiros estudaram em escolas médicas italianas. A partir de 1913, aumentou a frequência de ítalo-brasileiros diplomados na Itália que retornaram para São Paulo para trabalhar. A Universidade de Nápoles foi o destino da maioria dos brasileiros que escolheram a Itália para formação (32 dos 57 nascidos no Brasil).

A entrada no mercado de trabalho de médicos formados no exterior (brasileiros e estrangeiros) foi irregular, havendo anos nos quais não se efetuou qualquer registro, contra outros cuja soma excedeu ao de formados por instituições nacionais como em 1920: dos 39 médicos que procuraram o Serviço Sanitário, 21 eram formados por escolas estrangeiras, 17 deles pela Universidade de Nápoles. Consequência da Primeira Guerra Mundial? Questão que precisa ser investigada.

A partir de 1930 cai efetivamente o índice dos inscritos, formados não só pela referida faculdade, como nas demais. Não foi constatado um único caso de estudante brasileira (sexo feminino) que tenha seguido para a Itália, a fim de cursar medicina e efetuado registro para clinicar em São Paulo. Entre 1892 e 1919, das seis médicas registradas em São Paulo, quatro tinham se formado fora do Brasil (três estrangeiras e uma brasileira), caindo significativamente a proporção de diplomas estrangeiros a partir da década de 20 (quatro entre 1920 e 1943).

Ângela Mesquita, nascida em São Paulo, foi a única brasileira a se formar no exterior. Diplomou-se pela Universidade de Boston, nos Estados Unidos em 1917 e segundo o Livro n.3 de Registro de Médicos do Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional, foi “habilitada tão somente para o exercício de química homeopática” (Livro 3 de Registros, p. 155) pelo Instituto Hahnemanniano no Rio de Janeiro, em 1919. Ela era filha de Ignácio Xavier Paes de Campos de Mesquita, que ocupou por muito tempo o cargo de médico da polícia em São Paulo. Durante a gripe espanhola, ela trabalhou juntamente com o médico homeopata Alberto Seabra (BERTUCCI, 2004).

Gráfico 7 – Médicos diplomados no exterior



Fonte: Projeto História das/os Trabalhadoras/es da Saúde (1892-1978)

Livros de Registros Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional (1892-1943)

Tabela 2 – Médicos diplomados pela Universidade de Nápoles segundo nacionalidade

País	Nº	%
Itália	96	72,7
Brasil	32	24,2
Paraguai	1	0,8
s/inf.	3	2,3
Total	132	100,0

Fonte: Projeto História das/os Trabalhadoras/es da Saúde (1892-1978)

Livros de Registros Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional (1892-1943)

MÉDICOS EM EXERCÍCIO EM SÃO PAULO

Os dados levantados nos livros de registro do Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional, apesar de fornecerem informações valiosas e possibilitarem diferentes recortes, permitem um retrato da inscrição – a entrada de médicos e de médicas ano a ano no mercado de trabalho. Com exceção talvez para o ano de 1892, o levantamento por si só não possibilita conhecer o montante de profissionais em exercício em determinado período. Durante alguns anos, nas duas primeiras décadas do século XX, a *Gazeta Clínica*, revista médica publicada em São Paulo (1903-1949), apresentou a relação de médicos residentes na capital e de domiciliados no interior de São Paulo. Em 1915 o Estado tinha uma população de aproximadamente 3.890.140 habitantes. Foram levantados 805 médicos, distribuídos em 175 municípios (contra 57 sem médicos), sendo 332 médicos na capital e

473 no interior, com destaque para Santos (45) e Campinas (30), cidades com maior número de profissionais. Encontra-se na listagem duas médicas residentes na capital: a nossa já conhecida Maria Rennotte e a portuguesa Casemira Loureiro (esta última efetuou o registro no Serviço Sanitário dois anos depois, em 1917). No período, apesar de haver um maior número de médicos no interior, não há notícias de representantes do sexo feminino.

No início dos anos 1940 foi feita uma pesquisa pelo Departamento Estadual de Estatística – Seção de Estatística Militar (SEM) de São Paulo que resultou no livro *Registro de Médicos do Estado*, publicado em 1944. O levantamento foi realizado pela coleta de dados fornecidos pelos serviços de fiscalização e controle do exercício da medicina no Estado e por meio de informações fornecidas pelos próprios médicos. No levantamento estão relacionados nome, nacionalidade, idade, estado civil, ano de diploma e nome da instituição, endereços comercial e residencial, especialidades, idade, publicações, número de médicos no serviço público, instituições e entidades voltadas para a Saúde, da capital e do interior referente ao ano de 1943.

São Paulo possuía, então, uma população de aproximadamente 7.729.000 habitantes e 4.402 médicos assim distribuídos: na capital para 1.407.683 moradores, havia 2.381 médicos (16,91 por 10 mil habitantes). Nos 269 municípios do Estado havia 2.021 médicos para os 6.321.317 habitantes (3,2 no interior por 10 mil habitantes). Ou seja, em 30 anos a capital passou a concentrar maior número de médicos que o interior do estado; havendo um aumento no número de profissionais de 2,06 por 10 mil habitantes em 1915, para 5,69 em 1943.

Tabela 3 – Número de médicos e médicas em exercício em São Paulo em 1943

	Capital	%	Interior	%	Total	%
Homens	2.342	53,2	2.006	45,6	4.348	98,8
Mulheres	39	0,9	15	0,3	54	1,2
Total	2.381	54,1	2.021	45,9	4.402	100,0

Fonte: a partir de dados coletados de SÃO PAULO (1944)

Campos do Jordão (11,76 /10 mil habitantes), reconhecida estação de tratamento de tuberculose na época, era o segundo município com maior número de médicos por habitantes, seguido de Catanduva (8,23 /10 mil habitantes). O município de Bauru, que abrigava desde 1933 um asilo-colônia para tratamento de hanseníase possuía 7,54 médicos por 10 mil habitantes. Havia 25 municípios no Estado sem médicos.

A população do estado dispunha de 309 unidades hospitalares sendo 67 na capital e 242 localizadas nos municípios do interior. No mercado médico paulista encontram-se representantes de 20 estados brasileiros (não

há menção a nascidos no território do Acre, como nos livros de registro). A predominância era de profissionais naturais de São Paulo. Em segundo lugar, destacam-se os nascidos em Minas Gerais, seguindo-se os do Rio de Janeiro (somando-se os nascidos no então Distrito Federal e no estado do Rio de Janeiro). Os naturais do Amazonas, Bahia, Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Rio Grande do Norte, Sergipe e Piauí estabeleceram-se primordialmente no interior. Destaca-se o Estado do Piauí: dos 12 médicos, todos estavam sediados no interior de São Paulo (Quadro 6b).

Quadro 6b – Naturalidade de médicos nascidos no Brasil em exercício no Estado de São Paulo

Estado	Capital			Interior			Total
	Homens	Mulheres	Subtotal	Homens	Mulheres	Subtotal	
SP	1.640	30	1.670	1.189	5	1.194	2.864
MG	127		127	211	4	215	342
BA	58	1	59	181	3	184	243
RJ	120	1	121	112		112	233
PE	22	1	23	30		30	53
PR	21	1	22	13	1	14	36
RS	23	1	24	10		10	34
CE	9		9	20		20	29
AL	10		10	12		12	22
MA	10		10	12		12	22
PA	8		8	11		11	19
MT	10		10	5		5	15
PB	3		3	12		12	15
PI				12		12	12
AM	3		3	7		7	10
SE	4		4	6		6	10
GO	3		3	6		6	9
SC	4		4	3		3	7
ES	1		1	5		5	6
RN	2		2	3		3	5
s/inf.	98		98	79		79	177
Total	2.176	35	2.211	1.939	13	1.952	4.163

Fonte: SÃO PAULO (1944, p. 10)

O maior número de médicos estrangeiros em exercício no Estado era nascido na Itália; não havendo representantes do sexo feminino dessa nacionalidade exercendo em 1943. Os médicos nascidos no exterior concentram-se na capital, conforme Quadro 7.

No que se refere à formação, os dados colhidos no *Registro de Médicos do Estado* (SÃO PAULO, 1944) informam sobre a existência de profissionais diplomados por 11 escolas médicas brasileiras (não há referência à Faculdade de Ciências Médicas do Rio de Janeiro, portanto uma a menos do que nos livros de registro acima analisados).

Quadro 7 – Médicos estrangeiros e naturalizados brasileiros segundo país de origem e local de atuação no estado de São Paulo

País	Estrangeiros			Naturalizados			Total
	Capital	Interior	Subtotal	Capital	Interior	Subtotal	
Itália	50	25	75	21	8	29	104
Rússia	2		2	15	1	16	18
Síria	2	1	3	13	5	18	21
Portugal	2	5	7	7	7	14	21
Argentina	2		2	7	1	8	10
Alemanha	4	1	5	5	1	6	11
Romênia				4		4	4
Hungria	3		3	2		2	5
Uruguai				1	2	3	3
Japão	3	4	7	1	1	2	9
Áustria	3		3				3
França	2	1	3				3
Polônia	2	1	3				3
Espanha	2		2				2
Paraguai	1		1				1
Letônia	1	1	2				2
Suíça	1		1				1
Irlanda	1		1				1
Outros				13	4	17	17
Total	81	39	120	89	30	119	239

Fonte: SÃO PAULO (1944, p.11-12)

O estado do Rio de Janeiro comparece com alunos formados por três escolas, seguido por São Paulo (duas), e os estados da Bahia, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco e Rio Grande do Sul (uma). A maioria dos

médicos em exercício diplomou-se pela FMRJ, havendo maior número no interior. Dos formandos nas 11 escolas nacionais, 54% atuavam na capital e 45% no interior. A permanência dos profissionais na cidade de São Paulo após a conclusão do curso foi a opção de 82% dos formados pela FMUSP e de 84% dos formados pela EPM. Entre os diplomados nas demais escolas do país, apenas os egressos da FMPará permaneceram na capital em sua totalidade. Os procedentes das demais escolas seguiram freqüentemente para as cidades do interior, como é possível verificar no Quadro 8.

Quadro 8 – Médicos atuando na capital e no interior do Estado de São Paulo segundo escola de formação

Instituição	Capital			Interior			Total
	Homens	Mulheres	Subtotal	Homens	Mulheres	Subtotal	
FMUBrasil	881	7	888	1.146	5	1.151	2.039
FMUSP	829	18	847	185	1	186	1.033
FMBa	98	4	102	235	3	238	340
EPM	174	5	179	33	1	34	213
FFM	98	1	99	110		110	209
FMUParaná	61	2	63	114	3	117	180
FMUMG	35		35	69		69	104
IHanehmaniano	20		20	47	1	48	68
FMUPE	10		10	11		11	21
FMURS	7		7	2		2	9
FMUPará	4		4				4
Instituições Estrangeiras	125	2	127	54	1	55	182
Total	2.217	39	2.381	1.952	15	2.021	4.402

Fonte: SÃO PAULO (1944, p. 13)

A presença das médicas em 1943 era de 1,2% dos profissionais no mercado de trabalho (Quadro 9). Assim como os médicos, a maioria foi atraída para a cidade de São Paulo. Dos 245 municípios com médicos (incluído a capital), 12 possuíam profissionais do sexo feminino. No interior, as médicas residiam em cidades com populações entre 180 mil e 30 mil habitantes. Em Sorocaba, estava em exercício a médica com mais idade e anos de experiência, a paulista Ursulina Lopes Torres, nascida em 1882 formada em farmácia em 1901, no Rio Grande do Sul, e em medicina, em 1908, no Rio de Janeiro. Aurora Conceição e seu irmão Nilo Conceição, nascidos em Limeira e formados pela FMRJ, exerciam em Ribeirão Preto e Ivone Xavier Funes, casada com o colega da Faculdade de Medicina do Paraná, exercia em Avaré.

As mulheres em exercício na capital e no interior dedicavam-se em sua grande maioria à ginecologia, obstetrícia, pediatria e clínica médica. Um número restrito de médicas tinha como especialidade neurocirurgia, “tuberculose”, anatomia e dermatologia. Jandira Planet do Amaral, formada pela FMUSP trabalhava no laboratório de bacteriologia do Instituto Butantan, em São Paulo, onde foi diretora entre os anos 1968 e 1975.

As mulheres nascidas fora do Brasil vieram da Letônia (uma), da França (uma), da Rússia (duas) e da Alemanha (duas). Dentre as estrangeiras, destaca-se a letã Margot Anderson, formada pela Universidade da Letônia, cujo diploma foi revalidado na Bahia, que trabalhava no Hospital de Varpa, colônia de imigrantes letões de religião batista, próximo a Pompéia e Tupã (região conhecida como Alta Paulista).

Quadro 9 – Número de médicas nos municípios do Estado de São Paulo

Município	Nº
São Paulo	39
Santos	2
Araçatuba	2
Ribeirão Preto	2
Jaboticabal	2
Avaré	1
Campinas	1
Mogi das Cruzes	1
Pirajuí	1
Pompéia	1
São João da Boa Vista	1
Sorocaba	1
Total	54

Fonte: SÃO PAULO (1944).

A pesquisa realizada pelo serviço de Estatística Militar identificou que do total de 239 médicos nascidos no exterior 119 naturalizaram-se brasileiros.

REFERÊNCIAS

- ALBERNAZ, P. M. **A Escola Paulista de Medicina (notícia histórica dos primeiros vinte e cinco anos)**. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, 1968.
- ANDRADE, M. *Medicina em São Paulo*. (resenha do livro de Leonídio Ribeiro, *A Medicina no Brasil*, Imprensa Nacional, Rio de Janeiro, 1940). **História da Ciência**, São Paulo, v.4 n.1 São Paulo jan./jun. 2008 pp. 187-195

- ATIQUE, F. **Arquitetando a “boa vizinhança”**: a sociedade urbana do Brasil e a recepção do mundo norteamericano, 1876-1945. Tese (Doutorado Arquitetura e Urbanismo) FAU/ Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- BACELLAR, N. **Sobre a criação de uma Faculdade de Medicina em São Paulo: “ducha escocesa em quatro jatos de língua viva, dois quentes e dois frios”**. [1910?]
- BENCHIMOL, J. L.; TEIXEIRA, L. A. T. **Cobras, lagartos & outros bichos**: uma historia comparada dos Institutos Oswaldo Cruz e Butantan. Rio de Janeiro: EdUFRJ, 1993.
- BERTUCCI, L. M. **Influenza, a medicina enferma**: ciência e práticas de cura na época da gripe espanhola em São Paulo. Campinas: Edunicamp, 2004.
- BRASIL. **Decreto nº 169, de 18 de janeiro de 1890**. Constitui o Conselho de Saúde Pública e reorganiza o Serviço Sanitário Terrestre da República. Coleção de Leis do Governo Provisório. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1890.
- _____. **Decreto nº 666, de 14 de novembro de 1891**. Declara desligada da Administração Federal a Inspetoria de Higiene de São Paulo, Coleção das Lei da República dos Estados Unidos do Brasil. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1891, vol II.
- _____. **Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958**. Regulamento a que se refere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957. Coleção das Lei da República dos Estados Unidos do Brasil. Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional, 1958.
- _____. **Lei nº 8.659, de 5 de abril de 1911**. Lei Orgânica do Ensino Superior e do Fundamental (conhecida como Reforma Rivadavia Corrêa). Coleção de Leis da República dos Estados Unidos do Brasil. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1911.
- CUNHA, L. A. **A Universidade Temporã**: o ensino superior da colônia à era de Vargas. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira: UFC, 1980.
- OS DOUTORES FALSIFICADOS. **A Capital**, São Paulo, 13 fev. 1922.
- OS FALSOS MÉDICOS. **A Capital**, São Paulo, 25 fev. 1922.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)**. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>>. Acesso em: 6 jan. 2009.
- LACAZ, C. da S. **Faculdade de Medicina**: reminiscências, tradição, memória de minha escola. São Paulo: Edição do Autor, 1985.
- LACAZ, C. da S.; MAZZIERI, B. R. de. **A Faculdade de Medicina e a USP**. São Paulo: Edusp, 1995.
- MARINHO, M. G. da S. M. da C. **Medicina legal e perícias médicas em processos criminais**. Constituição de saberes e aplicação de

procedimentos médico-legais. Campo, personagens e práticas periciais: São Paulo e Bragança. In: ENCONTRO REGIONAL DE HISTÓRIA DA SEÇÃO SÃO PAULO DA ANPUH: Poder, Violência e Exclusão, 19., 8-12 set. 2008, São Paulo. **Anais...** São Paulo: USP/História-FFLCH, 2008.

_____. **Norte-americanos no Brasil: uma história da Fundação Rockefeller na Universidade de São Paulo, 1934-1952.** Bragança Paulista: Universidade São Francisco; Campinas: Autores Associados, 2001.

_____. **Trajatória da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: aspectos históricos da “Casa de Arnaldo”.** São Paulo: FMUSP, 2006.

MÉDICOS DOMICILIADOS NA CAPITAL. **Gazeta Clínica**, São Paulo, v. 13, n. 1-2, p. 6-7, jan. 1915.

MÉDICOS RESIDENTES NO INTERIOR DO ESTADO. **Gazeta Clínica**, São Paulo, v. 12, n. 21-22, p. 225, nov.1914.

MÉDICO *VERSUS* SERVIÇO SANITÁRIO. **A Capital**, São Paulo, 23 fev. 1922.

MEMÓRIA histórica da Faculdade de Medicina de S. Paulo. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1938.

MOTA, A. **Tropeços da medicina bandeirante: medicina paulista entre 1892-1920.** São Paulo: Edusp, 2005.

MOTT, M. L.; DUARTE, I. G.; GOMES, M. T. Montando um quebra-cabeça: a coleção “Universidade de São Paulo” do Arquivo Público do Estado de São Paulo. **Cadernos de História da Ciência**, São Paulo, v. 3, n. 2, jul./dez. 2008, pp. 37-72.

MOTT, M. L. et al. Médicos e médicas em São Paulo e os livros de registros do Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional (1892-1932). **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 853-868, maio/jun. 2008.

NADAI, E. **Ideologia do progresso e ensino superior.** São Paulo: Loyola, 1987.

ORTIZ GÓMEZ, T. La feminización de las profesiones sanitárias en el siglo XXI. In: ABREU, L.; BOURDELAIS, P.; ORTIZ GÓMEZ, T.; PALACIO, G. et al. **Dynamics of health and welfare: texts and contexts.** Évora : Colibri, 2007. pp.130-132

SADI, A.; FREITAS, D. G. de. **O ensino médico em São Paulo anteriormente à fundação da Paulista.** São Paulo: Safady, 1995.

SÃO PAULO (Estado). Departamento Estadual de Estatística. Seção de Estatística Militar. Registro de Médicos do Estado. São Paulo: Tipografia Brasil, Rothschild Loureiro & Cia Ltda, 1944.

- _____. **Lei nº 43**, de 18 de julho de 1892. Organiza o Serviço Sanitário do Estado. Coleção de Leis e Decretos do Estado de São Paulo. São Paulo: Imprensa Oficial, 1892.
- _____. **Lei nº 394**, de 7 de outubro de 1896. Aprova o Regulamento do Serviço Sanitário. Coleção de Leis e Decretos do Estado de São Paulo. São Paulo: Imprensa Oficial, 1896.
- SARINHO, C. T. **Faculdades de Medicina no Brasil: as dez mais antigas** – Resumo Histórico. Natal: Nordeste, 1989.
- SILVA, M. R. B. O ensino médico em São Paulo e a criação da Escola Paulista de Medicina. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. VIII, n. 3, p. 543-568, set./dez. 2001.
- _____. **Estratégias da Ciência: a história da Escola Paulista de Medicina (1933-1956)**. Bragança Paulista: Universidade São Francisco, 2003a.
- _____. **O mundo transformado em laboratório: ensino médico e produção de conhecimento em São Paulo de 1891 a 1933**. Tese (Doutorado em História) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003b.
- WEBER, B. T. As artes de curar. Medicina, Religião, Magia e Positivismo na República Rio-Grandense. Bauru, EDUSC; Santa Maria, Editora UFSM, 1999.

PARTE 2
MEDICINA E AS ARTES DE CURAR
EM MUNICÍPIOS PAULISTAS

A MEDICINA E A LEI: O CÓDIGO PENAL DE 1890 E O EXERCÍCIO DE CURAR. PRÁTICAS MÉDICAS E AUTOS CRIMINAIS EM BRAGANÇA: ASSIMETRIAS DA MODERNIZAÇÃO

Maria Gabriela S. M. C. Marinho¹

Fernando Salla²

O artigo analisa dois inquéritos policiais datados do início do século XX, extraídos do Fundo do Poder Judiciário da Comarca de Bragança³ e enquadrados no capítulo de *Crimes contra a Saúde Pública*, conforme a tipificação do Código Penal de 1890. Promulgado segundo a moldura republicana, trata-se do primeiro código penal brasileiro a estabelecer sanções legais em relação ao exercício da medicina e a práticas consideradas lesivas à saúde da população⁴. Os inquéritos relacionam-se direta e indiretamente aos artigos 156 (charlatanismo e exercício ilícito da medicina) e 157 (magia, espiritismo, curandeirismo) que estabelecem penas diferenciadas para as duas tipificações. Em relação ao charlatanismo e exercício ilícito da medicina, o Código prescrevia prisão de um a seis meses e multa. Para magia, espiritismo, curandeirismo, a pena poderia ser muito maior: prisão de um a seis anos e multa.

Uma dimensão relevante para a análise refere-se à assimetria das punições atribuídas em cada uma das tipificações. Desde o pioneiro trabalho de Rusche e Kirchheimer (1939), as punições podem ser encaradas como resultantes da estrutura de determinada sociedade. Elas expressariam,

-
- 1 Maria Gabriela da Silva Martins da Cunha Marinho é docente e pesquisadora da Universidade Federal do ABC (UFABC) onde atua nos bacharelados de Ciência e Tecnologia (BCT), Ciências e Humanidades (BCH) e no Mestrado em Ciências Humanas e Sociais, nas área de Políticas Públicas para Ciência, Tecnologia e Inovação.
 - 2 Pesquisador do Núcleo de Estudos da Violência (NEV-USP) e professor da Universidade São Francisco (USF)
 - 3 As informações que permitiram a elaboração deste artigo resultam de coleta realizada pelo projeto de pesquisa *A modernização do sistema de justiça criminal da região de Bragança Paulista (1890-1940)*, financiado pelo CNPq-USF. A documentação, proveniente do Fundo do Arquivo do Poder Judiciário da Comarca de Bragança, encontra-se depositada no Centro de Documentação e Apoio à Pesquisa em História e História da Educação da Universidade São Francisco (CDAPH-USF), localizado no *campus* de Bragança Paulista. No projeto financiado pelo CNPq foram examinados cerca de 530 processos criminais.
 - 4 No Código Penal de 1890 lê-se: “CAPITULO III, DOS CRIMES CONTRA A SAUDE PUBLICA: Art. 156. Exercer a medicina em qualquer dos seus ramos, a arte dentaria ou a pharmacia; praticar a homeopathia, a dosimetria, o hypnotismo ou magnetismo animal, sem estar habilitado segundo as leis e regulamentos: Penas - de prisão cellular por um a seis mezes e multa [...]. Art. 157. Praticar o espiritismo, a magia e seus sortilegios, usar de talismans e cartomancias para despertar sentimentos de odio ou amor, inculcar cura de molestias curaveis ou incuraveis, emfim, para fascinar e subjugar a credulidade publica: Penas - de prisão cellular por um a seis mezes e multa [...]. § 1º Si por influencia, ou em consequencia de qualquer destes meios, resultar ao paciente privação, ou alteração temporaria ou permanente, das faculdades psychicas: Penas - de prisão cellular por um a seis annos e multa [...]” BRASIL (1890). Uma análise mais específica do Código encontra-se em Alvarez, Salla e Souza (2003).

segundo aqueles autores de influência marxista, um mecanismo basicamente de dominação de classe. Michel Foucault (1987) foi quem mais ampliou a análise sobre os sistemas punitivos desvendando os seus elementos enquanto tecnologia de poder. Mais recentemente, David Garland (1990), seguindo em parte as idéias de Foucault, propôs que a punição deva ser vista como uma instituição social, o que permite localizar as imagens que temos dela “na estrutura mais ampla ao mesmo tempo em que sugere a necessidade de ver a pena conectada a uma rede mais ampla de ação social e significado cultural” (GARLAND, 1990, p. 282). Nesse sentido, pode-se ver que as “práticas penais falam à sociedade não somente sobre crime e castigo, mas servem como uma estrutura de raciocínio que ajuda a organizar o mundo que conhecemos através daquilo que entendemos como bom e ruim, normal e anormal, legitimidade e ordem; e tudo isso nos ensina a julgar, a preservar a ordem e a comunidade” (SALLA; GAUTO; ALVAREZ, 2006, p.343).

Portanto, a partir dos inquéritos selecionados é possível sugerir uma hipótese a ser investigada em profundidade e que implicaria analisar com mais detalhes as procedências sociais dos imputados nas duas modalidades. Em um dos casos, o inquérito menciona explicitamente práticas de curandeirismo, embora o delegado responsável tenha optado pelo enquadramento por vadiagem. A decisão legal indica a existência de limites tênues entre uma situação e outra, no caso, entre “vadiagem” e práticas de magia, espiritismo, curandeirismo. Nesse sentido, acentua-se a distância social entre os enquadrados nas duas tipificações e ampliam-se, por decorrência, as conseqüências reais. A mais evidente é a disparidade das implicações em relação aos atos praticados, como pode ser acompanhado com detalhes nos dois casos aqui abordados, conforme se vê a seguir.

FRONTEIRAS DO ILÍCITO: O CASO “ROBERTO SÊNIOR”

Em março de 1901, o Hotel Central de Bragança⁵ – cidade localizada

5 As origens da cidade de Bragança remetem à criação da freguesia de Conceição do Jaguari, em 1765. Sua elevação com o nome de Vila Nova Bragança ocorreu em 1797, quando se desmembrou da Vila de Atibaia. Assumiu a condição de cidade de Bragança em 1856 e a denominação de Bragança Paulista em 1940. Em grande parte, esse núcleo urbano esteve diretamente associado ao movimento de diferenciação territorial e econômica que se processou no interior do empreendimento colonial. Sua ocupação seguiu o movimento de interiorização das atividades de apresamento de indígenas e busca de minerais preciosos. Região de transformação lenta, a economia local esteve basicamente centrada na lavoura e na criação de pequenos rebanhos, com o predomínio de fazendas mistas cuja produção “não se enquadrava nos grandes interesses mercantis da economia brasileira, voltados para as culturas de exportação [...]. Só com a produção de café é que a zona bragantina, embora modestamente, se ligou às áreas que representavam os interesses gerais da economia nacional” (LEITE, 1974, p. 8). A exemplo do que ocorria em boa parte da província de São Paulo, na segunda metade do século XIX a produção de café assumiu lugar relevante na economia local e desencadeou uma onda modernizante que também alcançou. Cidade de porte médio, Bragança conta atualmente com cerca de 110 mil habitantes, segundo o Censo Demográfico de 2000. Localiza-se a 70 km da cidade de São Paulo e a 64 km de Campinas. Encontra-se próxima da confluência de duas grandes rodovias: a estadual Dom Pedro I, que liga o litoral Norte ao interior do estado, e a federal Fernão Dias, que segue em direção a Belo Horizonte. É referência importante como acesso ao complexo hídrico da Cantareira, que abastece a capital paulista. A localização próxima a Minas Gerais permanece relevante na atualidade.

no interior de São Paulo a cerca de 90 km da capital e próxima à divisa com o sul de Minas Gerais – presenciaria uma movimentação incomum. Instalado na Rua Cel. Osório e administrado por Anna Bernardina de Vasconcellos, que ali residia com sua família, o estabelecimento era bem estruturado e dividia com mais três hotéis, o Paulista, o dos Viajantes e o da Estação, o fluxo dos visitantes que chegavam à cidade para negócios, passeios e demais interesses públicos e privados. O serviço de linhas telefônicas havia sido criado em Bragança cinco anos antes, em 1896, pela Empresa Telephonica Bragantina, que em 1900 controlava 80 aparelhos ligados ao comutador central, dotado de capacidade para 100 assinantes. Em 1901, ladeado pela Charutaria Chalet Sampaio e pelo Gabinete Dentário Arthur Ribeiro e Francisco Ribeiro, o Hotel Central, como assinante da empresa telefônica local, dispunha de uma linha que atendia pelo número 35.

Nas ruas próximas, o comércio próspero e a oferta de serviços variados conferiam ao pequeno núcleo urbano suas características de enclave moderno, a contrastar com o amplo território rural do entorno. Ali, na região central da cidade, localizavam-se também a Rua do Commercio, o Largo da Matriz, a Rua Direita e a Rua do Mercado. Nesse recorte urbano era possível encontrar equipamentos e produtos importados para a lavoura, assim como escritórios de advogados ou de escrituração mercantil, registro de hipotecas, comissários de café, farmácia, padarias finas e lojas de tecidos com grande sortimento de fazendas, armarinho, chapéus, calçados. A variedade do comércio estendia-se para a Fabrica de Violões e Violas e alcançava o Athelier Photographico, cuja “especialidade em fotografia de grupos ou retratos de criança era preferencialmente executada em dias nublados e a preços razoáveis”⁶.

Naquele mês de março, porém, a quebra da rotina buliçosa no pequeno enclave urbano seria assegurada pela presença de um forasteiro excêntrico. A edição do jornal *A Cidade de Bragança* noticiava:

Dr. Roberto Sênior.

Acha-se nessa cidade este hábil doutor em direito e Medicina, e sugestionador, que percorre o nosso Estado, proporcionando aos enfermos a cura por meio da força sugestiva.

O dr. Sênior, que reside na capital federal, acha-se hospedado no Hotel Central. Boa ocasião se oferece agora para experimentarem o tratamento hipnótico os doentes de moléstias nervosas e outras rebeldes à medicação comum⁷.

-
- 6 As informações sobre o Hotel Central e arredores encontram-se no *Anuario de Bragança para 1902*. Contudo, uma boa descrição do ambiente local encontra-se n’A Casa de Bragança, como registra o trecho a seguir: “A Casa de Bragança era uma construção antiga, sita à Rua do Comércio, 180, pouco abaixo da Igreja do Rosário. [...] De outro lado, uma varanda, de onde se descia, por uma escada de tijolos, até o quintal, que ia dar na Rua do Mercado. [...] Na Rua do Mercado, em frente ao portão dos fundos, casas modestas de residência e de comércio.” (LEME, 1981:18-19) Optou-se por manter a grafia original dos documentos consultados.
- 7 O recorte do jornal *Cidade de Bragança* consta do processo de 1901 e não há data, provavelmente começo de março). Consultar: Fundo do Poder Judiciário, 1901 (Roberto SENIOR.)

Além da publicação no jornal, a presença de Roberto Sênior era também anunciada, de modo ainda mais clamoroso, pelo folheto distribuído na cidade e que proclamava suas habilidades nos seguintes termos:

Curas Miraculosas do médico Roberto Sênior Doutor em Direito, Farmácia e Medicina.

Mestre de ilusionismo, física recreativa, química, ótica e hipnotismo. Premiado com medalha de ouro na Exposição Universal de Chicago de 1893. Prodigioso Sugestionador.⁸

Acha-se nessa cidade o grande sugestionador, Roberto Sênior, que, tendo feito na Capital Federal, Benfica, Dores de Paraibuna, Palmira, Rio Novo, Guarany, Ubá, São João Del Rei, Barroso, Barbacena, Leopoldina, Recreio, Lapa, Porto Novo, Barra do Pirai, Cruzeiro, Cachoeira, Guaratinguetá, Pindamonhangaba e Taubaté curas tão extraordinárias que excederam o maravilhoso, empregando para isto tão somente a sua prodigiosa força sugestiva e a de suas mãos miraculosas sobre a parte afetada, foi considerado um ente divinamente privilegiado e proclamado bem-feitor consciente e abnegado da humanidade, recebendo por isso inúmeras felicitações e manifestações de gratidão e apreço de muitas populações e entre elas as que se seguem [...]⁹.

O apelo eloqüente dos folhetos rendeu clientela diversificada para o médico que pôde acolher personagens distintos da sociedade local. Acometidas por males variados, figuras como Francisco de Assis Valle, o barão de Juquery, cuja surdez era notória, atenderam aos reclames de Roberto Sênior e acudiram ao Hotel Central em busca das curas prometidas. Filas se formaram na rua do Comércio e o atendimento foi organizado por grupos de *onze pessoas* ou *individualmente*, segundo critérios pouco esclarecidos no inquérito que a Delegacia de Polícia instaurou pouco depois, tamanho o alvoroço provocado na cidade pela presença do *notório ilusionista*.

8 A informação pode ser confirmada pela seção Variedades da *Gazeta Medica da Bahia*, de 1895, série, XXVI, Anno IV, Vol V, que traz, sob o título “O Brazil na secção de sciencias medicas da Exposição de Chicago”, o relatório do médico Julio Brandão, membro da Comissão brasileira na referida Exposição. No caso, a menção encontra-se feita ao sobrenome verdadeiro de Roberto Sênior, cujo nome completo era José Roberto Cunha Sales, como será detalhado mais adiante no artigo. Representante no júri internacional do departamento de artes liberais, Brandão relata, nos seguintes termos, a participação brasileira no referido evento: [...] tendo sido eu o único representante do Brazil no jury internacional do departamento de artes liberaes, não tive grande trabalho em obter prêmios para os expositores brasileiros abaixo indicados, tão bem acceitos e apreciados foram os productos por elles exhibidos. A dificuldade consistia somente no grande umero de prêmios a conferir, o que poderia conferir suspeitas de parcialidade. Resolveram então os juizes de minha secção premiar “individualmente” só os expositores de merecimento incontestável, conferindo um “premio colectivo” ás comissões estadoaes e da capital, pois que tal premio recaria moralmente nos outros expositores não contemplados. [...] Enquanto não vem a publico a lista official dos prêmios conferidos aos expositores brasileiros, apresso-me a satisfazer a justa curiosidade e longa expectativa dos interessados d’esta capital e dos Estados, apresentando abaixo uma lista com o nome dos expositores nacionaes que na minha seção obtiveram o premio acima. [...] Artes liberaes – Secção de hygiene e medicina [...] Grupo 148 [...] –Cunha Salles (Dr) Rio de Janeiro [...].

9 Consultar: Fundo do Poder Judiciário, 1901 (Roberto SENIOR.)

Ao se apresentar sob o pseudônimo de Roberto Sênior, doutor em “Direito, Medicina e Farmácia”, José Roberto Cunha Sales realizava uma dupla operação. De um lado, encobria sua identidade de conhecido empresário do ramo de diversões no Rio de Janeiro, envolvido com fraudes, escândalos, pedidos de patentes, loterias, inclusive o jogo do bicho. Contudo, fora pioneiro em um vistoso empreendimento na capital federal: o Pantheon Ceroplástico, que reproduzia em cera as mais variadas figuras e personalidades da história brasileira, apelidados pela imprensa de época como “bonecos pátrios”.¹⁰ Por outro lado, nas andanças pelo interior do país, Cunha Sales selecionava de sua vida pregressa os aspectos que julgava mais atraentes de seu universo pessoal, cujos negócios voltados para o mundo do “fantástico e do maravilhoso” haviam-lhe conferido grande notoriedade no Rio de Janeiro, inclusive pela via de processos judiciais.¹¹

10 Outros detalhes sobre Roberto Sênior podem ser encontrados na dissertação de mestrado que o relaciona a Paschoal Segreto, empresário italiano identificado com a introdução do cinema no Brasil, conforme trecho a seguir: Paschoal Segreto, imigrante italiano, começou sua vida no Rio de Janeiro como entregador de jornais. Com o tempo constituiu sua própria rede de bancas e fez alguma fortuna com o comércio de bebidas nos quiosques da Praça Tiradentes. Sua figura bonachona e paternal foi frequentemente associada à jogatina ilegal e às práticas de enriquecimento ilícito. Assim como Cunha Sales, conhecido pelo pseudônimo e pelos negócios que mantinha como sendo o Dr. Roberto Sênior, prático em medicina, empresário do lazer, proprietário de teatros, casas artísticas e de divertimento. Presidente do Centro Protetor dos Artistas Equestres e Ginastas, autor do drama lírico A Filha do Maestro e da peça teatral A Estátua de Otero. Fundador da Companhia de Maravilhas Científicas e da Companhia de Novidades Excêntricas, do Museu de Cera Pantheon Ceroplástico. Inventor e fabricante de xaropes, reguladores femininos e sabões higiênicos e terapêuticos genuinamente nacionais, criou, entre outros: o Sabão Mágico ou Sabão Santo, para sardas e manchas; a Lavagem Americana, que lavava roupas sem sabão; o remédio Americano, para o estômago; e o rejuvenescedor Virgolina (REIS JUNIOR, 2008, p. 42).

11 Sobre as múltiplas atividades de Cunha Sales, aponta Martins: “Um outro exemplo de utilização das patentes industriais para associá-las ao jogo foi feito por José Roberto da Cunha Sales, um dos recordistas em pedidos de privilégios, constando em seu nome vinte e seis registros de patentes. Suas invenções eram bastante diferentes entre si, tais como um conhaque destinado à cura de moléstias do estômago e dos intestinos; cartões para a fiscalização da renda das companhias de bondes; um xarope destinado à cura da tuberculose, laringite, asma, coqueluche, bronquite e tosse; um mapa da invenção de um método de escrita musical; um processo para extrair, da água do mar, sal, soda, magnésia, ácido clorídrico e seiva para lavoura; um carro destinado à publicidade de anúncios em tela contínua, iluminada à luz elétrica, ou outra espécie, com exibição de vistas recreativas por meio de lanterna mágica, dentre outras. [...] Além dessas existem ainda: ‘processo de preparar a borracha em rolos, paes, tubos, folhas, fios, lâminas e para objetos moldados e de vulcaniza-la’, ‘conhaque estomacal denominado Aperitivo Americano’, ‘novo sistema de anúncios, em vidro, pintados em diversas cores e fotografados coloridos’, ‘Cristal-esmalte destinado a preservar da oxidação os objetos de ferro em folha e fundido sem se prejudicarem pela ação direta do fogo’, ‘composição de cal, cimento, argamassa, betume, morteiro e pouzzalanes hidráulicos’, ‘vinho toni-nutritivo denominado Vinho Vivificante’, ‘método para aprender a ler e escrever pelos signos ou notas da música ao mesmo tempo também se aprende pelos caracteres do alfabeto, aprendendo-se a ler escrever e compor música’, ‘fabricação de porcelana opaca’, ‘fabricação do vidro solúvel, diáfano, líoneu, boemico, em fio, e de objetos de ótica, química e astronomia, Flint-Glass e Gras’, ‘depurativo Cajurema, destinado a cura de todas as moléstias de origem sifilítica, e as de pele’, ‘elixir denominado Mata-febre’, ‘licor destinado a cura da dispepsia’, ‘licor destinado a cura e prevenção da cólera-morbus’, ‘placa destinada a fiscalizar o imposto predial’, ‘ponte flutuante movida a vapor, para carga e descarga de navios denominada Ponte flutuante’, ‘sistema de bilhetes para espetáculos de teatro e diversões congêneres, realizado mediante máquina’, ‘ponte flutuante denominada Ponte Cataira’, ‘xarope destinado a cura da tuberculose, laringite, asma, coqueluche, bronquite, e tosse’, ‘sistema de fotografia movimentada.’ [...] eram invenções que muitas vezes se destinavam a negócios ilícitos. Para além dessas idéias, existia larga quantidade de supostos remédios. [...] Outro fator que fica claro quando se olha as patentes é a similaridade com os inventos que existiam na Europa e nos Estados Unidos desde o século XIX. Os autómatos [...] bem como as invenções relativas ao cinematógrafo eram conhecidas principalmente na França.” (MARTINS, 2004, p.77).

Natural de Recife, onde nasceu em 1840, Cunha Sales formou-se em direito pela Faculdade do Recife, em 1862. Fez carreira na cidade de Paraíba do Sul, interior do Rio de Janeiro, e consta que teria se formado em medicina nos Estados Unidos. Além dos títulos e das invenções patenteadas, possuía várias empresas em segmentos distintos. Uma de suas atividades no Rio de Janeiro foi a exibição de anúncios através da lanterna mágica, direito obtido em 1896. Três anos depois, em 1899, foi processado e multado por usar ilegalmente a concessão como instrumento do jogo do bicho. Em decorrência, seus bens, móveis, utensílios, instrumentos de jogo, objetos de decoração foram confiscados para a Fazenda Pública. Os litígios conduziram perigosamente sua reputação para a vala dos escroques. Em 1899, depois de 30 dias na cadeia, Cunha Sales desapareceu do Rio de Janeiro.¹²

Em vista da experiência adquirida no Rio de Janeiro, o inquérito promovido pela Delegacia de Bragança certamente não provocou maiores dissabores ao médico itinerante, que rapidamente deixou a cidade. As instâncias locais, porém, movimentaram-se ostensivamente. Enquadrado por charlatanismo e exercício ilegal da Medicina, foi denunciado pelo promotor público de Bragança. Em 8 de março de 1901, a peça que fundamentou a denúncia relatava que, mediante “passes, gestos e palavras”, Roberto Sênior garantia a cura de todas as moléstias, “menos aleijão”, conforme trecho reproduzido a seguir:

Exmo. Sr.

Tendo chegado ao conhecimento desta Promotoria achar-se nesta cidade o dr. Roberto Senior, inculcando cura de moléstias incuráveis, fascinando e subjugando a credulidade pública e praticando o hipnotismo ou magnetismo animal, sem estar devidamente habilitado, segundo as leis ou regulamentos, requisito-vos com urgência inquérito policial acerca desses fatos, que a serem verdadeiros constituem os crimes previstos pelos arts. 156 e 157 do Código Penal da República.

Saúde e Fraternidade

Ao Exmo. Sr. Tenente Aleixo Leutino
Digníssimo Delegado de Polícia em exercício
O Promotor Público da Comarca
Bel. José Maximo Pinheiro Lima¹³

12 “Um ano antes de registrar a patente da lanterna mágica, em 1895, Cunha Sales já havia tido complicações com a Justiça. Era dele também a patente para a criação do ‘Pantheon Ceroplástico’. Seria ele o único a poder reproduzir em cera personagens da história do Brasil. Tinha-se a idéia de que o Pantheon seria um museu de cera. No entanto, cada bilhete, que custava 1\$000 (mil réis) poderia receber um prêmio. Assim estava preparado o artifício para a realização do jogo. [...] Como prêmio, o Pantheon oferecia uma gravura de Tiradentes, mas caso os ganhadores não quisessem tão patriótico prêmio, o próprio Pantheon se encarregava de comprá-lo de volta, por uma importância em dinheiro. [...] A Revista Ilustrada não poupou críticas dizendo que o Pantheon era um lugar para o jogo onde ‘as datas pátrias e os vultos da nossa historia [eram] postas ao serviço da tavolagem e do roubo organizado’.” (MARTINS, 2004, p.79)

13 Nos documentos analisados, verificou-se como raro o procedimento de o promotor apresentar direta-

No mesmo dia, cinco das oito testemunhas arroladas foram intimadas a depor e compareceram “às 4 e meia da tarde na sala das audiências do juiz de paz, no edifício municipal, a fim de serem inquiridas acerca do Dr. Roberto Sênior”¹⁴. Nos depoimentos colhidos, as testemunhas afirmaram que o atendimento podia ser coletivo, em grupos de até 11 pessoas, ou individuais, como informa o relato abaixo, extraído do depoimento de José Hortencio da Costa Rezende, 60 anos:

[...] então o depoente perguntou se ele garantia a cura do eczema, moléstia da qual sofre pessoa de sua família ao que respondeu o doutor Roberto que curava pelo preço de cinqüenta mil réis em seis consultas e tendo o depoente oferecido o dobro, isto é, a quantia de cem mil réis para que o doutor Roberto efetuasse a cura e recebesse essa importância depois de feita a cura, ele não aceitou alegando não poder [...]; disse mais, que sabe por ter visto, que é grande o número de pessoas que se acumulam em frente ao Hotel Central para terem as consultas do doutor Roberto e que este cobra das pessoas que podem pagá-lo dez mil réis por consulta e dos que não têm recursos pecuniários, [ilegível] que recebe o que elas puderem dar; disse mais o depoente que pode afirmar estar a população desta cidade fascinada pelas curas que se anuncia do doutor Roberto Sênior porque sabe que pessoas de considerações sociais têm ido procurá-lo na esperança de curar-se de moléstias incuráveis, como por exemplo sabe que o Barão de Juquery que sofre há muitos anos de surdez e outros incômodos dados pela medicina como incuráveis, ter procurado o referido doutor sem pessoa alguma ter obtido resultado satisfatório; disse finalmente que pelo que tem ouvido de pessoas de sua amizade, que têm procurado o doutor Roberto, que este no seu tratamento não tem havido resultado algum.¹⁵

As sucessivas oitivas sustentaram o argumento do exercício ilícito da medicina defendido pelo delegado encarregado, que se expressou do seguinte modo:

Pelo depoimento das cinco testemunhas inquiridas neste processo, acha-se plenamente provado que o dr. Roberto Sênior (atualmente nesta cidade no Hotel Central) depois de ter espalhado boletins

mente a denúncia ao delegado que promoveria o inquérito. Uma hipótese plausível é que tal pode ter ocorrido em razão do escândalo que vinha provocando a presença de Roberto Sênior na cidade. **Fundo do Poder Judiciário**, 1901 (Processo: Roberto SENIOR).

14 Testemunharam: Firmino Frões, 47 anos, natural do Estado de MG, casado, negociante; José Hortencio da Costa Rezende, de 60 anos, natural de Socorro, casado, “proprietário”; Francisco Martins Ferreira Junior, 43 anos, casado, natural da cidade, negociante, todos residentes na cidade de Bragança. Consultar: **Fundo do Poder Judiciário**, 1901 (Processo: Roberto SENIOR)

15 Consultar: **Fundo do Poder Judiciário**, 1901 (Processo: Roberto SENIOR)

inculcando ser capaz de curar toda e qualquer moléstia, tem fascinado a população, tanto desta cidade como de seu município, sendo grande o número de pessoas que se dirige ao Hotel Central a fim de serem curadas. Acha-se igualmente provado que o doutor Roberto Sênior recebe de cada pessoa que o consulta a quantia de dez mil réis por sessão ou aplicação e que os doentes nada têm aproveitado das suas *maravilhosas* aplicações. Achando-se portanto satisfeito o que o Ilustrado Promotor Público desta Comarca, Dr. José Maximo Pinheiro de Lima, requereu na denúncia de fls. 2. [...].

Bragança, 9 de março de 1901.
(a) Aleixo Leutino.¹⁶

No mesmo dia, os autos foram encaminhados para o juiz Manoel José Villaça e remetidos ao promotor público. Nesta instância, o promotor solicitou informações à Câmara para verificar se o denunciado recolheu taxas e impostos devidos, nos seguintes termos:

O Promotor Público da Comarca precisa a bem dos interesses da Justiça Pública, que vos digneis certificar se o Dr. Roberto Sênior tem pago na Tesouraria Municipal os impostos da profissão médica que exerce nesta cidade.

Bragança, 9 de março de 1901.
O Promotor Público
Bel José Maximo Pinheiro Lima¹⁷

Por sua vez, despacho do procurador da Câmara certifica que “nesta recebedoria não consta pagamento algum de imposto municipal pelo Dr. Roberto Sênior”. Na página seguinte, mais uma vez, nova solicitação do promotor para o secretário da Câmara Municipal, com seguinte teor: “O Promotor Público da Comarca precisa, a bem dos interesses da Justiça Pública, que vos digneis certificar se o Dr. Roberto Sênior tem registrado nos livros da Câmara Municipal, na forma da lei, sua carta de médico”. O secretário da Câmara, José Avelino, informa: “Certifico que em virtude do pedido supra, revendo no arquivo da Câmara o livro de registro do mesmo não consta ter registrado sua carta de médico o doutor Roberto Sênior. O referido é verdade.”¹⁸

Com base nestes documentos e no relatório do delegado, o promotor público apresenta sua denúncia ao juiz de direito da Comarca, Manoel José Villaça, datada de 28 de março de 1901, que reiterava argumento já constante da sua solicitação inicial à autoridade policial:

16 Consultar: **Fundo do Poder Judiciário**, 1901 (Processo: Roberto SENIOR)

17 Consultar: **Fundo do Poder Judiciário**, 1901 (Processo: Roberto SENIOR)

18 Consultar: **Fundo do Poder Judiciário**, 1901 (Processo: Roberto SENIOR)

O denunciado, intitulado-se fundador da nova escola de alta magia sugestiva e professor de física recreativa, química, ilusionismo, ótica e hipnotismo, estabeleceu nesta cidade no Hotel Central seu escritório e aí fez aplicação de seu sistema de cura que constitui o crime previsto pelo art. 156 combinado com art. 157 do Código Penal. [...] Sendo portanto necessário um sumário de culpa para a prova do crime em que incidiu o Dr. Roberto Sênior que tem recebido grandes quantias das pessoas a quem tem fascinado e iludido, oferece a Promotoria Pública a presente denúncia que espera ser recebida para os fins legais.¹⁹

Ao receber o processo, o juiz da Comarca, Manoel José Vilaça, requereu novos depoimentos. As testemunhas foram ouvidas na fase judicial ao longo do mês de abril, mas no processo consta que a intimação feita para comparecimento do próprio Roberto Sênior não foi entregue, por ele se achar em lugar “não sabido”, o que deve indicar que provavelmente ele já tivesse se retirado da cidade. Em seu despacho final, em 29 de abril de 1901, o juiz inocentou o acusado, julgando improcedente a denúncia²⁰.

Desfecho distinto verificou-se muitos anos depois quando, em 1914, instaurou-se inquérito policial para investigar práticas de curandeirismo, tachadas então como *feticçaria* contra o “mulato Ireño Sampaio”, conforme análise a seguir.

19 Consultar: **Fundo do Poder Judiciário**, 1901 (Processo: Roberto SENIOR)

20 A seguir, a íntegra da sentença: “Pelo dr. Promotor Público da comarca foi denunciado o dr. Roberto Sênior como incurso nas penas do art. 156 combinado com o art. 157 do Cód. Penal. Procedido o sumário, em que foram inquiridas 5 testemunhas, opinou a promotoria que havia provas suficientes para pronúncia. Da prova testemunhal resulta que: a) o denunciado não garantiu a sua cura; não sabe se é ou não formado em medicina (1ª. Testemunha); b) ouviu dizer que o denunciado é formado em medicina (2ª. Testemunha); b) [assim, no original] nem sabe se o denunciado é médico (3ª. Testemunha); c) ouviu dizer que o denunciado é formado em medicina (4ª. Testemunha); d) [ilegível] foi restituída a quantia pela qual contratou a cura de um menino, apresentado ao denunciado para curar (5ª. Testemunha). E tendo bem examinado e considerando que não ficou provado nos autos não ser o denunciado formado em medicina Considerando que o ônus dessa prova competia à acusação; Considerando que pela autoridade competente, nesta cidade, não foi exigido do denunciado a sua carta de doutor em medicina; ou se foi não consta destes autos; Atendendo que o fato do denunciado não ter pago o imposto municipal e não registrar o seu título na câmara não infere-se que não seja médico; Atendendo mais que dos autos não consta estar ou não o título do denunciado registrado na diretoria de higiene do Estado (art. 26 do Dec. n. 87 de 29 de junho de 1892, que seu regulamento à lei n. 43 de 18 de junho do mesmo ano, que organizou o serviço sanitário do Estado); Considerando que pelo art. 25 do referido Dec. é permitido ao graduado em medicina o exercício da arte de curar em *qualquer dos seus ramos e em qualquer de suas formas*; Considerando que pelo art. 156 do Código Penal o graduado em medicina pode exercer esta em qualquer dos seus ramos; Considerando que não tem aplicação a hipótese e a suposição do art. 157 [há falha na caneta e não se sabe se menciona o 156 ou 157, embora pareça ser 7]; do Código Penal; Considerando que em caso de dúvida se decide a favor do réu; Considerando que o D. Tribunal Federal já se pronunciou sobre a matéria no processo Eduardo Silva; Considerando tudo isso e o que mais dos autos consta, julgo improcedente a denúncia, pagando a câmara municipal as custas. Publicada, [ilegível]. Bairro do [ilegível – Berçaça?] (em diligência) em 29 de abril de 1901. Manoel José Vilaça”. Consultar: **Fundo do Poder Judiciário**, 1914 (Processo: Ireño SAMPAIO).

HORIZONTES SOMBRIOS: O CASO “IRENO SAMPAIO”

O segundo caso não envolve o cenário urbano, mas um bairro da cidade, conhecido como Boca da Mata, hoje município de Pedra Bela, a 30 km de Bragança, próximo à divisa com o Estado de Minas Gerais. Trata-se de um inquérito policial no qual o delegado prende Ireno Sampaio pela contravenção prevista no art. 399 do Código Penal (vadiagem), mas ao longo de todo o desenrolar do caso sua condição de curandeiro e de feiticeiro era colocada pela autoridade e pelas testemunhas. Instaurado em 1914, trata-se de um episódio nebuloso que começa pela detenção do acusado para registrar em seguida o seu suicídio, na delegacia. A portaria do delegado que abre o inquérito determinava a lavratura de um termo circunstanciado “do facto capitulado no artigo 399 do Código Penal”, tomando declarações das testemunhas e do próprio “contraventor”. Dois dias depois, em 14 de abril de 1914, o delegado em diligência ao bairro Boca da Mata, acompanhado de alguns soldados da Força Pública, prende Ireno Sampaio e é lavrado o termo circunstanciado no qual ressaltam mais os aspectos relativos ao curandeirismo do que efetivamente a fatos relacionados à vadiagem:

Auto Circunstanciado: [...] o dr. Alfredo de Lima Camargo, delegado de polícia em diligência acompanhado de uma escolta [...] prenderam à ordem da mesma autoridade o indivíduo Ireno Sampaio, de quarenta e um anos de idade, indigitado curandeiro, por meio de feitiçarias, vagabundo de estradas, indivíduo que trazia consigo no ato da prisão uma garrucha de dois canos, carregada, uma faca cabo de osso e metal, bem assim um “sapicuá” contendo objetos de que usam os feiticeiros, tais como: casca de lagarto, chifre de veado, raízes e sementes de plantas etc. pelo que o apresentaram incontinenti à referida autoridade, com os objetos apreendidos, tudo para os devidos fins.²¹

Seguiram-se então, seguindo o mesmo termo circunstanciado, os depoimentos das testemunhas. A primeira delas era João Pereira de Vasconcelos, 22 anos, casado, empregado público, que residia no aludido bairro Boca da Mata, sabia ler e escrever. Em seu depoimento, a faceta de curandeiro do acusado é destacada:

Disse que: de ciência própria sabe que o indivíduo Ireno Sampaio não exercita profissão, ofício, ou outro mister lícito, de vida; não tem meios de subsistência e domicílio certo em que habite, sendo certo que ele depoente tem visto o acusado vagando pelas

21 Consultar: **Fundo do Poder Judiciário**, 1914 (Processo: Ireno SAMPAIO).

estradas em completa vadiagem, entregando-se à ilícita profissão de curandeiro, em cujas práticas emprega a feitiçaria, subjugando assim a credulidade pública e extorquindo dinheiro dos incautos, que lhe cahem nas mãos.; que por ouvir dizer sabe que o mesmo acusado ultimamente se incorporou a um grupo de salteadores, “hora operando nas divisas deste Estado com o de Minas Gerais”.²²

O depoimento da segunda testemunha, Benedito Dias de Moares, de 25 anos, é muito semelhante ao primeiro, o que pode indicar que a sua transcrição tivesse algum vício, pois as palavras são as mesmas do primeiro depoimento. O que se altera um pouco é quando ele afirma que Ireno é um indivíduo “vagabundo e pernicioso à sociedade, pois se entrega à prática de curandices, empregando feitiçarias” e, tal como a primeira testemunha, diz que Ireno integra uma quadrilha de bandidos porque tem “ouvido dizer ultimamente”. A repetição dos termos lavrados para a primeira testemunha reproduz-se não só no segundo, mas também no terceiro e quarto depoimentos. Ou seja, pelo teor do registro, as testemunhas sabiam de ciência própria que o acusado não tinha profissão, ofício ou mister para ganhar a vida, não tinha local certo de moradia, que se entregava ao curandeirismo e aplicava feitiçarias.

A quinta testemunha, de 32 anos, militar, torna os argumentos acusatórios ainda mais precários, pois reconhece que “por ouvir dizer, sabe que o acusado Ireno Sampaio é vagabundo, individuo que se dá à profissão ilícita de curandeiro, por meio de feitiçarias; que dito acusado ultimamente se reuniu a uma quadrilha de salteadores que segundo consta, existe nas divisas deste Estado com o de Minas Gerais”.²³

Ireno Sampaio foi interrogado. Ele tinha 43 anos, era viúvo, “negociante avulso e curandeiro”, residente em Campo Místico (Bueno Brandão) no estado de Minas Gerais. Ele não negou suas práticas de curandeirismo. Disse que quando foi preso, nesse mesmo dia em que depunha, estava a caminho de São Paulo, para onde levaria para um curandeiro de nome José Manoel “os objetos hoje encontrados em seu poder e apreendidos”. Reconhecia também que “faz receitas, manda aviar nas farmácias os respectivos remédios, aplicando a doentes dos quais recebe apenas gratificações”. Negou, no entanto, que integrasse o bando que fazia assaltos na divisa dos estados de Minas e São Paulo.²⁴

Não obstante os depoimentos frágeis das testemunhas como elementos geradores de prova, a negação do próprio acusado de integrar o grupo de salteadores e a inexistência de outras provas efetivas, o delegado, depois de ouvir o acusado, disse que:

22 Consultar: **Fundo do Poder Judiciário**, 1914 (Processo: Ireno SAMPAIO).

23 Consultar: **Fundo do Poder Judiciário**, 1914 (Processo: Ireno SAMPAIO).

24 Consultar: **Fundo do Poder Judiciário**, 1914 (Processo: Ireno SAMPAIO).

Estando averiguado achar-se o acusado Ireno Sampaio incurso no artigo trezentos e noventa e nove do código penal, fosse submetido a processo continuando detido, visto com a sua legitimação hora feita pesarem sobre a sua pessoa indícios fortes de mais graves imputações, tudo na forma e sob as penas da lei²⁵.

No dia 15 de abril Ireno Sampaio deu entrada na cadeia e, no final da noite deste mesmo dia, teria cometido suicídio. A perícia no cadáver foi feita no dia 16 de abril. No laudo, os médicos designados atestaram tratar-se de um “homem pardo de quarenta e três anos de idade presumíveis de estatura regular, de compleição robusta; vestia camisa de chita riscada, calça e ceroula de algodão, descalço”. O meio pelo qual teria suicidado teria sido o uso de uma cinta para se enforcar, com o auxílio de um cano da privada na cela. Para completar a investigação sobre as causas da morte de Ireno Sampaio, o delegado intimou algumas testemunhas: seu companheiro de cela e outro preso, além dos policiais que estavam de serviço.²⁶

O preso companheiro de cela de Ireno chamava-se Antonio de Souza Moraes, “vulgo Antonio Porfirio”, tinha 22 anos e aguardava julgamento. Seu depoimento foi depois utilizado pelo delegado no encerramento do caso. Disse que às 23 horas na prisão número 3 da cadeia:

Ouviiu seu companheiro de prisão Ireno Sampaio dizer que, dentre os objetos que lhe foram apreendidos em diligencia pela delegacia de policia havia um livro que muito lhe comprometia; que passando pelo sono ele depoente foi despertado por um barulho na privada na mesma prisão, ocasião em que viu dito companheiro pendurado por uma cinta encamada, atada ao pescoço e presa, ou melhor, amarrada no cano da privada, enforcando-se,; que tentou salvá-lo mas não o conseguiu.²⁷

A segunda testemunha era um militar que estava de serviço e que, segundo o depoimento, viu que Ireno estava se enforcando, mas como estivesse “fechada a prisão ordenou a outro preso de salvá-lo, não o conseguindo”. Já o outro militar que prestou depoimento disse que Ireno se enforcou com uma cinta, mas que ele, depoente, “cortou [a cinta] com uma faca a mandado do carcereiro, medida aliás sem resultado, pois o suicida já estava agônico”. O depoimento do carcereiro é também repetição dos anteriores, mas traz uma observação que seria depois usada pelo delegado:

25 Consultar: **Fundo do Poder Judiciário**, 1914 (Processo: Ireno SAMPAIO). Ver o Termo Circunstanciado do dia 14 de abril do inquérito. O artigo do Código Penal refere-se a vadiagem: “CAPITULO XIII, DOS VADIOS E CAPOEIRAS, Art. 399. Deixar de exercitar profissão, officio, ou qualquer mister em que ganhe a vida, não possuindo meios de subsistencia e domicilio certo em que habite; prover a subsistencia por meio de occupação prohibida por lei, ou manifestamente offensiva da moral e bons costumes: Pena - prisão cellullar por quinze a trinta dias”. (BRASIL, 1890)

26 Consultar: **Fundo do Poder Judiciário**, 1914 (Processo: Ireno SAMPAIO).

27 Consultar: **Fundo do Poder Judiciário**, 1914 (Processo: Ireno SAMPAIO).

“Que sabe ter dito preso declarado ao seu companheiro de prisão que se descobrissem os seus crimes ele Ireño Sampaio estava nos casos de até ser queimado.”²⁸

O relatório do delegado, de 17 de abril, traz algumas informações interessantes sobre as motivações da diligência ao Bairro Boca da Mata e sobre sua percepção acerca de Ireño Sampaio.

Com o fim especialíssimo de prender e processar bandidos, que, atualmente, infestam os mais distantes pontos da sede deste município, esta delegacia de polícia, empreendeu uma diligência ao longínquo Bairro da “Boca da Mata” onde conseguiu efetuar a prisão do mulato Ireño Sampaio, indigitado curandeiro e membro perigoso da quadrilha de salteadores, conforme o demonstram as provas colhidas [...]. Conduzido à cadeia desta cidade, dito indivíduo houve por bem suicidar-se, após ter declarado ao seu companheiro de prisão Antonio de Souza Moraes, vulgo “Antonio Porfírio” (1ª. Testemunha) que, dentre os objetos, que lhe foram apreendidos, havia um livro, que muito o comprometia, dizendo mais que si os seus crimes fossem descobertos, era o caso de até ser queimado. Eis a síntese do conteúdo desses autos...²⁹

Os autos foram remetidos ao juiz, que pediu a manifestação do promotor público. Este nada questionou e pediu o arquivamento, pois tratava-se de um “suicídio sem responsabilidade assim de quem quer que seja”. O juiz nada questionou também.³⁰

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que aproxima e o que distancia os dois casos descritos? Um ponto em comum é a forte resistência da sociedade da época – ou pelo menos de boa parte de suas elites – a qualquer tipo de prática de cura paralela à medicina tradicional. Porém, os dois casos são reveladores de como o sistema de justiça criminal seguiu caminhos distintos em meio a percepções diferentes, tanto em relação aos procedimentos das autoridades como das práticas de cura dos dois acusados. No caso de Roberto Sênior, ele percorria um circuito social formado por pessoas importantes na cidade, que provavelmente serviram de escudo protetor diante das investidas dos médicos locais e mesmo do promotor público. Ele atuou no coração da cidade e apresentava credenciais (médico, advogado) socialmente reconhecidas; alguns de seus clientes eram pessoas qualificadas nos autos

28 Consultar: **Fundo do Poder Judiciário**, 1914 (Processo: Ireño SAMPAIO).

29 Consultar: **Fundo do Poder Judiciário**, 1914 (Processo: Ireño SAMPAIO).

30 Idem, *ibidem*.

como negociantes. Panfletos distribuídos engrandeciam sua figura, seus feitos, seus caminhos e passagens por várias localidades. Suas práticas de medicina poderiam ser consideradas alternativas, mas talvez buscassem o reconhecimento, o aval da medicina tradicional.

Ireno Sampaio, por sua vez, foi apresentado no inquérito como pardo, mulato, vadio, sem local certo de moradia, sem qualificação profissional e reiteradas vezes como curandeiro. Seu espaço não era a cidade, mas o longínquo bairro da Boca da Mata e os territórios indefinidos onde atuavam grupos de salteadores (de que a autoridade policial o acusava de participar). Sua “marginalidade social” estava inscrita nestas qualificações e localizações; seu saber de cura pertencia a segmentos sociais muito diferentes daqueles por onde transitou Sênior. Sua arte de manipulação dos elementos não era minimamente aceita, nem como exercício de gramática alternativa no campo da medicina. Talvez identificada como coisa de “bugres”, talvez sobrevivência das práticas de negros escravos, sob qualquer forma inaceitável para os grupos sociais que na jovem república queriam tornar o país um exemplo de modernidade e varrer definitivamente os resquícios de nossa formação social herdados da colônia. Enquanto Sênior permaneceu no exercício de suas experiências por cerca de um mês, no centro da cidade, sem que se tenha notícia de qualquer pedido de prisão dele por qualquer autoridade, Ireno, o “indigitado curandeiro”, foi alcançado e preso no longínquo bairro da Boca da Mata pelo delegado e um destacamento da força pública.

Roberto Sênior desaparece da cena nos autos, enquanto Ireno vai encontrar a morte em circunstâncias bastante obscuras e que mais uma vez podem ser bastante reveladoras dos mecanismos de proteção de que gozavam (e ainda gozam) indivíduos pertencentes a determinados grupos sociais, enquanto outros eram (e o são até hoje) vulneráveis, desvestidos do manto jurídico e, no limite, sacrificáveis, como diria Giorgio Agambem (2002). A história é nebulosa, a começar pela narrativa do colega de cela de Ireno, que não vê e não ouve o suicídio e ainda afirma que quando se deu conta não conseguiu evitar o fato. De acordo com o depoimento desse colega, Ireno teria dito que a polícia tinha apreendido um livro comprometedor e que se seus crimes fossem descobertos poderia ser queimado. No entanto, ao mencionar esse fato em seu relatório o delegado não faz nenhuma menção a esse livro ou a qualquer material apreendido. Ele mesmo, Ireno, produz os elementos que justificam sua morte.

REFERÊNCIAS

- AGAMBEN, G. **Homo Sacer**: o poder soberano e a vida nua. Belo Horizonte: UFMG, 2002.
- ALVAREZ, M.; SALLA, F. A.; SOUZA, L.F. A sociedade e a Lei: o Código Penal de 1890 e as novas tendências penais na primeira República. **Justiça e História**, Porto Alegre, v. 3, p. 6, [97-130], 2003.

- ARQUIVO DO PODER JUDICIÁRIO DA COMARCA DE BRAGANÇA PAULISTA 91791-1970. Processos: 1901 (Roberto SENIOR)
- ANNUARIO DE BRAGANÇA PARA 1902, Bragança Paulista, 1902.
- BRASIL. Senado. **Decreto nº 847**, de 11 de outubro de 1890. <http://www6.senado.gov.br/sicon/index.jsp>. Acesso em: 25 jan. 2011.
- FÁVERO, F. **Medicina legal**. v. 3: Deontologia médica e medicina profissional. 8. ed. São Paulo: Martins, 1966.
- FREYRE, G. de M. **Ordem e progresso**: processo de desintegração das sociedades patriarcal e semipatriarcal no Brasil sob o regime de trabalho livre: aspectos de um quase meio século de transição do trabalho escravo para o trabalho livre; e da monarquia para a república. 3. ed. com 37 ilus. Rio de Janeiro: José Olympio; Brasília, DF: Instituto Nacional do Livro. 1974.
- FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: história da violência nas prisões. Petrópolis: Vozes, 1987.
- GARLAND, D. **Punishment and modern society**: a study in social theory. Oxford: Claredon, 1990.
- LEITE, B. W. de C. **Região bragantina**: estudo econômico social (1653-1836). Marília: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, 1974.
- LEME, Ernesto de Moraes. **A casa de Bragança: memórias**. pref. por Brasil Bandecchi. 4ª capa por Hernani Donato. São Paulo: Parma, 1981, 134p.
- LEME, Ernesto de Moraes. **A casa de Bragança II: capítulos de um livro de memórias**.. São Paulo: ELF Comunicações, 2003, 102p.
- MARINHO, M. G. da S. M. da C. Medicina legal e perícias médicas em processos criminais. Constituição de saberes e aplicação de procedimentos médico-legais. Campo, personagens e práticas periciais: São Paulo e Bragança. In: ENCONTRO REGIONAL DE HISTÓRIA DA SEÇÃO SÃO PAULO DA ANPUH: Poder, Violência e Exclusão, 19., São Paulo, 8-12 set. 2008. **Anais...** São Paulo: História/FFLCH/USP, 2008.
- MARTINS, W. de S. N. **Paschoal Segreto**: “Ministro das Diversões” do Rio de Janeiro (1883-1920). Dissertação (Mestrado em História) Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em História, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.
- REIS JÚNIOR, J. A. dos. **O livro de imagens luminosas**: Jonathas Serrano e a gênese da cinematografia educativa no Brasil (1889-1937). Tese (Doutorado em Educação). Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.
- Revista Illustrada*, Rio de Janeiro, Jullho, 1896
- RUSCHE, G.; KIRCHHEIMER, O. **Punishment and social structure**. Nova York: Columbia University Press, 1939.
- SALLA, F.; GAUTO, M.; ALVAREZ, M. C. A contribuição de David Garland: a sociologia da punição. **Tempo Social**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 329-350, 2006.

- SAMPAIO, G. dos R. **Nas trincheiras da cura:** as diferentes medicinas no Rio de Janeiro imperial. São Paulo: Edunicamp, 2001. (Col. Várias histórias, 12).
- SANTOS FILHO, L. **História geral da medicina brasileira.** v. 2. São Paulo: Hucitec: Edusp, 1991. (Col. Estudos brasileiros, 24).
- SCRHITZMEYER, A. L. P. **Sortilégio de saberes:** curandeiros e juizes nos tribunais brasileiros (1900-1990). São Paulo: IBCCRIM, 2004.

ANEXO A

HOMENAGEM do povo do Rio Novo, Estado de Minas ao grande e caridoso médico – Dr. Roberto Sênior: Mais um dote imenso e raro, um preciosíssimo predicado acaba de juntar-se aos muitos que já possuía o incansável e laborioso Dr. Roberto Sênior, esse eminente lutador, uma das mais brilhantes glórias da nossa querida pátria!

Em Juiz de Fora, e quando disso se não apercebia, revelou-se no Dr. Roberto Sênior essa mesma força sugestiva de que dispõe o Dr. Eduardo Silva e o professor Faustino Junior, e que tanto tem dado que fazer à atualidade!

Desde que reconheceu em si a existência dessa prodigiosa faculdade, começou a exercitá-la o ilustre médico-jurista com a máxima abnegação e desinteresse; e tal é a energia dessa sua força que tem S. S. operado curas tão extraordinárias, que excedem mesmo ao maravilhoso!

Queremos crer que a eficácia dessas curas, por todos reconhecidas como assombrosas é devida à circunstância de médico o Dr. Roberto Sênior de maneira que conhecendo o organismo humano e sabendo qual o órgão afetado e a moléstia que o afeta, faz com segurança convergir para esse órgão toda sua força sugestiva.

Em Juiz de Fora, Benfica, Dolores de Paraibuna, Palmira e nesta cidade, o Dr. Roberto Sênior tem produzido curas tão extraordinárias que só os que as têm presenciado, como nós são capazes de acreditar!

Vimos paráliticos de muitos anos que nem sequer se levantavam, caminharem logo após a primeira aplicação das abençoadas mãos desse homem prodigioso; reumáticos, dispépticos, asmáticos, toda sorte de doentes se restabeleceram! Enfim, o Dr. Roberto Sênior é um homem privilegiado por isso que moléstia alguma resiste à ação poderosíssima de sua força sugestiva!!

A vinda desse ilustre pernambucano a esta cidade foi toda ocasional.

Seguia ele de Juiz de Fora, a convite, para a cidade de Ubá, quando, ao chegar a esta cidade, muitos cavalheiros distintos não consentiram que ele continuasse a sua viagem e conseguiram que aqui se demorasse algum tempo, por isso que muito precisavam de seus inestimáveis serviços.

O Dr. Roberto Sênior é um cavalheiro distintíssimo e do mais fino trato e, acedendo às instâncias nossas, aqui se acha servindo a humanidade

sofredora com inexcusável abnegação recebendo em troca de suas maravilhosas curas o que cada um pode lhe dar, além da imensa simpatia que lhe votam todos.

Foi do nosso ilustre, distintíssimo e conceituado Dr. Lindolpho Ferreira Lage a primeira visita que no Hotel Ismael recebeu o grande médico jurista.

Após essa seguiram-se as visitas do Dr. José Hygino, médico; Dr. Soares Brandão, Dr. Rodolpho, muito digno presidente da câmara municipal e de muitos outros cidadãos distintos.

Após suas visitas, o Dr. Soares Brandão e a Exma. esposa do Dr. José Hygino e mais duas Exmas. senhoras da sua família consultaram o ilustre professor Dr. Roberto Sênior.

São a nossa veneração, apreço, reconhecimento a esse admirável luzeiro da ciência que nos impõem o dever de irmos, cheios de orgulho denunciar esse assombroso e edificante acontecimento!!

Cidade do Rio Novo, 10 de março de 1900.

Dr. Antenor de Araújo, advogado, Major Olympio de Araújo, vice-presidente da câmara municipal, negociante, F. J. Gomes, agente da estação da E. F. Juiz de Fora a Piau, Clarindo de Oliveira, conferente da estação., Major José da Silva Ferraz, capitalista., João Valentim Pereira, proprietário., Dr. Reginaldo Cândido da Silva, engenheiro civil., Pedro Paulo Gonoth, alfaiate., Germano Gomes Leão, alfaiate., Francisco Carelli, retratista., F. A. de Sequeira, viajante., Martinho Inácio da Silva, viajante., Antonio Candido Gonçalves, professor., Francisco Vieira, estudante de humanidades., Isaltino G. Portugal, tipógrafo., J. R. Liberio Atheniense, bacharelado em ciências e letras. Sebastião Dumas de Cerqueira, estudante, Domingos Meutte, comerciante., Francisco Rodrigues de Oliveira e Silva, comerciante., Gustavo Silva Ferraz, empregado no comércio., José Augusto Dutra, comerciante., Agostinho de Castro, comerciante., João Freire de Menezes, guarda-livros., Antonio Graziani, guarda-livros., Alferes Jaime Gomide, comprador de café., Francelino Ferraz, fazendeiro., Martinho Rabelo Teixeira, capitalista, João A. M. Pereira, operário., Humberto Vieira, estudante.

DR. ROBERTO SENIOR - IMPONENTE MANIFESTAÇÃO

O distinto Dr. Roberto Sênior, que, em sua excursão por este Estado, resolveu passar alguns dias nesta cidade, foi surpreendido no dia 4 do corrente com uma espontânea e imponente manifestação popular.

Às 7 horas da noite daquele dia, um grande número de cidadãos de todas as classes e hierarquias, precedidos da excelente banda de música dirigida pelo maestro Pedro Celestino, dirigiram-se ao Grande Hotel Ismael

onde se acha hospedado o ilustre sugestionador, sendo por este recebidos com gentileza e cavalheirismo.

No grande salão do hotel reuniram-se os manifestantes, que eram em grande número, em nome dos quais falou o distinto e procvecto professor Lery, que salientou as virtudes cívicas e os incontestáveis méritos do manifestado, quer como médico, quer como jurisperito, referindo-se também às muitas obras que tem publicado, e por cuja razão, conquistará um lugar distinto entre os escritores contemporâneos; e ao finalizar disse o orador que o distinto professor Roberto Sênior era considerado como um dos benfeitores abnegados e conscientes da humanidade, cujos males tem procurado com esforço e dedicação atenuar, quando não pode de uma só vez exterminá-los; e que, portanto, a missão a que se entregara era nobre e patriótica e o tornava digno das homenagens dos seus contemporâneos e das bênçãos da posteridade.

O Dr. Roberto Senior agradeceu comovidamente a espontânea manifestação popular da cidade do Rio Novo.

Falaram em seguida os ilustres cidadãos Drs. Antenor de Araújo e Miguel Ribeiro, major Jaime Gomide, capitão César Gomide, comerciante Carlos Gomide e hábil estudante José Atheniense que foram entusiasticamente aplaudidos.

A todos os cidadãos presentes, entre os quais se achava o conceituado facultativo Dr. Lindolpho Lage, foi oferecido um delicado copo de cerveja, trocando-se por essa ocasião vários brindes.

Durante o tempo da improvisada festa popular, e em que reinou a maior cordialidade, a banda de música Cortez executou diversas peças do seu repertório.

Imagens

1 – Bragança no início do século XX



Rua do Comércio,
aproximadamente 1909. Acervo
Municipal Oswaldo Russomano,
fotógrafo desconhecido.

Fonte: BUENO (2005).



Largo da Matriz, aproximadamente 1902-1904/Coleção José Roberto Vasconcellos, fotógrafo desconhecido

Fonte: BUENO (2005).

2 Roberto Sênior/Cunha Salles



(Legenda: Grande sarilho n'esta cidade e corte de S. Sebastião do Rio de Janeiro, em meados do ano de Cristo de 1896, com o formidoloso jogo dos bichos que se alastrava por toda a parte. Felizmente as autoridades e a população sensata parecem resolvidas a dar uma boa corrida em toda essa bicharada, o que já não é sem tempo. Avante!)



Fonte: *Revista Illustrada*. Jul. 1896. p. 2 e 3.

Detalhe: Cunha Salles e O Pantheon Ceroplastico

DILEMAS REVELADOS E MITO DESFEITO: SOROCABA E A EPIDEMIA DE FEBRE AMARELA NA REPÚBLICA VELHA

André Mota¹

Cássia Maria Baddini²

Durante muito tempo a compreensão de uma história paulista equivalia a nos reportarmos à história do Estado nacional brasileiro, pois, numa perspectiva centralista, São Paulo procurou ostentar, na segunda metade do século XIX, um lugar original de construtor de um Brasil civilizado e empreendedor, com uma população tida como racialmente superior e preparada para os dilemas do homem moderno que se anunciava. Nas palavras de Antonio Celso Ferreira, “concebendo a história enquanto uma marcha para a civilização, com os paulistas como seus artífices, o remate da aula teria de ser a afirmação dessa força política regional, garantida pela República. O enredo épico deságua na razão política, evidenciando a finalidade didática do saber histórico: explicar o presente pelo passado, como um *ex libris* de nossa história, aberto aos olhos dos que nos visitam.”³

Por esse viés, os estudos historiográficos atuais preocupados em desvendar as particularidades regionais de São Paulo vêm notando, que a idéia de sampaulizar o país empreendida então, além de reter traços condizentes com uma elite regional alegadamente apta a assumir o poder nacional, foi igualmente capaz de obnubilar as lutas internas e, sobretudo, os rearranjos entre esses grupos⁴. Esses rearranjos deveram-se à extrema importância dos poderes concentrados regionalmente, ainda na primeira metade do século XIX, para a construção da unidade e do Estado nacional⁵,

1 Doutor em História pelo Depto. de História, FFLCH-USP, com Pós-doutoramento em *História das práticas médicas paulistas nos anos de 1930* pelo Depto. de Medicina Preventiva, FMUSP. Atualmente é Coordenador do Museu Histórico da FMUSP.

2 Mestre em História pelo Depto. de História, FFLCH-USP e autora de *Sorocaba no Império: comércio de animais e desenvolvimento urbano*. São Paulo: Annablume: Fapesp, 2002. Atualmente é Professora da Universidade de Sorocaba.

3 FERREIRA, Antonio Celso. *A epopéia bandeirante: letrados, instituições, invenção histórica (1870-1940)*. São Paulo, Ed. Unesp, 2002, p. 283.

4 GLEZER, Raquel. *Chão de terra e outros ensaios sobre São Paulo*. São Paulo, Alameda, 2007; SALIBA, Elias Thomé. *Ideologia liberal e oligarquia paulista: a atuação e as idéias de Cincinato Braga, 1891-1930*. São Paulo, Tese de Doutorado, Depto. de História, FFLCH-USP, 1981; BLAJ, Ilana. *A trama das tensões: o processo de mercantilização de São Paulo colonial (1681-1721)*. São Paulo, Humanitas/Fapesp, 2002 e FERRETTI, Danilo José Z. *A construção da paulistanidade: identidade, historiografia e política em São Paulo (1856-1930)*. São Paulo, Tese de Doutorado, Depto. de História, FFLCH-USP, 2004.

5 DOLHNIKOFF, Miriam. “Elites regionais e a construção do Estado nacional”. In: JANCÓS, Istvan (org.). *Brasil: formação do estado e da nação*. São Paulo, FAPESP/HUCITEC/UNIJUI, 2003.

ganhando para isso inclusive autonomia para articulações como a obtenção de capacidade tributária, legislativa e coercitiva: “fosse para atender a demandas específicas da região como, por exemplo, a necessidade de estradas, fosse para satisfazer anseios generalizados como o de controlar o poder provincial, os grupos regionais acabaram se envolvendo de fato na construção do Estado nacional.”⁶

Com o surgimento da República em 1889 e sua opção pelo regime federalista, vê-se que tal opção era uma estratégia para acomodar as frações dessas elites regionais, ao mesmo tempo em que se buscava equilibrar as disputas internas⁷. Decorre daí a importância de se observar como se manifestava localmente esse jogo de forças, identificando particularidades fundamentais para a compreensão da acomodação entre as elites e entendendo em que medida o federalismo conseguia sobrepujar ou reforçar os interesses em pauta⁸. Na esfera das representações políticas, essas “cidades do interior”, exerceram papel essencial na formulação dos mitos de origem e da fixação daquilo que Antonio Celso Ferreira chamou de epopéia paulista. Para ele, “essas cidades tiveram uma importância equivalente aos indivíduos, desenhando-se também seus personagens”⁹, a partir de toda uma movimentação em torno do levantamento de dados estatísticos e arqueológicos, do enquadramento de bairros e ruas e da formulação de biografias das personalidades locais mais significativas.

Nesse contexto, as cidades vão sendo urbanizadas e politicamente dominadas, aliando-se a proximidade das invenções modernas nascidas da Revolução Industrial ao fortalecimento de núcleos familiares que vieram a deter poder sobre os espaços urbanos que se constituíam ou expandiam. Segundo Maria Isaura Pereira de Queiroz, “o novo gênero de vida diferencia a população urbana não apenas segundo níveis econômicos, porém muito mais ainda culturalmente, sendo que as camadas superiores adotam como sinal distintivo o requinte e um arremedo de cultura intelectual”¹⁰. No âmbito dessas alterações, as noções higienistas, bem como as de ação sanitária, foram se incorporando aos espaços urbano e rural, tendo as descobertas de Pasteur dado nova significação às relações entre espaço, doença e sua manifestação, retirando do social as questões de saúde, focalizando determinados espaços e grupos identificados como a ameaça, abrangendo por essa visão, o local de interação entre os agentes da doença e o hospedeiro humano¹¹.

6 Idem.p.465

7 MOTA JUNIOR, Vidal Dias da. *A criação de pequenos municípios como um fenômeno da descentralização política: o caso de Itaoca – SP*. Dissertação de Mestrado, São Carlos, Centro de Educação e Ciências Humanas – Universidade Federal de São Carlos, 2002, p. 24.

8 BACELLAR, Carlos de Almeida Prado e BRIOSCHI, Lucila Reis. *Na estrada do Anhangüera: uma visão regional da história paulista*. São Paulo, Humanitas/Ceru, 1999.

9 FERREIRA, Antonio Celso. Vida (e morte?) da epopéia paulista In FERREIRA, Antonio Celso, LUCA, Tania Regina de, IOKOI, Zilda Gricoli. *Encontros com a História: percursos históricos e historiográficos de São Paulo*. São Paulo, UNESP/FAPESP/ANPUH/SP, 1999.p.100

10 QUEIRÓZ, Maria Isaura Pereira de. *Cultura, sociedade rural, sociedade urbana no Brasil*. São Paulo, EDUSP, 1978, p. 57.

11 BOUSQUAT, Aylene e COHN, Amélia. “A dimensão espacial nos estudos sobre saúde: uma trajetória histórica”. In: *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 11, set-dez, 2004, p. 553.

Para isso, foi se organizando e ampliando em pontos considerados fundamentais a rede de ações médicas e sanitárias, que viam necessidade de uma intervenção mais centralizada e controlada desses espaços potencialmente infectos. No caso paulista, a esfera estadual, num regime de centralização de suas ações, tentou inicialmente tirar das mãos das instâncias municipais os poderes de atuação diante dos problemas de higiene e saúde pública, mas, em vista do descontrole de certas epidemias, da possibilidade da perda de domínio político em certos redutos municipais e da própria inoperância das ações estaduais, restituiu às municipalidades grande parte de sua ação sobre as questões relativas à saúde pública.

Os poderes municipais, por sua vez, inicialmente diante das dificuldades na introdução da prática científica em solo brasileiro nas primeiras décadas do século XIX e, posteriormente, com seu desdobramento num internacionalismo científico que passou a vigorar, através de encontros, congressos e divulgação de trabalhos¹², obteve um contato paulatino e uma incorporação desses discursos e teorias em seus territórios. Já a implementação dessas leis e ações sanitárias, ainda é espaço aberto para pesquisas, revelando uma lacuna preenchida apenas parcialmente por alguns estudos que perceberam a necessidade de se identificar questões, que só um estudo acurado das localidades municipais pode iluminar - o projeto sanitário estadual promovendo intervenções e dirimindo poderes ou abandonando localidades que não faziam parte de seus interesses políticos e econômicos.

Por isso, o objetivo deste trabalho é contribuir para a história do sanitarismo paulista, recuperando algumas dessas particularidades que envolveram o projeto estadual em legislar e impor ações de controle sanitário aos municípios, a partir da fundação de seu Serviço Sanitário Estadual, em 1892¹³. Exemplarmente, apresentamos os dilemas vividos pela cidade de Sorocaba e a incorporação dos negócios da saúde aos embates políticos dos grupos dominantes locais. Ao fim e ao cabo, pretendemos reiterar a hipótese de que a história de São Paulo ainda vem sendo conhecida e revelada, e sua intervenção sanitária é um elemento que a corrobora, dada a ausência de mapeamentos mais abrangentes e sistemáticos de muitos pontos do estado, abarcados ou não pelo projeto de se fazer de São Paulo o espelho do sanitarismo nacional¹⁴.

MUNICÍPIOS E CONTROLE SANITÁRIO ESTADUAL

Durante a República Velha, assistiu-se a uma manipulação ostensiva das elites estaduais frente aos municípios: “Para se manterem no

12 Acompanhar essas transformações no campo médico-científico europeu e brasileiro em BYNUM, W. F. *Science and practice of medicine in the nineteenth century*. Cambridge, Cambridge University Press, 1994.

13 Estudo feito por MOTA, André. *Tropeços da medicina bandeirante: medicina paulista, 1892-1920*. São Paulo, Edusp, 2005.

14 Ver: HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: as bases da política de Saúde Pública no Brasil*. São Paulo, Hucitec/Anpocs, 1998 e MOTA, André. *op.cit.*

poder ou para continuarem a ter o poder em suas mãos, governadores ou presidentes estaduais usavam os municípios como massa de manobra para as eleições, evidentemente manipuladas, mas que garantiam a permanência dos oligarcas e do *status quo*. (...) Isso propiciou numerosas intervenções do estado em seus municípios. O abuso e a arbitrariedade só foram estancados pela reforma constitucional de 1926¹⁵. Para Rodolpho Tellaroli, essa relação fazia com que o fazendeiro de café que governava o país se mantivesse no poder pela máquina eleitoral que se estendia por todo o território nacional e no “estado paulista, em uma pirâmide cujos poderes se distribuíam através do Presidente da República, vindo abaixo o Partido Republicano Paulista e, na base do arcabouço, o coronel e sua família, parentes e dependentes”¹⁶.

E o projeto sanitário que o estado de São Paulo implantou tocou exatamente nesta estrutura de poder. Inclusive, a partir da criação e efetivação do Serviço Sanitário em 1892, ressurgiram pendências alusivas à autonomia municipal, de modo a impedir que se implementasse o projeto sanitário arquitetado, mesmo que os discursos oficiais quase sempre tentassem mostrar o contrário, quer em suas ações de controle do espaço a ser esquadrihado, quer dos discursos voltados para a organização da profissão e da prática médicas¹⁷. Nascia, assim, um jogo de forças que gestaria, num primeiro momento, um padrão de legislação ambígua, mantendo indefinidos os limites das atribuições do Estado e de seus municípios¹⁸.

O debate sobre a quem confiar os destinos da saúde pública local assumia dois pólos. Os municipalistas, “que se alinhavam com a defesa incondicional das prerrogativas municipais”, e os centralistas, que não viam “ofensa à autonomia municipal quando o Estado normatizava a higiene local, pois, apesar de a lei prescrever a liberdade e autonomia dos municípios, estes eram subordinados às leis federais e estaduais”¹⁹. Conforme se definiam garantias à força da centralização estadual, alterava-se a legislação atinente às atribuições municipais e estaduais, retirando-se paulatinamente dos chefes locais o controle sobre a higiene e a organização espacial dos municípios. Explicitou-se a visão administrativa e científica dos responsáveis pelas alterações que se foram implementando e que tinham na figura do dr. Emilio Marcondes Ribas o condutor de toda a política sanitária, responsável por fazer de São Paulo um pólo científico e sanitário no Brasil.

A importância de Emilio Ribas nessa contenda não só reafirmava sua vinculação às elites republicanas e cafeicultoras dirigentes, como também indicava sua postura centralista nos cargos que assumiria ao longo de sua carreira - inspetor sanitário, chefe da Comissão Sanitária de Campinas em 1896 e o de diretor geral do Serviço Sanitário em 1898, cargo que ocupou

15 MOTA JUNIOR, *op. cit.*, p. 41.

16 TELLAROLLI, Rodolpho. *Poder local na República Velha*, São Paulo, Ed. Nacional, 1977, p. 33.

17 BERTUCCI, Liane Maria. “Remédios, charlatanices... e curandeiros: práticas de cura no período da gripe espanhola em São Paulo”. In: CHALHOUB, Sidney *et al.* (org.). *Artes e ofícios de curar no Brasil*. Campinas, Ed. Unicamp, 2003, p. 197-227.

18 TELLAROLLI JUNIOR, Rodolpho. *Poder e saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*, São Paulo, Ed. Unesp, 1996, p. 198.

19 TELLAROLLI JUNIOR, Rodolpho, *op. cit.*, p. 201.

durante dezenove anos.²⁰ Em sua avaliação a respeito da realidade sanitária dos municípios paulistas, todos estariam reprovados, com exceção apenas de Santos, de Campinas e da própria capital. Segundo ele, as outras cidades do interior estavam imersas em doenças e epidemias, frutos das dificuldades criadas pela autonomia municipal: “Do que tem esta Diretoria conseguido na Capital, em Santos e Campinas, já tivestes a ocasião de ser informado nas páginas que ficaram escritas. Cabe-nos agora deixar estampado (...) o muito que resta fazer nas outras localidades, graças aos maus resultados que (...) nos tem revelado a tão apregoada autonomia dos municípios.”²¹

Em sua visão, urgia uma modificação constitucional que retirasse das instâncias municipais todo o controle sobre as ações sanitárias, visto que o caos de muitos municípios devia-se a seus próprios dirigentes, que não entendiam sobre o assunto e impediam qualquer ação por parte do Estado na questão da saúde pública. Em suas palavras, diante de:

“(...) indivíduos que decidem dos magnos problemas de higiene mal sabendo assinar o próprio nome, não há outro remédio para sanar os males que deixamos apontados nas páginas anteriores, males talvez inevitáveis por muitos anos, se não forem minorados pela fiscalização severa e imediata do Estado. (...) Estamos perfeitamente habilitados a abafar o incêndio para o qual a incúria municipal tiver acumulado combustível. No que diz respeito à prevenção, estamos na contingência de quem vê o perigo, adverte o descuidado de longe e nada pode fazer para evitar o desastre.”²²

Argumentos dessa natureza foram responsáveis por arrematar legalmente, com ações dirigidas, o enfraquecimento da extensão dos poderes municipais sobre a higiene de seus limites administrativos²³. Essa exigência do Dr. Ribas, mesmo se dando desde a sua entrada na direção do Serviço Sanitário, em 1898, foi efetivado só em 1906, quando procurou extinguir praticamente todas as atividades municipais de saúde pública, sem que para isso tivesse que revogar a lei 432. Baseado na mesma, dividiu o Estado em distritos sanitários, localizando suas sedes justamente nas maiores cidades do Estado e delegando toda a ação sanitária local ao inspetor sanitário estadual indicado²⁴.

As funções estaduais estariam enfeixadas nas seguintes medidas: “1) Executar, em todo o território do Estado, quaisquer providências de natureza defensiva, como as que têm por fim a instituição de rigorosa vigilância sanitária, assistência hospitalar, isolamento e desinfecção; 2) Inspeccionar os serviços feitos pelas municipalidades; 3) Organizar ou criar nos municípios os serviços que julgar convenientes ao bem da saúde pública; 4) Chamar a si em épocas anormais, sempre que o interesse público o aconselhar, os

20 ALMEIDA, Marta de. *República dos invisíveis: Emílio Ribas, Microbiologia e Saúde Pública em São Paulo (1898-1917)*. São Paulo, Dissertação de Mestrado, Depto. de História, FFLCH-USP, 1998.

21 Relatório apresentado ao Dr. Cardoso de Almeida (Secretário dos Negócios do Interior e da Justiça) pelo Dr. Emílio Ribas (Diretor do Serviço Sanitário) – referência – 1904, São Paulo, Typ. do Diário Oficial, 1905, p. 21.

22 *Idem*, p. 45-46.

23 MASCARENHAS, Rodolfo dos Santos. *Contribuição para o estudo da Administração Sanitária Estadual de São Paulo*, São Paulo, Tese de Livre Docência, Faculdade de Saúde Pública-USP, 1949, p. 57.

24 TELLAROLLI JUNIOR, Rodolpho, *op. cit.*, p. 223.

serviços de higiene que, pela lei, forem confiados à municipalidade.”²⁵ Evidentemente, a reação municipal não tardou, e sob diversas formas. A mais comum foi o não cumprimento das normas e leis implementadas pelos Códigos Sanitários, que pretendiam pautar as ações dos municípios pelas do Estado e numa posição mais extremada, chegou-se a impedir tais intervenções estaduais pelo uso da violência.²⁶

A decisão de Emílio Ribas, em tomar para si a responsabilidade de dirigir completamente as ações para estancar a propagação da “*amarela*”, por exemplo, gerou uma crise institucional e encontrou muitos óbices. Segundo os estudos realizados sobre a organização sanitária paulista, de Maria Alice Rosa Ribeiro, a complexidade das ações e resultados, como no caso da *amarela*, ia além da dimensão política, pois as técnicas e tecnologias aplicadas na prática, não obtinham os efeitos esperados. Deste modo, apesar da desinfecção das casas e da queima de piretro e enxofre, “acossado 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”²⁷. Mesmo com ações localizadas no combate ao mosquito, como definiam as medidas microbianas, como a interferência na arquitetura das casas, na organização material e espacial da população local -, a falta de uma vacina impôs grandes derrotas às concepções sanitárias estaduais.

Ante essa série de dificuldades, políticas e práticas, baixou-se uma nova reforma em 1911, que “significou um recuo dos serviços sanitários estaduais, transferindo para estes [municípios] a responsabilidade pela vacinação, manutenção de hospitais de isolamento e geração de estatísticas para o serviço estadual (...) enfim, ampliaram-se as responsabilidades e as despesas das autoridades municipais.”²⁸ Houve uma sistemática redução de gastos por parte do Estado, reflexo de interesses políticos, limitando a organização do modelo implementado, de modo a viabilizar minimamente a estruturação do capitalismo monopolista e exportador, e não um projeto sanitário em toda a extensão pretendida²⁹.

Por essa opção, o governo estadual perdeu parte de seu poder em coordenar e manter o domínio sobre as ações relativas à saúde pública em quase todas as esferas municipais, mas reduziu os gastos dos cofres estaduais e conteve, em nível local, as divergências políticas que envolviam a organização dos municípios e seus chefes políticos. A responsabilidade municipal, agora aguçada pela nova configuração das doenças e epidemias que grassavam ou mesmo das estratégias de combate que se veiculavam, acirrou as lutas políticas internas, exatamente por serem “as questões de saúde pública” objetos de contenda política e divisão de poder entre as instâncias locais.

25 REIS, Carlos. *Repertório da Legislação sobre o Serviço Sanitário do Estado de São Paulo*, São Paulo, Typ. do Diário Oficial, 1907, p. 17.

26 GAMBETA, Wilson Roberto. *Soldados da Saúde: Formação dos Serviços em Saúde Pública do Estado de São Paulo*, São Paulo, Dissertação de Mestrado, Depto. de História, FFLCH-USP, 1988, p. 101.

27 RIBEIRO, Maria Alice Rosa. *História Sem Fim... Inventário da Saúde Pública*, São Paulo, Hucitec/Unesp/Abrasco, 1993, p. 82.

28 HOCHMAN, Gilberto, *op. cit.*, p. 218.

29 MERHY, Emerson Elias. *O capitalismo e a saúde pública*, São Paulo, Papirus, 1985, p. 70.

SOROCABA: SAÚDE PÚBLICA E EPIDEMIAS NA REPÚBLICA VELHA

Os primeiros pesquisadores de Sorocaba valorizaram um passado específico da região a fim de compor uma história exemplar da cidade. O século XIX lhes ofereceu o reconhecimento da localidade como principal centro arrecadador de impostos sobre animais e redistribuidor de mares para transporte, apesar da ocupação local datar da primeira metade do século XVII. Essa caracterização possibilitou relacionar a história de Sorocaba à integração econômica, política e social do sul brasileiro, região problemática pelas incursões espanholas e freqüentes revoltas.

Esses elementos, associados à perspectiva de valorização da história nacional, permitiram a construção de um passado heróico da cidade pautado no “tropicismo”. O conceito, apresentado na segunda metade do século XX, mergulha suas raízes na primeira metade daquele século, à luz da historiografia paulista que então se desenvolvia e que tinha por objetivo alicerçar a importância de São Paulo na edificação da nação. Os trabalhos desenvolvidos pelo Instituto Histórico e Geográfico de São Paulo e pelo Arquivo Municipal de São Paulo exemplificam a visão do passado grandioso dos paulistas, destacando a figura do bandeirante como símbolo de bravura e iniciativa. Valores responsáveis por transformar a população colonial pobre e dispersa em prósperos cafeicultores, sustentáculos da economia nacional nos séculos XIX e XX³⁰.

Essa produção consagra as etapas da história nacional segundo os “ciclos” de uma economia essencialmente paulista: da produção de subsistência, que garantiu a sobrevivência de poucos núcleos de

30 As publicações dessas duas instituições demonstram claramente a intenção de corroborar a importância de São Paulo na construção da nação. Já em 1903, Washington Luís caracterizava a população paulista como naturalmente heróica porque resultante do cruzamento das raças branca, negra e índia, condição fundamental para “o trabalho grandioso da construção geographica do paiz” através do bandeirismo. LUIZ, Washington. Contribuição para a historia da capitania de São Paulo – governo de Rodrigo César de Menezes. *Revista do Instituto Historico e Geographico de São Paulo*, São Paulo, v. VIII, 1903, p. 22-137. Nessa mesma direção segue o trabalho de Joaquim Floriano de Godoy publicado dez anos depois, que assegura aos paulistas a identidade política da nação. GODOY, Joaquim F. de. Rápida notícia histórica da província de São Paulo. *Revista do Instituto Histórico e Geographico de São Paulo*, São Paulo, v. XVIII, 1913, p. 53-79. Os trabalhos de Taunay, publicados pela *Revista do Arquivo Municipal de São Paulo* na década de 1930, não só corroboram a interpretação dos paulistas como construtores da nação como embasam os estudos de Aluísio de Almeida, considerado o principal historiador de Sorocaba. Foram vários os textos deste último publicados pela mesma revista na década de 1940. TAUNAY, Affonso de E..Atitudes de um satrapa setecentista. *Revista do Arquivo Municipal de São Paulo*, São Paulo, v. II, jul/1934, p. 5-18; Id.. Castigo régio de um satrapa e triunfo da Câmara de São Paulo (1730). *Revista do Arquivo Municipal de São Paulo*, São Paulo, v. III, ago/1934, p. 9-16; ALMEIDA, Aluísio de. Achegas à biografia do Barão de Antonina. *Revista do Arquivo Municipal de São Paulo*, São Paulo, v. CXVI, out, nov, dez/1947, p. 7-40; Id. Cristóvão Pereira de Abreu. *Revista do Arquivo Municipal de São Paulo*, São Paulo, v. LXXXIII, mai, jun/1942, p. 93-98; Achegas à história do sul paulista. *Revista do Arquivo Municipal de São Paulo*, São Paulo, v. CXXXVIII, jan, fev, mar/1951, p. 3-7; Id. Estradas e impostos do sul do Brasil. *Revista do Arquivo Municipal de São Paulo*, São Paulo, v. CLIII, nov. 1952, p. 73-80; Id. Contos populares do planalto. *Revista do Arquivo Municipal de São Paulo*, São Paulo, v. CXLVII, abr,maio/1952, p. 3-50.

povoamento, emergem os valorosos desbravadores dos sertões, inaugurando o “ciclo do bandeirismo”. Os “tropeiros” teriam aproveitado a iniciativa dos bandeirantes para explorar os campos do sul e integrá-los à economia central: o abastecimento da região das minas e o escoamento do ouro durante o século XVIII; o transporte da produção de café durante o século XIX. O percurso longo e contínuo dos condutores de gado pelas estradas do centro-sul teria permitido o povoamento de novos territórios, a fundação de vilas, a exploração de novos recursos naturais, a acomodação política e econômica de uma extensa região aos interesses dominantes.

Entretanto, esse conjunto de fatores escamoteia aspectos relevantes para compreender a complexidade das transformações que se processam nessa parte do país, ao longo dos séculos XVIII e XIX. As tensões presentes numa sociedade dependente, em grande parte, do comércio com outras províncias parecem contradizer a afirmação de um projeto político coerente para todo o território nacional, como mostram os episódios dramáticos da Revolução Farroupilha durante o Império e da Revolução Federalista na República, revelando questões sensíveis relacionadas a contextos políticos centralizadores.

Tais episódios ganharam na historiografia nacionalista o caráter de movimentos regionalistas que, longe de afetarem a política centralizadora, teriam possibilitado soluções definitivas para a acomodação do sul revolucionário à nação³¹.

O processo histórico de Sorocaba mostra a propagação desses conflitos no confronto das propostas de desenvolvimento local, discutidas pelos grupos políticos e participadas à população em momentos sensíveis, como as epidemias de febre amarela que afetaram a cidade em 1897 e em 1900. É nesse momento crítico de afirmação da República e de formulação de medidas práticas para solucionar problemas urgentes que se testam os princípios norteadores do progresso e o papel do Estado nesse processo.

O poder municipal desempenhará um papel relevante embasando as determinações do governo do Estado para controle das epidemias ou condicionando-as aos interesses locais. Sua consolidação enquanto instituição representativa dos interesses gerais do município ganha impulso, em meio a disputas partidárias e tensões sociais. A retomada de um contexto que confronta as expectativas sociais com as propostas republicanas

31 Chama a atenção a constatação de que os trabalhos sobre Revolução Farroupilha e sobre a Revolução Federalista tenham sido elaborados por pesquisadores regionais. Pesquisas mais recentes sobre o processo político na 1ª República retomam a Revolução Federalista sob nova perspectiva, inserindo-a no quadro dos conflitos políticos que ameaçavam o projeto unificador, conduzindo-o então à solução autoritária da centralização. PESAVENTO, Sandra J.. *A Revolução Federalista*. São Paulo: Brasiliense, 1983; RESENDE, Maria Efigênia L.. O processo político na 1ª República e o liberalismo oligárquico. In: FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lucília (orgs.). *O tempo do liberalismo excludente: da Proclamação da República à Revolução de 1930*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, p. 89-120; LOVE, Joseph. A república brasileira: federalismo e regionalismo (1889-1937). In: MOTA, Carlos Guilherme (org.). *Via-gem incompleta: a experiência brasileira (1500-2000): a grande transação*. São Paulo: Editora SENAC São Paulo, 2000, p. 121-160; PAMPLONA, Marco A. V. *Revolts, repúblicas e cidadania*. Rio de Janeiro: Record, 2003. Sobre a perspectiva regionalista, ver: GRASSI, Fiorindo D.. *Os maragatos e o Médio Alto Uruguai no sul do Brasil*. Frederico Westphalen, Ed. da URI, 1996; SILVA, Riograndino da C.. *Notas à margem da história do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre, Editora Globo, 1968.

pode elucidar aspectos de nossa própria prática política, levando-nos a repensar a relação que estabelecemos com a administração municipal e o posicionamento que assumimos no quadro político nacional.

PODER LOCAL E SAÚDE PÚBLICA

A caracterização de Sorocaba como terra dos tropeiros tem levado à consideração do liberalismo como uma tendência política natural das elites locais e, por extensão, de toda a população sorocabana ao longo de sua história. Em 1925, Affonso de Freitas Jr. relacionou, entre as virtudes da cidade, a de ser “propulsionadora da unidade do sul do Brasil”, justificando tal ação por ser Sorocaba “ninho de bandeirantes, berço de patriotas, terra de liberalismo”³². Essa visão legitimadora da nação construída pelos feitos heróicos corresponde à construção do mito do bandeirante e do tropeiro.

Aluísio de Almeida, já em seus trabalhos da década de 1940, sugeriu o heroísmo dos bandeirantes e tropeiros sorocabanos como fator fundamental para consolidar o desenvolvimento econômico do centro-sul. Na década de 1960, o autor afirmaria o liberalismo como princípio político natural das populações envolvidas com o trânsito e o comércio de animais³³. Vera Job, pesquisadora envolvida com o resgate do “tropeirismo sorocabano”, respalda a interpretação de Aluísio de Almeida ao postular que

O desejo de emancipação e de liberdade, os sentimentos surdos de revolta contra a opressão presentes na alma de todos os brasileiros, avultavam no tropeiro (...); esses homens do descampado, caminhando do rio da Prata às regiões centrais, entrecortando o país, cultivando os seus direitos com toda força e cumprindo à risca os deveres que o costume ou eles mesmos se impunham, onde quer que andassem, deixavam sempre idéias liberais.³⁴

Os princípios liberais, compreendidos como naturais da prática dos desbravadores, seriam os elementos fundadores da nação. Interpretação tendenciosa, que enxerga no liberalismo a expressão dos anseios populares, dos “sentimentos surdos de revolta”, apesar de cumprir com a formação da nação sob princípios autoritários que obrigavam o tropeiro a cumprir “à risca” os deveres impostos.

Outros pesquisadores locais envolvidos conjuntamente no resgate do “tropeirismo sorocabano” nas décadas de 1970 e 1980 retomaram os estudos de Aluísio de Almeida para neles buscar as raízes históricas de uma identidade sorocabana. Os textos produzidos na década de 1970

32 FREITAS JR., Affonso de. *A legenda sorocabana*. Sorocaba, Gabinete de Leitura Sorocabano, 1925.

33 “Politicamente, à primeira vista parece que a civilização do tropeiro, o seu meio que são os caminhos, o próprio ar que respira o leva às convicções liberais, ao contrário do ciclo do senhor do engenho ou do fazendeiro de café, que originariam o despotismo pelas instituições patriarcais”. ALMEIDA, Aluísio de. *O tropeirismo e a feira de Sorocaba*. São Paulo: Luzes Gráfica e Editora, 1968, p. 79.

34 JOB, Vera R.. Algumas considerações sobre o ciclo do ouro e o tropeirismo. In: *O tropeirismo e a formação do Brasil*. Sorocaba, Academia Sorocaba de Letras, 1984, p.14.

demonstram o esforço em singularizar um caráter sorocabano segundo os princípios norteadores da época: integração nacional, desenvolvimento econômico, centralização política. O “tropeirismo” figurava como fator que amalgamava esses princípios no âmbito de uma história particularmente sorocabana. O desenvolvimento econômico do município naquele momento, verificado pela instalação de fábricas e aumento populacional, atestava a acomodação da administração municipal aos interesses do Estado autoritário. A produção historiográfica desse período, responsável pela valorização do “tropeirismo” como fato histórico sorocabano, ofereceu a justificação histórica para a adequação dos anseios operários à lógica do avanço capitalista: à ousadia do tropeiro sorocabano corresponderia a do empresariado local; ao heroísmo daquele, o dos trabalhadores urbanos na faina diária pela construção da nação.

As tensões são assim minimizadas e cedem lugar a uma interpretação pautada em mitos fundadores e ciclos econômicos³⁵. É possível considerar que esse grupo de pesquisadores locais não pretendia criar uma situação melindrosa no contexto das décadas de 1970-80, preferindo não confrontar a dominação política, então claramente imposta pelo aparelho repressor do Estado ditatorial. Suas intenções pareciam ser as de constituir um espaço de divulgação e valorização da história da cidade, o que aparentemente seria possível à margem da discussão política³⁶. Acabaram promovendo a leitura de que, naturalmente, o amplo conjunto social relacionado à prática “tropeira” (condutores, compradores, negociantes da cidade, artesãos do couro, ferradores, seleiros, profissionais liberais, etc.) desenvolveria aspirações liberais ditadas tanto pela própria experiência de liberdade, transitando pelos caminhos do sul, quanto pelo contato constante com aquelas populações.

A imagem mítica do tropeiro como continuador da saga bandeirante soma-se, assim, a do gaúcho liberal que arriscava os interesses centralizadores pela maior mobilidade, autonomia econômica e contato com os espanhóis do Prata. O sorocabano, “homem da zona intermediária”³⁷, condensaria esse contato através das feiras anuais de muares, construindo aí a sua especificidade econômica e também política.

A documentação relativa à época das feiras sugere nova perspectiva interpretativa³⁸. Ela mostra a complexidade dos arranjos políticos em uma

35 Ver: ALMEIDA, Aluísio de. *Vida e morte do tropeiro*. São Paulo: Martins, 1971.

36 JOB, Vera R.. Origens e importância do ciclo do tropeirismo. In: *Tropeirismo e Identidade Cultural da Região de Sorocaba*. Sorocaba, Academia Sorocabana de Letras, 1983, p. 5-10; FRIOLI, Adolfo. A feira de muares de Sorocaba. In: *Tropeirismo e Identidade Cultural...*, op. cit., p. 11-14; VIEIRA, Porphirio Rogich. As feiras de muares de Sorocaba. Sorocaba: Faculdade de Filosofia de Sorocaba, 1990; MATTOS, Mário. Fases de prosperidade e de declínio do tropeirismo. In: *O tropeirismo e a formação do Brasil*. Sorocaba, Academia Sorocabana de Letras, p. 17-23, 1984.

37 ALMEIDA, Aluísio de. *O tropeirismo e a feira...*, op. cit., p. 43.

38 É provável que as primeiras feiras de muares tenham ocorrido na região ainda no século XVIII, possivelmente após a instalação do Registro de Animais em 1750, que obrigava os condutores à passagem pelo interior da vila. Entretanto, é na documentação do século XIX que se encontram as referências mais explícitas a essa prática urbana, que não deve ser confundida com outras duas atividades relacionadas: o trânsito do gado e o comércio de animais. A feira reunia um conjunto amplo de atividades que aproveitavam a concentração de compradores e vendedores no núcleo urbano, em época de trânsito intenso de tropas. Diferentemente da venda do gado, que ocorria preferencialmente nos campos do en-

sociedade essencialmente pobre e dependente da produção de subsistência, com poucas famílias detentoras de poder e riqueza até o século XVIII³⁹, mas que aproveita a intensificação do trânsito de animais para diversificar as oportunidades de enriquecimento ao longo do século XIX. Ampliam-se, então as fortunas daqueles envolvidos com o comércio estabelecido, a arrematação de impostos e a exploração do trânsito de tropas pelo ambiente urbano, através do aluguel de pastos e da facilitação das transações mercantis pela atuação dos “capitalistas”⁴⁰.

Essa nova contextualização urbana, construída durante esse século, foi articulada na complexidade das relações entre a população e o poder local. A região atraía moradores, pois o trânsito de tropas garantia ao comércio urbano um dinamismo promissor em certas épocas do ano⁴¹. Porém, essa atração foi cuidadosamente controlada pela Câmara Municipal, instância política que durante o Império teve seus poderes reduzidos na tentativa de acomodar o poder local, com grande autonomia nos antigos Conselhos Municipais, ao modelo de Estado nacional centralizado que se pretendia. O processo eleitoral manteve os grupos privilegiados no poder; a estrutura administrativa, organizada por um conjunto de leis imperiais e provinciais expedidas durante todo o período, garantiu mecanismos de controle político aos grupos locais (como a nomeação dos empregados da Câmara encarregados da fiscalização e cobrança de impostos e da preparação de listas tríplexes para nomeação de cargos administrativos encarregados ao governo provincial); as principais atribuições das câmaras – o orçamento municipal e a elaboração e aplicação das posturas – asseguraram o apoio do governo central a medidas políticas de controle do eleitorado ou do partido rival, bem como permitiram regular os usos do ambiente urbano.

Além desses instrumentos instituídos legalmente, houve práticas políticas que vincularam a administração municipal aos interesses particulares da elite local, como o empréstimo de capital para obras públicas, a concessão de materiais para construção ou reparo de pontes e ruas, a doação de terrenos ou prédios para uso público. Tais práticas instrumentalizaram a troca de benefícios entre Câmara Municipal e particulares, sustentando o domínio político do poder local para além das prerrogativas legalmente estabelecidas às câmaras.

torno e à medida que intensificava a modernização urbana, a feira acontecia nas ruas e largos da cidade, garantindo a movimentação do comércio local. BADDINI, Cássia M. *Sorocaba no Império: comércio de animais e desenvolvimento urbano*. São Paulo: Annablume: Fapesp, 2002.

- 39 Sobre o assunto, ver BACELLAR, Carlos de A. P. *Família e sociedade em uma economia de abastecimento interno (Sorocaba, séculos XVIII e XIX)*. Tese (Doutorado em História) – Departamento de História, FFLCH, USP, 1994.
- 40 Os “capitalistas” são referência constante na documentação local da segunda metade do século XIX. Eram personagens fundamentais no comércio de animais, pois as tropas eram comumente negociadas através de “letras” descontáveis, em geral, após um ano. Muitos vendedores descontavam essas obrigações antes do tempo, pagando juros aos “capitalistas” locais – geralmente, grandes comerciantes com lojas na cidade, que ao assim proceder permitiam a circulação de capital na praça de comércio, movimentando seus próprios negócios. BADDINI, Cássia M., op. cit., p. 182.
- 41 Sobre a época do ano de intensificação do trânsito de tropas, a documentação mostra que os meses finais e iniciais eram os que apresentavam maior número de animais. Esse período podia, no entanto, se alterar em função de diversos fatores: estações chuvosas que dificultavam o trajeto dos animais, revoltas no sul, pontes e estradas em mau estado. BADDINI, Cássia M., op. cit., p. 248.

Elas foram constantes durante todo o Império, acompanhando e por vezes sustentando o processo de urbanização. A reorientação política do início da República, com a instalação dos Conselhos de Intendência e sua vinculação ao governo do Estado e, posteriormente, com a Constituição Estadual (14 de julho de 1891) e a Lei Orgânica (13 de novembro de 1891) demonstraria a preocupação com a autonomia dos municípios.

Alguns mecanismos de controle da esfera municipal estabelecidos pela Lei de 1º de Outubro de 1828 foram mantidos: a aprovação das posturas e dos orçamentos municipais, principais prerrogativas das câmaras no Império, mantiveram-se dependentes do governo estadual. As medidas legais e os debates subseqüentes à proclamação da República mostram que a centralização política, apesar da fórmula federativa garantida pela Constituição de 1891, foi o instrumento para viabilizar a dominação das novas elites no cenário nacional, bem como para vincular os poderes locais a uma estrutura de dominação que acomodasse as tensões e garantisse a unidade política⁴². A República trazia a promessa de descentralização; entretanto, as diferenças regionais e os interesses locais arriscavam desarticular a nação. Essa discussão dividiu os deputados paulistas na elaboração da Constituição Estadual, vencendo as propostas que garantiam a ingerência do Estado sobre os municípios.

O direcionamento político, porém, não foi condicionado unicamente pela imposição de um projeto vencedor na instalação da República. A relação entre município e governo estadual também foi mediada pelo poder local, herdeiro de uma prática política que garantia sua ingerência sobre a organização urbana. A influência dos líderes locais sobre o governo do Estado para dele auferir benefícios para seus respectivos municípios⁴³ já ocorria durante o Império, formalizando uma prática que submetia a municipalidade ao poder central.

Esse mesmo instrumento permitia o fortalecimento da dominação de certos grupos localmente, implicando nas articulações políticas que garantiam a vitória de um ou outro partido nas eleições municipais. Apesar das medidas centralizadoras na formação do Estado nacional, as elites locais encontraram espaço para defender e assegurar seus interesses, fazendo da administração municipal o principal instrumento para atingir seus objetivos. Ainda que reduzidas a corporações administrativas no Império, as câmaras municipais possibilitavam aos partidos locais gerenciar aspectos da organização urbana que escapavam ou ultrapassavam a legislação.

Isso fica evidente quando se observa a representatividade de certos empregados da Câmara Municipal – como fiscais, arruadores, procuradores, administradores – diretamente em contato com a população. Esses cargos se mantiveram, na República, providos por nomeação direta ou indireta dos vereadores. Eram responsáveis pela aplicação efetiva das determinações da municipalidade (cobrança de impostos; fiscalização do mercado, das construções, da limpeza urbana; aplicação de posturas e cobrança de multas)

42 TELAROLLI, Rodolpho. *A organização municipal e o poder local no estado de São Paulo na Primeira República*. Tese (Doutorado em História) – Departamento de História, FFLCH, USP, 1981, p. 36-38.

43 Id., *ibid.*, p. 127.

e por esse motivo, alvos da avaliação dos moradores sobre a competência da Câmara no encaminhamento de problemas particulares ou públicos.

As reclamações sobre a atuação dos fiscais eram constantes nos periódicos de Sorocaba, especialmente em episódios críticos como as duas epidemias de febre amarela. Em 1897, logo após a notícia do primeiro caso da doença na cidade, uma nota no periódico *O 15 de Novembro* sugeria a nomeação de um fiscal exclusivo para impedir os atravessadores de gêneros alimentícios nas principais entradas da cidade, argumentando que “a população desta cidade, já está soffrendo as conseqüências na alta dos gêneros alimentícios, devido aos atravessadores (...) propalando que aqui na cidade há muitos casos de febres e forte recrutamento”⁴⁴.

O abastecimento urbano era um dos principais problemas locais em época de trânsito intenso de tropas. Nessas ocasiões, a municipalidade podia ser requisitada tanto para atender interesses particulares de grandes negociantes preocupados em controlar o mercado local quanto em apelo da “população” ou da “pobreza” do município. A solução apontada, a nomeação de um fiscal especial para “percorrer estes pontos, ao menos por algum tempo até que os fornecedores fiquem convencidos de que são illudidos a não venderem os seus gêneros a bel prazer dos atravessadores e bem assim multal-os por esta infracção de posturas”⁴⁵, mostra que a mera existência de um conjunto de leis municipais proibitivas não garantia a solução da questão. A expectativa recai numa solução administrativa que reforça a ingerência da Câmara Municipal sobre a organização urbana, desviando o móvel da questão: se os atravessadores agiam por interesses particulares, como confiar no particularismo de um grupo de vereadores para escolher um novo fiscal em defesa da “população”?

Desvio equivalente aparece em artigo de agosto de 1897, após o fim da epidemia que ocorreria entre março e julho. Ele cobra à Câmara, enquanto “corporação administrativa do município” e “superintendente immediata de todos os negócios locais”, a fiscalização metódica e criteriosa dos quintais e casas, para evitar nova epidemia na cidade. Propõe ainda:

Decretar a obrigatoriedade da remoção de lixo e águas servidas em toda a cidade; instituir um fiscal incumbido exclusivamente da fiscalização dos quintaes e respectivas sentinas, mas um fiscal que não páre, que todo o dia tenha por obrigação visitar pelo menos 200 quintais; formular uma lei completa sobre hygiene, legislando também sobre construcções de casas, de forma que sejam ellas convenientemente allumiadas e recebam a precisa ventilação. Cumprir finalmente os artigos de lei que decretar a esse respeito de um modo justo, equitativo.⁴⁶

As sugestões sinalizam a percepção da Câmara Municipal como organismo responsável pela efetivação das medidas consideradas eficazes

44 *O 15 de Novembro*, n. 426, 25 mar. 1897, p. 2

45 *Idem*.

46 *O 15 de Novembro*, n. 453, 15 ago. 1897, p. 1.

para evitar novas epidemias. Na realidade, já existia uma lei municipal específica sobre o “policiamento sanitário” desde 1894, que ressaltava a competência da Câmara Municipal sobre o assunto. Segundo a lei, um vereador nomeado pelo presidente da Câmara se responsabilizaria pelo policiamento sanitário, cobrando dos fiscais (também nomeados pela Câmara) as seguintes medidas: visitas domiciliares para inspeção das condições de higiene das habitações, bem como do matadouro, mercado e “armazéns de viveres”; vigiar o serviço de limpeza pública e particular⁴⁷; avisar o vereador encarregado sobre algum caso de moléstia transmissível; intimar e multar os “infractores dos preceitos sanitários”. As multas deveriam ser cobradas pelos fiscais e pagas em 24 horas. Após esse prazo, os fiscais deveriam avisar o vereador responsável, que encaminharia o caso ao Intendente Municipal “para que promova imediatamente a cobrança executiva”⁴⁸. Nova lei municipal em 20 de dezembro de 1894 determinaria normas para construção, alinhamento e nivelamento dos edifícios no perímetro da cidade, encarregando outro empregado da Câmara – o arruador – da fiscalização. Essas medidas visavam a “economia, policiamento municipal e hygiene publica”, obrigando as novas construções a seguirem medidas padronizadas para portas e janelas, respeitarem o recuo frontal e altura mínima do telhado⁴⁹.

Quanto às novas ruas, deveriam respeitar a largura mínima estipulada (15 metros) e serem abertas paralela ou perpendicularmente às existentes, atendendo a um traçado urbano mais racional. Os largos, da mesma maneira, deveriam possuir ângulos retos nos cantos⁵⁰. Outras determinações dessa mesma lei (obrigação de fechar com muros os terrenos da cidade, cair os prédios, manter as testadas e calçamento das ruas, limpar as propriedades de todo lixo acumulado) sugerem um conjunto de medidas para reformular o desenho urbano, não excluindo, entretanto, medidas higienizadoras: a caiação, a ventilação, a racionalização das construções, o fechamento e limpeza de terrenos. Em capítulo próprio, a lei destaca outras medidas equivalentes encarregadas à Câmara Municipal: a vacinação obrigatória, a fiscalização sobre a venda de água potável, de gêneros alimentícios e bebidas, as condições das estrebarias, curtumes e fábricas de sabão e de vela na cidade⁵¹. Toda a fiscalização estaria encarregada aos empregados da Câmara Municipal.

A epidemia de febre amarela em 1897, entretanto, mostraria que essas determinações não eram plenamente reconhecidas como eficazes para evitar a propagação da doença pela cidade. Além das incertezas sobre os

47 A primeira iniciativa da Câmara Municipal para dotar a cidade de um serviço de limpeza urbana data de 1871. Naquela ocasião, a municipalidade contratou uma carroça para limpeza das ruas centrais, sob supervisão do fiscal da câmara. Em 1877, contratou o serviço a um particular da cidade. BADDINI, Cássia M., op. cit., p. 200.

48 Lei n.2, de 15 de outubro de 1894. Decreta medidas sobre o policiamento sanitário. *Actos legislativos da Câmara Municipal da Cidade de Sorocaba, estado de S. Paulo – 1894*. Sorocaba: typographia Casa Durski, 1895, p. 4-6.

49 Lei n.5, de 20 de dezembro de 1894. Cria disposições sobre economia, policiamento municipal e hygiene publica. *Actos legislativos...*, op. cit., art. 3.

50 Idem, art. 9.

51 Idem, arts. 72-81.

agentes causadores e as formas de contágio, havia a desconfiança sobre o papel do Estado nesse processo. Muitas determinações relativas à higiene urbana não recebiam aplicação efetiva, pois esbarravam em usos costumeiros como a condução de tropas pelas ruas, a manutenção de animais soltos nos largos, a lavagem de roupas no rio concomitante ao uso para abastecimento de água potável. Além do mais, também havia resistência de grupos políticos antagonicos em obedecer determinações de seus rivais.

Os episódios epidêmicos não eram os únicos a revelar a trama de interesses e a insuficiência da municipalidade em resolver os impasses do momento. O amplo conjunto de posturas municipais aprovadas durante o Império, bem como as leis municipais do início da República, confrontadas com a atuação efetiva da Câmara Municipal na sua aplicação, mostram que não bastava estabelecer legalmente o direcionamento para certas questões públicas. A municipalidade ficava condicionada à efetivação de seu poder junto à população, sofrendo pressões constantes de setores diretamente interessados na manutenção de seus privilégios, na garantia de suas vantagens ou simplesmente na defesa da inviolabilidade do lar. A criação ou aumento de um determinado imposto, o rigor ou sua falta na aplicação de posturas, o favor como critério para concessão de terrenos urbanos foram argumentos freqüentemente apresentados em requerimentos populares enviados à Câmara durante o século XIX. Tais reclamações mostram que havia uma certa autonomia do poder municipal em lidar com essas questões, ultrapassando as determinações da lei.

Essa parece ser a autonomia municipal defendida pelo Partido Autonomista Municipal Sorocabano, fundado em agosto de 1897, logo após o fim da epidemia de febre amarela que ocorrera entre março e julho. Concretamente, esse episódio testou e provou a incapacidade da administração municipal em tratar questões urbanas importantes: a manutenção do comércio local e a garantia das condições de salubridade do centro urbano, onde se concentravam fábricas, comerciantes e residências da elite.

Em janeiro de 1897, antes do surto epidêmico, a Câmara Municipal aprovou uma lei de limpeza pública sob intensos protestos da população. Ela condicionou moradores de diversas ruas da cidade a pagar uma taxa obrigatória para uma empresa particular contratada pela Câmara. Em protesto, vários moradores enviaram ao poder municipal representações e abaixo-assinados, mas pouco adiantou. No dia 17 de janeiro, o *15 de Novembro* comentou em tom sarcástico os argumentos de uma “celebre representação (...) contra a lei de limpeza publica”:

(...) a limpeza dos quintaes não tem sido feita satisfactoriamente; não há limpeza na maioria dos quintaes da cidade, que permanecem cobertos de lixo e de lama, constituindo-se focos de miasmas que podem empear a atmospheria⁵²

52 *O 15 de Novembro*, Sorocaba, n. 409, 17 jan. 1897, p. 2.

A reclamação parece recair sobre a ineficiência da empresa contratada, sugerindo que a Câmara Municipal estaria favorecendo-a em detrimento da população, sob risco de doenças provocadas pelos “miasmas”. Apesar da orientação política do periódico, declaradamente pró-Câmara Municipal, sobressai a perspectiva de uma cidade que deveria ter um serviço de limpeza para garantia da população, mesmo sob a reclamação de alguns. Essa visão é reforçada em um artigo de 31 de janeiro que informa sobre o novo contratante do serviço e a expectativa positiva da “maioria do povo (...) que não desconhece os benefícios salutareos da hygiene”. Para o autor, somente “alguns espíritos obsecados por partidarismo irreflectido” é que seriam contrários à iniciativa⁵³.

Nos meses seguintes, a folha intensificaria a propaganda em favor da limpeza dos quintais. A proximidade da febre amarela, que já havia atingido municípios vizinhos, foi o argumento principal para defender as medidas consideradas rigorosas da Câmara Municipal em relação à limpeza pública e particular⁵⁴.

Durante a epidemia, houve aumento dos pedidos de isenção da taxa de limpeza pública por parte de proprietários que não tinham solicitado o serviço à Câmara. Homens ricos e políticos influentes à margem da administração municipal, como o coronel Antonio Gonzaga Sêneca de Sá Fleury e Manoel Furtado Corte Real, tiveram suas solicitações negadas pela municipalidade, numa demonstração de disputa partidária⁵⁵. As tensões aumentaram e o impasse entre câmara e população urbana tomou novas proporções com a vinda, no início de junho, do dr. Guilherme Álvaro, inspetor de higiene do Estado. Sua chegada foi precedida por uma seqüência de intervenções do governo estadual sobre os trabalhos de limpeza, desinfecção e tratamento dos doentes encarregados a uma comissão especial da Câmara Municipal desde fevereiro de 1897⁵⁶.

O então inspetor municipal de higiene, dr. Álvaro Soares, nomeado pela Câmara em maio do mesmo ano, chocou-se com a centralização dos trabalhos promovida pelo inspetor estadual. Em julho de 1897, atendendo as indicações deste último, a Câmara Municipal reformulou a legislação sobre construções, determinando que todas as casas existentes na cidade deveriam ser reformadas segundo os preceitos de higiene: área mínima de 30 metros para quintais, caiação, desinfecção dos prédios onde se deram casos da doença, reconstrução de muros. A fiscalização, a cargo da própria Câmara através de seus

53 *O 15 de Novembro*, Sorocaba, n. 413, 31 jan. 1897, p. 2.

54 São constantes os artigos a favor da limpeza urbana, mesmo durante os meses da epidemia na cidade: *O 15 de Novembro*, Sorocaba, n. 417, 18 fev. 1897; n. 418, 21 fev. 1897; n. 419, 25 fev. 1897; n. 421, 7 mar. 1897; n. 423, 14 mar. 1897; n. 424, 18 mar. 1897; n. 434, 29 abr. 1897.

55 *O 15 de Novembro*, Sorocaba, n. 437, 9 maio 1897, p. 2.

56 Essa comissão era composta por três vereadores. Antes da vinda do dr. Guilherme Álvaro, estiveram em Sorocaba o inspetor sanitário do Estado dr. Marcondes Machado (março) e o diretor do Serviço Sanitário do Estado, dr. Silva Pinto (abril), ocasião em que o chefe do desinfectorio, dr. Diogo de Faria, também visitara a cidade. Nessa ocasião, formou-se uma comissão sanitária para atuar na cidade composta pelos drs. Clemente Ferreira, Remigio Guimaraes e Saturnino da Veiga.

fiscais, mostrou-se improficua: muitos moradores se revoltaram e como resposta a municipalidade cedeu essa competência aos inspetores sanitários do Estado, drs. Guilherme Álvaro e Epiphânio Pedroza. Em 20 de agosto, o *15 de Novembro* defendeu as medidas autoritárias do dr. Guilherme Álvaro, que intimava a população a reformar suas casas sob ameaça de multa de 500\$000 e fechamento dos prédios respectivos “até o inverno de 1898”⁵⁷. Artigos e editais publicados nos números subseqüentes mostram a defesa veemente da intervenção do Estado sobre as medidas profiláticas que deveriam ser adotadas para evitar nova epidemia⁵⁸. Porém, revelam igualmente a resistência de certos grupos em apoiar determinações percebidas como abusivas por parte do governo estadual.

É neste contexto que se funda o Partido Autonomista Municipal Sorocabano em agosto, sob a direção de dois médicos da cidade: o dr. Álvaro Soares, ex-inspetor municipal de higiene, e o dr. Clemente de Toffoli. Álvaro Soares também era capitão-comandante do Grêmio dos Atiradores, associação de cunho florianista fundada na cidade em 1893 por ocasião da Revolta da Armada⁵⁹. Foi ainda comandante dos atiradores sorocabanos e tenente-coronel do 49º Regimento de Cavalaria da Guarda Nacional, que seguiram para Apiaí, Assunguí e Itararé, no sul do estado, para debelar a Revolução Federalista.

Sua atuação à frente de um novo partido representou a contestação da interferência do Estado na administração municipal, supondo a capacidade da própria municipalidade de enfrentar o surto epidêmico. Tal confronto, porém, não foi total: o dr. Álvaro Soares não condenou os preceitos de higiene professados pela comissão estadual. Na verdade reforçou-os, mas enquanto medidas que deveriam ser promovidas pela Câmara Municipal⁶⁰. O periódico *O Autonomista*, criado para promover o partido de mesmo nome, mostra a rivalidade entre grupos republicanos que disputavam o controle da Câmara Municipal ao instigar o debate sobre as medidas higienizadoras impostas pelo dr. Guilherme Álvaro. O que se discutia não eram as medidas em si, mas a perda da autonomia da Câmara em aplicá-las, como estipulava a lei municipal de 1894. Enquanto estivessem encarregadas à municipalidade através de seus empregados, o poder local não se via privado de defender seus interesses. Porém, a cargo de uma comissão especial do Estado, a elite perdia a ingerência direta sobre questões urbanas sensíveis. Assim, o alvo do Partido Autonomista não era a interferência do Estado nas questões de saúde pública, mas a forma como a

57 As multas seriam executadas pela Coletoria do Estado em 48 horas. *O 15 de Novembro*, Sorocaba, n. 454, 20 ago. 1897, p. 1.

58 *O 15 de Novembro*, Sorocaba, n. 455, 22 ago. 1897, p. 1; n. 461, 16 set. 1897, p. 1; n. 462, 19 set. 1897, p. 2; n. 466, 3 out. 1897, p. 3.

59 Segundo o *Almanaque de Sorocaba* para 1950, “80 homens (...) comandados pelo dr. Álvaro César da Cunha Soares” foram os primeiros membros do então denominado Clube dos Atiradores. PREVITALI, Arlindo (org.). *Almanaque de Sorocaba*. Itu: Macedo, 1950, p. 16.

60 “Ideal mais alevantado não pôde impressionar o espirito d’aquelles á quem confiamos a orientação dos poderes públicos, a não ser o de zelar da saúde do povo (...). Não dependerá o bem estar do povo de sua salubridade? (...) É a hygiene que (...) poupa um capital cujo valor não é devidamente apreciado entre nós.” SOARES, Álvaro. *Hygiene* - Iº. *O Autonomista*, Sorocaba, 12 out. 1897, p. 3.

Câmara “glycerista”, contrária aos princípios florianistas que embasavam o autonomismo em Sorocaba, a permitia⁶¹.

O presidente do Partido Autonomista, dr. Álvaro Soares, sendo médico, reconhecia como fundamentais as medidas de desinfecção, isolamento e reforma dos prédios exigidas pela Comissão Sanitária, mas não podia aceitar a forma impositiva como essa comissão efetivava seu trabalho, ultrapassando as prerrogativas da legislação municipal. Questionada sobre o que era percebido como abuso da Comissão, a Câmara respondeu em agosto:

É incontestável a nescecidade de intervir a Camara em tudo que disser respeito ao melhoramento hygienico das habitações, no entretanto a Camara sô intervem ou poderá intervir pelos meios estatuidos em suas leis, assim pois, quanto a melhoramentos de prédios tem os srs. Inspectores mais recursos, mais forças mesmo, pela lei em vigor, para conseguir a sua realisação, do que a própria Camara; e quanto á demolição, a Camara só poderá ordenar quando nos casos previstos em suas leis, pela fórma e mais formalidades ahi contidas (...).⁶²

Sem especificar por quais “recursos” ou “forças” a Comissão Sanitária se sobreporia à municipalidade, a resposta revela a submissão às determinações do governo do Estado. São vários os artigos elogiosos ao poder municipal publicados no *15 de Novembro* durante todo o segundo semestre de 1897, período pós-epidemia marcado pela fiscalização rigorosa e imposição de multas pelo inspetor de higiene, dr. Guilherme Álvaro. Esses artigos sugerem a intensa crítica que a Câmara sofria por setores diretamente afetados pelas exigências da Comissão Sanitária e incitam, ainda, uma argumentação favorável à intervenção do Estado nas questões de higiene. O fator incontestável para essa argumentação era a necessidade de recursos para a Câmara promover duas grandes obras: a construção de uma rede de esgotos e a canalização de água potável. A justificativa apresentada reforça a centralização:

Falta-nos (...) um regular serviço de abastecimento de agua potável; falta-nos ainda como seu complemento indispensável uma bem construída rede de exgottos (...)

61 O Partido Republicano Federal, tendo à frente Francisco Glicério, foi fundado em abril de 1893. Era anti-florianista e apoiava a candidatura de Prudente de Moraes. As revoltas do período, entretanto – Canudos e a Revolução Federalista – enfraqueceriam a unidade do partido, provocando uma cisão entre gliceristas e prudentistas (ou governistas, como eram denominados em Sorocaba). Quanto ao florianismo, defensor de uma República forte e centralizada apesar da fórmula federativa determinada pela sua Constituição, persistiu no âmbito político mesmo após o governo do marechal. Em Sorocaba, seus representantes eram membros do referido Grêmio dos Atiradores. Em 1897, os autonomistas, formados no seio do florianismo local, acusaram a Câmara glicerista de compor um acordo político com a chapa governista para garantir a vitória nas eleições de 15 de outubro, para substituição de seis vereadores que haviam renunciado ao cargo em 10 de setembro, em protesto pela absolvição de um inimigo político acusado de injúrias à Câmara. Em 15 de outubro, os mesmos vereadores retornariam à Câmara amparados pelo voto popular, ainda que os opositores acusassem manipulação do processo eleitoral. *O 15 de Novembro*, Sorocaba, n. 460, 12 set. 1897; n. 462, 19 set. 1897; n. 469, 17 out. 1897.

62 Resposta da Câmara Municipal ao parecer sobre os inspetores sanitários. *O 15 de Novembro*, Sorocaba, n. 466, 3 out. 1897.

Por certo ao Governo do Estado cabe auxiliar-nos, ou por outra, cabe pôr mãos á obra e levar-a a seu termo; a elle, a realisação de taes serviços que demandam grandes capitaes, a elle como superintendente de todos os negócios que dizem respeito á saude publica das povoações paulistas.

E é a elle que nós agora nos dirigimos em nome da população sorocabana, em nome dos interesses do próprio Sul do Estado, cujas seguranças e garantias de saúde publica dependem neste momento da salubridade de Sorocaba.

Somos as portas e simultaneamente o empório commercial de todo o Sul: si aqui se repele a epidemia todo o Sul será empastado como aconteceu no Oeste (...).

E, pois, ao dr. Campos Salles, cujo alto critério administrativo é bastante conhecido, dirigimos um appello para que com o povo sorocabano collabore efficaçmente para o saneamento e defeza de Sorocaba, para as garantias e seguranças do Sul de S. Paulo.⁶³

A exposição do problema de saúde pública como um risco iminente para todo o sul do país reforçava o intervencionismo do governo do Estado. Apontava, também, para a valorização da cidade no quadro da economia nacional, argumento que poderia servir para convencer os moradores a atender as determinações da Comissão Sanitária e aceitar a passividade da Câmara Municipal sobre o assunto.

As tensões só se aliviaram em dezembro de 1897, com a substituição do dr. Guilherme Álvaro por outro inspetor sanitário, o dr. Flaminio Botelho. Esse fato foi comemorado pelos autonomistas da cidade, tanto que o periódico do partido encerraria sua publicação pouco depois. O último número data de janeiro de 1898, sem mais apresentar as rixas políticas com a municipalidade⁶⁴.

O Partido Autonomista desapareceu, então, da arena política. Sem conquistar representação na Câmara Municipal nas eleições de outubro de 1897⁶⁵ e com o afastamento de seu maior rival, o dr. Guilherme Álvaro, enfraqueceu enquanto corporação. Alguns correligionários apareceriam infiltrados na administração municipal nos anos seguintes, como é o caso do próprio dr. Álvaro Soares, que assumiria a direção do Hospital de Isolamento durante a epidemia de 1900. Nessa ocasião, colaboraria sem restrições políticas com a Comissão Sanitária do Estado, composta pelos drs. Flaminio Botelho, Ascânio Vilas Boas, Alfredo Guaraná e Paula Sousa. O município, então, seria dividido em quatro distritos, cada qual encarregado a um membro da Comissão Sanitária que se reportaria diretamente ao Serviço Sanitário do Estado, sob o comando do dr. Emilio Ribas. Aos médicos do município, dr. Álvaro Soares auxiliado pelo dr. Artur Martins, caberia a direção do referido hospital, submetido ao controle imediato da Comissão Sanitária.

63 *O 15 de Novembro*, Sorocaba, n. 455, 22 ago. 1897, p. 1.

64 *O Autonomista*, Sorocaba, 28 jan. 1898.

65 O dr. Álvaro Soares, presidente do partido, foi o sétimo candidato mais votado para eleger seis vereadores. *O Autonomista*, Sorocaba, 23 out. 1897, p. 1; *O 15 de Novembro*, Sorocaba, n. 469, 17 out. 1897, p. 2.

A epidemia de 1900 começou em janeiro, atingindo uma área urbana notadamente de residência da elite. Preocupou as autoridades locais, não completamente refeitas dos problemas causados pelo surto de 1897⁶⁶.

O alcance desse novo episódio da doença parece ter sido maior: enquanto em 1897 o *15 de Novembro* acusou 42 óbitos por febre amarela durante os meses da epidemia, o periódico *A Lucta* anotou 60 mortes dentre 800 doentes de janeiro a abril de 1900⁶⁷. Aluísio de Almeida, analisando documentos da época, ofereceu números mais expressivos:

Contamos e recontamos no '15 de Novembro' e alcançamos 500 [vítimas] mais ou menos. A estatística mais plausível é a do 'Correio Paulistano' da época: houve 3.000 doentes e 600 óbitos. [O dr.] Fajardo anotou os seus próprios doentes: eram 500 e morreram 34.⁶⁸

Os periódicos da época oferecem um retrato sombrio da cidade. Com a doença se espalhando rapidamente entre os moradores do centro urbano, fecharam-se muitas casas comerciais e muitos fugiram para localidades vizinhas. Percebendo a gravidade da situação e o risco para os negócios que representava uma epidemia na cidade, três grandes industriais locais enviaram um telegrama ao governo do Estado em 17 de janeiro, solicitando “as mais enérgicas providências” para conter o surto. O periódico assim expressa o teor do telegrama:

Em nome da industria sorocabana, pelos interesses periclitantes della, demonstraram [os industriais] como está vinculada á salubridade de Sorocaba. Si os recursos sanitários não forem reforçados, isto é si não se procurar uma solução prompta para o estado de cousas actualmente, como proseguir o trabalho das fabricas? E os proprietários das Fabricas Nossa Senhora da Ponte, Santa Maria e Villela o sem numero de prejuizos e misérias que traria o fechamento dos nossos estabelecimentos industriaes.⁶⁹

A resposta do governo do Estado foi imediata, enviando a Sorocaba o diretor do Serviço Sanitário do Estado, dr. Emílio Ribas, com “toda

66 Naquela ocasião, vários moradores fugiram da cidade com medo do contágio, afetando o comércio local e o equilíbrio do mercado de gêneros na região. A notícia da epidemia afugentou, também, negociantes de outras partes que costumemente seguiam até Sorocaba para aproveitar o adensamento de condutores e compradores de gado. Aluísio de Almeida, referência importante da historiografia local, afirma que as feiras anuais de muarens findaram-se então para não mais se restabelecerem. ALMEIDA, Aluísio de. *O tropeirismo e a feira de Sorocaba*, op. cit., p. 47-48.

67 *O 15 de Novembro*, Sorocaba, n. 445, 11 jul. 1897, p. 1; *A Lucta*, Sorocaba, n. 21, 1 abr. 1900, p. 1.

68 ALMEIDA, Aluísio de. *Sorocaba: 3 séculos de história*. Itu: Editora Ottoni, 2002, p. 393.

69 Os três industriais em questão, Manoel José da Fonseca, Manoel Pereira Villela e Alexandre Marchisio eram proprietários, respectivamente, das citadas fábricas têxteis Nossa Senhora da Ponte, Villela e Santa Maria. *Republica*, Sorocaba, n. 4, 18 jan. 1900, p. 2.

autonomia” para tratar a questão⁷⁰. Nos dias seguintes, com o agravamento da situação, a Intendência Municipal fez publicar nos periódicos locais um apelo aos moradores para que “auxiliem a digna Commissão Sanitária e bem assim aos distintos clinicos, communicando-lhes immediatamente qualquer caso de moléstia que se manifeste em pessoas de suas residências”⁷¹. As intimações para reformas e desinfecções de prédios passaram a ser publicadas como determinação conjunta da Comissão Sanitária e da Intendência Municipal, trazendo as assinaturas dos responsáveis por essas repartições⁷². No início de fevereiro, o periódico *Republica* destacou o interesse do governo do Estado por Sorocaba como obra da Câmara Municipal:

É bem de ver agora que si estamos do lado do governo, unicamente em virtude do interesse que vae manifestando, e isto com a independencia que é o apanagio da nossa existência, combateremos qualquer esforço, qualquer reacção levantada contra o funcionamento do serviço sanitário aqui installado (...). A nossa attitude perante a auctoridade municipal tem sido pacifica, cheia de expectativa, repleta de cordealidade. Si não nos temos mostrado pressurosos no elogio, nunca a condemnámos. É nossa opinião porém, que o sr. Intendente deve estar da banda do governo e secundar, como lhe for possível, a acção sanitária (...).⁷³

O artigo defendia o apoio irrestrito da Câmara Municipal à Comissão Sanitária, que gozava de uma especial autonomia do Estado para debelar a epidemia. Com isso buscava o favorecimento aos interesses locais, amalgamando uma prática política que garantia recursos ao município mediante a limitação de sua autonomia em questões públicas cada vez mais encarregadas a técnicos, cuja especialidade científica poderia ser provada no ordenamento da sociedade e dos espaços por ela ocupados. Mesmo um periódico opositorista como *A Lucta*, inspirado nos autonomistas de 1897, mostrou em suas críticas a crença de que a epidemia devia ser posta em mãos de médicos e autoridades sanitárias:

Então, é possível, nós, os encarregados da orientação popular fugirmos da área da peleja entregando os nossos interesses a homens que só servem para exgottar os cofres, não só do governo federal, mas também os da nossa municipalidade?

Serto que não!

Então (...), vamos fallar de tudo que merece nossa intervenção (...)

b) que se dê providencias enérgicas os incumbidos do saneamento desta cidade e que andam todo o dia e todos os dias inglobados, de carro pelas ruas, de sobe e desce;

70 *Idem*, p. 2.

71 *Republica*, Sorocaba, n. 6, 25 jan. 1900, p. 2.

72 *Republica*, Sorocaba, n. 7, 28 jan. 1900, p. 3.

73 *Republica*, Sorocaba, n. 8, 1 fev. 1900, p. 1.

(...)

d) que cada districto tenha seu medico, e este procure de casa em casa as pessoas que possam estar affectadas de moléstia epidêmica;
e) que os médicos que ora acham-se em Sorocaba, não continuem a andar todos dentro de um carro, só pelo meio das ruas, sem dar execussão ao trabalho para que foram conduzidos a esta cidade (...).⁷⁴

A cobrança por maior rigor nos trabalhos de saneamento e tratamento dos doentes reforçava as atividades da Comissão Sanitária, mas também sugeria a participação da municipalidade na fiscalização dos encarregados. O principal argumento era a perda de recursos municipais no combate à epidemia, culpando o aparente descaso com que os médicos atuavam.

Essa imagem do médico que devia se sacrificar em beneficio não só da população, mas dos interesses da municipalidade, também esteve presente no elogio ao dr. Fajardo, definido pelo mesmo periódico como “(...) homem extraordinário que não trepidou em deixar a família [em Descalvado], amigos e a sacrificar os próprios interesses para vir por ao lado de uma população angustiada e afflicta (...)os seus serviços de medico abalisado e de homem de sciencia e caridade”⁷⁵.

Em 1900, o desespero tomou conta dos moradores do centro urbano, de onde partiu a propagação da doença. A febre amarela parecia atingir especialmente o quarteirão central, formado pelas ruas Direita, Equador e das Flores, justamente a área privilegiada de residência e negócios da elite local. Entre janeiro e maio, período da epidemia, aumentou a fuga de moradores e o fechamento de casas de comércio. A imprensa local demonstrou a preocupação das autoridades que, sucessivamente, mandaram publicar editais pedindo as chaves das residências abandonadas para proceder à desinfecção e incitando os moradores a apoiar os trabalhos da Comissão Sanitária.

Com a epidemia rapidamente se propagando e atingindo seriamente os interesses da elite local, voltou ao debate político a ingerência do poder municipal sobre a saúde pública. O fato dos dois surtos terem ocorrido em curto espaço de tempo e do segundo episódio atingir com fúria maior o centro de comércio da cidade foi usado para criticar as oposições políticas e chamar à colaboração conjunta municipalidade e governo estadual:

A questão máxima, a única de molde a arrastar e absorver os espíritos, resume-se e cresce a cada minuto de importância na debellação do mal imperante, da febre amarela a que tratamos com

74 *A Lucta*, Sorocaba, n. 17, 21 jan. 1900, p. 1.

75 *A Lucta*, Sorocaba, n. 21, 1 abr. 1900, p. 1.

um cavalheirismo inqualificável, permanecendo, desde que ella nos visitou pela primeira vez, numa lazeira de inconscientes, numa inacção de collectividade sem a mais leve somma de conhecimentos em hygiene contemporânea, de natureza rigorosa.

Passou um ano sem voltar, e foi o sufficiente para que todos os sorocabanos socegassem, ninguém mais cuidou que a febre pudesse tornar entre nós numa edição correcta e augmentada, o primeiro ataque ficou como um mau sonho de que a gente afinal, se vae esquecendo. Só uma cousa se fez para combater a volta provável da moléstia: discutiu-se (...).

Defeito velho, defeito de raça, defeito terrível, o da palavra malbaratada em pura perda, somente para falar. Ao cabo (...), a inanidade, o nada, a prolongação deplorável do péssimo estado hygienico em que nos achamos (...)

Procuramos não há muito mover o interesse do governo do Estado. Elle desportou logo e, ao que parece, será duradouro (...).

Edifique-nos a inércia havida: trabalhemos; não, porém, no conflicto esteril das opiniões, no terreno odioso das discussões que nenhum resultado satisfactorio acarretam.⁷⁶

O artigo, bastante extenso, traz o tom do desabafo. As tensões políticas de 1897 são mencionadas como as culpadas pelo descaso da população com as questões de saneamento da cidade. Apesar das críticas e debates daquela época, não havia sido feito um trabalho efetivo para dotar a cidade de esgotos e água encanada. Tais serviços, bastante caros, só seriam implantados em 1901, após o segundo episódio da febre amarela, e com recursos exclusivos do governo estadual⁷⁷. Em dezembro de 1901, o Intendente Municipal informou a contratação do serviço de abastecimento de água potável junto ao governo do Estado, bem como a apresentação do projeto para uma rede de esgotos. Importante observar que tais melhorias atenderiam o centro urbano, onde menos de um terço da população residia, mas que concentrava os moradores mais abastados e politicamente influentes⁷⁸.

Providências como essa, que submetiam a municipalidade ao favor do governo estadual, foram tomadas em função dos efeitos devastadores da epidemia para os comerciantes e industriais, mas justificadas em prol de toda a população sorocabana. Nos debates da imprensa e na legislação municipal, o saneamento e as medidas higienizadoras são tratados como condições do progresso urbano e da civilidade dos moradores. A efetivação dessas medidas, entretanto, esbarrava na orientação das atividades produtivas conforme preceitos que escapavam à racionalização dos usos da

76 *Republica*, Sorocaba, n. 6, 25 jan. 1900, p. 1.

77 PREVITALI, Arlindo (org.), op. cit., p. 18.

78 *Camara Municipal de Sorocaba – Relatório do intendente no exercício de 1900*. Itapetininga: typographia da “Tribuna Popular”, 1901, p. 5-6.

cidade. Nessas circunstâncias, é possível evidenciar o jogo do poder local com a municipalidade. Lideranças fortes ou apadrinhados políticos podiam conseguir isenção de taxas e impostos ou trocar favores com a Câmara Municipal. Em outras situações, setores sociais podiam se revoltar e forçar o relaxamento da fiscalização a cargo da câmara⁷⁹.

Em momentos críticos que arriscavam sensivelmente o equilíbrio econômico e político do município, como a epidemia de 1900, o jogo político tomava outro contorno. O auxílio financeiro do governo estadual mostrou-se fundamental não só para extirpar a doença do meio urbano, mas para recuperar a economia local.

Procuramos imediatamente mover o interesse do governo do Estado; e a prova de que o conseguimos, com o concurso de outras influencias embora, está no serviço sanitário que se vae desdobrando cada vez mais completo (...).

Por enquanto, todo obstáculo á acção sanitária estabelecida, sobre ser extemporâneo, equivale a um attestado de absoluto e impatriótico desconhecimento da situação (...), em que os recursos, quaesquer que sejam, não devem soffrer demora na realisação.⁸⁰

Partiu de três industriais da cidade o pedido de socorro ao governo do Estado. A municipalidade, pressionada, submeteu-se ao comando da Comissão Sanitária. Restou ao poder local assegurar sua participação heróica na guerra contra a epidemia, ainda que sob as orientações dos inspetores do Estado.

A historiografia local reforçou essa interpretação. Aluísio de Almeida apresentou a epidemia de 1900 como uma cruzada dos médicos e cientistas para salvar a cidade, lembrando nomes de sorocabanos. Destacou o empenho dos religiosos locais no “conforto espiritual” da população⁸¹. Retratou a cidade como flagelada, dependente de recursos do governo estadual e de municípios paulistas que contribuíram através da Comissão de Socorro formada durante a epidemia.

Sua leitura da febre amarela em Sorocaba, apesar dessas limitações, permanece referencial. São as únicas anotações embasadas em pesquisa documental de que dispõe a historiografia sobre a cidade. Deixa em aberto, entretanto, a discussão sobre as condições urbanas que permitiram a

79 Foi o que ocorreu no Império, com a revolta dos aguadeiros contra a demarcação de um posto único no rio Sorocaba para buscarem água potável. A medida visava evitar o uso concomitante do rio para lavagem de roupas, bebedouro de animais e abastecimento de água, justificando ser essa prática contrária aos preceitos de higiene. Em 1878 foi aprovada a postura municipal que demarcava o referido porto, provocando o protesto dos aguadeiros que assim evitaram a demarcação. Ela só ocorreu de fato em 1885, quando a Câmara Municipal ensaiou tratar a questão com mais rigor, inclusive aplicando multas. Após a inauguração de dois chafarizes na cidade em 1886, a municipalidade afrouxou a fiscalização do porto demarcado. Ver: BADDINI, Cássia M., op. cit., p. 198-199. A mesma determinação aparece na lei municipal de 1894, no capítulo “Hygiene e salubridade publica”. Lei n. 5, de 20 de dezembro de 1894..., op. cit., art. 79.

80 *Republica*, Sorocaba, n. 8, 1 fev. 1900, p. 1.

81 Em 1897, o padre Luiz Sicluna; em 1900, dr. Álvaro Soares, Monsenhor João Soares do Amaral, padre José Raimundo da Silva, Dom Antonio de Alvarenga e frei Daniel de Santa Maria. ALMEIDA, Aluísio de. *Sorocaba: 3 séculos de história*, op. cit., p. 391-393.

propagação da doença e a efetivação das medidas sanitárias para vencê-la. Desconsidera completamente as questões políticas implicadas nesse processo, aceitando a acomodação da cidade aos preceitos sanitários determinados pelo governo do Estado como uma amostra da civilização e do republicanismo de sua população – heranças do liberalismo sorocabano.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda que os dois episódios epidêmicos demonstrem a interferência do governo estadual, é preciso considerar as dificuldades na implementação das medidas impostas à população local. Estava em jogo não só o reordenamento da estrutura urbana, com a reforma de prédios e limpeza dos terrenos e quintais, mas que instância política da República se encarregaria dela e qual a ingerência do poder local sobre o processo. Esse tensionamento entre os poderes estaduais e municipais parece ser um ponto central aos analistas, que buscam uma compreensão mais complexa dos fenômenos que giram em torno da organização dos espaços públicos e privados, tendo a saúde pública como eixo de suas análises.

No caso sorocabano, aqui tratado, a racionalização do espaço urbano e de seus usos encontrou resistências e acendeu conflitos mesmo entre os promotores do progresso industrial, que podiam quase simultaneamente enviar um telegrama de socorro ao governo estadual e reivindicar a isenção da taxa de limpeza pública ou usar de influência política junto à Câmara para garantir o funcionamento de fábricas insalubres ou que comprometiam o saneamento do entorno. Situações assim sugerem um olhar mais atento às condições locais que possibilitaram não só consolidar um discurso político em favor do saneamento e da intervenção técnica para alcançá-lo, mas também certas práticas do poder municipal para atender expectativas da elite local.⁸² Como ressalta José Murilo de Carvalho,

(...)na prática política brasileira nem o centralismo levou à educação cívica, nem o federalismo levou à garantia de liberdade. O primeiro sempre tendeu para o despotismo do governo, o segundo para o despotismo do poder privado. O debate sobre federalismo e centralismo nos leva, assim, inevitavelmente à busca de uma sociologia e de uma antropologia da sociedade nacional.⁸³

As elites brasileiras assumiram esse debate na construção da República, mas não solucionaram os impasses do poder local, trazidos à tona em momentos críticos como as epidemias de febre amarela. Em Sorocaba, cidade que foi se conformando como central dentro de uma “certa regionalidade paulista”, foi testada a capacidade do poder local em promover

82 Acompanhar estudo de SANTOS, Marco Antonio Cabral e MOTA, André. *São Paulo, 1932: memória, mito e identidade*, São Paulo, Ed. Alameda, 2009.

83 CARVALHO, José Murilo de. *Federalismo e centralização no Império brasileiro: história e argumento*. In: *Pontos e bordados: escritos de história e política*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1998, p. 182.

o progresso econômico e a modernização. Para isso, condicionaram a municipalidade a tomar medidas efetivas de higiene e salubridade, aplicando ou permitindo aplicar a legislação que já existia. Arriscaram o domínio do poder local enquanto se formalizava uma prática política que, longe de cumprir a promessa republicana de ampliar a participação popular, submetia a sociedade ao controle imediato do governo do Estado, ao mesmo tempo, que epidemias dos mais vários tipos e graus de intensidade devastavam homens e mulheres, revelando, conseqüentemente, as tensões e disputas, reconsiderando as raízes de nossa própria atuação política e os princípios sobre os quais construímos, em âmbitos locais, a legitimidade da própria nação brasileira.

FONTES:

A cidade de Ytú, Itu, 1911, 1912.

República, Itu, 1912.

REIS, Carlos. *Repertório da Legislação sobre o Serviço Sanitário do Estado de São Paulo*, São Paulo, Typ. do Diarío Official, 1907.

Relatório apresentado ao Dr. Cardoso de Almeida (Secretário dos Negócios do Interior e da Justiça) pelo Dr. Emilio Ribas (Director do Serviço Sanitário) – referência – 1904, São Paulo, Typ. do Diarío Official, 1905.

RIBAS, Emilio. A hygiene no Estado de S. Paulo (communicação apresentada ao 4º. Congresso Médico Latino-Americano). In *Revista Medica de S. Paulo*, São Paulo, no. 14, 1909. p.1

A Lucta, Sorocaba, out. 1899 – abr. 1900.

O Autonomista, Sorocaba, 12 out. 1897 – 28 jan. 1898.

O 15 de Novembro, Sorocaba, 21 jan. 1897 – 19 dez. 1897.

Republica, Sorocaba, 6 jan. 1900 – 1 fev. 1900.

Actos Legislativos da Câmara Municipal da Cidade de Sorocaba, estado de S. Paulo – 1894. Sorocaba: typographia Casa Durski, 1895.

Camara Municipal de Sorocaba – Relatorio do intendente no exercicio de 1900. Itapetininga, typographia da “Tribuna Popular”, 1901.

BIBLIOGRAFIA:

ALMEIDA, A. Achegas à biografia do Barão de Antonina. **Revista do Arquivo Municipal de São Paulo**, São Paulo, v. 116, p. 7-40, out.nov. dez./1947.

_____. Achegas à história do sul paulista. **Revista do Arquivo Municipal de São Paulo**, São Paulo, v. 138, p. 3-7, jan.mar/1951.

- _____. Contos populares do planalto. **Revista do Arquivo Municipal de São Paulo**, São Paulo, v. 147, p. 3-50, abr.mai/1952.
- _____. Cristóvão Pereira de Abreu. **Revista do Arquivo Municipal de São Paulo**, São Paulo, v. 83, p. 93-98, maio jun./1942
- _____. Estradas e impostos do sul do Brasil. **Revista do Arquivo Municipal de São Paulo**, São Paulo, v. 153, p. 73-80, nov. 1952.
- _____. **O tropeirismo e a feira de Sorocaba**. São Paulo: Luzes Gráfica e Editora, 1968.
- _____. **Sorocaba: 3 séculos de história**. Itu: Editora Ottoni, 2002.
- _____. **Vida e morte do tropeiro**. São Paulo: Martins, 1971.
- ALMEIDA, M. **República dos invisíveis: Emílio Ribas, Microbiologia e Saúde Pública em São Paulo (1898-1917)**. São Paulo, Dissertação de Mestrado, Depto. de História, FFLCH-USP, 1998.
- BACELLAR, C. A. P. e BRIOSCHI, Lucila Reis. **Na estrada do Anhangüera: uma visão regional da história paulista**. São Paulo, Humanitas/Ceru, 1999.
- BACELLAR, C. A. P. **Família e sociedade em uma economia de abastecimento interno (Sorocaba, séculos XVIII e XIX)**. Tese (Doutorado em História) – Departamento de História, FFLCH, USP, 1994.
- BADDINI, C. M. **Sorocaba no Império: comércio de animais e desenvolvimento urbano**. São Paulo: Annablume: Fapesp, 2002.
- BERTUCCI, L. M. Remédios, charlatanices e curandeiros: práticas de cura no período da gripe espanhola em São Paulo In CHALHOUB, Sidney et al (org.) **Artes e ofícios de curar no Brasil**. Campinas, ed.Unicamp, 2003. p.197-227.
- BLAJ, I. A trama das tensões: **o processo de mercantilização de São Paulo colonial (1681-1721)**. São Paulo, Humanitas/Fapesp, 2002.
- BONADIO, G. **Cultura erudita e cultura popular: a contribuição do tropeirismo**. In **Tropeirismo e Identidade Cultural da Região de Sorocaba**. Sorocaba: Academia Sorocabana de Letras, 1983, p. 31-35.
- BOUSQUAT, A. e COHN, A. A dimensão espacial nos estudos sobre saúde: uma trajetória histórica In **História, Ciência, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro**, vol. 11, set-dez, 2004. p.553
- BYNUM, W. F. **Science and practice of medicine in the nineteenth century**. Cambridge, Cambridge University Press, 1994
- CARVALHO, J. M. **Pontos e bordados: escritos de história e política**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1998.
- COHN, A. **Descentralização, saúde e democracia: o caso do município de Itu**, São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 1995.
- COSTA, E. V. **Da monarquia à república: momentos decisivos**, 7a.ed, São Paulo, EDUNESP, 1999.

- DOLHNIKOFF, M. Elites regionais e a construção do Estado nacional In JANCSÓ, Istvan (org.) **Brasil: formação do estado e da nação**. São Paulo, FAPESP/HUCITEC/UNIJUI, 2003. p.431-468.
- FERRAZ, M. H. M. **As ciências em Portugal e no Brasil (1772-1822): o texto conflituoso da química**. São Paulo, EDUC/Fapesp, 1997.
- FERREIRA, A. C. Vida (e morte?) da epopéia paulista In FERREIRA, Antonio Celso, LUCA, Tania Regina de, IOKOI, Zilda Gricoli. **Encontros com a História: percursos históricos e historiográficos de São Paulo**. São Paulo, UNESP/FAPESP/ANPUH/SP, 1999.
-
- _____. **A epopéia bandeirante: letrados, instituições, invenção histórica (1870-1940)**. São Paulo, Ed. Unesp, 2002.
- FERREIRA, J.; DELGADO, L. (orgs.). **O tempo do liberalismo excludente: da Proclamação da República à Revolução de 1930**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- FERRETTI, D. J. Z. **A construção da paulistanidade: identidade, historiografia e política em São Paulo (1856-1930)**. São Paulo, Tese de Doutorado, Depto. de História, FFLCH-USP, 2004.
- FREITAS JR., A.. **A legenda sorocabana. Sorocaba: Gabinete de Leitura Sorocabano**, 1925.
- FRIOLI, A. A feira de mueres de Sorocaba.; In: **Tropeirismo e Identidade Cultural da Região de Sorocaba**. Sorocaba: Academia Sorocabana de Letras, 1983, p. 11-14.
- GAMBETA, W. R. **Soldados da Saúde: Formação dos Serviços em Saúde Pública do Estado de São Paulo**, São Paulo, Dissertação de Mestrado, Depto. de História, FFLCH-USP, 1988.
- GLEZER, R. **Chão de terra e outros ensaios sobre São Paulo**. São Paulo, Alameda, 2007.
- GODOY, J. F. Rapida noticia historica da província de São Paulo. **Revista do Instituto Histórico e Geográfico de São Paulo**, São Paulo, v. 18, p. 53-79, 1914.
- GRASSI, F. D. **Os maragatos e o Médio Alto Uruguai no sul do Brasil**. Frederico Westphalen: Ed. URI, 1996.
- HOCHMAN, G. **A era do saneamento: as bases da política de Saúde Pública no Brasil**. São Paulo, Hucitec/Anpocs, 1998.
- JOB, V. R. Algumas considerações sobre o ciclo do ouro e o tropeirismo. In: **O tropeirismo e a formação do Brasil**. Sorocaba: Academia Sorocabana de Letras, 1984, p. 10-14.
- LOVE, J. A república brasileira: federalismo e regionalismo (1889-1937). In: MOTA, Carlos Guilherme (org.). **Viagem incompleta: a experiência brasileira (1500-2000): a grande transação**. São Paulo: Editora SENAC São Paulo, 2000, p. 121-160.

- LUIZ, W. Contribuição para a historia da capitania de São Paulo. **Revista do Instituto Histórico e Geográfico de São Paulo**, São Paulo, v. 8, p. 22-137, 1903.
- MASCARENHAS, R. S. **Contribuição para o estudo da administração sanitária estadual de São Paulo**, São Paulo, Tese de Livre Docência, Faculdade de Saúde Pública - USP, 1949.
- _____. **Contribuição para o estudo da administração dos serviços estaduais de tuberculose em São Paulo**. São Paulo, Tese para o provimento do cargo de Professor Catedrático, Faculdade de Higiene e Saúde Pública – USP, 1953.
- MATTOS, M. **A origem do gaúcho riograndense como parte integrante da identidade cultural do brasileiro**. Porto Alegre, 1983 [texto xerografado].
- MERHY, E. E. **O Capitalismo e a Saúde Pública**, São Paulo, Papirus, 1985.
- MOTA JUNIOR, V. D. **A criação de pequenos municípios como um fenômeno da descentralização política: o caso de Itaoca – SP**. Dissertação de Mestrado, São Carlos, Centro de Educação e Ciências Humanas – Universidade Federal de São Carlos, 2002.
- MOTA, A. **Tropeços da medicina bandeirante: medicina paulista 1892-1920**. São Paulo, EDUSP, 2005.
- PAMPLONA, M. A. V. **Revoltas, repúblicas e cidadania**. Rio de Janeiro: Record, 2003.
- PENNA L. A. **O progresso da ordem: o florianismo e a construção da República**. Rio de Janeiro: Sette Letras, 1997.
- PESAVENTO, S. J. **A Revolução Federalista**. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- PREVITALI, A. (org.). **Almanaque de Sorocaba**. Itu: Macedo, 1950.
- QUEIRÓZ, M. I. P. **Cultura, sociedade rural, sociedade urbana no Brasil**. São Paulo, EDUSP, 1978.
- RIBEIRO, M. A. R. **História Sem Fim... Inventário da Saúde Pública**, São Paulo, Hucitec/Unesp/Abrasco, 1993.
- SALIBA, E. T. **Ideologia liberal e oligarquia paulista: a atuação e as idéias de Cincinato Braga, 1891-1930**. São Paulo, Tese de Doutorado, Depto. de História, FFLCH-USP, 1981.
- SANTOS, M. A. C. e MOTA, A. **São Paulo, 1932: memória, mito e identidade**, São Paulo, Ed. Alameda, 2009.
- SILVA, R. C. **Notas à margem da história do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Editora Globo, 1968.
- TELAROLLI, R. **A organização municipal e o poder local no estado de São Paulo, na Primeira República**. Tese (Doutorado em História) – Departamento de História, FFLCH, USP, 1981.

. **Poder local na República Velha**, São Paulo, Ed. Nacional, 1977.

TELAROLLI JUNIOR, R. **Poder e Saúde: as Epidemias e a Formação dos Serviços de Saúde em São Paulo**, São Paulo, Ed. Unesp, 1996.

VIEIRA, P. R. O papel do tropeiro na integração cultural do Brasil. In: **Tropeirismo e Identidade Cultural da Região de Sorocaba**. Sorocaba: Academia Sorocabana de Letras, 1983, p. 19-25.

O VALE DO RIBEIRA ENTRE 1970 E 1990: SAÚDE, EDUCAÇÃO, POLÍTICA E PARTICIPAÇÃO DE SUJEITOS¹

Ana Silvia Whitaker Dalmaso²

Joana Azevedo da Silva³

Maria Cecília Cordeiro Dellatorre⁴

Maria Cristina Turazzi⁵

- 1 Queremos deixar aqui registrados alguns entre os muitos nomes dos que fizeram e ainda fazem a história do Vale do Ribeira e, em alguns casos, da saúde pública e de outros campos em São Paulo e no Brasil. A bandeira dos direitos sociais e da inclusão, que muitos empunharam nos anos 1970-80, alcançou depois outras áreas e pessoas, sem deixar de ser objeto de uma luta permanente. Fica a lembrança de alunos e residentes da FMUSP; biólogos, geógrafos, engenheiros agrônomos, espeleólogos, todos estudiosos do Vale do Ribeira; Fátima Fernandes, Márcia Buzzar, Maíbi Inajá de Sousa Branco, Carlos Armando do Nascimento; Carlos Roberto de Rivoredo; José Celano; Eduardo Nakamura; Hilda Salinas; Janete; Lídia Guerlenda; Márcia Rabane Elias; Marlene Filgueiras da Fonseca; Nádia Leinig; D. Nilda, do bairro do Assungui, em Jiquiá, parteira e primeira “agente”; professores da FMUSP; professores das escolas comunitárias; Lucia Leite, o pessoal vindo da Paraíba: Ana Clara, Giovane, Maria Alice; Vera Elisa, Regina Nicolete, Amadeu Capobianco; Carmem (da Sucen), Marisa Paganini, Maria Cecilia Gorla, Mirtes Peinado, Luiza Alonso, Sandramara Alonso, Valter Vitti, Roberto Vilanova; Rosa Maria de Jesus Patucci; Geraldo Vallau, José Alberto Salinas; Sandra Kennedy Viana; Sara Cavalcanti Barroso; e muitos outros, especialmente os agentes que possibilitaram que se fortalecesse todo o esforço.
- 2 Médica sanitária, possui mestrado em Programa em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1991) e doutorado em Programa em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1998). Atuando principalmente nos seguintes temas: Prática médica, Saúde coletiva, Saúde.
- 3 Enfermeira sanitária, doutora em Saúde Pública. Participou da concepção e da instalação do Centro de Saúde-Escola do Butantã, convênio entre a SES e a FMUSP. Em 1980, então trabalhando na Delegacia Federal de Saúde do Ministério da Saúde, acompanhou e participou, no Vale do Ribeira, da implantação do Projeto DEVALE. Sua dissertação de mestrado, defendida em 1984, na USP, teve como objeto de estudo a implantação e os resultados desse Projeto. Atualmente desenvolve estudos e pesquisas em consultoria para o Ministério da Saúde, a UNESCO, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.
- 4 Médica sanitária, foi para o Vale do Ribeira para cumprir os três últimos meses do primeiro ano de Residência em Medicina Preventiva da FMUSP. Foram “10 anos” de residência no Vale: primeiro, no Centro de Saúde de Jiquiá; Posteriormente, coordenando o “Projeto DEVALE”, detalhado neste texto, no início dos anos 80. Foi Diretora Regional da Região DEVALE da SES, no primeiro governo estadual eleito pós-ditadura; por 20 anos foi docente da Faculdade de Medicina de Marília. A partir de 2008 é Coordenadora Municipal de Saúde de Registro no Vale do Ribeira.
- 5 Médica sanitária, mestre em Saúde Pública, veio da Universidade Estadual do Rio de Janeiro para o Vale do Ribeira, como pediatra, para trabalhar em um projeto docente-assistencial, objeto de Convênio entre a Secretaria de Estado da Saúde e o Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP. Fez especialização em Saúde Pública, na USP. Foi sujeito fundamental na concepção e na viabilização do Projeto DEVALE e no desenvolvimento das ações de saúde da Região. Foi Diretora do Departamento Regional de Saúde do Vale do Ribeira.

APRESENTAÇÃO

A saúde e a doença e os respectivos cuidados são áreas privilegiadas para a emergência de necessidades e a implementação de ações. De um lado, as condições de saúde e vida são determinadas pelas formas como se dão a produção e a apropriação de bens, de outro, as políticas de saúde, saneamento e educação tanto estão relacionadas como repercutem nos modos de viver e adoecer dos indivíduos e dos grupos familiares e sociais. A situação do Vale do Ribeira entre os anos 1970 e 1990 é exemplar na conformação de necessidades de ordem econômica, política e social, tendo a área da saúde aglutinado um conjunto de propostas e embates por meio dos quais população, profissionais, grupos organizados e poder público fizeram a história.

Inicialmente, descreveremos aqui as características da população e da ocupação da terra, seguidas de alguns acontecimentos políticos e movimentos sociais da década de 1970, anos duros da ditadura militar, quando a presença de um campo de treinamento para guerrilha na região funcionou como um divisor de águas e fez convergir para o Vale uma série de políticas públicas. Depois, enfocamos a interface entre saúde e educação, com a instalação de Escolas Comunitárias e o convênio entre a Secretaria de Estado da Saúde e a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) na organização de um sistema de saúde. Por fim, apresentamos a proposta da Atenção Primária à Saúde, que no Vale do Ribeira desenvolveu experiências significativas na área de saúde pública do estado de São Paulo, com a extensão da cobertura dos serviços de saúde, a participação da comunidade, a atuação do agente de saúde e a gestão de uma rede de serviços de saúde, com suas interfaces com a luta por direitos sociais e a atuação intersectorial (Silva; Mendes-Gonçalves; Goldbaum, 1986; Vilanova; Viana; Patucci, 1992; Dellatorre, 2002).

A TERRA E O HOMEM NO VALE DO RIBEIRA

Situada ao sul do estado de São Paulo, na fronteira com o Paraná, a região do Vale do Ribeira tem uma área de 16.327 km², abrangendo, na década de 1980, 16 municípios, entre o mar e a serra. O fato de 70% dessa área serem montanhas e serras retardou a extensão de vias e meios de comunicação, assim como a implantação de uma agricultura mais produtiva.

A região tem clima subtropical úmido, com verões quentes e sem estações secas. Aliados às chuvas abundantes (acima de 2.000 mm/ano), os declives acentuados promovem a lavagem do solo, tornando-o ácido e menos fértil. Como a área de planície é extensa e o sistema de drenagem, lento, as chuvas ocasionam enchentes e danificam as vias de comunicação. A BR-116, que liga São Paulo ao sul do Brasil, foi aberta no início da década

de 1960. As estradas vicinais são precárias e ficam intransitáveis com as muitas chuvas; o transporte coletivo na zona rural é escasso, e os ribeirinhos ficam praticamente isolados, nas enchentes. A vegetação varia do mangue à floresta tropical, representando a última grande reserva da Mata Atlântica do estado.

No século XIX, a região litorânea do Vale do Ribeira próxima à cidade de Iguape foi a maior produtora de arroz de São Paulo, representando importante produto de exportação baseado em mão-de-obra escrava. Para escoamento da produção, planejou-se a construção de uma estrada de ferro que ligaria Santos a Curitiba, mas o ciclo da rizicultura foi decaindo, e a prioridade de planos e projetos se voltou para o café. Como a topografia e o clima da região não eram propícios à produção cafeeira, o Vale permaneceu isolado, desprovido de políticas públicas, desenvolvendo uma pesca rudimentar no litoral, uma agricultura de subsistência e extração de produtos da mata como madeiras, fibras vegetais e palmito.

Entre 1865 e 1930, o Vale do Ribeira foi alvo de diversas tentativas de colonização estrangeira, e, apesar de todas as dificuldades, a de maior êxito foi a japonesa, tutelada por empresa estatal japonesa. O estabelecimento dessas colônias na década de 1920 tinha como objetivo a produção de alimentos para o mercado interno, o que não aconteceu. Nas décadas de 1940 e 1950, consolidou-se a cultura do chá, que lá encontrou condições ótimas de produção. Parte da produção era feita em pequenas propriedades, e a colheita, vendida às fábricas de chá. O restante eram grandes plantações, que utilizavam um sistema de assalariamento do trabalhador aliado a uma incipiente mecanização da colheita.

Desde a década de 1950, o chá e a banana são os produtos de maior importância econômica do Vale. Iniciada em Santos, a bananicultura foi avançando em direção ao litoral sul, para responder à demanda de mercado interno, especialmente da cidade de São Paulo, que tinha no operário italiano recém-imigrado um grande consumidor de banana nanica com pão, alimento barato, na época. A construção de parte do projeto ferroviário ligando as cidades de Santos e Juquiá facilitou o escoamento da produção. A plantação da banana na várzea dos rios era baseada em trabalho assalariado por dia, sem vínculo com a propriedade da terra, e as mudanças constantes das famílias de uma fazenda para outra não permitiam que as crianças frequentassem regularmente a escola. Além disso, as condições de vida e saúde eram precárias: as famílias se abrigavam em choças de capim ou barro durante o período de trabalho, recebendo um pedaço de terra para plantarem uma roça, pelo qual pagavam um aluguel.

A abertura da rodovia BR-116 e a expansão da circulação de mercadorias marcaram uma nova fase, caracterizada pela mudança na ocupação tradicional da terra: a formação de latifúndios de propriedade de pessoas estranhas à região deu-se muitas vezes à custa de processos violentos de enfrentamento, resultando na expulsão de posseiros; o loteamento de terras ao longo das estradas e no litoral representou devastação da natureza da área, com a emergência de doenças propagadas por insetos; a urbanização

crescente pela oferta de emprego provocou um êxodo rural da população jovem, desestruturando a agricultura familiar, e atraiu antigos posseiros que saíram de suas terras, ampliando as periferias das cidades sem recursos urbanos básicos. A essas alterações ecológicas e sociais, somou-se a do papel dos habitantes locais, aliados das decisões sobre o estabelecimento de diretrizes para o desenvolvimento do Vale.

Até o final da década de 1980, o Vale do Ribeira era a região mais pobre do estado de São Paulo, com mais de 50% da população vivendo em área rural, onde os níveis de analfabetismo e pobreza se aliavam à precariedade do acesso a serviços públicos. Acompanhem as políticas que se foram implementando.

DÉCADA DE 1970 – AS POLÍTICAS NO VALE DO RIBEIRA

A história recente do Vale do Ribeira tem um importante divisor de águas: a presença do Capitão Carlos Lamarca em Jacupiranga e Eldorado. Tomando partido da extensão e do isolamento da terra e do homem, caracterizada como área relativamente desconhecida para o exército, que nem dispunha de mapas atualizados, um grupo de luta armada contra a ditadura militar, a Vanguarda Popular Revolucionária (VPR), instalou, desde novembro de 1969, um campo de treinamento de guerrilha, numa fazenda comprada na região. A população era escassa e a vegetação densa, facilitando a movimentação clandestina do grupo por cinco meses. Uma série de prisões forneceu as primeiras informações sobre o campo de treinamento; em abril de 1970, iniciou-se um cerco de 40 dias comandado pelo Coronel Erasmo Dias. A região foi evacuada e o campo bombardeado.

Depois desse episódio, o Vale do Ribeira passou a ser considerado área de segurança nacional, disseminando ações de vigilância e marcando as relações sociais com desconfiança, medo e insegurança. Para manter o controle da área, foram abertas muitas estradas e construídas algumas pontes de cimento, e implantadas as Escolas Comunitárias de 1º grau (unidades escolares rurais de ação comunitária, Ueac), com professores morando no próprio bairro e conhecendo cada família. A Escola seria também um equipamento social de integração de atividades voltadas para o desenvolvimento. Nessa época, ampliou-se o acesso a pronto-atendimento médico através da Superintendência de Desenvolvimento do Litoral Paulista (Sudelpa), em paralelo às unidades da Secretaria de Estado da Saúde, mas o gasto dos municípios em saúde limitava-se praticamente à manutenção de ambulâncias para transporte de doentes. Embora se tenham feito alguns investimentos em infraestrutura e numa estrutura administrativa pública densa, o Vale continuou pobre.

O estado de São Paulo era dividido em 12 regiões administrativas, e as criadas para o Vale do Ribeira tinham caráter “especial”, condizente

com a preocupação com a segurança nacional. Criada no início da década de 1970, durante o governo Abreu Sodré, a Sudelpa era o órgão encarregado de coordenar e promover a execução do Plano de Desenvolvimento do Litoral, que tinha por “objetivo o desenvolvimento econômico e social da região, de forma harmônica e integrada na economia estadual” (Sudelpa, 1972), abrangendo as áreas de justiça, transportes, agricultura, educação, economia, planejamento e promoção social.

No plano de desenvolvimento da Sudelpa, destacou-se um conjunto de medidas como a legitimação de títulos de propriedade da terra, a ampliação e melhoria das estradas, a implantação de Ueacs, com papel tanto de promoção como de controle social, a previsão de incentivos fiscais para produção agrícola e o apoio para a abertura de pelo menos um centro comunitário por município. Entre as políticas sociais na área da saúde, foram construídas unidades em cinco dos 16 municípios que já dispunham de Centros de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde. Os médicos da Sudelpa tinham contratos especiais e vinham de diversos estados do Brasil. A Divisão Especial de Saúde do Vale do Ribeira (Devale), criada em agosto de 1973, contava com dois distritos sanitários, aglutinados em torno das cidades de Registro e Apiaí. Nessa época, todos os municípios do Vale tinham Centros de Saúde, embora muitos não contassem com a presença permanente de um médico. A região de distrito de Apiaí, onde a Mata Atlântica permanecia mais intacta, com uma das maiores concentrações de cavernas do Brasil, despertava interesse de pesquisa em geógrafos, biólogos, espeleólogos e ecologistas, entre outros profissionais. A ameaça à região vinha da mineração e da exploração do palmito, sendo o acesso bem mais difícil e distante da BR-116.

No plano nacional, na vigência do governo Ernesto Geisel, a necessidade de implantação de políticas sociais como resposta a situações de crise era expressa no II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND – 1975-1979), que formulava metas para uma política social que deveriam assegurar “aumento substancial da renda real para todas as classes [...] e redução substancial da ‘pobreza absoluta’, ou seja, do contingente de famílias com renda abaixo do mínimo admissível quanto à alimentação, saúde, educação e habitação” (Brasil, 1974).

Essas condições seriam dadas por ações em que se conjugassem medidas mais imediatamente econômicas como a política de emprego e de salários, com estratégias de prestação de serviços sociais, sobretudo educação, saúde, saneamento e nutrição (Silva, 1984). Seguiram-se medidas normativas na área social para se viabilizarem essas diretrizes, entre as quais a Lei do Sistema Nacional de Saúde, nº 6.229, de 1975. Também em 1975, realiza-se a V Conferência Nacional de Saúde, cujas recomendações explicitam, para o Brasil, as propostas dos Programas de Extensão de Cobertura constantes do II Plano Decenal de Saúde para as Américas (1971-1980), recomendadas por organismos internacionais de saúde.

Seguem-se a elaboração e a implantação de programas sociais, dentre os quais se destaca, pela delimitação mais precisa do campo de

atuação, tendo em vista os objetivos deste texto, o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (Piass). Entre os Programas de Extensão de Cobertura, o Piass foi aquele que, institucionalizado como prática governamental, conseguiu maior expressão. Na época de sua criação, em agosto de 1976, sua atuação se restringia a municípios da região Nordeste. Entre outras, eram diretrizes básicas do Programa:

- I. ampla utilização de pessoal auxiliar, recrutado nas próprias comunidades a serem beneficiadas;
- II. ênfase na prevenção de doenças transmissíveis, inclusive as de caráter endêmico, no atendimento da nosologia mais frequente e na detecção precoce dos casos mais complexos, com vistas ao encaminhamento a serviços especializados;
- III. desenvolvimento de ações de saúde, caracterizadas por serem de baixo custo e alta eficácia;
- IV. disseminação de unidades de saúde, tipo Miniposto, integradas ao Sistema de Saúde da Região e apoiadas por unidades de maior porte, localizadas em núcleos populacionais estratégicos;
- IV. ampla participação comunitária (Brasil, 1976).

No anteprojeto para a expansão nacional do Piass (Brasil, 1979), analisaram-se as características das demais regiões do país (Norte, Centro-Oeste, Sudeste e Sul), para identificação de áreas de maior prioridade para a expansão do Programa. Na região Sudeste, apontaram-se como de grande carência algumas áreas do estado do Espírito Santo, as regiões dos vales dos rios Jequitinhonha, Mucuri e Doce, norte e nordeste do estado de Minas Gerais e, em São Paulo, a região do Vale do Ribeira. Com o Decreto Presidencial de Expansão Nacional, de novembro de 1979, ampliou-se a área de atuação do Piass para o âmbito nacional, e o Ministério da Saúde considerou a área do Vale do Ribeira prioritária para sua implantação.

Assim, na década de 1970, havia, de um lado, o movimento de oposição política, que se organizava e abria um campo de treinamento numa área não ocupada, na época, com ações do Estado, e, de outro, as políticas públicas que vinham responder aos movimentos e a algumas necessidades sociais, fazendo do Vale do Ribeira uma região de maior atenção e ações no estado de São Paulo. E as lutas passavam pelos homens, dos posseiros aos grileiros, da oposição à situação, dos técnicos aos cidadãos.

A SAÚDE E SUAS INTERFACES NO VALE DO RIBEIRA

Em 1980, o Vale tinha uma taxa de urbanização de 55,4%, com densidade demográfica de 14,89 hab/km, contra uma taxa de urbanização

do estado de São Paulo de 88,64%. Quanto à saúde da população, o Vale do Ribeira caracterizava-se pelo acometimento de doenças endêmicas e epidêmicas como arbovirose, malária, esquistossomose, leishmaniose cutâneo-mucosa, tuberculose, hanseníase e mordeduras por morcegos hematófagos. O coeficiente de mortalidade infantil em 1980 era de 73,7 por mil nascidos vivos (neonatal 33,1 e infantil tardia 40,6). Esses dados devem ser analisados considerando-se os problemas com os registros de nascimento e óbito, muitas vezes aquém do acontecido, devido às dificuldades de transporte e isolamento da população em áreas extensas.

O ENSINO E A PESQUISA TOMANDO COMO REFERÊNCIA AS CONDIÇÕES DE VIDA

A área de educação foi especialmente privilegiada nas políticas sociais implementadas no Vale do Ribeira. Em maio de 1972, o governo do estado de São Paulo criou e autorizou a instalação de Ueacs, considerando que “as condições peculiares do Vale do Ribeira exigem tratamento especial [...] determina que a escola de 1º grau nessa região deve caracterizar-se por acentuada ação comunitária, como centro de integração de atividades do processo de desenvolvimento” (Decreto nº 52.944/72). Essas escolas ofereciam a três primeiras séries do ensino básico, geralmente em classe única. Os professores deveriam obedecer “organização e planos especiais”, prestar 44 horas semanais de trabalho programado e residir no próprio prédio da escola. Nessas escolas, instrumentos disseminados de atuação e controle do Estado, os professores desenvolviam com os alunos atividades relacionadas ao campo – era nelas que as hortas eram mais produtivas –, à saúde e à comunidade (Alves, 1985). Elas funcionavam também como centros comunitários, sendo assumidas, em muitas vilas, como áreas de seu direito e de responsabilidade de toda a população. As escolas e os professores foram importantes dispositivos para a articulação de ações entre políticas sociais, como as reuniões conjuntas mensais, com pauta para questões de ensino e de saúde. Pela sua penetração na vida da comunidade, as escolas e os professores também foram baluartes de algumas iniciativas de enfrentamento como, por exemplo, a resistência à vacinação contra meningite em 1975, em Jiquiá, depois da morte de uma criança recém-vacinada. Na área, esse foi o mote para a aproximação entre as áreas da saúde e da educação, dando início a uma parceria fundamental para identificar e lidar com os determinantes das condições de vida e saúde.

Desde os anos 1960, a proposta da Atenção Primária como um conjunto de ações e programas planejados para responder aos problemas de saúde mais frequentes e atuar na promoção da saúde e na prevenção de doenças vinha ganhando respaldo em diversos países. Em 1978, na Conferência de Alma-Ata, promovida pela Organização Mundial de Saúde

(OMS) e pelo Unicef, estabeleceram-se os princípios e as formas de atuar da Atenção Primária, tomada como estratégia adequada para a extensão de ações de saúde, com a perspectiva de cobertura de toda a população até o ano 2000. O Brasil é signatário da carta. A descentralização dos serviços e a interiorização das ações de saúde e da formação dos alunos, especialmente das áreas de medicina e enfermagem, ganhou forças no Brasil antes de 1964 e depois, em nova onda, na década de 1970.

Em 1975, o Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP), sob orientação do Professor Guilherme Rodrigues da Silva, iniciou suas atividades pioneiras no Vale do Ribeira, com o objetivo de estabelecer uma área de pesquisa, ensino e prestação de serviços em zona rural, através de convênio com a Secretaria de Estado da Saúde (SES), o qual vigorou até 1979. Assim, o Vale foi área de estágio para internos do curso de graduação e médicos residentes, inicialmente no Hospital Regional de Pariquera-Açu, para qualificação em assistência hospitalar em área rural. Depois, o estágio foi estendido para atuação também em unidades básicas de saúde. O Departamento de Pediatria aliou-se à Medicina Preventiva na organização dos estágios.

No fim de 1976, o médico David Capistrano da Costa Filho foi indicado pela Faculdade de Medicina para coordenar o Projeto Acadêmico de estágio dos internos e dos médicos residentes da FMUSP no Hospital Regional de Pariquera-Açu. Ele fez o curso de Saúde Pública – nível local – da Faculdade Saúde Pública da USP (primeira turma), prestou concurso para a vaga de sanitarista na SES e escolheu o cargo no Vale do Ribeira. Ocupou a função de Diretor de Estudos e Programas da Regional e fez mestrado no Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP. Em dezembro de 1976, Maria Cecília Dellatorre, residente do 1º ano na área de Medicina Preventiva, deveria fazer estágio no Hospital Regional de Pariquera-Açu, mas foi alocada pela Coordenação do Programa no Centro de Saúde de Juquiá, inaugurando a formação do sanitarista, em unidade básica, no Vale do Ribeira. Em abril de 1977, Cecília foi aprovada em concurso da SES e assumiu o cargo de Diretora do Centro de Saúde de Juquiá, recebendo internos e residentes da FMUSP no município. Por meio de contatos pessoais, Davi Capistrano levou diversos médicos ao Vale, alguns com vinculação político-partidária comum (PCB); a maior parte vinha do Rio de Janeiro e do Ceará, assumindo o trabalho no Vale como parte de um trabalho de transformação social.

No final da década de 1970, o Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, por intermédio de docentes e alunos e com o apoio da SES, fez um levantamento para diagnóstico das condições de saúde da região para subsidiar a futura implantação de um programa de assistência à saúde regionalizado e integrado no Vale do Ribeira. Essas iniciativas e os profissionais formados através delas foram de grande importância para a organização dos serviços de saúde da região, coerente com as propostas de extensão de cobertura e de participação comunitária. O programa de atenção à saúde foi formalizado em 1981, no Projeto Devale. A abertura do

Centro de Saúde-Escola Samuel B. Pessoa, no Butantã, na cidade de São Paulo, em 1977, também por convênio entre a FMUSP e a SES, representou o deslocamento do ensino da área rural para a urbana, passando a receber os alunos da graduação e os residentes das áreas de Pediatria e Medicina Preventiva para estágio em atenção primária.

O Vale do Ribeira também sediou campo de pesquisa nas áreas de ciências sociais, saúde, biologia e geologia, entre outros, propiciando muitas vezes a produção de conhecimento em áreas de fronteira (Monteiro, 1977; Rea, 1981; Perosa, 1992). Por exemplo, estudando 12 localidades rurais de quatro municípios da região, Monteiro (1977) encontrou a população num estado nutricional pior do que em outras áreas do Estado. A pesquisa do estado nutricional de diversos moradores da casa indicou que a desnutrição era um problema antes familiar que individual, havendo correlação entre irmãos e entre mãe e filhos. Relacionando o estado nutricional de crianças com a ocupação paterna, o autor encontrou também uma relação entre estados graves e moderados de desnutrição e a forma de inserção da família na estrutura social de produção. Considerando que essa forma de inserção condiciona a capacidade de obtenção de alimentos, em última instância, acaba determinando o estado nutricional da família. Esse trabalho de Monteiro (1977) se alinha com a produção acadêmica que marcou, na época, o campo da epidemiologia na América Latina, em que o estudo de determinantes das condições de doença e saúde contribuiu para a denúncia da desigualdade social.

A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO VALE DO RIBEIRA

A implantação de política pública na área da saúde e saneamento (Piass) criou as bases para experiências na interface saúde, educação e participação comunitária. O plano de desenvolvimento da Sudelpa para o Vale do Ribeira construiu unidades mistas em cinco municípios que já dispunham de Centros de Saúde da SES. Os médicos tinham contratos especiais e vinham de diversos estados do Brasil: o regime de trabalho era de três meses por ano no Vale, não necessariamente seguidos ou no mesmo município, ficando em tempo integral nas unidades de saúde, mas recebendo o salário no resto do ano. Com o tempo, todos os municípios passaram a ter Centro de Saúde da rede da SES, embora muitos não tivessem a presença permanente de um médico.

A situação da região era sobretudo de pobreza e precariedade, o que, ao lado da ausência de equipamentos sociais e de serviços de saúde, resultava em alta mortalidade por causas evitáveis e sobrecarga física e emocional para os profissionais, como confirma o depoimento abaixo, de Maria Cecília Cordeiro Dellatorre, ex-Diretora Regional da Devale:

Uma coisa nos marcou muito: o que aconteceu com uma família de desnutridos, porque a mãe era de Barra do Turvo [...] são mais de 32 quilômetros para chegar até aqui. As crianças que ela trazia estavam muito desnutridas. Nós demos o leite e explicamos que ela devia pegar leite por mais tempo. E a mãe falou assim: “Olha, a senhora não precisa me dar mais leite, porque eu não tenho condições de chegar aqui.” [...] Eu tive um caso de uma criança que morreu por acidose, porque ela estava tão desidratada que o corpinho dela não resistiu e ela acabou falecendo; e foi por causa da distância. A mãe veio a pé, debaixo de sol, lá de Barra do Turvo para cá, e não deu tempo de a criança chegar aqui. Chegou já mortinha. E eu acho que isso devia ser frequente não só aqui, em todos os lugares [...] A gente via que muitas coisas poderiam ser resolvidas, se houvesse um atendimento básico no bairro.

O convênio entre a SES e a FMUSP, que vigorou entre 1975 e 1979, propiciou o contato de muitos profissionais com o Vale, como alunos e como supervisores e, para alguns, significou o começo de uma carreira na região. Para o Vale, representou a possibilidade de um planejamento mais progressista na área da saúde, baseado na proposta da Atenção Primária e de uma rede articulada de serviços de saúde. Os quadros de profissionais das unidades básicas, mistas, hospitais e postos de gestão receberam muitos egressos dos estágios de graduação e de residência médica no Vale, ou foram convencidos pelos já alocados, num movimento de contatos individuais e pessoais.

Muitos médicos que estavam no Vale fizeram especialização como sanitaristas no curso de Saúde Pública para nível local oferecido pela Faculdade de Saúde Pública da USP, por solicitação e mediante convênio com a SES. Esse curso – chamado “curso curto”, com duração de seis meses – foi concebido e viabilizado, a partir de 1976, na gestão do Secretário da Saúde Professor Walter Leser, no contexto da implantação do modelo tecnológico da programação de saúde, na rede de unidades básicas de saúde, componente importante da Reforma Administrativa do Estado, então em andamento. A preparação de profissionais médicos para assumir a gerência das Unidades Básicas de Saúde era um dos pontos importantes para a organização da rede de serviços básicos de saúde no estado.

Após concluir o Curso Curto de Saúde Pública, esses médicos prestaram concurso na SES, escolhendo trabalhar no Vale do Ribeira e assumindo direções de Centros de Saúde. Com a saída de David Capistrano do Vale, em 1977, Maria Cecília Cordeiro Dellatorre assumiu a coordenação dos estágios da FMUSP, permanecendo até 1979. Cabe lembrar que, no fim dos anos 1970, a SES tinha, no Vale do Ribeira, os Postos de Assistência Sanitária (PAS), quatro unidades situadas em três municípios, as quais operavam com funcionários sem treinamento específico e onde ocorriam consultas médicas intermitentes e sem vinculação com a participação comunitária. As estradas continuavam ruins e insuficientes, e não havia

transporte coletivo para a população rural. Na sede do município ficava o Centro de Saúde, muitas vezes também sem atendimento médico e sem telefone. O primeiro telefone foi instalado em 1979, no CS de Juruá, pelo então Secretário da Saúde Adib Jatene, em razão da epidemia de mordedura por morcegos hematófagos.

Nessa época, já havia um grupo maior de profissionais de saúde trabalhando de forma mais estável no Vale, especialmente os gerentes/chefes de Centros de Saúde, cargos privativos dos médicos sanitaristas. Entretanto, as condições de saúde e de assistência continuavam muito precárias. De um lado, havia o acúmulo de conhecimento técnico da área de Saúde Pública, levado por profissionais formados na Escola de Saúde Pública da USP. De outro, abria-se a possibilidade de financiamento pelo governo federal de política social que respondesse a iniciativas e movimentos sociais. É de novembro de 1979 o Decreto Presidencial de Expansão Nacional do Pias que inclui a área do Vale do Ribeira como prioridade para implantação do Programa.

Assim, o tempo de trabalho e vida no Vale, os contatos com a população e a política de desenvolvimento da região, a tensão ética e social e a conjuntura nacional convergiram, em 1980, para a elaboração de um plano para o sistema de saúde da região.

Eu estava em Juruá havia quase quatro anos, fazendo todo um trabalho de morrer de atender doentes. Atendendo doentes desde a manhã até a noite, e isso nós fomos vendo que resolvia muito pouco. Nós atendíamos as pessoas que ficavam mais próximas do Centro de Saúde. As pessoas que moravam mais longe não tinham acesso; tinham dificuldades enormes. Quando chegavam ao Centro de Saúde, já não havia fichas para atendimento. Nós fomos nos cansando desse tipo de atendimento (técnico da equipe de Coordenação do Projeto apud Silva; Mendes-Gonçalves; Goldbaum, 1986).

Vejamos como o Plano foi construído pelos sujeitos:

Nós chegávamos ao município, procurávamos o Centro de Saúde, verificávamos se havia hospital, quantos leitos, equipamentos, funcionários. Nas prefeituras, fizemos um levantamento de quanto gastavam com saúde e descobrimos que todas gastavam muito dinheiro, na maioria das vezes, só em ambulâncias, salário de motorista, gasolina para remoção de pacientes [...] Vimos também que metade ou quase metade da população vivia na zona rural, com nenhum ou quase nenhum acesso a serviços de saúde.

Vimos que a maioria dos municípios não tinha nem sequer um lugar para fazer um parto, nenhum atendimento hospitalar, por

mais simplificado que fosse. Os Centros de Saúde, com uma grande demanda reprimida, realmente, uma situação bastante séria. O principal é que vários órgãos gastavam verbas com saúde, mas de maneira totalmente descoordenada.

[...] Em cima disso, nós começávamos a discutir seriamente a situação dos recursos para a saúde no Vale do Ribeira, tentando juntar as coisas, fazer uma proposta (técnico da equipe de Coordenação do Projeto apud Silva; Mendes-Gonçalves; Goldbaum, 1986).

Havia ainda as características da terra e a ocupação do Vale do Ribeira, uma vez que, na época, metade da população residia na zona rural, onde a estrutura viária era muito precária, com dificuldade de acesso aos poucos serviços de saúde existentes, dificuldade de transporte e ainda a inexistência de médicos em alguns dos municípios. O levantamento feito na região deu origem a um relatório, por município, em que a equipe de sanitaristas apresentava conclusões e sugestões cuja ênfase recaía na integração de recursos, no funcionamento de unidades mistas, onde já havia prédio construído, e no atendimento à população rural.

Assim, em 1979, apresentou-se à Coordenadoria de Saúde da Comunidade (CSC) da SES de São Paulo uma proposta que consistia na organização de um sistema regional descentralizado de saúde, tendo o Hospital Regional do Vale como referência especializada, a transformação de alguns Centros de Saúde em unidades mistas, com alguns leitos para internação, e a recuperação de pequenas Santas Casas fechadas, para que todos os municípios também tivessem atendimento de urgência e algum tipo de internação mais simples, além de abrir postos de saúde na zona rural para ações básicas de saúde, promoção, prevenção e cuidados primários pelo agente de saúde, facilitando o acesso da população rural ao serviço.

E essa proposta coincidiu com as providências regionais de elaboração da proposta de organização dos serviços de saúde no Vale do Ribeira, apresentada pela SES de São Paulo ao Ministério da Saúde sob a denominação de Plano Operativo Anual (POA), com vistas à assinatura de um convênio entre os dois níveis de governo (Silva, 1984). As diretrizes do Ministério para o POA-1981 – que incluíam a ênfase na operação da rede de serviços de saúde, a participação comunitária, a regionalização, a articulação dos programas em cada esfera de cuidado e serviço, a integralização das ações de saúde, o desenvolvimento de recursos humanos e a implantação do Pias nessa área da região Sudeste – fizeram com que a proposta elaborada para o Vale do Ribeira pelos sanitaristas da região em conjunto com a comunidade o integrasse como um projeto prioritário a ser desenvolvido (Silva, 1984).

Durante a elaboração do POA, uma equipe do Ministério da Saúde visitou o Devale, junto com dirigentes e técnicos da SES, ocasião em que foi apresentada a proposta, denominada a partir de então Projeto Devale, que foi considerado perfeitamente coerente com as diretrizes do Ministério

da Saúde quanto aos objetivos do Piass. Assim, ao ser aprovado em nível federal, o Projeto de Expansão dos Serviços Básicos de Saúde e Saneamento em Área Rural do Vale do Ribeira (Projeto Devale), por um lado, era uma opção para atender às necessidades de saúde da região e, por outro, contaria, como fontes de financiamento, além da SES, com recursos do Ministério da Saúde e do Inamps, na medida em que integraria a rede nacional do Piass. Essa é a história do projeto que deu início à implantação do Piass no estado de São Paulo em junho de 1981. O objetivo geral do projeto era “ampliar a cobertura de serviços básicos de saúde e saneamento à população da região abrangida pelo Devale, com ampla participação da população” (São Paulo, 1981). Para cumprimento desse objetivo, previam-se algumas ações, entre as quais:

- implantar Postos de Assistência Sanitária operados por Agentes de Saúde da comunidade em núcleos populacionais rurais e periféricos aos centros urbanos;
- integrá-los com as Unidades de Ensino e Ação Comunitária, da Eduvale (Regional Especial da Secretaria de Educação), a fim de desenvolver trabalho na área de atenção básica à saúde;
- adaptar e reorganizar a estrutura técnico-administrativa da rede de serviços existente na região, a fim de atender às necessidades surgidas com a expansão da oferta de serviços de saúde à população da região;
- treinar os agentes de saúde recrutados e selecionados na própria comunidade para operar os Postos de Atendimento das áreas rurais, desenvolver ações de saneamento e atendimento simplificado a condições de saúde e doença mais comuns;
- atualizar e treinar o pessoal que atua nos diversos níveis do Departamento Regional de Saúde do Vale do Ribeira e que terá participação no projeto;
- realizar estudo para a racionalização dos serviços de saúde existentes na área, com vistas a seu funcionamento integrado e hierarquizado, criando, assim, condições de cuidados mais especializados para necessidades identificadas (Silva, 1984).

A sanitarista Maria Cecília Dellatorre assume a Coordenação do Projeto Devale no Departamento Regional de Saúde do Vale do Ribeira e, uma vez liberados os primeiros recursos, começa a seleção de técnicos. A partir de 1980, terminado o convênio SES-FMUSP, a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo passa a ter programas de apoio ao Hospital de Pariqueira-Açu. Cabe também mencionar a relação, no Vale, entre as áreas de atenção à saúde e de saneamento, na medida do conhecimento em que o impacto do saneamento na qualidade da saúde das populações é maior do que o das intervenções em doenças. As diretrizes do Piass, criado em

1976 e expandido em 1979, previam a melhoria do saneamento acoplado às ações de saúde. No Vale do Ribeira, essa área ficou a princípio com o nível central da Secretaria, que planejou e tentou realizar ações que não incluíam a participação comunitária e dos agentes de saúde. Foram construídas bases para fossa de concreto que, devido ao peso, exigiam um sofisticado esquema de sustentação e que não eram apropriadas às características locais, pois o lençol freático em boa parte da região era superficial. A partir de 1983, consegue-se um desenvolvimento concomitante das ações de saúde e saneamento, com a formação tanto de agentes de saúde como de agentes comunitários de saneamento. Estes precisavam, além de diálogo com a comunidade, da valorização de seus conhecimentos, da capacidade de apreender suas expectativas e de domínio técnico das diferentes construções na área de saneamento.

Quanto à organização da estratégia, pode-se dizer que a intersetorialidade ainda não era o termo que definia o trabalho realizado, mas, considerando a tarefa, não era possível a ação não articulada. Foram convidados a participar e integrar-se ao projeto a Companhia Estatal de Água e Esgoto (Sabesp), com seus engenheiros e topógrafos, o Departamento de Águas e Energia Elétrica (Daee), que conhecia os rios e o lençol freático, a Sudelpa, que dispunha de máquinas pesadas para trabalhar os terrenos e abrir valas, as prefeituras municipais, com responsabilidade por parte do material, e, elemento primordial, o bairro, centralizando o debate. Uma engenheira sanitária vinculada ao Projeto Devale era responsável pelo treinamento e pela supervisão dos agentes comunitários de saneamento e pelo acompanhamento dos planos e das obras.

Duas experiências em torno das interfaces do saneamento merecem registro. Um bairro do município de Sete Barras queria banheiros como os da cidade, mas os recursos disponíveis não permitiam ir tão longe. Os moradores decidiram coletar banana de sítio em sítio até perfazer a carga do caminhão da Secretaria da Agricultura e vender a banana no Ceasa, em São Paulo. Fizeram também a rifa de uma bicicleta e, no final, conseguiram comprar vasos sanitários, caixas de descarga e chuveiros para todos. Esse é um exemplo de iniciativa e participação comunitária. Nos municípios de Pedro de Toledo e Itariri, o impacto do saneamento foi a redução drástica de novos casos de esquistossomose. Nessa época, a Sucen realizava inquéritos anuais e usava para tratamento dos casos positivos medicamentos com efeitos colaterais graves, além de moluscocidas que degradam o meio ambiente, devido à sua alta toxicidade. A melhoria da coleta de esgoto diminuiu não só os casos como os riscos do tratamento e os danos ambientais. Além da qualidade da água, o trabalho de saneamento rural trabalhava o destino adequado dos dejetos com soluções diferentes, em função do debate com a comunidade e o tipo de terreno. Nessa fase, a engenheira sanitária do Devale recebeu importante apoio de técnicos da OPAS, conforme contatos estabelecidos por Hortência Hollanda, na forma de abordagem, debate e construção coletiva do modelo de dispositivo sanitário a ser adotado.

A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO VALE - A EXTENSÃO DE COBERTURA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: OS POSTOS DE ATENDIMENTO ÀS ÁREAS RURAIS E A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE

Como essa também foi uma experiência de participação dos técnicos e da comunidade durante o regime autoritário, optamos por apresentar um detalhamento maior deste item, por suas características históricas; em especial, a condução do processo, a escolha dos agentes e a metodologia de treinamento, pela forma como foram montadas as ações do agente de saúde e, por consequência, o conteúdo do treinamento, considerando-se o contexto da época e o esforço despendido na sua viabilização. A gestão do projeto Devale e a gerência das atividades, recursos e pessoas representaram grande desafio e demandaram muito empenho, sobretudo pelo contexto político de exceção em que se deram. A convivência do projeto com a diretoria do Departamento não foi tranquila, e muitos dos técnicos vinculados ao projeto receberam sanções pela forma como o conduziam, especialmente pelo pressuposto da participação comunitária.

A organização do sistema de saúde articulando as ações entre os diversos serviços de saúde da região, com a preparação da rede existente para servir de referência à demanda gerada pelos atendimentos nos postos rurais, a coordenação das instituições de saúde existentes na área e o funcionamento integrado de serviços foram fatores determinantes para a elaboração da proposta inicial, que culminou no projeto Devale:

A primeira ideia nossa não era a hipertrofia dos Postinhos. Esses abrangiam uma grande fatia da nossa proposta, mas foi quase só a eles que nós acabamos nos dedicando. A proposta era muito mais procurar que as unidades da Sudelpa passassem a ser unidades mistas e tivessem uma integração com as outras unidades, assim, o Hospital de Regional de Pariqueira-Açu, as unidades mistas da própria Secretaria da Saúde entrassem em funcionamento, de uma maneira integrada (técnico da equipe de Coordenação do Projeto apud Silva; Mendes-Gonçalves; Goldbaum, 1986).

A proposta era fazer a extensão de assistência primária à população residente na zona rural por meio da atuação do agente de saúde, abarcando atividades de saúde e saneamento:

[...] levar para mais perto de onde as pessoas moram, trabalham, uma série de atividades ligadas à atenção primária que, até a época de implantação do projeto, só eram feitas no Centro de Saúde

situado na sede do município (técnico da equipe de Coordenação do Projeto apud Silva; Mendes-Gonçalves; Goldbaum, 1986).

A escolha das localidades rurais onde seriam instalados os Postos de Atendimento às Áreas Rurais (PAR) foi da equipe de coordenação do projeto, juntamente com os prefeitos dos municípios, os médicos dos Centros de Saúde, as coordenadoras das Ueacs e os professores comunitários, tomando como referência o já citado levantamento realizado pela equipe nos municípios. Os critérios para a escolha dos bairros onde seriam implantados os PAR contemplavam distância da sede do município, dificuldade de acesso e problemas de saúde específicos como baixa cobertura vacinal, baixa cobertura do pré-natal, endemias e número de crianças desnutridas. Numa primeira fase, definiu-se a implantação de “Postinhos” em 15 localidades rurais pertencentes a sete municípios da região, todos integrantes do Distrito Sanitário de Registro. Considerando três localidades que já contavam com Centros de Saúde, os quais seriam incorporados à nova filosofia de trabalho, haveria 18 postos rurais, abrangendo os municípios de Registro, Pariquera-Açu, Cananeia, Iguape, Juquiá e Miracatu.

A principal razão de escolha desses municípios para o início do projeto deveu-se à existência de médicos sanitaristas nos Centros de Saúde (alguns contratados pelo projeto que, depois fizeram o curso de Especialização da Faculdade de Saúde Pública da USP e prestaram concurso para o Estado), o que facilitaria a supervisão aos Postos. Escolhidos os bairros, a população participava da definição do local onde seria instalado o posto, uma vez que o projeto não previa a construção de prédios. Em algumas localidades, o PAR foi instalado em prédios antigos da prefeitura; em outras, em locais alugados e, ainda, em prédios construídos pela população, em regime de mutirão. A partir de 1982, com a abertura do segundo grupo de PAR, a solicitação da comunidade e sua organização em torno da instalação do posto passou a ser um critério fundamental para decidir a localização dos novos PAR.

Em todas as situações, a partir da definição das localidades onde seriam implantados os Postos de Atendimento às Áreas Rurais, com o envolvimento dos professores comunitários, representantes de igrejas, autoridades e outras lideranças, fizeram-se reuniões com moradores dos bairros indicados para discutir aspectos como a construção, o funcionamento e a escolha dos agentes de saúde.

O AGENTE DE SAÚDE NO VALE DO RIBEIRA

Para a atuação dos agentes de saúde, era preciso definirem-se o sentido e os limites de seu trabalho, mas a proposta da equipe de coordenação não era a delimitação prévia das atividades dos agentes de saúde em cada localidade rural, mas o estabelecimento de três princípios gerais que deveriam integrar sua prática:

- a) um, estritamente técnico, ligado ao desenvolvimento de atividades para indivíduos e famílias, no atendimento a queixas e/ou problemas;
- b) um ligado ao desenvolvimento de atividades com a comunidade;
- c) um relativo ao modo como se deveriam desenvolver essas atividades.

Além disso, havia a preocupação de não supervalorizar o aspecto técnico do atendimento individual e a doenças em detrimento das atividades coletivas. Sinteticamente, a proposta de ação para o agente de saúde no projeto Devale se caracterizava por proporcionar não só o acesso da população rural ao atendimento aos problemas de saúde, através da aplicação de conhecimentos e procedimentos específicos (curativos, vacinas, diagnóstico e tratamento das doenças mais prevalentes, atendimento a crianças e a gestantes, primeiros socorros, encaminhamentos), mas também por basear-se numa visão abrangente do indivíduo dentro da comunidade e ainda incluir a discussão desses problemas de saúde em função das condições gerais de vida (São Paulo, Projeto Devale, 1981).

Outra inovação da proposta do Devale era a preocupação de que os limites de atuação do agente de saúde não fossem decididos em gabinete ou por um grupo de sanitaristas, mas que dessa discussão participassem os moradores dos bairros, trabalhando-se conjuntamente o conhecimento dos problemas e a identificação da “maneiras de se ter saúde” (São Paulo, Projeto Devale, 1981).

Definidos os locais onde seriam implantados os Postos de Atendimento nas áreas rurais - com a participação dos professores comunitários, representantes de igrejas (participação importante, porque as diferenças de credo eram, na maior parte dos bairros, motivo de cisão a ser ultrapassado), autoridades e outras lideranças -, fizeram-se reuniões com moradores dos bairros indicados para discutir aspectos como a instalação, o funcionamento e a escolha dos agentes de saúde. Os organizadores procuraram estabelecer datas e horários que não coincidissem com as atividades ordinárias dos moradores - trabalho, aulas, cultos, missas, futebol etc. -, para garantir um maior comparecimento e não excluir nenhum grupo. Os convites foram impressos e distribuídos nas escolas, nas igrejas e por líderes locais; cartazes foram afixados em bares e em outros lugares de concentração de pessoas. Essas reuniões aconteceram quase sempre em Escolas Comunitárias (Silva, 1984), à noite ou em finais de semana, o que sempre acarretava sanções para os técnicos, posto que a Direção Regional não via com bons olhos essas iniciativas, confundindo-as com ações de subversão ao regime político vigente. Por causa dessa forma de condução, técnicos da equipe foram ameaçados de demissão e um deles chegou a ser encaminhado para consulta psiquiátrica (Alves, 1985). As contratações dos agentes de saúde foram feitas com recursos federais (do Piass), e seu vínculo empregatício era com a SES, tendo sido esse o primeiro programa a contratar pessoal com regime CLT.

A ESCOLHA DOS AGENTES DE SAÚDE

Na seleção dos agentes de saúde, a ênfase recaiu na inovação da proposta, em termos da *concepção e da prática da participação de todos os sujeitos*. Em especial porque vigorava um regime autoritário, e situação era excepcional, com a possibilidade de eleição direta dos agentes de saúde e sua importância na ampliação do acesso da população rural às ações de saúde e na formação dos técnicos que participaram do processo. Além disso, a forma como foi conduzido o processo lhe dá uma especificidade e uma condição histórica inéditas.

Em relatos de técnicos que participaram das reuniões para discussão dos Postinhos e para a escolha dos agentes de saúde, vê-se que os moradores custavam a acreditar que realmente participaria dessa escolha. Eram comuns na região respostas como: “melhor seria que vocês mesmos escolhessem” ou “vocês são médicos, enfermeiros, vocês é que sabem...”. Mas, a essas reações de incredulidade, seguiam-se declarações como: “É bom mesmo a gente escolher, porque quem põe tira!” (Silva; Mendes-Gonçalves; Goldbaum, 1986). Inicialmente, os presentes faziam uma lista de *qualidades* requeridas e de *defeitos* que não se admitiriam no futuro agente. Assim se definiram os critérios para a seleção dos agentes de saúde.

Alguns critérios foram lembrados em praticamente todas as reuniões dos bairros:

- não fazer distinção entre as pessoas, tratar todo mundo igual (pobre e rico, preto e branco, parente e não parente, da mesma religião ou de outra);
- ter jeito para a coisa;
- não ter medo de sangue;
- não ter medo de dar injeção;
- ser responsável;
- não ter orgulho, ser maior de idade

A qualidade *saber ler e escrever* gerou muita discussão: de um lado, argumentou-se que “quanto mais estudo tiver, melhor”, mas, de outro, ponderou-se que “se a gente for exigir muito estudo, no bairro não tem ninguém”. Ao final, em geral, os grupos optavam pelo nível de escolaridade médio que o bairro oferecia. Outras qualidades foram julgadas necessárias em algumas reuniões: “comprometimento com a comunidade”, “ter boa vontade”, “ter tempo”, “ser educado, calmo, atencioso”, “ser decidido”, “não beber”, “andar ligeiro” (este último critério certamente reflete as precárias condições de transporte, tendo o agente que se deslocar a pé para visitar as famílias do bairro) (Silva; Mendes-Gonçalves; Goldbaum, 1986).

Depois da lista das qualidades, os moradores sugeriam nomes de pessoas conhecidas que atendiam àqueles requisitos. Na maioria das localidades, seguia-se a eleição, pelo sistema de votação secreta, escolhido pelos presentes: “votação secreta é melhor, porque a gente fica mais à vontade, ninguém fica sabendo, nem fica chateado, cada um vota com a sua cabeça e não vai votar porque o outro é primo, amigo ou parente” (Silva, 1984; Silva; Mendes-Gonçalves; Goldbaum, 1986).

Os votos eram escritos em pedaços de papel e colocados em *urnas* – às vezes, o chapéu de um dos participantes da reunião. Quando o morador não sabia escrever, cochichava no ouvido de um dos técnicos, que escrevia para ele o nome escolhido. A apuração era sempre feita no mesmo local, com os eleitores servindo de fiscais de votação e de apuração.

O TREINAMENTO DOS AGENTES DE SAÚDE

Também muito especiais e inovadoras foram a proposta metodológica para o treinamento e o próprio modelo de treinamento elaborado pela equipe de coordenação do projeto Devale, com a participação de especialistas: Izabel dos Santos e Hortência Hurppia de Hollanda, respectivamente, consultoras da Organização Panamericana de Saúde e do Ministério da Saúde. A proposta visava a garantir dois pontos básicos: a) manter e fortalecer o compromisso e a solidariedade do agente de saúde com sua comunidade de origem; b) dar ao agente condições de apropriação dos conhecimentos, da tecnologia e do instrumental adequado e necessário para lidar com os problemas de saúde dessa população. Assim, a metodologia proposta visava a desenvolver competências para “*conhecer criticamente as situações de saúde no contexto da realidade em que elas aparecem e buscar um saber que correspondesse à necessidade de mudar tais situações*” (Hollanda, 1979).

Em termos práticos, a proposta se traduzia no recurso a uma série gradual e encadeada de situações, no sentido de promover o desenvolvimento do processo de ensino/aprendizagem, criando condições para a integração entre o que os agentes em treinamento trouxessem de sua cultura e de suas experiências anteriores de vida e os conhecimentos que seriam inseridos durante o treinamento.

Quanto ao papel do instrutor nessa metodologia:

[...] através da observação e da reflexão, o instrutor/supervisor apresentará atividades (situações-problema) – estímulos previamente planejados para desencadear a busca sistemática de respostas que, à medida que sejam alcançadas, deverão ser submetidas ao teste da prática, numa sequência de reflexão e ação, de prática. Assim, a tarefa de quem ensina seria uma tarefa quase

artesanal e de recriação de situações pedagógicas que encaminhem o processo ensino/aprendizagem (Brasil, 1982).

O treinamento inicial dos 19 agentes de saúde teve a duração de 12 semanas e foi dividido em quatro módulos didáticos. Segue-se uma breve síntese.

O **primeiro módulo** tinha como objetivo central “aprender a conhecer criticamente” através de técnica de construção simbólica do bairro (comunidade), de levantamento e diagnóstico dos problemas de saúde da comunidade, além da observação e discussão de outras questões da vida cotidiana das pessoas na comunidade. Em seu conjunto, o módulo representava uma experiência de aprender a conhecer a realidade para agir sobre ela (Silva, 1984).

Nessa perspectiva, as atividades da primeira semana de treinamento foram: a) apresentação, pelos futuros agentes, dos problemas de saúde dos bairros onde residiam; b) discussão sobre a situação dos prédios onde iriam funcionar os postos de saúde e as providências a tomar; c) apresentação, pelos alunos, da história de cada bairro. O levantamento feito pelos futuros agentes para conhecimento dos problemas do dia-a-dia do bairro e dos problemas de saúde foi muito importante porque, a partir dele, os instrutores puderam discutir saúde como algo maior que a presença de doenças, como inserção no processo produtivo e acesso a bens e serviços em geral, começando a definição das atribuições do futuro agente e elaborando o conteúdo do treinamento, ou seja, os problemas que provavelmente representariam a maior demanda nos Postinhos.

O relato de uma das agentes no início do treinamento pode ilustrar uma determinada expectativa da população e do próprio futuro agente em relação ao trabalho a ser desenvolvido na comunidade e a forma como foi conduzido o treinamento:

Uma senhora que me vê todo dia pegar o ônibus para vir para cá perguntou como é que ia o negócio do treinamento, o que a gente estava aprendendo, se estava mexendo com remédios, essas coisas... Eu disse a ela que a gente estava batendo um papo, cada um falando dos problemas de saúde do seu bairro... A conversa era entre mim e ela, mas, de repente, outra, que eu não conheço, que estava sentada, falou para mim: “Escuta, se um dia eu levar um filho muito ruim lá no Postinho, você vai ficar perguntando negócio de terra, se Fulano tem terra, se tem esgoto na rua, ou vai procurar socorrer o meu filho?” Nisso, eu parei. Se ela tivesse vindo com jeitinho, sei lá, eu pensava no que responder, não é? Mas eu estava num meio onde eu não conhecia ninguém, nunca vi

essa mulher pela frente... Eu não sabia o que responder, eu fiquei sem graça, eu baixei a cabeça e larguei a mulher falando sozinha... (aluna e futura agente de saúde).

Na ocasião, o instrutor lançou a questão para o grupo, e, problematizada, ela se tornou muito importante para a discussão e a concepção das atividades a serem desenvolvidas, o modo como desenvolvê-las e como lidar com a expectativa das pessoas, inclusive dos próprios agentes, em relação ao atendimento nos Postinhos.

A proposta do **segundo módulo** era “aprender com quem se quer ensinar”. Assim, após o levantamento e a discussão para conhecimento da realidade de suas comunidades, os treinandos “ensinavam” aos treinadores. No decorrer da atividade, trabalhava-se a compreensão de como se processa a comunicação que favorece uma aprendizagem, “através da experimentação de diversas formas de entender os outros e de se fazer entender” (Vilanova et al., 1992). Buscava-se uma troca, uma comunicação, “uma relação dialógica entre professor e aluno, em que ambos são sujeitos do processo ensino aprendizagem” (Turazzi, 2007).

O **terceiro módulo** trabalhava “o desenvolvimento de uma concepção do corpo e suas relações com o ambiente físico e social em que vive e adoece” como pré-requisito para a aprendizagem dos cuidados com o corpo.

A base para a seleção do conteúdo do treinamento foram os problemas de saúde colocados pelos moradores no levantamento feito pelos alunos junto às famílias no primeiro módulo. A natureza dos assuntos variava muito, indo desde dor de barriga e dor em volta do umbigo até questões de posse de terra, passando por doenças de senhoras, verminose, partos e nefrite, entre outros. Depois da discussão de cada um, relacionaram-se 90 problemas de interesse – esse era o conteúdo. Em seguida, divididos em quatro grupos, os alunos agruparam questões que lhes pareciam afins.

Os agrupamentos sugeridos pelas quatro equipes foram reagrupados em 18 grandes grupos, que contemplavam todos os 90 relacionados inicialmente. Assim, estava caracterizado, em termos gerais, o conjunto de atividades a serem desenvolvidas pelos agentes de saúde no atendimento à clientela. A organização final foi a seguinte:

1) **vermes**: diarreia, vômitos, dor de barriga, dor em volta do umbigo, tosse por lombriga, ataque de bicha, como evitar barriga d’água, como construir fossa; 2) **anemia**: alimentação, verminose, sangramento; 3) **desidratação**: febre, diarreia, vômito, uso do cloro; 4) **gripe**: febre e convulsão febril, dor de cabeça, dor de ouvido, dor de garganta, tosse, dores musculares, sinusite; 5) **outras doenças respiratórias**: tosse, bronquite, pneumonia, tuberculose, como orientar uma pessoa que tem tuberculose e bebe e fuma; 6) **feridas**: pipoca no lábio, cobreiro, piolho, sarna,

furúnculo, erisipela, frieira, micose, picada de inseto, picada de barbeiro, feridas de varizes, feridas bravas (leishmaniose); 7) **acidentes**: engasgamento, pancadas, fraturas, ferimentos, hemorragias, queimaduras, afogamento, choque elétrico, mordida de morcego, mordida de cachorro, de gato, de rato e de outros, picada de cobra, de escorpião, de aranha, como tratar uma reação alérgica; 8) **saúde da mulher**: cólicas menstruais, hemorragia menstrual, cuidados com a gestante: tétano, aleitamento, como fazer o parto, hemorragia depois do parto, cuidados com o recém-nascido, tétano, dor no baixo ventre, infecções ginecológicas, menopausa; 9) **doenças de transmissão sexual**: sífilis, gonorreia; 10) **doenças de crianças**: sarampo, catapora, rubéola, tosse comprida, caxumba, paralisia infantil, crupe (difteria), sapinho, sapão (estomatite), doença de macaco, desnutrição grave, mal de simioto; 11) **reumatismo**: reumatismo no sangue, reumatismo das juntas pequenas, reumatismo dos velhos, gota, dores musculares, câimbra, torcicolo (pescoço duro), dor na coluna; 12) **ataque**: tontura, desmaio, ataque epilético, ataque dos nervos, doença mental; 13) **coração**: reumatismo no sangue, doença de barbeiro, pressão alta, derrame, nervoso; 14) **aparelho digestivo**: dor de dente, dor de estômago, cólica de fígado, hepatite, barriga d'água (transmitida pelo caramujo), cirrose, vesícula, prisão de ventre, hérnia, hemorroida; 15) **rim**: infecção urinária, nefrite, dor nas costas, cólica de rim, pedra no rim, urina presa; 16) **diabetes**: quando suspeitar da doença, alimentação, exercícios, cuidados gerais, remédios usados, teste de urina, açúcar baixo; 17) **vista**: dor d'olhos, conjuntivite, tersol, vesgo, dificuldade de visão; 18) **trabalho no Postinho**: como lidar com vacinas, como distribuir leite, como preencher os boletins, como esterilizar aparelhos, como fazer injeções, como medir febre, pulsação, pressão e foco de nenê, como fazer curativos, como dar pontos, como encaminhar doentes, como agir em caso de morte (Silva, 1984).

Ressalte-se uma vez mais a forma como foi desenvolvido o treinamento, notadamente o cuidado com a proposta metodológica. A introdução do tema era sempre gradual, precedida de sondagem do grupo, com tempo para que as dúvidas aparecessem. Cada novo conceito, cada novo conhecimento era sempre precedido de perguntas ao grupo, permitindo que se incorporassem o conhecimento e a experiência anteriores dos alunos. Depois, havia discussões e, finalmente, uma síntese.

O conhecimento do corpo humano, por exemplo, foi sendo introduzido à medida que se discutiam os problemas que o afetam. Assim, o aparelho digestivo foi estudado quando se discutiram os vermes, mais especificamente a forma de transmissão, os sinais, os sintomas e as possíveis complicações. Entre outras questões, a porta de entrada, o local preferido para fixação e a migração do parasita ensinaram a introdução dos conteúdos

referentes à anatomia e à fisiologia do sistema digestivo. Nessas ocasiões, localizavam-se os órgãos, montavam-se sistemas e se faziam desenhos na lousa, que depois era ilustrados com gravuras. Para entender melhor, os alunos pediam que se “representasse o corpo por dentro”.

Nessa fase do treinamento, faziam-se dramatizações para sintetizar o trabalho desenvolvido até ali, integrando a visão mais geral dos problemas de saúde à comunicação, ao conteúdo específico ligado ao problema e à avaliação que sempre se seguia às dramatizações. Desde o início do treinamento, verificou-se uma preocupação dos instrutores com a avaliação das atividades didáticas, no sentido de valorizar a necessidade de reflexão sobre o trabalho realizado e a busca de formas de melhorá-lo.

Coerente com essa preocupação, **o módulo quarto** “criava situações que ensejavam o desenvolvimento de ‘atitudes e princípios relacionados com a necessidade de constante avaliação do trabalho desenvolvido e com a identificação de novas necessidades e de novas aprendizagens e reformulações’ na prática dos agentes de saúde”. Considerando os problemas de saúde agrupados pelos treinandos, evidencia-se uma ampla gama de campos de atuação, cujo entendimento demandava um treinamento bastante complexo dos agentes de saúde, um processo de educação permanente e uma sistemática de supervisão coerente e abrangente. Também estava claro para os instrutores que, pela complexidade, pelo conhecimento envolvido e pelo risco para a população, muitos dos problemas relacionados jamais poderiam integrar o rol de atividades dos agentes de saúde. Daí a necessidade também de se organizar uma rede de serviços e de profissionais que garantisse uma retaguarda à atuação desses agentes.

Ao todo, foram realizados cinco treinamentos: em 1981, em 1982, dois em 1984 e um em 1988, para um total de 92 agentes. Em 1992, o projeto contava com 61 Postinhos, então municipalizados, e 74 agentes de saúde em serviço. O primeiro manual de orientação para os agentes de saúde foi elaborado após o primeiro treinamento, a partir do material gravado e registrado nas próprias aulas. (Vilanova et al., 1992).

UMA AVALIAÇÃO

Em 1983, quase dois anos após o início do trabalho dos primeiros 19 agentes, o Ministério da Saúde, através da Delegacia Federal de Saúde de São Paulo, em Convênio com a Universidade de Campinas, financiou uma avaliação sobre o desenvolvimento do Projeto de Expansão dos Serviços Básicos de Saúde e Saneamento em Área Rural – Vale do Ribeira – Projeto Devale.

A pesquisa tinha como objetivos analisar o trabalho desenvolvido pelos agente de saúde no projeto Devale, identificar suas concepções e expectativas em relação a seu trabalho, a demanda da população para os

postos de saúde e as opiniões dos moradores sobre os serviços prestados (Silva, 1984; Silva; Mendes-Gonçalves; Goldbaum,1986).A metodologia incluiu a análise de documentos e do material do treinamento, entrevistas com os coordenadores do projeto, com os agentes de saúde e com a população usuária e observação direta do trabalho dos agentes de saúde.Os resultados apontaram sobretudo aspectos positivos em relação aos objetivos do projeto, entre os quais se destacam:

1) O perfil dos agentes de saúde

A maioria dos 19 agentes de saúde que foram entrevistados e cujo trabalho foi observado nasceu e se criou no próprio Vale do Ribeira e tem família na região, ou seja, compartilha ocupações e atividades com a população do bairro. Quanto à idade, os primeiros agentes eram bastante jovens: 11 tinham em torno de 20 anos e apenas quatro passavam dos 30. Também se observou que foram escolhidas/eleitas pessoas que já desempenhavam uma função similar à esperada para o agente: eram habitualmente chamadas para dar orientações em relação a problemas de saúde, aplicar injeções, ou, na maior parte dos casos, já desenvolviam algum tipo de atividade comunitária.

2) As concepções e opiniões dos agentes sobre o trabalho

Os agentes foram unânimes quanto à importância do trabalho que desenvolviam para a melhoria das condições de saúde das localidades rurais onde atuavam.

Ao detalhar essa importância, distinguiam duas dimensões: uma referente à satisfação experimentada pelo sentimento de utilidade de seu trabalho e pela consciência de sua contribuição e outra ligada à própria população e ao significado que o trabalho teria para ela ao ultrapassar o mero atendimento às necessidades e possibilitar um espaço para a discussão de outros problemas de saúde.

O treinamento dado pela coordenação do projeto também foi muito bem avaliado, sobretudo pela forma como ele se desenvolveu – em aulas informais –, que deu a todos a oportunidade de se colocarem e aprenderem uns com os outros e com os instrutores. O único aspecto questionado foi sua duração: quase todos disseram que, se tivesse havido mais tempo, provavelmente teriam aprendido mais para melhor atender às necessidades do trabalho.

3) A opinião dos agentes sobre a utilização dos Postos pela população

Também os agentes foram unânimes em afirmar que a população está muito satisfeita com o funcionamento dos Postos e com o trabalho desenvolvido por eles. Justificam essa afirmação pelo aumento diário da demanda e pelos comentários que ouvem dos moradores.

Antes, a população procurava só leite e remédios, não sabiam do atendimento. Agora, já se acostumaram.

Eles gostam do jeito porque a gente deixa eles mais à vontade; eles conversam entre si bastante, contam as necessidades deles, papeiam às vezes com as pessoas que vêm junto com eles [...] E a gente também vai explicando as perguntas, conversando, dando risada.

Antes, eles perguntavam, no começo, quando ia vir médico, se ia vir médico uma vez por semana. Agora, não tem mais isso.

Essa percepção dos agentes coincidia com a análise dos dados das entrevistas com a população e da observação do trabalho dos agentes.

4) Análise dos dados sobre a utilização dos Postos

A análise indica que 83,4% da população das regiões onde estão instalados frequentam esses serviços, embora o façam por diferentes motivos. 59,9% referiram a proximidade e o fato de não precisar gastar dinheiro com transporte, não perder dia de trabalho e pela rapidez do atendimento, entre outros motivos mais operacionais; 11,2% referiram o uso seletivo para certos problemas de saúde; para 9%, a utilização do posto estava relacionada à excelência do atendimento e à dedicação do agente; e 3% referiram o uso apenas para buscar medicamentos.

Outros dados confirmam a efetiva utilização dos Postos para todo tipo de problema, desde os mais simples – resfriados e pequenos ferimentos e para buscar leite, vacinas ou solicitar exames – até os mais complexos – puericultura, remédios e atendimento pré-natal, nessa ordem de frequência.

Dos 738 entrevistados, 101 (13,5%) afirmaram não se utilizar dos Postos de Saúde: 83%, em sua maioria chefes de família, alegaram não ter necessidade que justificasse seu uso, e apenas 3% referiram não utilizá-los por considerar que os agentes não tinham competência suficiente para desenvolver as atividades que lhes eram atribuídas.

5) A opinião da população sobre os Postos

No desenvolvimento da pesquisa relatada aqui, os autores procuraram investigar, em relação às famílias que conheciam os Postos de Saúde, em que medida e, principalmente, através de que aspectos se apreendeu a proposta de trabalho dos agentes em função de seus componentes centrais: a) o técnico, ligado a atividades para indivíduos e famílias, no atendimento a queixas e/ou problemas; b) o relacionado a atividades com a comunidade; e c) o relativo ao modo como se desenvolvem essas atividades.

A grande maioria das famílias entrevistadas (91,6%) entendeu e aceitou a proposta de trabalho dos agentes de saúde, e, entre 73,3%, predominava a aceitação do componente médico da proposta:

Sei que funciona das 7 às 5 horas da tarde, de segunda a sexta-feira, mas, quando alguém precisa, ela atende a qualquer hora do dia ou da noite. Atende a todas as pessoas do bairro: criança, mulher grávida, homem adulto, tudo. Quando a gente tem um problema mais grave, com a paz de Deus, a gente procura o Postinho; ela faz tudo o que sabe, e, o que não sabe, manda para Cananeia. Acho bastante útil para a gente.

Ela é bastante favorável para a gente: ela mede pressão, dá alguns comprimidos, entrega leite para as crianças.

Ela aplica injeção, faz curativo, tira febre, entrega o leite, o gestal para mulher grávida; faz tudo o que uma boa enfermeira faz.

Quanto às opiniões dos moradores entrevistados sobre os Postos e seu funcionamento, predominaram as favoráveis: 15% consideraram muito bom, por referência à melhoria das condições de assistência à população; 33,9% consideraram muito bom, por referência à competência e à resolubilidade dos agentes de saúde; 32,2% consideraram muito bom, por referência ao relacionamento dos agentes de saúde com a clientela; 8,4% consideraram muito bom, com outras justificativas; 10,2% colocaram restrições e consideraram o atendimento ruim, em especial por referência à falta de medicamentos e de outros insumos.

Quanto às sugestões das famílias para o funcionamento dos Postos de suas localidades, 6,8% consideraram tudo ótimo; 62,9% pediram mais medicamentos; 48,7% reivindicaram a presença de um médico; 25,6% sugeriram a presença de um segundo agente no Posto e melhores condições de trabalho para eles; 4,3% gostariam que houvesse um dentista no Posto; 2,6% sugeriram melhoria dos prédios e uma supervisão mais constante da equipe técnica ao trabalho dos agentes.

Há ainda outras informações, ao longo do documento de avaliação, segundo as quais os Postos de Saúde eram realmente procurados e valorizados, e os agentes de saúde bem conceituados pela competência e dedicação com que faziam seu trabalho. Entretanto, embora a grande maioria reconhecesse que os agentes eram muito empenhados e responsáveis, a análise dos dados também detectou evidências de muitas dificuldades e de algumas inadequações no trabalho desses agentes. Os autores da avaliação relacionam essas dificuldades e inadequações, em especial:

[...] ao fato de o Departamento Regional de Saúde não ter incorporado adequadamente o projeto às suas atividades, ou melhor, a ideia inicial de que o projeto Devale viria a se constituir na própria programação de trabalho do Departamento Regional de Saúde do Vale do Ribeira até o período observado [março de 1983] não chegou a se concretizar (Silva, 1984; Silva; Mendes-Gonçalves; Goldbaum, 1986).

Também em consequência disso, essas insuficiências são em grande medida atribuídas a dificuldades da coordenação do projeto para cumprir o planejamento, sobretudo as sistemáticas de supervisão e o processo de educação continuada previstos. Essas constatações são confirmadas em documento da coordenação do projeto Devale:

[...] a supervisão dos Postinhos era realizada por profissional do Centro de Saúde de cada município. Na medida em que o sistema de saúde foi se desenvolvendo na região, principalmente com a incorporação de enfermeiros, a supervisão era desenvolvida de forma muito heterogênea nos diversos municípios. Uma diferença nítida na metodologia de supervisão foi sendo constatada entre os municípios onde existia o enfermeiro ou médico sanitарista e aqueles onde não havia esses profissionais [...] Quanto à atualização dos profissionais, em nível regional, foi realizada apenas uma reciclagem dos agentes de saúde em atividades do Programa de Saúde da Criança, em 1989. As demais atualizações foram feitas pelos municípios, por iniciativa própria (Vilanova et al., 1992).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda em relação a políticas públicas, além da atenção básica, pelo menos em dois outros pontos a história do Vale do Ribeira sofreu influência importante das práticas de saúde do estado de São Paulo: na determinação de vigilância epidemiológica em situações envolvendo contaminação por agrotóxicos e no planejamento de atendimento a calamidades.

A atenção para os problemas de saúde causados pelos agrotóxicos nasceu do levantamento dos agentes na primeira fase do treinamento. Quando perguntados de que adoecem e morrem as pessoas no seu bairro, eles respondiam, em muitos casos, “de veneno”. No início do trabalho dos agentes de saúde, a abordagem tinha uma incidência individual, e o que se podia fazer era orientar a proteção individual. Só em 1983, já em outro momento político, durante o governo Montoro, sendo secretário da Saúde João Yunes, foi elaborado um projeto de vigilância epidemiológica, com ações nas áreas de capacitação de recursos humanos, abordagem de trabalhadores rurais, produção de material de informação e discussão em vídeo, notificação compulsória e intervenção nas áreas de risco e nas formas nocivas de produção. Esse programa começou no Vale do Ribeira e hoje abrange todo o estado de São Paulo, o único do Brasil em que a intoxicação por agrotóxico consta como agravo de notificação compulsória.

O Vale do Ribeira era historicamente uma região de enchentes, e não havia uma sistematização sobre como agir com os desabrigados. A coordenação do projeto Devale assumiu também a coordenação da Defesa Civil da região, entre 1983 e 1987. O ano de 1983 foi particularmente

dramático, no Vale e em toda a região Sul, com repetidas enchentes, e sistematizaram-se as ações para proteger a população: alerta aos ribeirinhos, cuidados com desabrigados, avaliação da área para o retorno dos moradores e investimentos socioeconômicos. Em síntese, uma série de ações que foram se conformando como produção técnica, muito necessária na época. Essa sistematização vem sendo atualizada e ampliada hoje, com a incorporação de tecnologias. O projeto do Mercosul para calamidades, aprovado no início da década de 1990, baseia algumas de suas propostas nessa sistematização feita no Vale do Ribeira.

O Piass propunha a articulação entre esses dois campos, fundamental para mudar as condições de vida e saúde, diminuir a incidência de muitas doenças e melhorar significativamente a expectativa de vida. Sua implantação no Vale do Ribeira ensejou não só a melhoria em condições endêmicas, como no caso da esquistossomose, mas também, como na área da saúde, exigiu e foi beneficiado pela participação comunitária e pela articulação intersetorial. A partir da década de 1990, houve uma nova cisão entre as áreas da saúde e do saneamento, com avanço relativo daquela e estagnação desta.

Na organização do sistema de saúde, pontuamos que o Vale do Ribeira foi área de iniciativa pioneira da Faculdade de Medicina da USP de um estágio fora do Hospital das Clínicas desde a sua inauguração, em 1943, propiciando o contato de alunos e residentes com as necessidades de saúde da população e a estrutura de serviços de uma região. As condições precárias marcaram o ensino e as vivências de muitos, mas também despertaram vocações e contribuíram para a formação de cidadãos.

Como modelo de atenção, o projeto Devale foi muito avançado para a época, pressupondo uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços e baseando a instalação dos PAR e a seleção dos agentes de saúde na participação da comunidade, princípios depois incluídos na Constituição de 1988. Quanto ao trabalho do agente de saúde, ele era, ao lado dos professores, o único representante da política pública em extensas regiões, arcando com uma série de responsabilidades. Se as ações de incidência mais coletiva de promoção e vigilância da saúde são campos considerados próprios do trabalho de um agente de saúde, os procedimentos de vacinação e curativos, o diagnóstico e a terapêutica são atribuições das áreas de enfermagem e médica. Trabalhando durante muitos dias e semanas sozinho, longe das sedes dos municípios e sem contar com outros profissionais da equipe de saúde, o agente de saúde assumiu quase todas as ações de atenção primária. Em 1986, regulamentou-se a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (Lei Federal nº 7.498/86), que dispõe que a enfermagem, incluindo suas atividades auxiliares, só pode ser exercida por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Coren de sua área – no caso, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e parteiros. Em 1991, em Seminário de Avaliação de 10 anos do projeto Devale, propôs-se que os agentes de saúde que exerciam funções de enfermagem fizessem a qualificação profissional como auxiliares de enfermagem, o que realmente aconteceu.

Hoje, numa análise retrospectiva dos fatos históricos, considera-se o trabalho mais coletivo dos agentes primordial para a mudança da incidência de doenças, área não coberta pela atuação mais individualizada do auxiliar de enfermagem. De certa forma, a Estratégia Saúde da Família, modelo de atenção primária instituído pelo Ministério da Saúde a partir de 1994, retoma a figura do agente de saúde na sua identidade mais própria, inserindo-o como agente comunitário numa equipe de saúde integrada também por médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem (Silva; Dalmaso, 2002).

No Vale do Ribeira, muitos profissionais encontraram estímulo para o trabalho em contato com a população e com grupos organizados e equipamentos sociais como as escolas e seus professores. Nesse sentido, se hoje a interface entre saúde, educação, política e participação da comunidade são princípios do trabalho em saúde, tiveram no Vale, entre os anos 1970 e 1990, condições precoces e férteis de desenvolvimento. No Vale também esteve muito presente a questão da terra, envolvendo aspectos da posse, da produção e do meio ambiente. Por último, a história é feita de muitos sujeitos, e, destes, o Vale do Ribeira estava cheio – gente com esperança, criatividade e coragem.

Mais de 30 anos depois do período histórico focalizado neste capítulo, o Vale do Ribeira volta a ser objeto de atenção de um novo programa de desenvolvimento econômico e social, com o lançamento pelo governo federal, em 25 de fevereiro de 2008, do programa Territórios da Cidadania, projeto conjunto entre vários ministérios e órgãos para 60 regiões brasileiras consideradas:

[...] desprovidas de recursos, com baixo índice de desenvolvimento humano (IDH) e dinamismo econômico, deficientes de profissionais [...] o objetivo do Territórios da Cidadania é a superação da pobreza e a geração de trabalho e renda no meio rural [...] para a qual foram definidos objetivos específicos como a inclusão produtiva [...] o planejamento e a integração de políticas públicas, a busca da universalização de programas básicos de cidadania e o incremento da participação social (Brasil, 2008, p. 16).

As principais ações previstas pelo Ministério da Saúde são o incremento da estratégia Saúde da Família, tendo no agente comunitário de saúde um profissional da maior importância para o contato com a população e a execução de ações de promoção e prevenção, a atenção à saúde bucal e a ampliação do acesso da população a medicamentos essenciais. Na área de educação, o Ministério da Educação prevê a construção de escolas de Educação Infantil, construções de escolas do campo e a aquisição de ônibus especiais, tracionados, próprios para transporte de escolares em áreas rurais. Como na década de 1970, constata-se que o Vale do Ribeira é, no estado de São Paulo, junto com o Pontal do Paranapanema, a área de maior vulnerabilidade, o que exige do poder público programas integrados de governo para fazer face à desigualdade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ALVES, M. M. O matriarcado da saúde. In: _____. **São Paulo**: sementes da democracia. São Paulo: Nacional, 1985. p. 47-55.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Revista Brasileira Saúde da Família**, ano IX, n. 18 (abr/jun), p. 14-25, 2008.
- _____. Acordo Interministerial. Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Cultura, Ministério da Previdência e Assistência Social e Organização Panamericana de Saúde. **Projeto de Formação em Larga Escala de Nível Médio e Elementar**: do processo de aprender ao de ensinar. Brasília, 1982.
- _____. Conferência Nacional de Saúde, 5, Brasília, 1975. **Anais**. Brasília: Ministério da Saúde, 1975.
- _____. Decreto nº 78.307, de 24 de agosto de 1976. Aprova o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 25 de agosto de 1976.
- _____. Ministério da Saúde. **Recursos Humanos para serviços básicos de saúde: formação de pessoal de níveis médio e elementar pelas instituições de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Documentação, 1982.
- _____. **Plano Nacional de Desenvolvimento, 2 (1975-1979)**. Brasília, 1974.
- _____. **Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste**. Brasília, 1976. (mimeo)
- CONFERÊNCIA Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 1978. **Relatório**. Brasília: Unicef, 1979.
- DELLATORRE, M. C. C. Saúde no Vale do Ribeira. São Paulo, 1982. (mimeo)
- HOLLANDA, H. H. **Proposta de inovações no processo de capacitação de auxiliares de saúde**. Consultoria ao Banco Mundial, 1979. (mimeo)
- MONTEIRO, C. A. **Epidemiologia da desnutrição proteico-calórica em núcleos rurais do Vale do Ribeira**. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1977.
- MULLER G. **Estado, estrutura agrária e população**: ensaio sobre estagnação e incorporação regional. Petrópolis: Vozes, 1980. (Cadernos Cebrap, 32).
- ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud. **Salud para todos en el año 2000**: plan de acción para la instrumentación de las estrategias regionales. Washington, D.C., 1982 (OPAS – Doc. Oficial, 179).
- PEROSA, E. P. **Questão possessória no Vale do Ribeira, São Paulo**: conflito, permanência e transformação. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.

- REA, M. F. **Aleitamento materno em núcleos rurais do Vale do Ribeira, São Paulo.** Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1981.
- SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Projeto de expansão de serviços básicos de saúde e saneamento em área rural do Vale do Ribeira.** São Paulo, 1981. (mimeo)
- _____. **Vale do Ribeira:** pesquisas sociológicas. Convênio USP (Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas – Cadeira de Sociologia II) e Secretaria de Serviços e Obras Públicas. Org. Queirós MIP, 1969.
- SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. **Agente comunitário de saúde:** o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- _____. **Assistência primária de saúde:** o agente de saúde do Vale do Ribeira. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1984.
- _____, Mendes-Gonçalves, R. B.; Goldbaum, M. **Atenção primária à saúde:** avaliação da experiência do Vale do Ribeira. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Série Estudos e Projetos: 1986(2), 173 p.
- TURAZZI, M. C. **A especialização em saúde da família e a pedagogia crítica.** Dissertação (Mestrado) – Secretaria de Estado da Saúde, Coordenadoria do Controle de Doenças, São Paulo, 2007.
- VILANOVA, M. C.; VIANA, S. K.; PATUCCI, R. M. J. **Avaliação dos PAR – Postos de Atendimento Rural** – Integrantes do Projeto de Expansão dos Serviços Básicos de Saúde e Saneamento em Área Rural do Vale do Ribeira. São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Escritório Regional de Saúde – ERSA 49, 1992. (mimeo)

"ÁGUA TAMBÉM É QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA": GERALDO HORÁCIO DE PAULA SOUZA E O DEBATE SOBRE O ABASTECIMENTO DA CIDADE DE SÃO PAULO: PROPOSTAS PARA A SUPERAÇÃO DA CRISE, 1913-1925

Cristina de Campos¹
Maria Lucia Caira Gitahy²

Adinha ficava triste quando percebia que seu pai tinha ido buscá-la em sua aula de natação. Sua presença significava que, em breve, as aulas poderiam ser interrompidas. De dentro da piscina, ela o observava abrir o paletó e lhe entregar alguns tubos de ensaio. Um pouco constrangida, a garota recolhia algumas amostras de água da piscina, que seriam levadas aos laboratórios do Instituto de Higiene. Passados alguns dias e com o resultado insatisfatório dos laboratórios, vinha o inevitável cancelamento das aulas, com direito a uma visita do diretor do Instituto de Higiene ao presidente do Clube Atlético Paulistano para comunicar que as piscinas estavam impróprias para o banho e a prática de esportes. O dr. Paula Souza gentilmente solicitava ao diretor o cancelamento de seu título do clube, dizendo que somente iria reativá-lo quando a qualidade das águas fosse restabelecida. Depois de todo o alvoroço e restituída a boa condição da água das piscinas, Adinha poderia, finalmente, retornar às suas aulas de natação³.

A memória acima relatada, entre as lembranças pessoais de dona Ada Celina sobre seu pai, o médico sanitariano Geraldo Horácio de Paula Souza, é reveladora de como a água, como questão relativa à Saúde Pública, foi um tema perseguido



Ilustração 1. Geraldo Horácio de Paula Souza, no Instituto de Higiene de São Paulo. (FONTE: Arquivo particular Ada Celina Paula Souza Anhaia Mello).

- 1 Cientista Social pela Unesp, mestre e doutora em Arquitetura e Urbanismo pela Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo (FAU-USP), é pesquisadora convidada junto ao Departamento de Política Científica e Tecnológica do Instituto de Geociências da Unicamp (PRODOC/CAPES) e membro do grupo de pesquisas História Social do Trabalho e da Tecnologia como Fundamentos da Arquitetura e do Urbanismo (HSTTFAU) da FAUUSP.
- 2 Cientista Social (UNICAMP, 1976), mestre em História (UNICAMP, 1983) e doutora em História (University of Colorado, 1991), é Professora Associada do Departamento de História da Arquitetura e Estética do Projeto da FAU/USP e coordenadora do grupo de pesquisas HSTTFAU, que pertence ao LabFAU.
- 3 Esta é uma das memórias da única filha de Geraldo Horacio de Paula Souza, Ada Celina, narrada durante as numerosas visitas feitas durante as pesquisas de mestrado e doutorado, entre 1998 e 2007.

ao longo de toda a sua trajetória profissional. A preocupação com a água remontava ao tempo de estudante universitário, desdobrando-se entre a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e a Escola Politécnica de São Paulo⁴ – na qual, durante as férias escolares, cursava em caráter especial disciplinas ligadas a Química, Bacteriologia e Biologia sob a orientação de Roberto Hoottinger – o jovem tinha como objeto de estudo as águas escuras do Rio Tietê de São Paulo, produzindo dois trabalhos referentes ao tema: “Estudos biológicos sobre o Rio Tietê. Primeira comunicação. Trata-se de água preta?”, publicado no *Anuário da Escola Politécnica*, em 1912; e sua tese apresentada junto à Faculdade de Medicina, *Contribuição ao estudo da autodepuração de nossos rios, especialmente do Tietê*, de 1913. De volta a São Paulo, após a conclusão do curso de Medicina, o jovem médico continua com os trabalhos de pesquisa com Hottinger, realizando experimentos sobre a qualidade da água consumida na capital paulista. Mesmo tendo posteriormente tomado outros rumos profissionais, veremos que o tema das águas de abastecimento permanecerá presente em toda a sua trajetória⁵. Não seria inadequado aqui sugerir que os estudos sobre a água talvez tenham lhe revelado seu caminho junto à Saúde Pública. Tendo como pano de fundo a “insistente” crise do abastecimento da cidade de São Paulo nas primeiras décadas do século XX, o objetivo deste artigo é revelar os primeiros passos de uma prática médica voltada à Saúde Pública.

A CRISE DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA NA CIDADE DE SÃO PAULO NA PASSAGEM DO SÉCULO XIX AO XX

A falta de água na capital paulista tornou-se um problema constante das autoridades locais nas últimas décadas do século XIX, quando o sucesso da economia cafeeira transforma definitivamente a pacata cidade, antes referenciada como “burgo de estudantes”. O novo sistema ferroviário, o aumento da população urbana e a diversificação do comércio e de outros serviços, possibilitada pelas divisas geradas com as exportações, impulsionaram as reformas urbanas em São Paulo a partir da década de 1860. Tais reformas tinham como objetivo substituir as antigas estruturas coloniais dotando a cidade de uma infra-estrutura moderna e que permitisse o seu rápido crescimento econômico.

Neste contexto, um novo sistema de abastecimento, capaz de fornecer um volume maior de água, passou a ser de vital importância para a capital paulista. As águas captadas nas cercanias da cidade, utilizadas

4 O diretor da Escola Politécnica de São Paulo era o pai de Geraldo Horácio, o engenheiro Antonio Francisco de Paula Souza.

5 A trajetória de Geraldo Horácio de Paula Souza junto aos serviços públicos de Saúde Pública foi amplamente discutida em diversos trabalhos acadêmicos, dos quais destacamos: FARIA (2007); ROCHA (2003); RODRIGUES; VASCONCELLOS (2007); CAMPOS (2002).

para abastecer seus chafarizes, já se mostravam insuficientes na década de 1860, levando as autoridades locais a apoiarem estudos voltados à busca de novas águas para garantir o abastecimento público. Estudos preliminares, dos quais destacamos o realizado pelo engenheiro inglês James Brunlees⁶, apontavam que os mananciais distantes da cidade, localizados na Serra da Cantareira, eram os mais indicados ao abastecimento pela excelente qualidade de suas águas, longe da poluição dominante entre os córregos que forneciam água para São Paulo. O projeto, contudo, somente se concretizou em 1877, quando o governo provincial contratou a empresa Cantareira & Esgotos para construir e explorar comercialmente tanto as águas canalizadas da serra como um novo sistema de esgotos, uma vez que o volume de água distribuído era insuficiente ao abastecimento urbano, principalmente nas épocas de estiagem que tanto castigaram a cidade (CAMPOS, 2005). Em mais de uma década de funcionamento, os empresários da Cantareira & Esgotos foram incapazes de cumprir o contrato com o governo provincial, permanecendo São Paulo apenas parcialmente coberta pelos sistemas de água e esgotos, o que agravou ainda mais a situação da população que dependia do fornecimento público. Para reverter este quadro, uma das primeiras medidas do governo republicano, poucos anos após ascender ao poder estadual, foi a de encampar os serviços da Cantareira, fato que se consumou formalmente em 1893. Dentro do governo estadual paulista, os antigos serviços pertencentes a esta companhia privada foram incorporados à Repartição Técnica de Águas e Esgotos (RTAE), especialmente criada para o abrigo das funções ligadas ao saneamento.

Segundo Bernardini (2007), a nova repartição passou por apurada organização administrativa, com o fito de planejar o novo abastecimento de água da capital paulista. A meta dos dirigentes da RTAE era aumentar o volume do líquido para 25 milhões de litros, valor correspondente ao crescimento populacional estimado para São Paulo nos próximos anos. Em outras palavras, os objetivos da nova repartição resumiam-se, segundo este autor, à busca de material de qualidade e empresas fornecedoras⁷ comprometidas com a entrega do material necessário para os encanamentos e a procura de novos mananciais e alternativas de abastecimento (BERNARDINI, 2007, p. 294).

Com a supervisão técnica do engenheiro José Pereira Rebouças, decidiu-se que a cidade seria garantida, em sua parte alta⁸, com a água aduzida na Serra da Cantareira, enquanto que a parte baixa beberia as águas captadas junto ao ribeiro do Ipiranga. Como resultado dessa nova estruturação, o volume total captado chegou à significativa marca de 27

6 Concomitantemente aos estudos feitos para a estrada de ferro que deveria ligar Santos a Jundiá, transpondo a Serra do Mar, o engenheiro escocês Brunlees, a pedido do governo provincial, realizou estudos para uma nova adução ao abastecimento da cidade de São Paulo, durante a década de 1860 (CAMPOS, 2005).

7 Um dos desafios da Repartição era encontrar empresas que honrassem os contratos estabelecidos com o governo, na importação e entrega do material necessário para a construção das novas linhas. É válido salientar que o setor de construção civil ainda não estava plenamente estabelecido em bases empresariais no período em questão (GITAHY; PEREIRA, 2002).

8 As “zonas altas” compreendiam as regiões da colina central, Campos Eliseos e Consolação, enquanto as “zonas baixas”, aos bairros populares do Brás e Belenzinho.

milhões de litros diários, superando assim as projeções iniciais da RTAE. Depois de décadas, a cidade de São Paulo havia superado a falta de água que a castigava havia tantos anos. Entretanto, a abundância de água distribuída provocou outros problemas. Como observa BERNARDINI (2007, p. 301), “o incremento e a melhoria do sistema de abastecimento levou à expansão e ao adensamento construtivo sem qualquer controle legal, levando o governo, em especial a RTAE, à busca de novos mananciais e de outras fontes alternativas de água”. Mesmo tomando medidas preventivas – como a construção de reservatórios e o assentamento de novas linhas para o aproveitamento das sobras dos córregos já canalizados –, as soluções implementadas pela RTAE foram insuficientes para acompanhar o acelerado processo de urbanização da cidade. Segundo o mesmo autor, a urbanização desenfreada e a irregularidade no consumo de água (pela falta de controle do uso doméstico e também pelo desperdício ao longo da própria rede) foram os fatores que desencadearam uma nova crise no setor de abastecimento de São Paulo.

Os primeiros anos da década de 1900 foram marcados por intensa movimentação do governo estadual, em especial na Secretaria da Agricultura, com vistas à superação da crise. Além dos trabalhos desenvolvidos pela RAE, a substituta da antiga RTAE⁹, o secretário da Agricultura, Carlos José de Arruda Botelho, criou em 1904 a Comissão de Obras Novas, cujo foco seria exclusivamente atacar o problema do abastecimento por meio de medidas práticas, chamando-se para a direção dos trabalhos o engenheiro Saturnino de Brito. A proposta de Brito consistia no total remanejamento das redes existentes a partir de um novo zoneamento de distribuição de água, medida que corrigiria, entre outros problemas, as perdas de água ocasionadas pela forte pressão dos encanamentos. Contudo, as ações da RAE não se restringiram apenas às propostas elaboradas pelo chefe da Comissão das Obras Novas¹⁰. Outros planos anteriormente apresentados – como o de Theodoro Sampaio e o dos sócios Ataliba Valle e Fonseca Rodrigues¹¹ – tiveram algumas de suas sugestões consideradas e implementadas pela repartição, como a utilização do manancial do Cabuçu (proposto por Sampaio) e a filtração das águas do Tietê¹² (proposta de Valle e Rodrigues), além, é claro, das correções da rede preconizadas pelo próprio Brito (BERNARDINI, 2007).

Enquanto a Secretaria da Agricultura empenhava-se para solucionar o problema, o abastecimento de São Paulo ganhava outros

9 Com a extinção da Comissão de Saneamento do Estado, foram criadas duas repartições técnicas de águas e esgotos, uma para a capital do estado e outra para as cidades do interior paulista. Em 1898, as duas repartições fundiram-se em uma única repartição, a RAE, responsável pelas obras de saneamento da capital e do interior (BERNARDINI, 2007, p. 341).

10 O engenheiro Brito permaneceu à frente da Comissão de Obras Novas até 1905, sendo então alocado para trabalhar no saneamento da cidade de Santos. Com a saída de Brito, assumiu o engenheiro Augusto de Figueiredo, que permaneceu à frente desta comissão até o ano de sua extinção, 1907.

11 Theodoro Sampaio elaborou seu plano em 1902, enquanto chefe da Repartição de Águas e Esgotos da capital. Os engenheiros Ataliba Baptista de Oliveira Valle e José Antonio da Fonseca Rodrigues eram sócios em diversas empresas prestadoras de serviços públicos de energia elétrica e de águas e esgotos. Ambos tornaram-se professores da Escola Politécnica de São Paulo. Fonseca Rodrigues era sogro de Geraldo Horácio de Paula Souza.

12 Sampaio também indicava o uso das águas filtradas do Rio Tietê.

espaços de interlocução, justamente por estarem nas mãos dos técnicos da RAE projetos que apontavam o uso das águas do rio Tietê como solução à crise. A solução do abastecimento por elevação das águas desse rio, defendida por Ataliba Valle e Fonseca Rodrigues, não deixava de ser polêmica, e ainda colocava abaixo a recomendação vigente desde as últimas décadas do século passado do uso de mananciais distantes, localizados nas cotas mais elevadas. O abastecimento por elevação chamou a atenção dos engenheiros, entretanto, foi entre os médicos que causou um debate mais acalorado, precisamente, nas reuniões da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo (TEIXEIRA, 2001). No âmbito desta Sociedade, houve uma clara cisão entre os que defendiam as abordagens tradicionais e colocavam em cheque os métodos modernos de filtragem contra os adeptos da elevação da água do rio e sua purificação pelos filtros. A discussão, promovida pela Sociedade de Medicina, se estendeu à imprensa paulistana e teve como interlocutores, segundo Teixeira (2001), nomes como Miranda Azevedo, Affonso de Azevedo, Arnaldo Vieira de Carvalho, Garcia Redondo, Clemente Ferreira, José Pereira Rebouças, Ataliba Valle e Fonseca Rodrigues.

Longe de se esgotar, o debate sobre o uso das águas “filtradas” do Tietê ainda renderia discussões entre os favoráveis e os contrários a sua utilização. O debate iniciado nos anos seguintes evidenciou que, cada vez mais, os conhecimentos científicos conquistados nas décadas anteriores – em especial os avanços da microbiologia – orientariam a prática profissional de médicos e engenheiros e constituiriam a base de sua argumentação favorável ao uso das águas filtradas. Este foi o caso do médico Geraldo Horácio de Paula Souza, um dos principais defensores do uso das águas do Rio Tietê.

A MANIFESTAÇÃO DO LABORATÓRIO DE BIOLOGIA GERAL DA ESCOLA POLITÉCNICA DE SÃO PAULO: FILTRAÇÃO, OZONIZAÇÃO E O DISPOSITIVO “PERFECTOR”

Em meio ao intenso debate gerado pela crise do abastecimento que acometia a cidade de São Paulo, a Escola Politécnica também estudava, em seus laboratórios, uma solução para o problema da falta de água. Não é possível definir ao certo quando estes estudos começaram, contudo as fontes sugerem que tenham se iniciado por volta de 1906, junto ao Laboratório de Biologia Geral, do qual fazia parte o professor suíço Roberto Hottinger (1875-1942). Outro membro do laboratório era o filho do diretor da Escola

Politécnica¹³, Geraldo Horácio de Paula Souza, que desde os tempos de graduando freqüentava esse espaço e realizava pesquisas bioquímicas sobre água. Mesmo depois de formado, Geraldo Horácio prosseguiu com as pesquisas junto a Hottinger, desta vez estudando aspectos biológicos do Rio Tietê. O estudo dos dois profissionais tinha como objetivo comprovar se estas águas poderiam ser utilizadas para o abastecimento público.

Os resultados dessa pesquisa vieram à tona em 1913, quando foram publicados, em forma de artigo, no número 45 da *Revista Politécnica*. Além de Hottinger e Geraldo Horácio, o artigo trazia uma terceira contribuição, a do também professor da Politécnica Roberto Mange¹⁴ (1886-1955), que se incumbiu do projeto do sistema operacional e maquinário empregados na elevação das águas. A publicação do artigo marca, de certa maneira, a entrada da Escola Politécnica e dos profissionais ligados às ciências biológicas no debate sobre a crise do abastecimento em São Paulo. Há que destacar também que, no debate ocorrido tanto na imprensa como na própria Sociedade de Medicina e Cirurgia, os médicos teciam críticas aos projetos apresentados, sem, no entanto, formularem um plano próprio de abastecimento para a cidade. Deste ponto de vista, o artigo dos pesquisadores da Politécnica (um veterinário, um médico e farmacêutico, e o terceiro engenheiro mecânico) não se limitava à crítica dos projetos anteriormente apresentados, propunha uma solução à crise do abastecimento com a elevação, tratamento e distribuição das águas do rio Tietê. Para chegar aos métodos de purificação mais indicados para o Tietê, os autores realizaram estudos biológicos do rio e da composição de sua água, conhecendo-a a fundo.

Logo na introdução, os autores explicam que a intenção do estudo era o aproveitamento daquelas águas para abastecimento público. Com tal intento, os pesquisadores realizam um amplo estudo dos métodos existentes para a depuração de águas, uma vez que as águas do Tietê *in natura* estavam longe de ser potáveis. Acreditavam que, após tratamento adequado, estas águas se enquadrariam dentro das exigências de saúde e higiene – uma água de qualidade superior a da Cantareira – o que as tornariam próprias ao consumo humano. Imbuídos pelo sucesso alcançado no laboratório com a purificação da água do Tietê, os autores questionavam a insistência de se ir buscar água em um rio afastado (em referência aos projetos de captação do Ribeirão Cotia, debatidos no período em tela), não tão volumoso e que, pela sua distância, dificultaria os trabalhos de fiscalização. Então, qual a

13 Roberto Mange era suíço, formado em Engenharia Mecânica pelo ETH de Zurique. Foi trazido ao Brasil por Antonio Francisco de Paula Souza, para assumir a Cadeira de Máquinas e Desenho de Máquinas da Escola Politécnica. “De sua estreita vinculação ao ensino profissional resultou a implantação de vários cursos pioneiros de aprendizagem industrial, entre os quais a Escola Profissional Mecânica (1924), criada junto ao Liceu de Artes e Ofícios, culminando com a criação do Senai (1943), visando atender à formação de mão-de-obra técnica especializada no campo da mecânica e eletricidade” (SANTOS, 1985, p. 174, GITAHY, 1986, p.51-58).

14 Os autores pedem cuidado com o uso de filtros, por serem estes pouco confiáveis. Sobre o uso dos filtros domésticos, ver o interessante trabalho de Bellingieri (2004). Poucos anos depois, Hottinger desenvolveu um filtro de uso doméstico que consistia no revestimento de prata coloidal na parte interna dos filtros cerâmicos, que, além de retirar partículas existentes na água, também a esterilizava. Este processo logo se transformou em um filtro doméstico comercializado como Filtro Salus (BELLINGIERI, 2004, p. 186; CAMPOS, 2002).

garantia de pureza e não-contaminação daquelas águas que as autoridades públicas poderiam assegurar à população? O artigo tinha como objetivo demonstrar que a cidade tinha condições de obter água potável bem perto e com despesas inferiores ao custo de uma captação em local mais afastado.

Antes de apresentarem sua proposta, os autores faziam minuciosa revisão das propostas anteriormente apresentadas para solucionar o problema do abastecimento, atendo-se também às críticas dirigidas às mesmas. Propostas, críticas e polêmicas, enfim, todas essas opiniões foram comentadas pelos autores, que se basearam nos resultados obtidos durante sua pesquisa. Assim, são contemplados os pareceres emitidos pelos membros da Sociedade de Medicina e Cirurgia e também o livro *Estudos preliminares para o reforço do abastecimento em São Paulo*, escrito pelo diretor da RAE Arthur Motta (1911), obra que discute os diferentes projetos apresentados para o abastecimento de São Paulo. Conhecendo toda esta polêmica, os autores decidiram fazer algumas objeções às principais formas de captação sugeridas, verificando se cada um desses meios de obtenção garante a pureza e qualidade do líquido distribuído para consumo da população. Esta preocupação de fundo epidemiológico, presente no raciocínio dos autores, justifica-se por ser a água um dos principais agentes de propagação de doenças. A linha de argumentação seguida pelos autores, neste artigo de 1913, buscava comprovar a teoria da transmissão hídrica de doenças responsáveis por grandes surtos epidêmicos como tifo e cólera. Sendo a água um dos principais meios de transmissão destas e de outras doenças do trato gastrointestinal, os autores demonstravam a veracidade desta hipótese, baseando-se nas afirmações de cientistas internacionais em uma vasta bibliografia. Tais preocupações, sob o ponto de vista epidemiológico, descortinavam o interesse dos autores em chamar a atenção das autoridades responsáveis pelo abastecimento público para a necessidade do tratamento prévio, independentemente da forma de captação e da pureza da água.

Em São Paulo, o provimento de água foi sugerido, segundo os autores, em três possibilidades: 1) captação de nascentes; 2) uso de ribeirões distantes da cidade, em altura superior; e 3) aproveitamento do Rio Tietê. A captação de nascentes ou captação subterrânea não era considerada pelos autores como forma ideal de abastecimento, pela desvantagem grande que “consiste na pouca certeza de persistirem as condições boas” (HOTTINGER; PAULA SOUZA; MANGE, 1913, 107página107), pois não há como garantir sempre a mesma qualidade em caso de epidemia ou de infecção do território da bacia hidrográfica. Contudo, para o caso paulistano as chances de contaminação eram pequenas, devido à pouca permeabilidade do solo. Esta baixa permeabilidade garantia filtração lenta e revelava água de excelente qualidade presente em poços e minas. Por outro lado, as nascentes ao redor da cidade eram, segundo os autores, de baixa produtibilidade, com um volume insuficiente para o abastecimento. No tocante ao tratamento prévio, esta forma de captação, por ser subterrânea, não permitia a realização da purificação, pois o encanamento era feito direto da fonte para o abastecimento público. Para esses casos, recomendava-se que o processo de esterilização fosse feito pelo próprio consumidor com

o uso de filtros, fervura da água ou ozonização (HOTTINGER; PAULA SOUZA; MANGE, 1913, p. 107)¹⁵.

O segundo tipo de captação considerado pelos autores foi o de ribeirões¹⁶. Consideradas águas superficiais, sua qualidade depende das condições da superfície. As águas de ribeiros escolhidas ao abastecimento, reconheciam os autores, situam-se em zonas pouco povoadas e cobertas de matas virgens, possuindo certa quantidade de substâncias orgânicas. Estas águas são consideradas boas, mas como garantir a sua pureza? Para os autores, não haveria como garantir águas livres de contaminação, uma vez que as chuvas carregam toda a superfície da área da bacia para o ribeirão, não podendo nem mesmo a filtração natural oferecer garantias quanto a sua qualidade. Geralmente, são captadas *in natura*, sem um pré-tratamento antes da distribuição. Contudo, podem ser tratadas antes de entrarem no sistema. Como medidas preventivas para a manutenção de sua qualidade, indicavam a fiscalização rigorosa e a proibição da entrada pública nas áreas de captação, medidas praticamente impossíveis. Na impossibilidade de fiscalização confiável e por serem captadas sem tratamento, as águas de ribeirões foram classificadas como perigosas ao consumo pelos autores.

Na terceira forma de captação, o aproveitamento de rios, os autores explicavam que, desde os tempos mais remotos, as margens de rios eram utilizadas para o estabelecimento de assentamentos humanos, e suas águas comumente usadas para consumo. Nos últimos séculos, com o aumento populacional característico da era industrial, muitas das cidades que se serviam de rios urbanos para abastecimento foram atingidas por doenças, salientando a intimidade entre a água de alimentação e a moléstia como causadora das epidemias. Cientes do perigo a que estavam expostas, muitas cidades buscaram outras formas de abastecimento, entretanto, em alguns casos quando tais recursos não eram facilmente encontrados em suas proximidades, as autoridades responsáveis partiam para a depuração dos rios, com a instalação de filtros em grande escala, obras de custo elevado que nem sempre eram eficientes na proteção de agentes patogênicos. Para remediar as falhas do sistema de purificação foram desenvolvidos, com o auxílio da ciência e da técnica, dois processos capazes de purificar as águas de rios, usados como complementação do saneamento após a passagem pelos filtros. Os assim chamados esterilizadores possuíam uma ação eficaz contra os germes causadores do tifo e cólera, desde que em água clara e livre de substâncias orgânicas (HOTTINGER; PAULA SOUZA; MANGE, 1913, p. 114-116).

15 Os autores reforçam a diferença entre a captação de nascentes e a de ribeirões. A captação de nascentes, feita no subterrâneo, retira a água do solo sem a exposição ao ar atmosférico. A água captada nos ribeirões, pelo contrário, encontra-se na superfície e daí segue para a captação. Águas de nascentes captadas em sua saída do solo são consideradas pelos autores como água de superfície, portanto, em condições iguais a dos ribeirões.

16 Os autores reforçam a diferença entre a captação de nascentes e a de ribeirões. A captação de nascentes, feita no subterrâneo, retira a água do solo sem a exposição ao ar atmosférico. A água captada nos ribeirões, pelo contrário, encontra-se na superfície e daí segue para a captação. Águas de nascentes captadas em sua saída do solo são consideradas pelos autores como água de superfície, portanto, em condições iguais a dos ribeirões.

Dois métodos de esterilização das águas em particular despertaram a atenção dos pesquisadores, o de ozonização e o de uso de raios ultravioleta¹⁷, processos que poderiam aplicar-se aos objetivos pretendidos junto às águas do Tietê. Entre os dois métodos, concluem que o da ozonização era preferível pela durabilidade e baixo custo dos aparelhos, pois as luzes ultravioleta ainda proporcionavam desvantagens e altos custos de manutenção. Aplicada à água do Tietê, a ozonização efetuava com sucesso a esterilização, mas não retirava o gosto da água que persistia mesmo depois de todo o processo. É nesse momento que Hottinger, Paula Souza e Mange revelam o trunfo de sua proposta: no artigo, os autores afirmam ter melhorado o processo de esterilização pelo ozônio com a introdução de um dispositivo, o Perfector, aparelho que permitia – mesmo em águas em condições piores – a obtenção de água pura e insípida. Tal aparelho, um invento de Hottinger, havia sido desenvolvido nas dependências da Escola Politécnica com a finalidade de utilização no saneamento das águas do Rio Tietê (HOTTINGER; PAULA SOUZA; MANGE, 1913, p. 119).

Depois da apresentação do Perfector, os autores descreviam, passo a passo, seus experimentos na elaboração de um processo de purificação das águas do Tietê para o abastecimento da cidade de São Paulo. As primeiras experiências começavam pela filtração das águas, pela simples filtração e pela filtração natural, por intermédio da abertura de poços próximos ao rio. Ambos os processos foram abandonados por não alcançarem os objetivos esperados. Assim, decidiu-se pelo uso de agentes coaguladores, à base de cal e sulfato de alumínio. O efeito desse precipitado em uma água calcárea produz “uma leve floconização no líquido” que se aglomera (coagula) e fica depositada no fundo do recipiente. Este processo permitia, além da eliminação das impurezas, uma diminuição considerável dos germes presentes na água (HOTTINGER; PAULA SOUZA; MANGE, 1913, p. 121-122).

Com a introdução deste processo, os autores definem o caminho que a água elevada do Rio Tietê deveria seguir para ser completamente limpa. Primeiro, cal e sulfato de alumínio seriam misturados na água, que segue para um tanque de decantação, permanecendo de três a cinco horas. As paredes do tanque, segundo os autores, permitiriam que a água passasse para a próxima etapa, retendo a maior parte dos coágulos. Depois, a água iria para os filtros rápidos (de areia com instalação automática de lavagem), recomendando-se o uso dos filtros Bollman e

17 Ainda hoje, estes dois processos são amplamente utilizados para o tratamento de água. “O ozônio é um gás oxidante extremamente potente, reativo e instável. Estas características permitem tratar a água – oxidação, precipitação e sanitização – sem nenhum resíduo de ozônio após sua aplicação. Além disso, possibilita outras aplicações visando o meio ambiente: redução dos metais às suas formas insolúveis (normalização), quebra da cadeia dos hidrocarbonetos (dissociação) e solidificação dos compostos orgânicos dissolvidos, causando sua coagulação e precipitação (mineralização).” Fonte: Linde Gas. Disponível em: <http://www.linde-gas.com.br/international/web/ig/br/likeigbr.nsf/docbyalias/popup_pceuv_o3>. Acesso em: 15 ago. 2008. No processo com os raios ultravioleta (como são hoje conhecidos), “A radiação ultravioleta (UV) é gerada também *in loco* por descarga elétrica através de lâmpadas de vapor de mercúrio. Esta radiação natural, parte do espectro não visível dos raios do sol em torno de 220 nm (comprimento de onda), penetra no corpo dos microorganismos, altera seu código genético e impossibilita a reprodução. Há hoje cerca de 60.000 equipamentos de UV instalados, tratando água no mundo, o primeiro foi instalado em 1901 na Cidade de Marselha - França, mas seu uso só se incrementou a partir de 1955, quando se descobriram os Trihalometanos. Aparelhos domésticos de UV na Europa e EUA se tornaram populares.” Fonte: Abraqua. Disponível em: <<http://www.abraqua.org.br/artigo/0024-luz-ultra-violeta-%E2%80%93-tratamento-de-%C3%A1gua>>. Acesso em: 15 ago. 2008.

Jewell. A água sairia dos filtros purificada das suspensões, materiais orgânicos e alguns germes, permanecendo, contudo, o gosto desagradável do lodo, e fazendo-se necessária a esterilização. O ozônio, por sua vez, completaria a purificação da água, mas também não eliminaria o gosto, tornando a água ainda imprópria para o consumo. Por fim, seria necessário o uso do dispositivo Perfector. O dispositivo eliminaria as substâncias aromáticas, eliminadas pelas indústrias e cumpria-se a outra importante tarefa necessária nos processo com ozônio, que é a decomposição do mesmo. Finalizado todo esse processo as águas do Tietê estariam prontas para serem distribuídas ao abastecimento público. Tal processo, aconselhado para São Paulo, poderia ser aplicado, na visão dos autores, a outras cidades que estivessem em condições semelhantes à capital paulista.

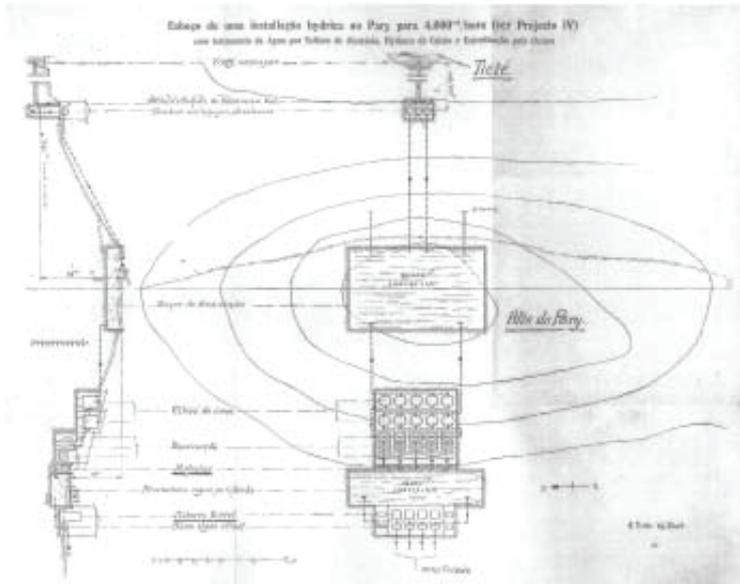
Desta forma, os autores comprovaram e recomendaram o aproveitamento das águas do Rio Tietê. Como última recomendação, os autores advertiam que a estação de elevação das águas não deveria ser instalada no Morro da Penha, como o projeto anterior de uso do Tietê apregoava (referindo-se, talvez, ao projeto de Rebouças). A usina deveria ser instalada no Alto do Pari, a 500 metros da margem do Tietê, elevando-se a uma altura de 12 metros do nível mais alto do rio.

Quadro 1 – Comparativo entre os projetos de captação pelo Rio Tietê e pelo Rio Cotia. Valores em contos de réis.

Abastecimento de São Paulo		
	Pelo Rio Tietê	Pelo Rio Cotia
Purificação da água (pelo processo indicado)	Água torna-se de primeira qualidade 1º Bacteriologicamente: Isento permanentemente de germes do tipo intestinal (coli, tifo, etc.) 2º Potabilidade: Livre de cor, cheiro e gosto	Não está prevista Não está garantida Duvidosa
Proteção da captação	Não se torna necessária	Difícilmente praticável e de resultado duvidoso
Condução da água	Água na cidade	Cerca de 35 quilômetros de tubos, em parte de alta pressão.
Instalação	Usina hídrica moderna, centralizada, na cidade	Barragens, <i>degrossisseurs</i>
Custeio	Para 4 mil m ³ /hora 1º capital a empregar: 3.400.000\$ [esclarecer que unidades estão sendo usadas] 2º despesa anual: Aprox. 856.000\$ 3º preço por 1 m ³ /ano: 24,5 rs [esclarecer que unidades estão sendo usadas]	Para 3.330 m ³ /hora 1º capital a empregar: Mais de 16.000.000\$ 2º despesa anual: Aprox. 1.400.000\$ 3º preço por 1 m ³ /ano: Mais de 48 rs
Prazo para construção (até o fornecimento de água)	Aprox. 10 meses	Aprox. 2 anos
Água potável	Purificada e garantida: a 24,5 rs por m ³ /ano	Duvidosa: a 48 rs por m ³ /ano

Fonte: HOTTINGER; PAULA SOUZA; MANGE, (1913, p. 191-192).

Ilustração 2 – Perfil e planta das instalações da usina elevatória no Alto do Pari



Fonte: HOTTINGER; PAULA SOUZA; MANGE (1913).

A proposta de Hottinger, Geraldo Horácio de Paula Souza e Mange teve pouca repercussão, cabendo-lhe apenas uma crítica, feita durante sessão da Sociedade de Medicina, em 1913, por José Pereira Barreto¹⁸. Esta crítica, no entanto, chegou até Geraldo Horácio apenas anos depois, não se sabem os motivos, o que nos leva a imaginar que esta proposta para a elevação e purificação das águas do Rio Tietê tivera pouco impacto na sociedade paulistana da época. Quando tomou conhecimento da crítica de Barreto, em 1916, Geraldo Horácio fez questão de respondê-la¹⁹, mesmo tendo passado tanto tempo. Assim como as demais críticas feitas a projetos semelhantes, a análise de Barreto condenava o uso das águas do Tietê e o suposto processo de purificação daquelas águas: “[...] a higiene de fato revolta-se em admitir que a população de uma cidade venha a ser, normalmente, abastecida por águas impuras, como [são] as do Tietê, servindo de esgotos [...], águas poluídas [...] sob color de que essas águas sofrem um processo purificador qualquer” (PAULA SOUZA, 1916, p. I). As palavras deixam claro que Barreto desdenhava da eficácia de todo o processo indicado pelos autores do artigo de 1913, chegando a afirmar que as águas de esgotos destiladas seriam superiores as do Tietê, purificadas pelo sulfato de alumínio/cal/

18 Não sabemos se José Pereira Barreto tinha algum parentesco com o médico positivista Luis Pereira Barreto (1840-1823). Este último foi um dos que se pronunciaram favoravelmente ao uso das águas purificadas do Rio Tietê, assim como os médicos Arnaldo Vieira de Carvalho e Emílio Ribas (PAULA SOUZA, 1936).

19 Esta resposta é um manuscrito que encontramos nos documentos do Arquivo da Faculdade de Saúde Pública (FSP/USP). Não sabemos se ele chegou a ser publicado.

ozônio. Para Barreto, as águas ideais para o abastecimento seriam as que se encontram em cotas elevadas e distantes dos centros urbanos. Em sua argumentação, a água do Tietê serviria para abastecimento público se fosse captada junto a sua nascente, na Serra do Mar.

Em sua resposta, Geraldo Horácio reafirma a seriedade dos estudos e dos processos realizados em parceria com Hottinger, apesar de já haverem sido superados, pois, em 1916, existiam outros procedimentos mais eficientes para o tratamento de água, como o uso do cloro e do próprio ozônio. Mesmo assim, ressaltou o médico, até a publicação daquela proposta, em 1913, não havia sido apresentado um processo de purificação que chegasse aos resultados obtidos nos laboratórios da Escola Politécnica, de eliminação quase total dos germes existentes na água e impedindo a passagem dos micróbios do tipo intestinal (PAULA SOUZA, 1916, p. VII). Para validar tais processos de purificação, Geraldo Horácio recorre à citação de autores estrangeiros, relata a aceitação cada vez maior da ozonização em vários países do mundo, bem como sua eficácia.

Sobre as águas de ribeirões distantes, Geraldo Horácio praticamente mantém a mesma argumentação de 1913, afirmando que o uso de tais ribeirões em bacias expropriadas e fiscalizadas não estão seguros da contaminação de agentes externos. Mais do que rebater as críticas de Barreto, o artigo do médico volta-se duramente contra a RAE, que até a presente data ainda não tratava as águas distribuídas em São Paulo, independente da forma de captação. E revela que a proposta de purificação das águas de 1913, chegou até os dirigentes da RAE e foi recusada, por “eliminar apenas 99% dos germes contidos na água a purificar” (PAULA SOUZA, 1936, p. VII). Para Geraldo Horácio, se tal processo fosse implantado naquela época, mesmo estando em 1916 ultrapassado por outros mais seguros e baratos, a população de São Paulo não necessitaria ferver a água que consumia nem passaria pela experiência de 1914, quando os bairros do Brás e Belenzinho foram duramente castigados pela febre tifóide depois de abastecidos com águas do Tietê, parcialmente filtradas por galerias filtrantes. Segundo o médico, tal episódio comprovou a transmissão hídrica das moléstias para a cidade de São Paulo.

A CRISE DE 1924: O SERVIÇO SANITÁRIO SE MANIFESTA

Em 1916, quando escreveu a resposta a José Pereira Barreto, Geraldo Horácio ocupava a posição de professor assistente da Cadeira de Química²⁰, junto à Faculdade de Medicina de São Paulo, desde 1914.

20 Segundo Candeias (1984, p. 5), as cadeiras de Física e Química da Faculdade de Medicina foram instaladas junto à Escola Politécnica de São Paulo, cujo diretor na época era o pai de Geraldo Horácio, Antonio Francisco de Paula Souza.



Ilustração 3 – “Detroit (MI) – A água do lago é apenas tratada pelo cloro. Reservatório para água purificada e casa das bombas”. Imagens feita durante as visitas técnicas de Geraldo Horácio aos sistemas de abastecimento nos Estados Unidos, 1918-1920. Fonte: Arquivo Pessoal de Ada Celina Paula Souza de Anhaia Mello.

Talvez os trabalhos desenvolvidos em parceria com Hottinger tivessem valido a indicação ao cargo que lhe abriu as portas ao mundo acadêmico e certamente, o convite feito, em 1918, selou o seu destino junto à Saúde Pública. Neste ano, Arnaldo Vieira de Carvalho (1867-1920)²¹ indicou o seu nome para uma das bolsas concedidas pela Fundação Rockefeller para o curso de doutoramento em Higiene e Saúde Pública pela Universidade Johns Hopkins. Além da bolsa, Geraldo Horácio havia sido designado, neste mesmo ano, como assistente da Cadeira de Higiene, dirigida pelo cientista norte-americano Samuel Taylor Darling (1872-1925)²², outro fruto do acordo firmado entre esta fundação e o governo estadual paulista (MARINHO, 2001). A partir de então, Geraldo Horácio desenvolve, tanto no âmbito acadêmico como também na esfera das políticas públicas, toda uma trajetória profissional dedicada à Saúde Pública (CAMPOS, 2002). Tal rumo, no entanto, não desviou suas atenções do problema da água, pelo contrário, talvez pela natureza do cargo junto à Cadeira de Higiene, suas atenções quase que dobraram.

Os anos em que permaneceu nos Estados Unidos foram de extrema valia para o aprofundamento de seus estudos ligados aos processos de tratamento e purificação das águas. Naquele país, pode verificar o funcionamento de vários sistemas de abastecimento alimentados com águas de rios, em sistema similar à proposta que anos antes havia formulado para a cidade de São Paulo. Suas visitas técnicas²³ contemplaram instalações de captação e tratamento de água em cidades como New Orleans, Baltimore (Montebello Water Supply), Detroit, Memphis e Saint Louis (St. Louis Water Works), cidades que desenvolveram sistemas de abastecimento de acordo com os recursos hídricos disponíveis. A visita a Memphis, por exemplo, permitiu que os estudantes Geraldo Horácio e Francisco Borges Vieira (1893-1950) conhecessem a captação subterrânea feita por meio de poços artesianos; nas cidades de Saint Louis e Detroit visitaram a captação de águas superficiais, na primeira, das águas do Rio Mississipi e na outra, em que águas de um lago eram apenas tratadas pelo cloro. Imbuídas de um amplo conceito de saneamento, as visitas técnicas também contemplaram sistemas de tratamento de esgotos que algumas dessas cidades vinham

21 Sobre a fundação da Faculdade de Medicina de São Paulo e Arnaldo Vieira de Carvalho, ver: MOTTA (2005).

22 Sobre a trajetória profissional de Darling, ver: CHAVES-CARBALLO (2007).

23 A análise que se segue foi feita com base nas informações disponíveis no arquivo particular da senhora Ada Celina Paula Souza de Anhaia Mello.

desenvolvendo. Nestas visitas, travaram contato com diversos sistemas de tratamento, dos quais se destacam o uso de filtros percoladores²⁴ em Atlanta, dessecação da lama em Columbus e os monumentais tanques Imhoff²⁵, de Baltimore. A experiência das visitas técnicas certamente complementou os conhecimentos acumulados na literatura e, sobretudo, munuiu Geraldo Horácio de novos argumentos favoráveis ao uso das águas do Rio Tietê, e tornou ainda mais clara a importância do tratamento das águas destinadas ao abastecimento público, independente de sua natureza.

De volta ao Brasil, Geraldo Horácio assumiu suas funções junto à Cadeira de Higiene, que em 1922 se transformaria em Instituto de Higiene, do qual seria nomeado diretor. Neste mesmo ano, a conjuntura política vigente no governo estadual paulista propiciou – como ressalta Faria (2007) – a nomeação do médico como diretor do Serviço Sanitário, órgão responsável pela formulação de políticas de saúde pública do estado, além de outras competências (ALMEIDA; DANTES, 2001). Enquanto diretor deste órgão, Geraldo Horácio implantou um sistema de Saúde Pública centrado em uma nova instituição, o Centro de Saúde, unidade que além do oferecimento dos serviços básicos deveria difundir hábitos salutarres por meio de um abrangente programa de educação sanitária (CAMPOS, 2002; CASTRO-SANTOS; FARIA, 2002).

Com o lançamento das novas diretrizes das políticas de Saúde Pública, em 1925, mais

Ilustração 4, 5 e 6 – A seqüência de imagens mostra um poço (abaixo) contaminado pelo esgoto, na cidade de São Paulo. As imagens datam de 1925. Fonte: Arquivo Ada Celina Paula Souza de Anhaia Mello.



- 24 “Os filtros percoladores constituem um processo de tratamento de esgotos simples de construir e operar. São reatores aeróbicos preenchidos com material de alta permeabilidade. Esse material constitui um meio suporte sobre o qual se desenvolve uma película de microrganismos, o chamado biofilme, responsável pela depuração dos esgotos.” (BIANCHETTI, 2002)
- 25 Os tanques Imhoff são os assim denominados em honra a Karl Imhoff (1876-1965), engenheiro alemão especializado em águas, que concebeu um tipo de tanque possuem a dupla função de recepção e processamento - para águas residuais. Podem se ver tanques Imhoff em muitas formas, retangulares e até circulares, mas sempre dispõem de uma câmara ou câmaras superiores pelas quais passam as águas negras durante o período de sedimentação, além de outra câmara inferior, na qual a matéria recebida por gravidade permanece em condições tranquilas para sua digestão anaeróbica. Fonte: Tanques Imhoff – Wikipedia. Disponível em: <http://es.wikipedia.org/wiki/Tanques_Imhoff>. Acesso em: 15 set. 2008.

conhecidas como a Reforma Paula Souza (RIBEIRO, 1993), novamente discutiram-se alternativas para o reforço do abastecimento da cidade de São Paulo. Esta, outra vez, estava em situação de emergência devido à impossibilidade do volume de água acompanhar o rápido processo de crescimento e urbanização da cidade. Para a resolução do problema, resgatou-se uma antiga proposta apresentada ao governo em 1906, que consistia na adução de águas distantes da capital. Estes estudos, realizados pelo engenheiro Euclides da Cunha (1866-1909), que mais tarde notabilizou-se como escritor, propunham o uso das cabeceiras do Rio Tietê, na bacia do Rio Claro²⁶, com a possibilidade de adução de 60 milhões de litros em 24 horas. Na iminência de outra crise, em 1924 a Secretaria da Agricultura retomou o projeto de Cunha e criou, em 1926, a Comissão de Obras Novas da Capital, cujo objetivo era realizar os estudos e organizar os planos necessários para a execução do novo sistema de abastecimento para São Paulo. Para chefiar a comissão foi nomeado o engenheiro Henrique de Novaes (1884-1950), o mesmo que em 1912 havia defendido publicamente o uso daquelas águas para o abastecimento paulistano (BERNARDINI, 2007, p. 372-374).

Antes da crise de 1924, a questão das águas e esgotos da capital paulista foi destacada no primeiro relatório oficial do diretor do Serviço Sanitário, em 1922. Neste relatório, o diretor pergunta por que um serviço de ordem direta de Saúde Pública – a gestão de águas e esgotos executada pela RAE – não estava subordinado nem ao Serviço Sanitário nem à Secretaria do Interior, repartição responsável pelos serviços relativos à saúde. Para ele, a RAE, subordinada à Secretaria da Agricultura, conduzia mal seus serviços, desconsiderando os reclamos da Saúde Pública, orientação equivocada que inevitavelmente abatia-se sobre a capital. Segundo Geraldo Horácio,

Há descaso de comzeinhas noções de higiene, como se observa no inqualificável lançamento de esgotos em plenas várzeas, como por exemplo, na Barra Funda, que, sujeita a inundações, constitui ameaça gravíssima para a vizinhança, cujas habitações são, em época de enchente, invadidas pelas águas que carregam todas as imundices da rede de esgotos. Essa imperfeição inescusável do serviço e a falta de retificação do rio Tietê ainda respondem pela praga dos mosquitos nesta capital. (PAULA SOUZA, 1936, p. 123)

Para este médico, era necessário promover a imediata inclusão da RAE na Secretaria do Interior ou subordinar seus laboratórios ao sistema de laboratórios existentes no Serviço Sanitário. Na impossibilidade de concretização dessa transferência, salienta o sanitarista que os trabalhos de engenharia e construção a cargo da RAE deveriam estar submetidos à orientação científica da Secretaria do Interior, por serem os serviços de águas e esgotos “assunto de pura ordem sanitária”. E ainda completa: “Os

26 As bacias do Rio Claro situam-se “na origem extrema do Rio Tietê, na Serra do Mar, lado oposto de Juquiriquerê”, a 70 quilômetros da cidade de São Paulo (BERNARDINI, 2007, p. 372).



Ilustração 7 – Os reservatórios de Cotia.

Fonte: Arquivo particular Ada Celina Paula Souza de Anhaia Mello.

serviços de engenharia naquela repartição, lhe não caracterizam o fim, mas constituem apenas meio para o objetivo essencial que, reduzindo-se ao fornecimento de água higiênica e à construção de rede de esgotos salubre, é assunto inquestionável de higiene e não de pura engenharia” (PAULA SOUZA, 1936, p. 124).

Poucos anos depois, o diretor do Serviço Sanitário novamente manifestaria sua opinião sobre o problema do abastecimento da capital, cujas deficiências eram sentidas diretamente no estado sanitário paulistano. Além da precariedade que envolvia os sistemas de águas e esgotos (pela pouca quantidade e pela baixa extensão das redes), o mau funcionamento desta rede de infraestrutura levava a população da cidade a recorrer ao uso de poços e de fossas, geralmente fora dos padrões higiênicos, que acabavam por expor seus usuários ao perigo das doenças do aparelho gastrointestinal, como a febre tifóide. Para combater esta moléstia, considerada endêmica, o Serviço Sanitário implantou um sistema de vigilância e controle dos focos, entretanto, salienta Geraldo Horácio, o problema somente seria extinto quando a deficiência do abastecimento de água e a insuficiência dos esgotos fossem superadas²⁷. Enquanto tais melhoramentos não fossem construídos, de fato, o Serviço Sanitário acompanhava o agravamento da situação nas épocas de estiagem quando as águas *in natura* eram distribuídas para as partes baixas da cidade.

Como a resposta do governo à crise persistia na busca de águas em cota superior, no caso do Rio Claro, Geraldo Horácio enfatizou que o problema só seria superado, caso um conjunto de obras complementares à adução, fosse construído. No caso, as obras seriam reservatórios capazes de uniformizar a corrente, compensando a redução do volume de água durante as estações secas. Em outras palavras, alertava para o que não havia sido realizado na empreitada anterior junto às águas do Ribeirão Cotia. No seu entendimento, o acelerado ritmo de desenvolvimento em que se encontrava a cidade – e que não poderia de forma alguma ser contido – logo as águas do Rio Claro seriam insuficientes ao abastecimento de São Paulo. Por esta razão, Geraldo Horácio recomendava como solução imediata o uso das águas purificadas do Tietê e do Pinheiros para abastecer a parte baixa da cidade nos tempos secos. Sem qualquer menção à proposta de 1913, o médico ressaltava o baixo custo das obras de elevação e purificação, permitindo acudir de imediato o problema, liberando assim a RAE para se ocupar de tarefas como a adução de águas longínquas, a extensão da rede

²⁷ Estas medidas foram apontadas também por alguns secretários da pasta do Interior, anteriormente às observações de Geraldo Horácio (BERNARDINI, 2007, p. 244).

de esgotos e, não menos importante, começar a pensar na indispensável medida sanitária de tratamento dos resíduos antes de lançá-los novamente no Tietê, uma vez que aquele mesmo rio serviria ao abastecimento de outras localidades (PAULA SOUZA, 1936, p. 113).

Sua solução emergencial para a crise, assim como no trabalho de 1913, tomava como exemplo cidades populosas da Europa e Estados Unidos que se serviam do mesmo sistema, além das opiniões emitidas por autoridades sanitárias que anos antes haviam apontado o uso das águas purificadas do Tietê: Rebouças, Brito, Ataliba Valle e Fonseca Rodrigues. Para complementar sua proposta, Geraldo Horácio enfatizava o emprego do cloro – uma sugestão sua que, acatada pelo Secretário da Agricultura, começava a ser aplicada em São Paulo –, que traria a garantia higiênica e águas límpidas e puras (PAULA SOUZA, 1936, p. 114). Como da outra vez, sua manifestação foi ouvida, mas recusada, preferindo o governo investir na Comissão de Obras Novas junto ao Rio Claro. Em meio às instabilidades políticas e econômicas do período, as obras foram interrompidas em 1930, e para salvar a cidade de São Paulo da falta de água, o governo tomou como medida o uso emergencial das águas poluídas da represa de Guarapiranga. Contudo, antes de serem distribuídas, estas seriam tratadas pela primeira Estação de Tratamento construída em São Paulo, no Alto da Boa Vista (BERNARDINI, 2007, p. 383).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão envolvendo a captação de novas águas para reforçar o abastecimento da cidade de São Paulo sem dúvida motivou um acalorado debate, que se prolongou por anos dentro da sociedade paulistana. Engenheiros realizavam estudos e propunham projetos. Tais projetos eram amplamente discutidos neste meio técnico e também pelos médicos. Afinal, água também era um problema de saúde e, para a distribuição pública, sua qualidade e pureza deveriam ser comprovadas. Os médicos discutiam com os engenheiros, discutiam entre si, apoiavam determinados projetos, mas foram poucos os que se aventuraram a formular projetos e propostas interdisciplinares e aplicadas, voltadas à solução do problema do abastecimento da cidade. No plano da formulação de projetos, dominado pelos engenheiros, três pesquisadores – um veterinário, um médico-farmacêutico e um engenheiro –, respaldados pela Escola Politécnica de São Paulo, decidiram entrar no debate com a apresentação de uma proposta polêmica de elevação das águas poluídas do Rio Tietê. Depois da saída de seus colaboradores, Geraldo Horácio de Paula Souza permaneceu na arena defendendo não apenas o uso destas águas, mas também que o processo de purificação e tratamento fosse extensivo às outras formas de captação, pois acreditava que, com o avanço da urbanização, o risco de contaminação das águas tornava-se cada vez maior. Sua proposta de captação das águas do

Tietê e do Pinheiros, tal como havia idealizado, não se concretizou. Porém, algumas de suas linhas permaneceram e convenceram as autoridades públicas da urgência do tratamento prévio das águas, que acabou se concretizando por meio do processo de cloração da água.

Depois do memorial de 1925 e de sua saída da direção do Serviço Sanitário, Geraldo Horácio envolveu-se com outros temas relativos à Saúde Pública, em nível internacional, como técnico em Higiene da Liga das Nações (1927-1929). No entanto, seu trabalho de pesquisa nos laboratórios do Instituto de Higiene continuou, como alguns registros fotográficos evidenciam, e os estudos com a água prosseguiram. Adinha que o diga.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M.; DANTES, M. A. M. O Serviço Sanitário de São Paulo, a Saúde Pública e a Microbiologia. In: DANTES, M. A. M. (Org.). **Espaços da Ciência no Brasil: 1800-1930**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- BELLINGIERI, J. C. Água de beber: a filtração doméstica e a difusão do filtro de água em São Paulo **Anais do Museu Paulista**. São Paulo: Museu Paulista da Universidade de São Paulo, v. 12, jun./dez. 2004.
- BERNARDINI, S. P. **Construindo infra-estruturas, planejando territórios**: a Secretaria de Agricultura, Comércio e Obras Públicas do Governo Estadual Paulista (1892-1926). 2007. Tese (Doutorado Arquitetura e Urbanismo) – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- BIANCHETTI, F. J. Filtros percoladores: opção para o saneamento básico no Brasil? O passado, contexto atual e perspectivas futuras In: **Resumos da XI Semana de Iniciação Científica**, Belo Horizonte: UFMG, 2002.
- CAMPOS, C. de. A promoção e a produção das redes de águas e esgotos na cidade de São Paulo, 1875-1892. **Anais do Museu Paulista**. São Paulo, v. 13, n. 2, jul./dez. 2005.
- _____. **São Paulo pela lente da higiene**: as propostas de Geraldo Horácio de Paula Souza para a cidade (1925-1945). São Carlos: RiMa: Fapesp, 2002.
- CANDEIAS, 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, 1984.
- CASTRO-SANTOS, L. A.; FARIA, L. R. de. Os primeiros centros de saúde nos Estados Unidos e no Brasil: um estudo comparativo. **Teoria & Pesquisa**, São Carlos, v. 40-41, p. 137-181, 2002.
- CHAVES-CARBALLO, E. **The tropical world of Samuel Taylor Darling**: parasites, pathology and philanthropy. Sussex Academic Press, 2007.

- FARIA, L. R. de. **Saúde e política: a fundação Rockefeller e seus parceiros em São Paulo.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- GITAHY, M. L. C. “Qualificação e Urbanização em São Paulo: A experiência do Liceu de Artes e Ofícios (1873-1934)” in Ribeiro, Maria Alice Rosa (org). **Trabalhadores Urbanos e Ensino Profissional.** Campinas:, Ed. UNICAMP, 1986, pp. 19-118. .
- GITAHY, M. L. C.; PEREIRA, P. C. X. **O complexo industrial da construção e a habitação econômica moderna: 1930-1964.** São Carlos: RiMa: Fapesp, 2002.
- HOTTINGER, R.; PAULA SOUZA, G. H. ; MANGE, R. O problema do abastecimento de águas de São Paulo, resolvido pela utilização do rio Tietê. **Revista Politécnica**, São Paulo, n. 45, [intervalo de páginaspp.69-197], 1913.
- MARINHO, M. G. S. M. C. **Norte-americanos no Brasil: uma história da Fundação Rockefeller na Universidade de São Paulo (1934-1952).** Campinas: Autores Associados: Universidade São Francisco; São Paulo: Fapesp, 2001.
- MOTTA, Arthur. **Estudos preliminares para o reforço do abastecimento em São Paulo.** São Paulo: [s. n.], 1911.
- MOTA, André. **Tropeços da medicina bandeirante: medicina paulista entre 1892-1920.** São Paulo: Edusp, 2005.
- PAULA SOUZA, G. H. Aspectos do problema da água de alimentação em São Paulo, em 1925. **Arquivos de Higiene e Saúde Pública**, São Paulo, n. 2, 1936.
- _____. **Contribuição ao estudo da autodepuração de nossos rios, especialmente do Tietê.** 1913. Trabalho final de conclusão de curso – Faculdade de Medicina e Cirurgia, Rio de Janeiro, 1913.
- _____. (1916). **Manuscrito sem título.** Arquivo Geraldo Horácio de Paula Souza. Originais/Trabalhos não publicados/Bibliografia. Centro de Memória da Saúde Pública (CMSP). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- .PAULA SOUZA, G.H. e HOTTINGER, R. Estudos biológicos sobre o Rio Tietê. Primeira comunicação. Trata-se de água preta? **Anuário da Escola Politécnica de São Paulo.** São Paulo: Diário Oficial, 1912. pp.167-173
- RIBEIRO, M. A. R. **História sem fim: inventário da saúde pública, São Paulo, 1880-1930.** São Paulo: Edunesp, 1993.
- ROCHA, H. H. P. **A higienização dos costumes: educação escolar e saúde no projeto do Instituto de Hygiene de São Paulo (1918-1925).** Campinas: Mercado das Letras: Fapesp, 2003.
- RODRIGUES, J.; VASCONCELLOS, M. da P. C. A guerra e as laranjas: uma palestra radiofônica sobre o valor alimentício das frutas nacionais (1940). **História, Ciências, Saúde - Manguinhos.** Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, out./dez. 2007.

- SANTOS, M. C. L. dos. **Escola Politécnica (1894-1984)**. São Paulo: Reitoria da Universidade de São Paulo/Escola Politécnica/Fundação para o Desenvolvimento Tecnológico da Engenharia, 1985.
- TEIXEIRA, L. A. **A Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo 1895-1913**. 2001. Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

A SAÚDE PÚBLICA NAS CIDADES DE RIO CLARO, SÃO CARLOS E ARARAQUARA, EM FINS DO SÉCULO XIX

Maria Alice Rosa Ribeiro¹
Marili Peres Junqueira²

INTRODUÇÃO

Este artigo tem por tema a saúde pública, as concepções e as práticas adotadas nos fins do século XIX na região que fazia parte do chamado Oeste Paulista, por onde a cultura cafeeira traçou seu roteiro de expansão, abrangendo os municípios de Rio Claro, São Carlos e Araraquara.

Nas três últimas décadas do século XIX, o café consolidou-se nessa região, denominada de “boca do sertão”: a estrada de ferro e a imigração em massa de trabalhadores europeus tornaram possível a implantação das lavouras cafeeiras em terras mais distantes do Porto de Santos.

O crescimento da população da região acompanhou a expansão da agricultura e o processo de urbanização, trazendo, também, problemas de saúde pública, doenças, epidemias, discussões sobre o saneamento, necessidade de instalação da rede de água, drenagem dos córregos e das águas das chuvas, construção da rede de esgoto e novas normas e padrões nas edificações.

As décadas finais do século XIX foram marcadas pela eclosão, no interior paulista, da epidemia de febre amarela, que estivera restrita ao litoral, mais especificamente à cidade de Santos. A partir de 1889, a febre passou a percorrer, ano após ano, as cidades do Oeste Paulista, de onde derivou seu nome de “Febres do Oeste Paulista”.

Os verões calorentos, a umidade do ar, o aumento da população e a deterioração das condições de vida propiciaram o desenvolvimento das epidemias e de outros males, como a varíola, a malária, a influenza, a tuberculose, o tracoma, entre outras.

-
- 1 Pesquisadora Colaboradora do Centro de Memória Unicamp, CMU, e Professora (aposentada) do Curso de Economia da Faculdade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista, UNESP. Doutora em Economia pelo Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP. Livredocente em Formação Econômica do Brasil, UNESP.
 - 2 Professora Adjunta do Departamento de Ciências Sociais, Faculdade de Artes, Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Federal de Uberlândia- UFU. Doutora em Sociologia pela UNESP- Campus de Araraquara-SP.

Procura-se, neste artigo, destacar os elementos gerais e específicos e as semelhanças e diferenças entre as reações que afloraram naquelas cidades durante os surtos epidêmicos de febre amarela. A escolha destas epidemias deve-se à intensidade e à freqüência com que ocorreram e aos impactos que trouxeram sobre o processo de urbanização. Reconstituiu-se a história das epidemias com base nas fontes de documentos, relatórios de inspetores sanitários, códigos de posturas municipais, jornais, almanaques e impressões de viajantes.

NOS TEMPOS DE EPIDEMIAS DE FEBRE AMARELA

Com a chegada da ferrovia às cidades de Rio Claro, em 1876, São Carlos, em 1884, e Araraquara, em 1885, e com a política de imigração subsidiada pela província/estado de São Paulo em 1884, a produção cafeeira ganhou fôlego para continuar sua expansão a terras mais longínquas do Porto de Santos e o fluxo de imigrantes tornou-se constante para estas regiões, garantindo mão-de-obra em abundância nas lavouras. Chegados a Santos, passavam pela Hospedaria dos Imigrantes, no bairro do Brás, na capital paulista, e depois seguiam para o interior, para os trabalhos nas fazendas.

Coincidindo com o maior fluxo de imigrantes, as epidemias de febre amarela tornaram-se mais freqüentes e intensas. O calor, a umidade do ar, as chuvas constantes, o aumento da população e a deterioração das condições de vida pareciam formar o caldo de cultura para o desenvolvimento das epidemias. Os imigrantes menos aclimatados eram as principais vítimas das doenças.

Em 1889, a febre amarela venceu a barreira da Serra do Mar e chegou a Campinas. Desde então, ano após ano ela eclodia em uma nova cidade do Oeste Paulista: Limeira, Rio Claro, São Carlos, Araraquara, São Simão, Ribeirão Preto.

Apesar das medidas sanitárias adotadas pela Cia. Paulista de Estrada de Ferro e pela Cia. Mogiana de Estradas de Ferro, sob orientação da Diretoria do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo – como desinfecção das bagagens dos imigrantes na estação; uso de vagões especiais para as pessoas que embarcassem nas cidades atingidas pela epidemia; transmissão telegráfica dos nomes dos indivíduos suspeitos –, a febre amarela penetrou na rota dos imigrantes para o café.

Os grandes surtos epidêmicos ocorridos em Santos em 1892, 1895, 1896 e 1897 eram o prenúncio de que, naqueles anos, surtos da febre amarela replicar-se-iam nas cidades receptoras dos trabalhadores imigrantes.

As conseqüências das epidemias sobre as cidades cafeeiras do Oeste Paulista foram imensas. Pode-se dizer que foram as responsáveis pelo movimento de reforma do espaço urbano, com o estabelecimento das primeiras iniciativas no campo da organização sanitária urbana: construção de rede de água e de esgoto, instalação do serviço de recolhimento regular do lixo, arruamento, canalização e drenagem de córregos, mudanças dos

cemitérios para locais mais distantes das zonas residenciais e comerciais das cidades, bem como a normalização das construções de casas e outros edifícios – imposição de janelas em todos os cômodos, inclusive na cozinha, altura mínima entre o chão e o teto, obrigatoriedade de porão em determinados terrenos úmidos e eliminação das alcovas. A ação das autoridades estaduais nos surtos epidêmicos era uma imposição legal nos casos que ocorressem. O Serviço Sanitário do estado deslocaria inspetores sanitários e desinfetadores para combaterem a epidemia, e as autoridades municipais ficariam obrigadas a colaborar com a autoridade estadual. A perda da autonomia das autoridades municipais era uma das principais fontes de conflitos que afloraram nos tempos das epidemias. A insubordinação da autoridade municipal às determinações da Diretoria do Serviço Sanitário estimulava e potencializava novos focos de conflito entre os médicos locais, os habitantes e os inspetores sanitários em comissão na localidade.

O que se passou naqueles anos é o eixo da exposição que segue, buscando mapear as diferentes práticas, concepções e interpretações das causas do mal, até então desconhecidas.

RIO CLARO E OS CONFLITOS COM A COMISSÃO SANITÁRIA

Em São João Batista do Ribeirão Claro, como era denominada a cidade de Rio Claro, a epidemia de maior proporção ocorreu em 1892, quando o número de óbitos foi de 331 pessoas (SANTOS, 2000, p. 126). O desconhecimento da causa da febre amarela fez com que as práticas das autoridades sanitárias municipais e estaduais não fossem voltadas para um alvo específico, mas para vários, e ao mesmo tempo saneamento básico, fiscalização dos hábitos privados da população, higiene da habitação, isolamento e desinfecções faziam parte das práticas sanitárias da época. Assim, as autoridades sanitárias atuavam em todas as frentes possíveis para debelar a doença.

Um exemplo bastante estranho é o da proibição do consumo de frutas verdes e, em especial, das mais líquidas. A Câmara de Rio Claro aprovou em 1894 a proibição de venda de melancias e quaisquer frutas que pudessem prejudicar a saúde pública. Em que o consumo de melancia poderia prejudicar a saúde coletiva? Não se sabe, mas, diante de uma situação de desconhecimento das causas da febre amarela, qualquer coisa poderia ser associada ao seu surgimento. O Código de Postura Municipal reservava uma parte a questões de saúde pública. Além da obrigatoriedade da vacinação contra varíola, o de Rio Claro, de 1893, apresentava 58 itens referentes ao asseio, higiene e saúde pública, bem mais abrangente do que os 20 artigos dedicados à saúde pública constantes do Código de 1884, antes da chegada da epidemia à cidade.

No referido código, a influência dos surtos epidêmicos já se manifestava com a determinação de que todos os moradores da cidade fossem obrigados a franquear ao fiscal e à Comissão Sanitária a entrada em seus quintais, para verificação da presença de águas estagnadas ou outra coisa nociva à saúde pública, como chiqueiros e formigueiros. O cidadão que não franqueasse a entrada do fiscal era multado (SANTOS, 2000, p. 128). Uma das razões para que os agentes das Comissões Sanitárias fiscalizassem as moradias era o elevado número de não-notificação de casos de febre amarela, ato obrigatório por lei. Os moradores não somente não comunicavam os casos como também escondiam seus parentes doentes para que não fossem removidos para o isolamento – tal prática era geral nas cidades com epidemias. Para os moradores, levar as pessoas doentes para o isolamento no hospital ou lazareto era a certeza da morte. Tal noção decorria provavelmente do fato de que somente os pacientes em estado grave ou terminal eram deslocados para o isolamento, pois, primeiramente, as pessoas eram tratadas em suas casas.

Em Rio Claro, o isolamento dos indivíduos com febre amarela era feito, como em quase todas as cidades atingidas pela epidemia, no antigo hospital para variolosos, no lazareto, que foi reformado pela Câmara.

Desta prática denota-se a concepção sobre a forma de transmissão da doença por meio do contágio, portanto, o isolamento era a medida necessária para evitar sua propagação.

O terror da epidemia e o temor do isolamento tornaram a fuga para chácaras e sítios na zona rural uma constante no comportamento dos habitantes da cidade.

Dois autoridades atuavam nas épocas dos surtos epidêmicos: a municipal, por meio da Câmara e da Intendência, e a estadual, representada pela Diretoria do Serviço Sanitário, que enviava para as localidades atingidas uma Comissão Sanitária, composta por um ou mais Inspectores Sanitários, profissionais médicos alocados no Serviço Sanitário do estado, e um grupo de desinfetadores, ligados também ao Serviço Sanitário, alocado junto ao Desinfectório Central da capital. Os conflitos entre as autoridades municipais e estaduais e entre estas e a população marcaram os períodos da epidemia.

No relatório apresentado pelo dr. Evaristo da Veiga ao Diretor Geral do Serviço Sanitário sobre os meios de defesa contra a febre amarela, em 1895, ele descreve as viagens a várias cidades do Oeste Paulista e os encontros que promoveu com as Câmaras Municipais. Nessas oportunidades, aconselhava a adoção de medidas urgentes e de caráter mais severo do que as constantes nos Códigos de Posturas. O próprio inspetor elaborou um projeto de lei para que as câmaras o aprovassem, o que ocorreu integralmente pela Câmara de Rio Claro e de outras cidades. No projeto, o inspetor propunha a criação da Inspeção de Higiene Municipal, sob responsabilidade de um profissional médico, auxiliado por fiscais em número tanto quanto necessário, em função do tamanho da população da localidade. Previa a fiscalização domiciliar; a notificação obrigatória dos casos de febre amarela e de outras doenças transmissíveis; o isolamento

dos doentes; as multas por ocultamento de doentes; a desinfecção regular das casas; e a vacinação obrigatória contra a varíola (SÃO PAULO, 1895).

Entretanto, o relacionamento amistoso entre o inspetor, dr. Evaristo da Veiga, e as autoridades municipais durou pouco tempo. Foi interrompido quando o inspetor denunciou o não-cumprimento das medidas aprovadas pela Câmara e acusou as autoridades municipais de desleixo na fiscalização. Segundo Veiga, a causa do agravamento do quadro epidêmico em Rio Claro se deveu à falta de fiscalização e ao não cumprimento de medidas de isolamento. O Inspetor denunciou também os clínicos locais por não cumprirem a notificação dos casos e pelo ocultamento de doentes, para evitar a remoção para o Lazareto, hospital destinado ao isolamento dos doentes.

Um novo foco de atrito surgiu com os cocheiros, que, insatisfeitos com a remuneração recebida pelo transporte de doentes para o isolamento e de cadáveres para o cemitério, negavam-se a manter o serviço. Este pagamento era de responsabilidade do governo do estado, já que a Intendência de Rio Claro não dispunha de recursos para cobrir tais despesas³. Sem condições de se manter à frente da Comissão Sanitária, o dr. Evaristo da Veiga pediu sua substituição.

No entanto, os desentendimentos não cessaram mesmo com o novo inspetor, dr. José Redondo. O jornal da cidade, *O Rio Claro*, fazia ferrenha campanha contra a ação do Serviço Sanitário do estado. Condenava as remoções para o Lazareto, denunciava as desinfecções e a invasão das habitações à procura de doentes. O jornal instigava a opinião pública contra as práticas do Serviço Sanitário. O ocultamento de doentes por parte dos clínicos persistia. Para descobrir os esconderijos de doentes, o inspetor sanitário em comissão colocou um “secreta” para seguir os clínicos. O “secreta” contratado, um cabo do Destacamento Policial de Rio Claro, acabou adquirindo febre amarela e falecendo. Assim, o inspetor voltou a insistir com a Câmara para que esta assumisse a fiscalização e contratasse fiscais para percorrer as casas, em busca dos doentes.

Em 1890, a população do município era de 24.584 habitantes, representando um aumento de 22% em relação a 1886; já em 1900, atingia a cifra de 38.426, ou seja, um crescimento de mais de 50% em relação a 1890. Assim, a década de 1890 registrou expressivo crescimento da população do município, fruto, em grande parte, do fluxo migratório. Os anos de 1893, 1894, 1895 e 1897 registram as maiores entradas de imigrantes: quase 2 mil por ano (DEAN, 1977, p. 155).

Rio Claro era o ponto de chegada dos trilhos da Cia. Paulista de Estrada de Ferro, vindos das cidades de São Paulo, Campinas e Limeira. A Cia. Paulista construiu na cidade uma das suas mais importantes oficinas mecânicas de reparação, consertos e manutenção de vagões e locomotivas.

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

Com o crescimento e a diversificação das atividades urbanas, a cidade tornava-se um centro de atração de imigrantes, que abandonavam os trabalhos agrícolas para se dedicarem aos ofícios urbanos, já que alguns desses já tinham profissões urbanas nos países de origem. Em 1896, as oficinas mecânicas da Paulista contavam com 250 operários. Alguns de seus mecânicos tinham que se deslocar para outras localidades, para atenderem a serviços de reparação de locomotivas. Trabalhadores das oficinas e ferroviários, operadores dos serviços de trens – maquinistas, foguistas, bilheteiros, etc. – ficavam muito expostos às epidemias que grassavam em outras localidades e eram, normalmente, suas primeiras vítimas.

Um novo conflito eclodiu, quando o Inspetor Sanitário em Comissão, por temor da propagação da moléstia, proibiu os ferroviários, que viajavam para locais epidêmicos, de transitarem pelo centro da cidade de Rio Claro. Os ferroviários e os trabalhadores das oficinas deveriam permanecer nas cercanias da estação, segregados do resto da população. Diante da proibição, os ferroviários ameaçaram entrar em greve, o que levou o Inspetor a relaxar a medida⁴.

Enfim, as epidemias roubavam a tranqüilidade da rotina das cidades do interior e os acontecimentos mudavam o dia-a-dia das pessoas. Revoltas da população contra o Inspetor Sanitário em Comissão, que exigia a aplicação do isolamento dos doentes, se sucederam naqueles anos. A mais grave ocorreu durante a epidemia de 1897, quando a população se insurgiu contra o Inspetor e a polícia teve que intervir e solicitar reforço policial do governo do estado.

Por volta de 1898, Rio Claro estava livre dos surtos epidêmicos, as autoridades do município apontavam para a ocorrência de um estado de saúde geral relativamente bom, não houve registro de casos de febre amarela. Enquanto isso, em São Carlos, uma das mais intensas epidemias grassava na cidade.

SÃO CARLOS: A QUADRILHA MANGANO E AS EXPERIÊNCIAS DO DR. SANARELLI

Com a desistência da Cia. Paulista de construir a ligação entre Rio Claro e São Carlos, um grupo de cafeicultores da região, liderados pelo Conde do Pinhal e por seu sogro, Visconde de Rio Claro, assumiu a concessão e fundou a Cia. Rio Claro de Estradas de Ferro, em 1881. Em 1884, seus trilhos chegavam a São Carlos do Pinhal e, no ano seguinte, a Araraquara. Em 1889, a Cia. Rio Claro foi adquirida por capitalistas ingleses, que fundaram a Rio Claro Railway Company (SANTOS, 2000,

4 Relatório apresentado à Diretoria Geral do Serviço Sanitário do Estado. Acerca da epidemia de Rio Claro pelo Dr. José Redondo, Inspetor Sanitário em Comissão, 1896, pp. 328-330. Relatório apresentado pelo Secretário dos Negócios do Interior e Instrução Pública de 1896. São Paulo: Typographia do Diário Oficial, 1897. Ver RIBEIRO (1993, p. 79-98).

p. 93; GRANDI, 2007, p. 82). Nos anos 1890, a rede de estradas de ferro estava plenamente constituída, interligando uma vasta região de cidades e de terras tomadas pela lavoura de café, para onde se dirigiam os imigrantes.

O ano de 1895 não foi nada bom com relação à febre amarela; ocorreram muitos casos em Santos, Campinas e Araraquara. Percebe-se que em São Carlos a epidemia atingiu apenas a zona rural, preservando a cidade ou o núcleo urbano. Nesse ano, em São Carlos, 300 imigrantes italianos vindos de Santos chegaram para os trabalhos nas lavouras de café, mas alguns já chegavam doentes. O sintoma do “vômito preto”, característico da febre amarela, foi registrado, além de outros que confirmaram a doença⁵. O grupo de italianos apenas pernitoitou em Santos, onde a epidemia grassava, e viajou em vagão especial até a estação da Fazenda Floresta, de propriedade do italiano Aurelio Civatti. Mas o pernoite em Santos já foi suficiente para adquirirem a doença. Dois dias depois, um imigrante morria, em seguida, mais dois, das cinco pessoas que adquiriram a doença. As desinfecções foram feitas nas casas das colônias da Fazenda Floresta, nos vagões e na estação. O inspetor sanitário, o médico Balthazar Vieira de Mello, diagnosticou e notificou a doença. O relato dos casos observados pelo inspetor restringiu-se à zona rural, assim, a febre amarela chegava pela primeira vez a São Carlos⁶.

Apesar de restrita a uma área do município, no final de 1895 eram anunciadas pela Intendência medidas de prevenção contra doenças epidêmicas e transmissíveis, veiculadas em um dos jornais de São Carlos, o *Ordem e Progresso*. Tais medidas diziam respeito à notificação dos casos, ao isolamento imediato dos doentes, salvo quando pudessem ser tratados em domicílio, e à desinfecção das casas dos doentes.

A relação entre a qualidade do ar e a causa da febre amarela era constante nos relatos dos inspetores e nas medidas adotados pela Diretoria do Serviço Sanitário e representava a concepção dominante nas ciências médicas das causas das doenças, denominada, então, de concepção miasmática. Esta pressupunha que as doenças se propagavam pelo ar e não pela compreensão bacteriológica da saúde e da doença, como na medicina pós-pasteuriana. Em um artigo publicitário do Colégio São Carlos, o diretor afirmava que o prédio se localizava numa parte alta da cidade, aonde o micróbio não chegara, e, apesar de não serem luxuosas as instalações, estavam em boas condições higiênicas (O SÃO CARLOS DO PINHAL, 1896b). Tal ressalva deveria provocar boa impressão nos futuros candidatos, tranquilidade nos pais e conseqüente aumento no número de matrículas, que era o objetivo do artigo.

5 A febre amarela caracteriza-se por um começo brutal, com febre de 40 graus, dores violentas nas costas e na cabeça e vômitos, podendo levar à morte. Os vômitos são, às vezes, acompanhados de sangue, daí a designação de vômito preto.

6 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, pp. 99-100. Relatório apresentado ao Sr. Dr. Presidente do Estado de S. Paulo em 30 de março de 1896 pelo Secretário dos Negócios do Interior e Instrução Pública, Alfredo Pujol. São Paulo, Typographia do Diário Oficial, 1896 (Anexos X e XI).

Em 1896, o cenário era bem diferente. A zona urbana antes preservada foi fortemente atingida, segundo o relatório do dr. Vieira de Mello. Dividido em duas partes, o relatório trata, na primeira, dos casos importados para a cidade e, na segunda, dos casos que se desenvolveram *in situ*, constituindo, de fato, a epidemia em si, que grassou por mais de três meses, de 22 de janeiro até 30 de abril de 1896. Este é o relatório mais importante e minucioso sobre a febre amarela em São Carlos, pois traz precisamente os nomes dos indivíduos acometidos pela doença, suas nacionalidades, a localização geográfica das casas com a ocorrência de casos. Além do relato dissertativo, o inspetor elaborou um mapa das casas afetadas em São Carlos, com o número de pessoas vitimadas, por domicílio⁷. A região mais afetada pela epidemia de febre amarela coincide com a região de maior concentração de residências de imigrantes, principalmente de italianos, reafirmando, assim, a relação entre imigração e epidemias.

A relação entre o poder público municipal e a Diretoria Sanitária do estado era de enfrentamento, segundo relata o inspetor sanitário em comissão, pois existia, por parte das autoridades municipais, a recusa em aceitar o diagnóstico de epidemia. Um fragmento extraído do relatório retrata a situação delicada na qual o inspetor se encontrava, no cumprimento de suas obrigações, como funcionário do Serviço Sanitário estadual:

Essa medida [serviço de higiene defensiva], dictada pelo senso pratico de quem se acostumou a ver no cumprimento de um dever a satisfação de uma conquista, longe de ser aceita pela municipalidade de São Carlos com a solicitude de que era credora, despertou naquella corporação animosidade contra o Governo e a Directoria Sanitaria, a tal ponto que o inspector sanitario foi recebido na Estação por um fiscal da Intendencia que lhe declarou serem ali desnecessarios os seus serviços, podendo regressar logo que lhe aprouvesse⁸.

A origem de todos os casos da epidemia de São Carlos, segundo o relatório, foi a contaminação ocorrida em Araraquara, de um comerciante italiano, de nome Tosi⁹. O comerciante ia frequentemente buscar mercadorias, já que eram bem mais baratas em Araraquara, pois a cidade estava quase vazia por causa da febre amarela, ninguém ia até lá ou fazia compras nela, por medo da epidemia. Tosi era proprietário de um restaurante no Largo da Estação, em São Carlos, e, por meio desse, contaminou outras pessoas que frequentavam o seu estabelecimento, de acordo com o relatório.

7 RELATORIO ao Director Geral do Serviço Sanitário sobre a epidemia da febre amarela na cidade de São Carlos do Pinhal, 1896b. In: RELATORIO apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Presidente do Estado de S. Paulo em 15 de março de 1897 pelo Secretário de Estado dos Negócios do Interior, Antonio Dino da Costa Bueno. São Paulo: Typographia do Diario Official, 1897.

8 Ibidem p. 293

9 Segundo a relação de óbitos do cemitério Nossa Senhora do Carmo de São Carlos, ocorreu um sepultamento em 22 de janeiro de 1896 de um Luiz Tosi, italiano, 21 anos, comerciante, por febre amarela. Contudo, esse não foi o primeiro sepultamento por febre amarela naquele ano, ocorreram outros. Não se tem idéia de por que Tosi foi considerado o número um pelo Relatório (1896b).

Dois médicos locais, o Dr. Gastão de Sá e o Dr. Nery Gonçalves, auxiliaram nos trabalhos de desinfecção, promovidos para que a epidemia não se alastrasse, envolvendo: limpeza dos dejetos e das peças de roupa que os doentes usavam; interdição dos seus quartos e, às vezes, do estabelecimento por inteiro, como, por exemplo, do Hotel Ramalho¹⁰, e reformas internas; limpeza com sulfato de cobre; retirada do papel de parede; caiação das paredes e pinturas de tetos e portas¹¹.

VISITAS DOMICILIARIAS

O sr. dr Nery Gonçalves, delegado Municipal de Hygiene, em visitas sanitarias, fez as seguintes intimações aos proprietarios dos predios abaixo mencionados :

Rua Sete de Setembro.—N. 48.—Ladrilhar e cair a cosinha e fazer reparos na latrina.

Rua Visconde de Inhauma. — Ns. 9, 11, 15, e 17.—Fazerem latrinas de accordo com o codigo sanitario

Encontraram-se fechados os predios ns. 1, 3, e 13.

Fonte: O SÃO CARLOS DO PINHAL (1896c).

A notificação dos prédios inspecionados e as modificações propostas para aqueles que não passaram na vistoria eram publicadas pelos jornais. Muitas notícias a este respeito e a informação sobre as multas aplicadas eram veiculadas nos jornais para o amplo conhecimento da população, não apenas para aqueles que estavam sendo fiscalizados e autuados.

Outra medida que se fez presente nos tempos de epidemia foi a proibição de lavagem de roupas nos quintais das casas, visto que isso poderia trazer prejuízo à saúde pública, segundo o próprio articulista.

10 Esse hotel foi impedido de receber hóspedes, pois um caso de febre amarela fora ali mesmo tratado. A permissão para isso foi dada, com a ressalva de não haver mais circulação de pessoas no local. Contudo, o movimento continuou normalmente, sem mesmo se alertar para o risco de contaminação e, por isso, o hotel foi fechado até o pleno restabelecimento do enfermo, a desinfecção e a reforma do prédio. Nesse hotel se hospedara o articulista do *Correio Paulistano* em dezembro de 1890, quando fez uma reportagem apologética da cidade de São Carlos.

11 A descrição da atuação dos médicos e da Comissão Sanitária em São Carlos repete as ações descritas por outros estudiosos do tema; ver: BERTOLLI FILHO (1996, p. 14); IYDA (1994, p. 39).

PORTARIA

O sr. dr. Intendente Municipal baixou hontem a seguinte portaria aos srs. fiscaes :

«Faz se necessaria a mais severa vigilancia para que não continue a lavagem de roupa nos quintaes, resultando deste facto prejuizo á saúde publica, principalmente no tempo actual em que devem ser tomadas as rigorosas medidas hygienicas.

As leis municipaes prevêem a hypothese e estabelecem multa aos infractores.

Outro sim, é manifestamente inconveniente o accumulo de cães na cidade e convem que os srs. fiscaes façam respeitar as disposições legais a respeito e applicuem as medidas por estas estatuidas.

Fonte: O SÃO CARLOS DO PINHAL (1897).

As medidas preventivas diziam respeito, principalmente, à água, à moradia e aos objetos utilizados pelos doentes, pois se acreditava serem estes os locais de contaminação e de repouso do *Germen amarelligeno*¹². *No relatório, o inspetor sanitário, como se pode constatar no trecho que segue, alertava para o fato de que a água era um dos meios importantes de propagação da epidemia, mas não era o único, pois o contágio se efetuava também pelo ar:*

Não se póde contestar o valor da agua na propagação da epidemia. Mas dahi a asseverar-se que a febre amarella só possui aquelle meio de vehiculação, é sacrificar o bom senso em proveito exclusivo do amor proprio. [...] o facto que se impõe pela observação é que a febre amarella é contagiosa, e que o contagio se effectua pelo ar, quer o germen se ache nas paredes do predio, ou no sólo em que este assenta. (RELATÓRIO, 1896b, p. 309)

Às irregularidades das paredes, à falta de piso ou a outros defeitos na construção das casas eram atribuídas as falhas na desinfecção e na hygiene. Mas esse não foi nem de longe o único problema enfrentado pelo trabalho da Comissão Sanitária. Sucederam-se enfrentamentos entre o inspetor

12 Sobre a relação entre a transmissão hídrica ou mista (ar e água), ver: TELAROLLI JÚNIOR (1996, p. 101-107). Cabe lembrar que o mosquito vetor ainda não tinha sido descoberto e aceito pela ciência, bem como as verdadeiras causas da febre amarela.

sanitário, dr. Vieira de Mello, cuja hostil recepção já foi mencionada, e os clínicos locais e com a intendência municipal.

Repete-se a reação que se observou em Rio Claro, os médicos de São Carlos emitiam notificações falsas e atestados de óbitos com causa adulterada. Em Campinas, esse fato também ocorria, com o objetivo de não alarmar a população, o que acabava por levar ao descrédito dos médicos e do próprio poder público. A população sabia de fato o que estava ocorrendo na cidade. Em Jaú (1897), o dr. Amorim liderou um motim contra a comissão sanitária chefiada por Emílio Ribas, pois este se recusava a notificar os casos de febre amarela e passou a ser alvo das multas expedidas pela comissão (LAPA, 1996, p. 269; TELAROLLI JÚNIOR, 1996, p. 161-162).

Depois de denunciar os clínicos locais por falsificação, o inspetor sanitário em comissão em São Carlos esperou ainda mais dois dias para que a Intendência Municipal se pronunciasse sobre o caso. Ao final, o inspetor declarou em seu relatório ao Diretor do Serviço Sanitário: “Como, porém, o sr. Intendente nada deliberou a respeito, incompatibilizando-me deste modo, com a corporação de que fazia parte, deliberei solicitar a minha substituição, no ofício que se segue, dirigido ao Dr. Director Geral do Serviço Sanitario (RELATÓRIO, 1897, p. 306).

Ao final do relatório, o ofício foi reproduzido, contendo os motivos do pedido de afastamento do médico dr. Vieira de Mello:

Conforme tivestes oportunidade de observar, procurei realizar ali o serviço mais completo que me permittiram as condições locais, e para cujo desempenho não trepidei arrastar com toda a odiosidade da parte da população attingida pelas medidas sanitarias tendentes a sustarem a marcha da epidemia, conseguindo circunscrevel-a numa zona que representa a quinta parte da area total da cidade (RELATÓRIO, 1896b, p. 307).

Desse trecho cabe ressaltar a reação das pessoas, descrita pelo Inspetor. A população da cidade odiava a presença do Serviço Sanitário e era contra suas medidas. Uma das piores era a retirada dos parentes enfermos das próprias casas e isolá-los. Tal procedimento era muito doloroso para as pessoas que gostariam de estar cuidando de perto dos doentes amados. Além, é claro, da interdição das casas em que ocorreram casos de febre amarela. As casas eram fechadas e as chaves, entregues à Intendência, sendo somente devolvidas após a reforma e a desinfecção. Isso não é muito agradável, obviamente, e gera desentendimento e revolta. A organização dentro da cidade foi muitas vezes invasiva para a população: uma intervenção muito aguda no espaço e na vida das pessoas em nome da saúde pública (BERTUCCI, 1997, p. 40).

Outra atitude que desagradou ao inspetor foi a restituição aleatória das chaves, sem que a necessária desinfecção, higiene e reforma tivessem sido realizadas nas casas.

A Intendencia, porém, assim não compreendeu, e foi restituindo as chaves que lhe eram solicitadas, sem sequer ocupar-se das reformas cogitadas no interdito, annullando dest'arte os meus intuitos.

[...]

Essa atitude, somada à falta de aplicação de multas, pois o Coletor de Impostos estava ausente, como observa o inspetor: “O collector, porém, como todos os demais funcionarios publicos, achava-se ausente, e a multa ficou lettra morta.”. (RELATÓRIO, 1896b, p. 307)[pendente na lista] idem

Prossegue o inspetor em seu officio de demissão: “Em vista do exposto considere-me exautorado, e sem autonomia para proseguir na tarefa que até então havia desempenhado com a maxima solicitude, mau grado os obices apontados, deliberando pedir-vos a minha substituição, per incompatibilidade com a Intendencia Municipal” (RELATÓRIO, 1896b, p. 308). [pendente na lista] idem

Um problema que se juntou ao esvaziamento da cidade de São Carlos durante a epidemia de 1896 foram os roubos e os saques¹³. Naquele município, tais eventos adquiriram dimensão maior do que ocorria em outras cidades. Foi formada uma quadrilha, a Quadrilha Mangano, que recebeu essa denominação por causa de seu líder, Francesco Mangano. Sua atuação deixava os habitantes de sobreaviso, pois a quadrilha cometia uma infinidade de delitos, desde simples furtos até assassinatos, incêndios, ameaças e terrorismo de vários tipos, durante os anos da epidemia de febre amarela, 1896 e 1898. Em 1898, o delegado Gaspar Berrance capturou a quadrilha, com o auxilio de membros do bando. No momento de sua prisão, a quadrilha era composta basicamente por imigrantes italianos, 22 homens, e apenas uma portuguesa, esposa de um dos componentes. Com as denúncias posteriores, foram indiciadas cerca de quarenta pessoas no processo (RIZZOLI, 1995; JUNQUEIRA, 1998, p. 91-112; MONSMA; TRUZZI; CONCEICAO, 2003).

O *Almanaque* de 1928 relata o aparecimento da célebre Quadrilha Mangano da seguinte forma: “Em 1896, por ocasião da segunda epidemia, começou a operar aqui uma perigosa quadrilha de gatunos, chefiada pelo italiano Francisco Mangano, que, durante meses, trouxe em continuo sobressalto os pecatos habitantes da nossa cidade e município” (CAMARGO, 1928, página).

O delegado Gaspar Berrance foi aclamado pela cidade como um verdadeiro herói, pelo desmantelamento da quadrilha, recebendo várias homenagens naquele período, inclusive a primeira página inteira no jornal, salientando sua bravura (A OPINIÃO, 1898a).

13 Em Campinas, algumas casas foram assaltadas. Ver: SANTOS FILHO; NOVAES (1996, p. 176).

Outro artigo muito interessante, que foi vinculado no jornal de São Carlos, relata outro tipo de conflito, advindo da epidemia de febre amarela: a contenção nada ortodoxa da epidemia de febre amarela pelo uso de porretes em portadores dos seus sintomas e anuncia também, com muita ironia, a passagem do dr. Sanarelli e a aplicação da sua “vacina”, pois ninguém consegue encontrar os doentes, “nem mesmo pegados à laço”, em São Carlos. Têm-se aqui a reiteração dos relatos anteriores da fuga e do esvaziamento da cidade – ou as pessoas estariam com medo das experiências do dr. Sanarelli? O mesmo artigo traz a denúncia muito grave da procura de portadores de febre amarela com porretes, na área próxima à estação férrea, zona de maior incidência de doentes. Segundo o artigo, a Rua General Osório, próxima à Estação Ferroviária, estaria com grupos armados com porretes para, possivelmente, matar os doentes de febre amarela – uma “erradicação” nada convencional da doença. Um italiano conhecido da cidade, Ferracciù De Simoni, participava de tal ato. Era proprietário do jornal local *L’Operario Italiano*, foi fundador da loja maçônica “Cristoforo Colombo”, além do suposto envolvimento com a Quadrilha Mangano. Essa ocorrência foi praticamente um estado medieval, onde a melhor saída era exterminar aqueles que poderiam comprometer ou ameaçar a vida da população em geral. Não ocorreram em São Carlos revoltas generalizadas contra a vacinação obrigatória da varíola, como no Rio de Janeiro, mas houve esse incidente com porretes. A matança coletiva permanece no imaginário local até hoje, apesar de não se terem outras fontes reafirmando tal fato.

CÓRTEES E RECÓRTEES

Hontem e ante hontem fiquei devéras abysmado e por meia hora conservei-me boquiaberto em cima das ruas da cidade.

Desceia eu a Rua General Osório, quando observei uns grupos armados de enormes porretes, postados aqui e alli.

Curioso o observador como sou caminhei de encontro aos taes e ali é que ao saber o que se tratava, fiquei pasmo! Pasmo de deitar a lingua de fóra!

Sabem os leitores a que fim adava aquella gente, toda armada?

A procurarem doentes de febre amarella!

—Com mil raios! disse eu! e chegando-me ao De Simoni que achava-se em um grupo, perguntei-lhe:

—Então não encontram doentes de febre amarella?

—Não. Estou cansado de os procurar, bradou um terceiro do lado, que segundo os modos, dirigia todo malta de caçadores.

—Om’essa! tornei eu, e cruzei os braços, fitando de perfil um desinfectador.

E assim se escreve a historia n’os leitores.

Lá por São Paulo a nossa cidade está com 500 doentes, aqui pela redondeza, São Carlos está em tão miseravel estado que não ha christão que *escape*, se pela estação passar. O populacho repete o que escuta e mesmo aqui, o boato é de mais de 60 doentes...!

E, chegada a hora precisa, quando o illustre Sanarelli quer dar principio as suas experiencias; não ha doentes, nem mesmo *pegados á laço*...

Esta é de cabo d’esquadra o quem fica cada vez mais acreditando que ha por ali lugares com fama de bons e que em piores condições estão do que o nosso São Carlos, é cá o

Frégoli

O Relatório (PESSOA, 1899), que se refere ao ano de 1898, não menciona a epidemia de febre amarela em São Carlos. O principal relato são as descobertas do Dr. Domingos Freire e do Dr. Giuseppe Sanarelli sobre a doença. No último quartel do século XIX, o desenvolvimento dos conhecimentos sobre os micróbios alteraria profundamente a área da saúde¹⁴.

O relatório não menciona os testes feitos em São Carlos pelo dr. Sanarelli, apenas a rejeição da utilidade de seu soro e da especificidade do *Bacillus icteroides* como agente causador. Sanarelli era um bacteriologista italiano radicado em Montevidéu, onde fundou e dirigia o Instituto de Higiene Experimental do Uruguai, e onde realizava também pesquisa sobre a febre amarela. Numa de suas visitas ao Rio de Janeiro, colheu material para suas investigações e afirmava ter descoberto o bacilo causador da doença, que denominava “bacilo icteróide” ou “bacilo de Sanarelli”. Em seguida ao anúncio de sua descoberta, foi convidado pelo governo do estado de São Paulo, por meio da Diretoria do Serviço Sanitário, pela Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo e pela *Revista Médica de São Paulo* a ir a São Carlos, onde grassava a epidemia, para testar seu *serum* contra a febre amarela, em fevereiro de 1898. Adolpho Lutz, Diretor do Instituto Bacteriológico de São Paulo, em seu relatório à Diretoria

14 “Os trabalhos de Pasteur, Koch e seus seguidores sobre a atuação dos microorganismos na transmissão das doenças abririam caminho para o estudo da febre amarela como paradigma da microbiologia.” (TEIXEIRA, 2001, p. 220).

O dr. Sanarelli

Chegou no dia 14 do corrente a esta cidade, tendo ruidosa recepção o eminente bacteriologista italiano dr. Sanarelli, que, accedendo ao convite da classe medica de S. Paulo, veio a São Carlos fazer experiencia do *serum* de sua invenção.

A *gare* da Estação foi o illustre bacteriologista recebido pela digna corporação medica desta cidade, os directores da sociedade Italiana, a corporação municipal representada pelo seu presidente e intendente, as authoridades, imprensa e grande massa popular.

Seguramente, 1000 pessoas acompanharam o illustre medico até o Hotel Adelaide onde se achu hospedado.

No mesmo dia deu elle principio a suas experiencias, fazendo diversas inoculações.

Acompanham o illustre dr. Sanarelli, os ers. drs. Silva Pinto, Vieira de Mello, A. Lutz, A. de Mendonça, Clemeute Ferreira e o pharmaceutico João Rodrigues de Souza.

Do resultado de seus trabalhos daremos noticias detalhadas, logo que possam ser estas levadas ao conhecimento publico, por enquanto, precipitado seria qualquer juizo.

Cumprimentamos affectuosamente ao eminente sabio e desejamos para a felicidade geral da America, que as suas experiencias sejam coroadas de bom exito.

do Serviço Sanitário, é quem relata as experiências de Sanarelli em São Carlos. Lutz e seu assistente, dr. Arthur de Mendonça, acompanharam Sanarelli a São Carlos e o auxiliaram nas experiências para isolar o “bacilo icteróide” dos doentes (RIBEIRO, 1993, p. 37).

Entre 14 e 19 de fevereiro de 1898 os pesquisadores conseguiram isolar o que supunham ser o agente infeccioso de alguns doentes, mas, quando aplicaram o soro elaborado por Sanarelli, as experiências foram um desastre. Lutz logo percebeu que o agente infeccioso, ou seja, a causa, não fora descoberta, o “bacilo icteróide” nada tinha a ver com a febre amarela, não passava de um agente de alguma infecção oportunista (RIBEIRO, 1993, p. 41). Em seu relatório, o inspetor sanitário em comissão em São Carlos rejeitou a descoberta de Sanarelli, aproximando sua posição da defendida por Lutz, que considerava que ainda não havia sido solucionado o problema da causa da febre amarela nem tampouco sua cura, pois o soro não tivera resultados satisfatórios para comprovar sua eficiência. O inspetor, ao final de seu relatório, afirmava: “entre as duas illações oppostas, só uma terceira verificação deveria illudir a duvida; na falta dessa, nenhuma affirmação positiva deveria, com fundamento, ser proferida” (PESSOA, 1899, p. 256-257).¹⁵

Os jornais de São Carlos não publicaram em quem foi inoculado o soro Sanarelli, mas o *Correio Paulistano*, de São Paulo, expôs que a inoculação fora feita nos presos da cadeia local, pois pelo menos eles não fugiam¹⁶. Lutz, em seu relato, afirma que foram inoculados doentes que estavam no Hospital de Isolamento.

O artigo do *A Opinião* de 17 de fevereiro de 1898 relata a chegada do dr. Sanarelli, motivada por um *convite da classe de São Paulo*. Registra a presença de um grande número de pessoas (mil pessoas) e de autoridades para recepcioná-lo na estação do trem. Talvez esse número fosse menor ou somente retórico, visto a fuga em massa da cidade. Com certeza, as pessoas estavam à procura de um verdadeiro “milagre”, isto é, uma cura imediata e segura. “No mesmo dia deu elle principio a suas experiências, fazendo diversas inoculações” (A OPINIÃO, 1898c).

No dia 6 de julho de 1898, o Inspetor Sanitário comunicou ao Intendente Municipal a extinção da epidemia de febre amarela na cidade de São Carlos (A OPINIÃO, 1898a). Entretanto, o medo permaneceu, mesmo não ocorrendo mais epidemias na cidade. Um edital, publicado em 7 de setembro de 1899, relata a existência de uma vigilância severa na limpeza dos quintais, pois estavam em um período de intenso calor. Clama também à população que mantenha limpos os quintais e evite a estagnação de águas de sabão nos quintais, obviamente sob pressão de multas.

15 Sobre as pesquisas bacteriológicas sobre febre amarela e a busca de da vacina realizadas por Domingos Freire, ver: BENCHIMOL (1999).

16 “O Dr. Sanarelli applicou injeccões nos presos da cadeia local, até agora nenhum caso de febre. Esta noticia foi desmentida, pois não occorrem casos como óbitos. O serum foi um desastre, a carta noticiando o sucesso foi apócrifa.” *Correio Paulistano*, 5 jun. 1898. Ver RIZZOLI, 1995.

ARARAQUARA, UMA CIDADE FANTASMA

SOB A EPIDEMIA

Em 1890, o município de Araraquara possuía 8.151 habitantes, distribuídos nas duas paróquias: São Bento de Araraquara e Boa Esperança. A cidade era bem menor que Rio Claro, sua população era 3 vezes inferior. Uma parcela era composta por famílias recém-chegadas ao município, pessoas pouco aclimatadas, sendo 19% da população formada por estrangeiros¹⁷. Nos anos seguintes, os imigrantes serão o principal fator impulsionador do crescimento da população.

Apesar de um afluxo populacional crescente, a cidade não contava com uma suficiente distribuição de água, o que, para alguns contemporâneos, contribuiu para o agravamento da epidemia de febre amarela (CORRÊA, 1967, p. 194).

Em 1895, os primeiros casos suspeitos foram observados. Os clínicos locais relutavam em aceitar o diagnóstico do terrível mal, pois era a primeira vez que a febre amarela ocorria.

Mas as evidências se confirmaram com a morte do presidente da Câmara, major Ricardo de Matos, a do dono do café da cidade e a do vigário da paróquia, padre Luciano Francisco Pacheco. Estes acontecimentos abalaram a convicção dos que não aceitavam o diagnóstico de febre amarela. A polêmica entre médicos e leigos estava resolvida: a epidemia chegara também a Araraquara.

Segundo o relato de Pio Lourenço Corrêa (1915, p. 39-40), contemporâneo daqueles acontecimentos:

Desencadeou-se, afinal, o alarma e o pânico, que as autoridades sanitárias e administrativas não puderam mais evitar. Cada qual deu-se à maior pressa em sair da cidade. As fazendas, os pequenos núcleos em torno das estações ferroviárias do município — tudo se encheu de retirantes. Alguns destes levavam consigo o vírus ainda incubado, e concorreram para o alastramento do mal.

Fecharam-se quase todas as casas comerciais, e um único hotel, o Hotel Magalhães, permaneceu aberto.

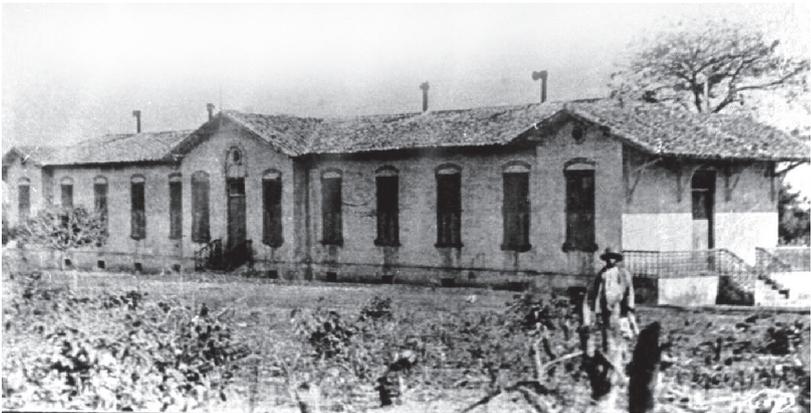
É difícil imaginar que Araraquara permanecesse imune à entrada da epidemia, dada a sua forma de transmissão via mosquito *Aedes aegypti*, mas que, até então, se desconhecia. No ano de 1895 e nos próximos três anos, a epidemia grassou de forma virulenta e de tal forma que a vida na cidade foi inteiramente afetada, pois a quase totalidade da população urbana foi atacada, provocando uma desorganização político-administrativa.

¹⁷ Esta participação coincide com a do estado como um todo. O estado de São Paulo tinha, em 1890, 164.393 habitantes e, deste total, 31.273 eram estrangeiros, ou seja, 19%. Ver: BASSANEZI; FRANCISCO (2002).

Uma comissão sanitária foi enviada da capital e iniciou seus trabalhos com as desinfecções das habitações, a limpeza das ruas e a remoção dos doentes para o isolamento. A comissão, composta por inspetor-médico, desinfetadores e fiscais, trouxe uma vasta provisão de desinfetantes e aparelhos para o combate aos “miasmas deletérios” (CORRÊA, 1915).

As primeiras epidemias de Santos e de Campinas serviram para que a Diretoria do Serviço Sanitário estabelecesse uma série de procedimentos a serem adotados pelos inspetores sanitários: fiscalização das habitações em busca dos doentes ocultados por parentes, isolamentos dos doentes; desinfecções; caiação das casas; remoção do lixo, etc.

Na maioria das cidades, o Hospital de Isolamento era um antigo lazareto, assim fora em Rio Claro, em São Carlos e também em Araraquara. Pio Corrêa relata que a Comissão mandou reabrir o Lazareto de Variolosos, que fora útil nos anos de epidemia de varíola, entre 1892 e 1893. Distante da cidade, nos campos suburbanos, os doentes foram compulsoriamente transportados para lá. A ida para o isolamento – “Casa da Morte” era a denominação popular do lazareto – significava, na prática, a decretação antecipada de sua morte. Uma morte solitária, passada longe da família e dos amigos.



Fonte: LOPES (1999).

Nos domicílios, o tratamento ministrado aos doentes por seus familiares tinha por base os conhecimentos de ervas e remédios caseiros, como chá de raiz de grama, doses de “Vegetalina Imperial”, usada pelos araraquarenses para mordedura de cobra; “banhos de cosimento de tomateiros” e o famoso “Xarope Paliano”, que prometia cura da doença. Esses procedimentos opunham-se aos preconizados pelos Médicos e pela Comissão, que via no isolamento dos doentes a medida mais apropriada para debelar a epidemia.

Além do isolamento e por se desconhecer a forma de transmissão da doença, diferentes práticas eram prescritas, ora por se acreditar que a transmissão era por via hídrica, ora por contágio, ora por miasmas.

Aqui também persiste a noção de que a doença era provocada por miasmas, pelos maus ares e maus cheiros, emanados e exalados das matérias em putrefação. Uma das primeiras medidas da Comissão Sanitária foi o plantio de eucaliptos nas ruas e nas praças da cidade para “purificar os ares”. Entretanto, em tão pouco tempo os efeitos da purificação não se fizeram sentir e não afastaram os novos surtos epidêmicos.

Da concepção miasmática decorriam também as desinfecções com as mais diversas substâncias, como enxofre, solução de sulfato de ferro e ácido fênico ou creolina, para esgotos e latrinas; e mais sulfato ferroso, sulfato de cobre e gás sulfuroso, para limpar o ar das casas onde morreram doentes e das estações ferroviárias.

Como a epidemia não cedia, novas medidas passaram a ser adotadas pela Comissão Sanitária. Havia um consenso entre as autoridades sanitárias de que as precárias condições de habitação propiciavam o aparecimento da epidemia. Das 518 casas existentes em Araraquara, 43% estavam em más condições. As habitações passaram a ser o alvo da comissão, que exigia a limpeza e a caiação. Toneladas de cal vieram das caieiras de Rio Claro para serem espalhadas com pás e enxadas nas ruas, nos quintais, nas fossas e nas latrinas.

Em meados do ano a epidemia cedeu; o conjunto de medidas era tão variado que não se poderia apontar uma como a responsável pelo arrefecimento. A trégua foi interrompida em outubro de 1896, com a morte do padre Hipólito Evangelista Braga, que havia substituído o antigo pároco, vitimado no ano anterior pela febre amarela. Aí o pânico e a fuga tomaram conta da cidade. A reação da população foi fugir para o campo. Não se aguardou a Comissão Sanitária vinda da capital: a desorganização administrativa e o abandono da cidade foram logo sentidos.

A Câmara Municipal e o Foro fugiram espavoridos, primeiro para a fazenda do Ouro, mais tarde para a estação de Améric Brasileiro. Afastadas da cidade a sede da Comarca e do Município — aqui ficaram, como representantes gerais do poder público, a Comissão Sanitária, o comandante do destacamento policial e um fiscal municipal. (CORRÊA, 1915, p. 40)

O cemitério foi fechado por ordem da Comissão Sanitária, para evitar os “miasmas” exalados dos sepulcros “contaminados”, que traziam o “vírus” da doença. A prova dos males trazidos pelo cemitério estava estampada nas vítimas – os dois padres e vários coveiros –, as pessoas que assistiam os enfermos e os enterramentos. O antigo Cemitério São Bento foi lacrado e o Cemitério das Cruzes, para o sepultamento das pessoas mortas pela febre amarela, foi construído às pressas. A desorganização administrativa, pois o governo municipal passou a administrar de longe,

juntou-se ao desabastecimento da cidade, pois não havia lenha, não havia mais alimentos, leite, legumes, carne, frangos, ovos. Os pequenos sitiantes e chacareiros não entravam na cidade “pestilenta” para trazer seus produtos.

Durante a epidemia de 1896, os conflitos entre a comissão e a população não foram tão expostos, em parte porque restaram poucos habitantes na cidade, por outra parte, porque a comissão teve o apoio de um importante fazendeiro da região, Antonio Lourenço Corrêa, proprietário da Fazenda Lajeado, que não somente apoiava as iniciativas dos inspetores sanitários como também se responsabilizou pelo abastecimento da cidade.

Uma das teorias para explicar a epidemia era a da transmissão por via hídrica, defendida pelo dr. Luiz Barreto Pereira, presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, de modo que, para debelar a epidemia, o governo estadual empreendeu obras de abastecimento de água, até então deficitário, e mandou captar as águas das nascentes dos Pinheirinhos. As obras tiveram início febril, com muitos engenheiros e operários. Em pouco tempo, Araraquara podia dispor de água encanada nas torneiras das praças públicas e das esquinas, onde a população poderia abastecer-se, em vez de usar os poços dos quintais que haviam sido proibidos pela Comissão Sanitária. Este foi o primeiro passo para a instalação da rede de água encanada por toda a cidade.

Mas o recrudescimento da epidemia no ano de 1897 lançou por terra a teoria hídrica; agora, de fato, os miasmas pareciam ser a causa mais plausível. Foi retomado o combate às sujeiras das ruas ou dos terrenos baldios e das casas. A limpeza da cidade foi retomada com mais efetividade, pois, agora se tratava de instalar os esgotos e começar a construção da rede pela cidade. O governo estadual e a Comissão Sanitária providenciaram o fornecimento gratuito de latrinas à população.

Depois de tanto esforço, a epidemia começou a ceder e, em 1897, quando teve seu último aparecimento, Pio Lourenço finalizou seu relato, dizendo: “Foi assim que Araraquara, coberta de eucaliptos e de cal, e privada das antigas privadas, do cemitério de São Bento e dos poços, viu afinal, em 1897, o último caso de febre amarela afundir-se no cemitério de contagiados da charneca das Cruzes” (CORRÊA, 1915, p. 40). E concluía com uma pitada de ironia, registrando: “É certo, todavia, que nem um único *Aedes aegypti* (*Stegomyia fasciata*) foi até então diretamente perseguido ou sequer suspeitando da parte direta que tomara nas dantescas angustias do homem, seu vizinho e o seu alimentador” (CORRÊA, 1915, p. 40).

EPÍLOGO

A ironia que encerra o relato de Pio Lourenço Corrêa¹⁸ merece ser qualificada. De fato, naquela época, nenhum mosquito fora diretamente perseguido. Na verdade, a crítica aos procedimentos e às práticas sanitárias

18 Pio Lourenço Corrêa era casado com Zulmira, prima-irmã de Mario de Andrade. Foi na Chácara Sapucaia, de propriedade deles, em Araraquara, que o grande autor escreveu *Macunaíma*.

da época, que se desprende do comentário, torna-se anacrônica, quando se verifica que seu autor a formulou quando já se conhecia o verdadeiro vetor transmissor da febre amarela, mas isso demorou um pouco para acontecer. Não se conhecia a verdadeira forma de transmissão naqueles tempos de epidemia de 1895, 1896 e 1897.

As concepções de saúde pública, postas em prática pela Diretoria do Serviço Sanitário de São Paulo, por meio das Comissões Sanitárias enviadas às localidades com surto epidêmico, basearam-se nos conhecimentos sobre epidemiologia das doenças daquela época, que, para muitas delas, eram precários, como era o caso da febre amarela.

Somente em 1902-1903, com as históricas experiências realizadas no Hospital de Isolamento de São Paulo, hoje Hospital Emilio Ribas, constataram que o transmissor era o mosquito *Stegomyia fasciata*, hoje denominado de *Aedes aegypti*. Só então o combate ao mosquito tem início e é posto em prática nas últimas epidemias de febre amarela no estado de São Paulo, em Ribeirão Preto e São Simão, em 1904.

Portanto, não se conhecia o meio pelo qual a febre amarela era transmitida. E isto levou à formulação de diversas teorias que orientaram o Serviço Sanitário de São Paulo e à adoção de medidas de combate às mais variadas e excêntricas vistas hoje: as desinfecções das casas, dos solos e a caiçação das casas e dos muros, altura mínima de pé direito das edificações, isto é, entre o chão e o teto, o plantio de eucaliptos nas ruas de Araraquara, etc. Estas eram as estratégias naquela época e que atendiam à concepção miasmática. O isolamento atendia à idéia da transmissão por contágio e, por fim, as construções da rede de água encanada e de esgoto atendiam à concepção da transmissão pela água, então denominada de teoria hídrica.

Essas concepções eram incorretas para explicar a causa das epidemias, porém acabaram por prescrever medidas que resultaram na redução das epidemias e das doenças – limpeza das casas, das ruas, fornecimento de água limpa e construção de esgotos, coleta de lixo, legislação das edificações, entre outras ações. As epidemias de febre amarela e o conhecimento precário e insuficiente de suas causas promoveram a primeira reforma urbana, de caráter sanitário, com a construção da rede de água e esgoto, o calçamento das ruas, o recolhimento do lixo das habitações, a drenagem do solo, a canalização de rios e córregos e outros. Compartilharam-se aqui as idéias de alguns estudiosos da urbanização: de que o espaço urbano “deve ser entendido no seu aspecto objetivo, mas como resultado das relações sociais que refletem a sociedade como um todo” (VÉRAS, 2000, p. 96) e de que a cidade é um “resultado direto da experiência dos homens que a habitam e fruto de realidades sociais, não importando que estejam no mesmo lugar e tenham, ao longo dos séculos, o mesmo nome” (LANNA, 1996, p. 25).

Logo, nos fins do século XIX, teve início um processo de reforma sanitária urbana nas cidades do interior paulista, que vai trazer melhorias para a população de Santos, Campinas, Rio Claro, São Carlos e Araraquara, que, na verdade, antecipa a grande reforma urbana ocorrida no Rio de Janeiro, quando do episódio da Revolta da Vacina (1903-04) (SEVCENKO, 1993).

REFERÊNCIAS

FONTES

- ALMEIDA, N. M. de (Org.). **Álbum de Araraquara, 1948**. Araraquara: 1948.
- BASSANEZI, M. S. C. B.; FRANCISCO, P. M. S. B. (Org.). **Estrangeiros no Estado de São Paulo: dados censitários 1854-1950**. Campinas: Nepo/Unicamp, 2002. CD-ROM.
- CAMARGO, J. F. (Org.). **Almanach annuario de S. Carlos**. São Carlos: [s. n.], 1928.
- CORRÊA, P. L. A febre amarela. In: FRANÇA, A. M. (Org.). **Álbum de Araraquara de 1915**. Araraquara: Câmara Municipal, 1915. p. 39-40.
- FRANÇA, A. M. (Org.). **Álbum de Araraquara de 1915**. Araraquara: Câmara Municipal, 1915.
- A OPINIÃO. São Carlos, 9 jul. 1898a.
_____. São Carlos, 17 jan. 1898b.
_____. São Carlos, 17 fev. 1898c.
- ORDEM E PROGRESSO. São Carlos, 16 nov. 1895.
- PESSOA, E. **Relatorio apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brazil pelo Dr. Epitacio Pessoa, Ministro de Estado da Justiça e Negocios Interiores em março de 1899**. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1899.
- O SÃO CARLOS DO PINHAL. São Carlos, 7 fev. 1897.
_____. São Carlos, 7 jul. 1896a.
_____. São Carlos, 9 jun. 1896b.
_____. São Carlos, 24 out. 1896c.
- SÃO PAULO (SP). Secretaria dos Negócios do Interior e Instrução Pública. Relatório ao Director Geral do Serviço Sanitário sobre a epidemia da febre amarela na cidade de São Carlos do Pinhal, 1896b. In: RELATORIO apresentado ao Exm. Sr. Dr. Presidente do Estado de S. Paulo em 15 de março de 1897 pelo Secretario de Estado dos Negocios do Interior, Antonio Dino da Costa Bueno. São Paulo: Typographia do Diario Official, 1897.
_____. Secretaria dos Negócios do Interior e Instrução Pública. Relatório apresentado à Diretoria Geral do Serviço Sanitário do Estado acerca da epidemia de Rio Claro pelo Dr. José Redondo, Inspetor Sanitário em Comissão, 1896, pp. 328-330. Relatório apresentado pelo Secretário dos Negócios do Interior e Instrução Pública de 1896. São Paulo: Typographia do Diário Oficial, 1897.

- _____. Secretaria dos Negócios do Interior e Instrução Pública. Relatório apresentado ao Exm. Sr. Dr. Presidente do Estado de S. Paulo em 15 de março de 1897 pelo Secretario de Estado dos Negocios do Interior, Antonio Dino da Costa Bueno. São Paulo: Typographia do Diario Official, 1897.
- _____. Secretaria dos Negócios do Interior e Instrução Pública. 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. São Paulo: Typographia do Diario Official,, 1895. p. 164-170.
- _____. Secretaria dos Negócios do Interior e Instrução Pública. Relatório apresentado ao Dr. Diretor Geral do Serviço Sanitário pelo Dr. Evaristo da Veiga. Inspetor Sanitário em Comissão na cidade de Rio Claro. 1896 pp. 280-284. In: Relatório apresentado ao Sr. Dr. Presidente do Estado de São Paulo pelo Secretário dos Negócios do Interior e Instrução Pública. São Paulo, Typographia do Diário Oficial, 1897. [a entrada não pode ter duas datas de publicação; esclarecer também a informação sobre um relatório dentro de outro relatório] Ver explicação acima
- _____. Secretaria dos Negócios do Interior e Instrução Pública. 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, pp. 99-100. Relatório apresentado ao Sr. Dr. Presidente do Estado de S. Paulo em 30 de março de 1896 pelo Secretário dos Negócios do Interior e Instrução Pública, Alfredo Pujol. São Paulo: Typographia do Diário Oficial, 1896. Anexos X-XI.

BIBLIOGRAFIA SECUNDÁRIA

- BENCHIMOL, J. L. **Dos micróbios aos mosquitos:** febre amarela e revolução pasteuriana no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz: UFRJ, 1999.
- BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil.** São Paulo: Ática, 1996.
- BERTUCCI, L. M.. **Saúde:** arma revolucionária. São Paulo - 1891/1925. Campinas: CMU/Unicamp, 1997.
- CAMARGO, J. F. de. **Crescimento da população no Estado de São Paulo e seus aspectos econômicos.** Ensaio sobre as relações entre a Demografia e a Economia. São Paulo, Boletim n. 153. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, 1952.
- CORRÊA, A. M. M. **História social de Araraquara.** Dissertação (Mestrado História Social, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1967.
- DEAN, W. **Rio Claro:** um sistema brasileiro de grande lavoura 1820-1920.

- Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.
- GRANDI, G. **Café e expansão ferroviária: a Companhia E. F. Rio Claro. (1880-1903).** São Paulo: Annablume: Fapesp, 2007.
- IYDA, M. **Cem anos de saúde pública: a cidadania negada.** São Paulo: Edunesp, 1994.
- JUNQUEIRA, M. P. **Nas entrelinhas dos jornais: cotidiano do imigrante italiano na imprensa de São Carlos (1880-1900).** Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Araraquara, 1998.
- _____. **São Carlos em tempos de epidemia: imigração, saúde pública e urbanização, 1877-1900.** Tese (Doutorado em Sociologia) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Araraquara, 2004.
- LANNA, A. L. D. **Uma cidade na transição.** Santos: 1870-1913. São Paulo: Hucitec; Santos: Prefeitura Municipal de Santos, 1996.
- LAPA, J. R. do A. **A cidade: os cantos e os antros.** Campinas: 1850-1900. São Paulo: Edusp, 1996.
- LOPES, E. L. Va. **Memória fotográfica de Araraquara: “... 100 anos em fotografias...”.** Manaus: NH Assessoria Fonográfica, 1999. 1 CD-ROM.
- MONSMA, K.; TRUZZI, O.; CONCEIÇÃO, S. da. Solidariedade étnica, poder local e banditismo: uma quadrilha calabresa no oeste paulista, 1895-1898. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n. 53, p. 71-96, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092003000300005&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 16 set. 2010.
- MOTA, A. **Tropeços na medicina bandeirante: medicina paulista entre 1892-1920.** São Paulo: Edusp, 2005.
- RIBEIRO, M. A. R. **História sem fim: inventário da saúde pública em São Paulo: 1880-1930.** São Paulo: Edunesp, 1993.
- RIZZOLI, A. **Imigração e violência.** Relatório CNPq. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos, 1995.
- SANTOS, F. A. **Rio Claro: uma cidade em transformação, 1850-1906.** Dissertação (Mestrado em História Econômica) – Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.
- SANTOS FILHO, L. de C.; NOVAES, J. N. **A febre amarela em Campinas: 1889-1900.** Campinas: Área de Publicações/Centro de Memória Unicamp, 1996.
- SEVCENKO, N. **Revolta da vacina: mentes insanas em corpos rebeldes.** São Paulo: Scipione, 1993.
- TEIXEIRA, L. A. Da transmissão hídrica à culicidiana: a febre amarela na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 21, n. 41, p. 217-242, 2001.
- TEIXEIRA, L. A. Na arena de Esculápio: a Sociedade de Medicina e

Cirurgia de São Paulo (1895-1913). São Paulo: Edunesp, 2007.

TELAROLLI JÚNIOR, R. **Poder e saúde**: a República, a febre amarela e a formação dos serviços sanitários no Estado de São Paulo. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1993.

_____. **Poder e saúde**: as epidemias e a formação dos serviços de saúde pública em São Paulo. São Paulo: Edunesp, 1996.

VÉRAS, M. P. B. **Trocando olhares**: uma introdução à construção sociológica da cidade. São Paulo: Studio Nobel: Edusc, 2000.

SANATÓRIOS, TECNOLOGIA MÉDICA E CULTURA URBANA: UMA VISITA À CIDADE SANATORIAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS NA PRIMEIRA METADE DO SÉCULO XX

Paula Vilhena Carnevale Vianna¹
Fátima Aparecida Ribeiro²

A tuberculose é visitada na produção médica científica sob inúmeros prismas: desde a relação tuberculose/urbanismo, reveladora dos vieses da modernidade, a análises da organização e constituição dos serviços de saúde pública, considerando os enfoques campanhista *versus* educativo; passando por estudos sobre a participação social, com ênfase nas ligas; ou ainda análises históricas e epidemiológicas.

Este artigo busca desvelar as condições sociais, econômicas, culturais, de conhecimento técnico, enfim, o espaço social no momento específico de constituição da rede sanatorial da estância de São José dos Campos, entre 1900 e 1950. Trata-se de ampliar o olhar para outros determinantes na constituição desta rede, além da política de saúde pública para o controle da tuberculose e das ações específicas a ela relacionadas.

Desde os anos 1960, cientistas sociais, filósofos e geógrafos concebem o espaço de vida como um elemento ativo, socialmente construído, que tanto influencia as relações sociais como é por elas influenciado, contrapondo-o à aceção usual de paisagem ou pano de fundo onde transcorrem os acontecimentos sociais (SANTOS, 2002). Estes espaços, que se apresentam de uma determinada maneira, e, apropriados dentro de lógicas específicas, são vivificados e transformados pelas relações sociais que os sustentam, guardam as concepções que, em diferentes momentos, os possibilitaram.

O sentido atribuído às cidades e seus símbolos é igualmente uma construção social: para Lefebvre (1974), os objetos produzidos na sociedade – edificações, monumentos ou obras de arte; expressam as relações de poder nesta mesma sociedade, mascaradas, em geral, sob a ideologia do desenvolvimento, do conhecimento, do progresso.

-
- 1 Médica, Doutorado em Medicina Preventiva, atual Professora de Saúde Coletiva e pesquisadora do Programa de Mestrado em Planejamento Urbano e Regional/ Universidade do Vale do Paraíba, Univap, SP
 - 2 Médica sanitaria, Mestre em Medicina Preventiva, atual Interlocutora de Acidentes e Violência do Grupo de Vigilância Epidemiológica de São José dos Campos/SES e Médica do Programa Aquarela (Atenção a Famílias em Situação de Violência Doméstica)

O espaço urbano vai sendo construído em camadas muitas vezes sobrepostas, e a passagem do tempo, carregando concepções que se modificam, fica de certa forma cristalizada em objetos possuidores de determinado valor e localizados em determinado ponto no tempo e no espaço (SANTOS, 2002). O tempo, o espaço, a arquitetura se entrelaçam no ambiente urbano, e simultaneamente lhe conferem um significado e lhe traduzem um sentido.

O reconhecimento da idade desses objetos e de seu significado social (pensemos nos sanatórios construídos na cidade de São José dos Campos) pode auxiliar a compreender a evolução do lugar – são, na denominação de Santos (2002, p. 73), objetos-testemunha, ou rugosidades, pistas acerca das combinações históricas e específicas “[...] do capital, das técnicas e do trabalho utilizados”.

Nessa acepção, São José dos Campos constituiu-se como estância para tratamento da tuberculose não apenas pela condição climatológica favorável: os tisiologistas que para lá migraram promoveram esta condição a mote desenvolvimentista local desde a primeira década do século XX, portanto, muito antes da oficialização da estância, no ano de 1935 (VIANNA, 2007). Nesse espaço dinâmico, as políticas nacionais ganham vida e são modificadas, criam-se novas proposições e possibilidades para a consecução de fins não visualizados inicialmente: em São José dos Campos, a tuberculose foi o motriz para a entrada do município no circuito modernizador paulista, por mais antagonica que essa relação possa parecer a princípio.

Este artigo investiga a construção da rede sanatorial na primeira metade do século XX naquela cidade.

TUBERCULOSE E CIDADES: A POLÍTICA PAULISTA E NACIONAL ATÉ 1950

Ao revelar a insalubridade das cidades modernas, a tuberculose é uma das primeiras condições de saúde a estimular o planejamento de sistemas de controle sanitário, englobando desde a assistência a medidas preventivas de espectro mais amplo – sanitário, ambiental, de edificações, educativo (ROSEN, 1994).

Como metáfora, simbolizava simultaneamente o romantismo e a morte e o isolamento (SONTAG, 1984). O tuberculoso, dotado da mobilidade decorrente de sua (des)inserção no espaço físico e social, peregrinava em busca de locais saudáveis, do campo aos balneários, sob o signo da fundamentação clínica do princípio do século XIX: clima e isolamento sanatorial, em lugares sempre distantes das cidades.

Da perspectiva econômica, a tuberculose inaugurou o cálculo financeiro do custo da doença e do tratamento, especialmente importante em se considerando a população de risco. E legitimou a filantropia, representada por ligas e instituições assistenciais, como agentes da solidariedade econômica pela saúde (GUILBERT, 1992; ROSEN, 1994). No Brasil, Lourival Ribeiro (1956) separava o combate à tuberculose no Brasil em três fases: 1889-1930, antecedentes da política nacional; 1930-1945, revolução sanitária e incremento de órgãos técnicos, e após 1945, a campanha nacional de tuberculose sob a gestão de Rafael de Paula Souza.

Na primeira fase, a tuberculose girava em torno de questões empíricas e técnicas. Antes de ser nacionalmente identificada como problema de saúde pública, foi reconhecida como questão social pelas ligas, criadas entre 1889 e as primeiras décadas de 1900. Neste período, as concepções da medicina tinham sua base empírica nas descobertas de Koch, que sustentam as ações propostas para o controle da doença: o isolamento do agente causador explicava a cadeia de eventos determinantes da doença, ao meio ambiente cabia o papel de facilitador e coadjuvante na transmissão. Note-se que este período é marcado pelo surgimento de diferentes aparelhos de estado que atuam sobre as condições de saúde da população a fim de garantir o projeto econômico agroexportador da economia cafeeira e o processo de urbanização. É o período de institucionalização da saúde pública, profundamente influenciada pela sociedade civil, organizada, no caso da tuberculose, em ligas e associações mantenedoras dos sanatórios.

A relação entre essas organizações e o aparelho do Estado era próxima: representantes do governo as constituíam e, por vezes, presidiam. Formadas por médicos, capitalistas e outros elementos de prestígio, eram semelhantes na estrutura e finalidade, voltadas à divulgação de “instruções profiláticas” e à arrecadação de fundos para construção de dispensários, e, especialmente, sanatórios (RIBEIRO, 1956, p. 63-84).

Para Guilbert (1992), um ponto central desta relação era aliviar os hospitais centrais das grandes cidades dos tuberculosos, tendo por base a teoria econômica da necessidade. Os hospitais tornaram-se “sanatórios”, do latim *sanatorius*, “próprio à cura”. Renomear a instituição facilitou sua aceitação social, uma vez que o tuberculoso, com seu exuberante quadro clínico iria tornar-se o “inimigo sanitário número um” da sociedade urbana. Nos sanatórios, invariavelmente fora da área urbana, duas garantias: aos doentes, sol e ar puro; às cidades do campo, renda (embora os preços não cobrissem o longo tempo de tratamento da moléstia). Para a autora, a penitência sanitária revestiu-se de lógica terapêutica – ainda que o conhecimento médico fosse incipiente, a concepção de agente hospedeiro e a necessidade de isolar as fontes de infecção dos suscetíveis sustentava tecnicamente a política sanatorial.

Em termos políticos, a base econômica e conceitual da rede sanatorial paulista foi influenciada por uma visita à Europa feita por Victor Godinho, médico do Serviço Sanitário do Estado, em 1900: sem os recursos proveniente da legislação social ou das companhias de seguro que

possibilitaram a expansão daqueles estabelecimentos na Europa, o governo paulista assume, em conjunto com a iniciativa privada, a construção dos sanatórios (RIBEIRO, 1993). Erigidos “nos arredores da capital”, economizariam os recursos investidos na imigração e complementariam “a obra higiênica realizada pelo Serviço Sanitário em São Paulo” (RIBEIRO, 1993, p. 127). A ação se complementaria com a ação higienizadora sobre os cortiços e o centro da cidade, viabilizada com a Reforma do Código Sanitário em 1911.

A viagem de Godinho resultou numa das primeiras publicações brasileiras sobre a arquitetura sanatorial, distribuída a vários municípios paulistas como uma cartilha a ser seguida (BITTENCOURT, 2000). Estado e Ligas se aproximam, e a construção de sanatórios é incentivada (BITTENCOURT, 2000, p. 71; BERTOLLI FILHO, 1993; MOTA, 2001, p. 143-145).

Ainda nesta primeira fase do combate à tuberculose, nasce a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose. Resultado da Reforma Sanitária de Carlos Chagas, em 1920, a inspetoria estimulou o estabelecimento de dispensários no Rio de Janeiro (RIBEIRO, 1956, p. 91) e lançou a Cruzada Nacional contra a Tuberculose, que tinha, entre seus objetivos, coordenar as instituições, “fazendo desaparecer a rivalidade” (RIBEIRO, 1956, p. 110). A Reforma Carlos Chagas foi uma primeira iniciativa de ordenar os diversos equipamentos de saúde pública, especificando suas funções e atribuições, entre elas a organização das ações de controle da tuberculose no país. Concomitante a esta organização estatal da saúde pública, as recém criadas Caixas de Aposentadoria e Pensão inauguram a prestação de assistência ligada à previdência social, especialmente voltada à população ligada ao processo de industrialização, e que terão seu papel na luta contra a tuberculose mais tardiamente, a partir da década de 1960.

Entre 1930 e 1945, a criação do Ministério de Educação e Saúde possibilitou a organização dos programas, que passaram a ter âmbito nacional. Entre as diretrizes, o Plano Federal de Construção e Instalação de Sanatórios objetivava formar um “armamento antituberculoso completo e eficiente, composto por dispensários, sanatórios e preventórios” (RIBEIRO, 1956, p. 127), numa parceria entre a filantropia e o Ministério da Saúde, que ampliou a capacidade hospitalar do país. O Serviço Nacional de Tuberculose, criado em 1941, mantinha o eixo norteador na educação e na construção de sanatórios, cujos leitos foram prioritariamente ocupados pela população que dispunha de recursos para o tratamento, enquanto os dispensários, igualmente subsidiados com recursos públicos, atendiam a população pobre e carente dos centros urbanos.

O incentivo à construção de equipamentos no interior é justificado pelo acesso local ao tratamento, que evitaria o fluxo de doentes para as capitais, com base na “grandiosa e operante” obra do setor privado (RIBEIRO, 1956, p. 165). Embora a relação com a urbanização seja evidente, a condição de vida da população mais atingida pela doença ficou relegada a segundo plano e, quando abordada, se fazia por meio de medidas

que imputam ao doente a causa da doença, que seria debelada com medidas higienizantes do comportamento ou da moradia, cabendo ao Estado um papel orientador (MOTA, 2001).

A partir de 1946, sob a coordenação de Rafael Paula Souza, o Estado assumiu definitivamente o controle da tuberculose. A Campanha Nacional fortaleceu o corpo técnico, levantamentos epidemiológicos e de vacinação se intensificaram, concentrando-se nas zonas de maior incidência da doença; a construção de sanatórios e dispensários foi regulamentada e padronizada e as questões previdenciárias foram abordadas. O sistema decorrente desta política na primeira metade do século XX é caracterizado por Iyda (1993) como dispendioso, privatista, fragmentário, de pouca eficácia e efetividade e despreparado para as inovações trazidas pelo desenvolvimento dos novos e definitivos tratamentos para a tuberculose. O controle do Estado sobre o sistema foi ampliado gradativamente, a partir de medidas como a notificação compulsória e a criação de órgãos governamentais para instituir as ações de controle, que, com o tempo, foram completamente transferidas para a responsabilidade do Estado. Embora reconhecidamente uma questão social, a tuberculose não foi tratada como tal. Aos doentes cabia o isolamento individual, autoritariamente conferido pelos higienistas e pela legislação decorrente, e coletivo, por meio da redenção sanatorial que aliviava e protegia a cidade produtiva.

OS SANATÓRIOS: NEM HOTÉIS, NEM HOSPITAIS

Os hospitais públicos de isolamento do final do século XIX, voltados às doenças infecto-contagiosas, eram locais de acolhida e segregação. A maioria possuía deficiente estrutura física, incluindo instalações de água e circulação de ar, e funcionava de forma intermitente, sem corpo médico ou de enfermagem permanente. Conhecidos como “antecâmaras da morte”, apresentavam elevada taxa de mortalidade, decorrentes da falta de tratamento eficaz, do acúmulo de doentes, da internação tardia e da propagação da doença em razão das condições estruturais. A população atendida era majoritariamente pobre, e o local de instalação, de difícil acesso (TELAROLLI JÚNIOR, 1996, p. 149-155).

É outra a concepção dos sanatórios, traduzida em sua arquitetura. Jardins e alpendres, janelas amplas asseguram profusa iluminação e ventilação e os diferenciam não só dos hospitais como também da insalubridade das cidades, ligada à etiologia da doença. Ofereciam o ar, a luz e o espaço; elementos ausentes do ambiente urbano. Tecnicamente, o discurso médico, legitimado pelo poder público, os justificava, afirmando que, desde que bem dirigidos e sob rígida disciplina, os sanatórios eram lugares seguros (RELATÓRIO DA COMISSÃO DE INVESTIGAÇÃO DE PARIS, 1895, apud GUILBERT, 1992). A parceria Estado/filantropia no financiamento do tratamento acenava ainda com a possibilidade da

vantagem econômica, do ponto de vista da sociedade, para incentivar a implantação dessas “organizações de cura” (GUILBERT, 1992).

O *mal da civilização* era fruto evidente da urbanização e do progresso. Os sanatórios se incluem na política de saúde higienista e de normalização dos espaços, e, de maneira igualmente importante, inserem-se no projeto capitalista. A recuperação da população atingida, essencial à reprodução do capital (ou o afastamento para evitar o contágio de seus pares) acarretava um custo direto para a sociedade. Ao ligar vantagens econômicas à instalação dos sanatórios em cidades fora do sistema produtivo, cria-se uma nova engrenagem de articulação público-privado, e um uso do espaço que será impulsionado pela questão econômica e política, trabalhado junto à opinião pública pelo discurso modernizador da higiene, de defesa da cidade e do sistema produtivo e de relações sociais que a possibilitam. Os sanatórios foram impulsionados pelos Códigos Sanitários, no período de consolidação do perfil industrial da cidade de São Paulo.

Ao espacializar o tempo sanatorial, os sanatórios são a representação concreta da política de saúde higienista. Possuem um significado particular para a representação social da tuberculose, tanto no aspecto técnico quanto cultural. Tecnicamente, representam a medicina pré-pasteurina, da cura fundada no clima, alimentação e repouso. Culturalmente, carregam a ambígua imagem do isolamento e da amarga aura poética que envolveu o doente tuberculoso. No entanto, de modo mais amplo, devem ser vistos a partir das mudanças econômicas e sociais que a modernização impunha ao país e à cidade de São Paulo, de forma mais acentuada, na entrada do século XX.

ESTÂNCIAS CLIMÁTICAS: A BASE LEGAL

No Brasil, assim, à semelhança de outros países, a política de controle da tuberculose adotada inicialmente privilegiou a implantação de dispensários e, especialmente, de sanatórios (IYDA, 1993). Essa política normativa e reducionista de controle converteu distritos tidos como estratégicos para o controle da tuberculose em Prefeituras Sanitárias. A imagem modelo eram as estâncias européias, que introduziam nas ainda provincianas cidades a cultura e o modo de vida das cidades maiores.

Em São Paulo, a base legal para a criação das estâncias foi a Constituição Estadual de 1921, que previa estâncias climatéricas de repouso, administradas pelo governo do Estado, em locais de clima vantajoso e estrutura instalada (MASCARENHAS, 1953, p. 185). O projeto de Campos do Jordão, primeira estância climatérica criada no estado de São Paulo, em 1926, vinha sendo elaborado desde o século XIX (RIBEIRO, 1993, p. 125), numa tensa e acentuada relação entre os setores público e privado. As prefeituras sanitárias recebiam empréstimos estaduais para a melhora e

aparelhamento do município, como a realização de obras de saneamento e higienização.

Em 1931 foi criada no estado de São Paulo a Seção de Profilaxia da Tuberculose, diretamente subordinada à diretoria do Serviço Sanitário, que centraliza as ações relativas à doença. A interferência política nas estâncias se intensifica: a partir de 1933, o prefeito deve ser médico nomeado por indicação da Diretoria Geral do Serviço Sanitário; hospitais e pensões para tuberculosos ficam sujeitos à rígida regulamentação, e um sistema de profilaxia da tuberculose é instituído (notificação dos casos; obrigatoriedade de enfermeiras especializadas nos estabelecimentos de saúde; orientações higiênicas e de desinfecção). O Decreto nº 6.198, de 1933, estendeu a São José dos Campos e São Roque as disposições mencionadas, e a estância climática de São José dos Campos foi criada pelo Decreto 7.007, de 12 de março de 1935. Em 1947, a cidade se tornou Estância Hidromineral (MASCARENHAS, 1942, p. 189-193).

OS SANATÓRIOS NA CIDADE DE SÃO JOSÉ DO INÍCIO DO SÉCULO XX

São José dos Campos urbaniza-se na década de 1920. A Câmara local instituiu medidas normalizadoras e contratos com capitalistas nacionais e estrangeiros, geradores da primeira instalação de infra-estrutura urbana, como sistemas de água e calçamento, num lento processo de modernização (MÜLLER, 1969, p. 60-67).

São José caminhava no ritmo das pequenas cidades brasileiras de então, porém com outro motriz: se leis municipais do período concediam “favores para a construção de pequenas indústrias” (FUNDO CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, 1911, p.22), favoreciam na mesma medida a construção de sanatórios. A construção da cidade se deu, assim, de modo peculiar e oportuno, numa combinação inusitada das medidas de controle da tuberculose vigentes, de incentivo aos sanatórios, com a regulamentação das indústrias e do meio urbano (VIANNA, 2007).

Nessa cidade de notáveis, como descreve Santos (1996), os médicos se destacam. Clemente Ferreira, que conhecia a cidade desde o final do século XIX, recomenda-a a Mário Galvão, fisiologista e tísico. Galvão chega à cidade em 1904, e nela falece em 1925, construindo uma renomada prática clínica (segundo relato de Rosemberg (2001) foi um dos primeiros médicos no país a usar o pneumotórax) e influente articulação política. Seu obituário, no jornal local descreve-o como um “vulto de destaque no mundo científico, político e social do país, [...] um elemento social de relevo, que muito honra nosso meio” (CORREIO JOSEENSE, 1925a, página1), e demonstrando a importância da tuberculose para a cidade, destaca: “[o Dr. Mário Galvão] conseguiu despertar, em benefício de nosso progresso intelectual e material,

as vistas da classe médica com referência às condições excepcionais deste clima [...] Foi ele, inquestionavelmente, que lhe infiltrou [à cidade] uma seiva nova, ridente de benefícios futuros.” (CORREIO JOSEENSE, 1925a, página 1)

Foi o vereador e médico Mário Galvão quem se opôs à primeira proposta de construção de sanatório feita à Câmara em 1909 por Monteiro Lobato, não pela utilidade do empreendimento, que atenderia “as condições especialíssimas do seu privilegiado clima, ultimamente tão procurado por numerosos enfermos” ou pela salubridade pública (menor exposição da população ao contágio), mas pela localização, sugerindo a construção fora do perímetro urbano (FUNDO LIGA DE ASSISTÊNCIA E COMBATE À TUBERCULOSE, 1911, p.1). A Comissão de Fazenda e Contas reiterou o parecer e reservou o terreno – inicialmente concedido para a construção de um hotel sanatório – a qualquer fábrica que viesse a ser fundada na cidade, reservando ao hotel-sanatório “terrenos situados fora do perímetro urbano da cidade” (FUNDO LIGA DE ASSISTÊNCIA E COMBATE À TUBERCULOSE, 1911, página 2).

O projeto do sanatório de Monteiro Lobato, vinculado à possibilidade de receitas estaduais, não se concretizou e, em 1914, a Câmara subsidiou a compra de chácara para a construção de um sanatório ligado à Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Dentro da visão da construção de sanatórios no interior, desafogando a capital; do uso da doença como saída econômica; e da articulação Estado-filantropia, o recurso inicial para a construção provinha da Câmara Municipal de São Paulo, do governo federal e do “alto comércio” de São Paulo, além de fundos angariados em quermesses paulistanas comandadas pela esposa do senador Olavo Egídio Aranha. O sanatório começou a ser construído em 1917, erguido pela filantropia e pelo poder público municipal. O Sanatório Vicentina Aranha foi inaugurado em 1924, com a presença de Washington Luiz e comitiva, em evento que, na memória coletiva, marca a conversão da cidade em estância, muito antes do ano de 1934 (BONDESAN, 1967, p. 38). Projeto do renomado escritório de arquitetura de Ramos de Azevedo e maior da América Latina, o Vicentina Aranha foi fruto dessa conjunção de interesses externos e locais, econômicos e sociais, possibilitado pela política e pela articulação das relações sociais no espaço, instalando-se em uma cidade já sanatorial.

De fato, o sanatório Vicentina Aranha consolidou o perfil da cidade. Em 1925, a expressão “estação climática” aparece pela primeira vez no *Correio Joseense*, em anúncio de terrenos em lotes para venda em prestações. A propaganda destaca o clima de Davos, Ilha da Madeira, Campos do Jordão e São José dos Campos, ressaltando que: “A cidade velha, um tanto anti-higiênica, está sendo reformada com casas modernas, a água aumentada, a usina de força e luz grandemente melhorada. [...] Possui São José dos Campos todos os recursos e os seus médicos dedicadíssimos, gozam de bela fama para doenças pulmonares.” (CORREIO JOSEENSE, 1925b, página 2)

Os terrenos para venda situavam-se em frente ao sanatório, entre a estrada de ferro e a estrada de automóvel. Como observado por Rolnik (1997, p. 43-44), o componente da rentabilidade do solo urbano não pode ser descolado da estruturação e construção do território. A consolidação da imagem de estância ampliou as vias de negócios e relações, o que influenciou na caracterização dos espaços urbanos, bem como abriu possibilidades de articulações intergovernamentais.

A edificação da estância se deu sobre ordenamentos políticos e econômicos no espaço real da vida que, lentamente, transformava-se em urbana. O periódico *Correio Joseense*, lançado em 1920, dedicou artigos à tuberculose (em geral de primeira página) em 24 dos 40 fascículos publicados naquele ano, numa demonstração da importância da imprensa na divulgação sobre a tuberculose. A série “Instruções Sanitárias”, matéria de primeira página em cinco números consecutivos, guarda enorme semelhança com as recomendações do Relatório da Comissão de Investigação de Paris de 1895³, que, por sua vez, assemelham-se às recomendações do serviço estadual, elaboradas no mesmo período e divulgadas no interior de São Paulo no início do século XX (MOTA, 2001, p. 144).⁴

Os artigos – certamente uma reprodução do relatório do Serviço Sanitário do Estado –ressaltavam a curabilidade, o tratamento higiênico e os meios de evitar a tuberculose. Ao receio emanado da presença do tuberculoso e à percepção do risco das cidades cuja reputação de bom clima facilitaria a infectividade, “[...] se não toma providências para impedir o contágio” (CORREIO JOSEENSE, 1920c, página1), os sanatórios surgem como solução, numa transcrição que modifica o teor do documento de Godinho e Azevedo (apud MOTA, 2001, p. 143-144, grifo nosso)⁵: “a tísica pode se curar em qualquer altitude [...] mesmo em domicílio, com a condição de ser este transformado em *um pequeno sanatório* [...]”. O texto prossegue, afirmando a segurança dos sanatórios, com sustentação estatística: “Nos sanatórios não se observam contágios pela tuberculose [...]: de cada 100 doentes [...] pelo menos 30 reestabelecem-se completamente, 40 melhoram consideravelmente podendo voltar a suas ocupações habituais, 26 deixam de aproveitar e apenas quatro vêm agravar seu estado”[citação sem referência – é o mesmo correio joseense, 1920c, p.1 Não seis e é necessário repetir a ref.]. A base sanatorial, defendida pelas ligas, é sistematicamente reforçada: “graças a essa vigilância constante, aos conselhos do profissional, que as

3 Sobre a segurança dos estabelecimentos sanatoriais em cidades do interior, a Comissão de Investigação de Paris concluiria, em 1895: “un établissement bien dirigé ne peut présenter aucun danger pour son voisinage. C’est ainsi qu’en ont décidé en tous pays les autorités scientifiques et les législateurs” (GUILBERT, 1992).

4 O trabalho Fonte para a educação popular, elaborado por Victor Godinho e Guilherme Álvaro, sob a direção do Serviço Sanitário, em 1899, foi elaborado para ser transcrito pelo “jornais científicos ou noticiosos” da época; continha informações clínicas, de contágio e tratamento da tuberculose, e reforçava a importância da higiene e da disciplina para a cura da doença. Embora não recomendasse o uso dos sanatórios, o ambiente de luz e aeração dos estabelecimentos era ressaltado (GODINHO e ÁLVARO, 1899, in MOTA, 2001, p.143-4).

5 Segundo Mota (2001, p.143-4), ao afirmar que a cura era possível em qualquer estabelecimento, o documento reforçava a importância das medidas educativas e higiênicas, e reduzia a importância dos sanatórios, proposta defendida pelas Ligas.

curas são conseguidas muito facilmente nos sanatórios fechados, isto é, de disciplina obrigatória [...] os climas e os remédios são simples coadjuvantes” [citação sem referência – idem. Todo o trecho deste parágrafo refere-se à mesma matéria].

O risco do contágio e o temor dele decorrente transparecem igualmente no periódico local, que afirma não haver seleção ou separação: “No turbilhão social misturam-se doentes e são” (CORREIO JOSEENSE, 1924a, página2); o isolamento dos contagiados é tido como solução para a cidade. Ao mesmo tempo, a salubridade do município é considerada “superlativa” e notória, posto que “centenas de vidas gravemente comprometidas têm daqui regressado aos seus lares, louvando São José dos Campos, como o *sanatorium* de todo o Sul, Oeste e Norte da Capital” (CORREIO JOSEENSE, 1924b, página2) – imagem reforçada pelos tisiologistas, em seus postos técnicos e políticos.

O primeiro sanatório foi recebido com temor, não pelo estabelecimento em si, considerado seguro e de grande relevância pela adequação do tratamento, mas pelo que poderia representar para a cidade: “é mesmo um perigo muito grave pela invasão de tuberculosos de toda parte do Brasil” (CORREIO JOSEENSE, 1924c, página1). O acesso diferenciado é apontado: “é claro que ali se contarão em maior número os doentes de classe, que pagam sua estadia [...] os pobres ingressarão em quantidade infinitamente menor [...] Provavelmente o Sanatório não dará conta dos doentes da Santa Casa (transferidos) e aí os enfermos vão para onde?”. (CORREIO JOSEENSE, 1924c, página1) A reportagem alerta que a publicidade do sanatório em periódicos paulistas e cariocas atrairá “levas desses *expatriados* em busca de saúde” (CORREIO JOSEENSE, 1924c, página1, grifo do autor). O artigo gerou reação – na cidade e no jornal paulistano *Folha da Noite*, obrigando *O Correio* a se retratar. Na réplica, o jornal assumiu o receio da “invasão de enfermos” e questionou sua utilidade para “as classes pobres”, numa antecipação do cenário que se desenvolveria.

O sanatório gozou de benefícios públicos desde sua inauguração, bem como de representatividade política: no solene evento municipal de homenagem à primeira grande indústria instalada na cidade, o “discurso de saudação ao homenageado [Sr. José Severo, diretor da Tecelagem Parahyba] foi proferido pelo diretor do Sanatório Vicentina Aranha, Dr. Caio Machado” (CORREIO JOSEENSE, 1927, página1).

Os sanatórios foram também locais privilegiados para o desenvolvimento da tecnologia médica, não somente a do clima e da institucionalização da disciplina, mas também relativa aos equipamentos e procedimentos invasivos, como o pneumotórax e outros procedimentos cirúrgicos. Além de Mario Galvão, chegam à cidade os tisiologistas Néelson D’Ávila, no ano de 1914, e Ruy Dória, no ano de 1925[estes anos dizem respeito a que? – ano que chegaram à cidade]: o primeiro, vereador pelo Partido Republicano Paulista, apoiou a construção da Santa Casa local e a dirigiu. Onipresente, dirigiu também o Sanatório Vicentina Aranha e foi

equiparado a um feiticheiro por quem o conheceu⁶. Dória, seu rival político, foi um dos fundadores do Partido Democrata local. Proprietário de um sanatório na área comercial da cidade, afirmava que a cidade não precisava de fábricas, e sim de doentes (BELCULFINÉ, 2000). Junto a Rodolpho Mascarenhas (tisiologista que seria o primeiro prefeito sanitário da cidade e seguiria influente trajetória na saúde pública paulista), formaram a comissão que discutiu a oficialização da estância. Outros tisiologistas da cidade, como José Rosemberg, ocupariam cargos públicos e universitários de destaque, ou permaneceriam na cidade, participando ativamente da vida acadêmica. O intercâmbio técnico com São Paulo é evidenciado no contato com Clemente Ferreira, que visita a cidade em 1914, nos artigos conjuntos publicados na Revista Médica local e na avaliação das drogas quimioterápicas que acabariam por modificar a história da doença⁷.

Velloso, médico tisiologista, vindo em 1945 e agraciado com o título de patrimônio humano da cidade, protagonizou diversos desses movimentos: “Inventei vários aparelhos, inclusive o de Pneumotórax. Foi usado em todo o Estado de São Paulo, Paraná, era com meu aparelho [...] Fiz a patente e todos os dispensários do Estado de São Paulo, todas as cidades maiores tinham [...], esse atendimento da TB, centro de saúde.” (VELLOSO, 2003, página)

Sobre os medicamentos para a tuberculose: “Quando surgiu a Hidrazida, o Dr. Paulo Souza me nomeou como encarregado de divulgar... E eu estava encarregado de ver isso, de estudar a distribuição da Hidrazida; se desse certo, estreptomomicina [...] Passava por mim; tínhamos reuniões e tal.” (VELLOSO, 2003, página 6)

O campo dos tisiologistas escapava ao sanatório para ocupar a cidade – nas pensões e repúblicas, os tuberculosos recebiam cuidado e se submetiam a procedimentos. Não por acaso, alguns tisiologistas da década de 1930 utilizaram seu aparato tecnológico para converterem-se em médicos do trabalho na década de 1950. Velloso ilustra esta conversão em seu instituto médico e de abreugrafia, inaugurado em 1951 e ampliado para um estabelecimento de 25 consultórios no centro da cidade:

[...] todo o serviço de controle das indústrias em geral era feito aqui, porque era um serviço particular, a gente fazia a radiografia aqui [...] fazia cento e cinquenta, duzentos por dia! Então todas essas indústrias passaram por mim [...] a TB era moléstia do trabalho. [o dispensário] Já existia, mas estava muito no início, havia filas. [...] O dispensário até um certo tempo funcionou, mas sem aquela precisão, aquele cuidado, assim, particular que eu tinha, estatístico e tudo, e as firmas todas me mandavam, porque precisava da

6 Entrevista concedida por Velloso à autora (2003), médico tisiologista que teve contato com Dr Nelson D'Ávila no Sanatório Vicentina Aranha, na década de 1940.

7 Velloso (2003, p.5): “Quando surgiu a Hidrazida, o Dr. Paulo Souza me nomeou como. encarregado de divulgar a parte da Hidrazida... E eu estava encarregado de ver isso, de ES, p.5tudar a distribuição da Hidrazida; se desse certo, estreptomomicina....Passava por mim; tínhamos reuniões e tal.”

documentação. TB era doença do trabalho, então todas passavam por aqui. A GM em 59, foi toda passada [...], depois já nem quis mais [...], porque fazia chapa grande para fazer a admissão. E as indústrias todas [...] – [...], Rhodosa, Kodak, aquele meu aparelho transportava para lá [...] Eu chegava a ir lá [às indústrias], fui à Tecelagem Parahyba [...] Eu chegava a fazer o controle geral deles, e as outras indústrias, Ericsson, todas essas indústrias na beira da estrada, todos faziam aqui [...] Essa preocupação [com a tuberculose] foi praticamente até 80 e pouco [...] (VELLOSO, 2003, página 7-8)

Note-se que interesses privados e da corporação médica definiam o aparato institucional de controle da doença, numa estreita relação público/privado que relegava para segundo plano as instituições públicas. Esta situação persistirá até a constituição da rede municipal de serviços públicos, na década de 1970, numa cidade já classificada como econômica e não mais dos notáveis fisiologistas.

Nesse município de pouca expressão agrária e incipiente industrialização, a tuberculose ocupou os espaços e estruturou a frágil base econômica local. O ideário nacional da higienização das cidades tornava cultural e socialmente aceitável essa dinâmica particular de urbanização, e é compreensível o movimento de manutenção da imagem de cidade-estância. Esta necessidade é, no entanto, transitória, porque a serviço de outro objetivo – a modernização; e as contraditórias matérias do *Correio Joseense* atestam a ambigüidade do desenvolvimento urbano baseado na condição de estância climatérica: incentivar os sanatórios e igualmente o controle público, fiscalizatório; manter a tuberculose e os tuberculosos, mas a distância segura (CORREIO JOSEENSE, 1920e).

A "FÚRIA SANATORIAL"⁸ EM SÃO JOSÉ DOS CAMPOS: DADOS OBJETIVOS

Antes de ser decretada estância, São José dos Campos já dispunha de 360 leitos para tuberculosos, distribuídos em cinco sanatórios. A alta representatividade de São José dos Campos e Campos do Jordão, responsáveis, em 1935, por 75,8% dos leitos para tuberculose no Estado de São Paulo, é mantida após o programa de ampliação da rede sanatorial implantado a partir de 1938 e impulsionado na segunda metade da década de 1940, que ampliou para mais de 5.000 leitos o total efetivo do Estado (MASCARENHAS, 1953, p. 224-229).

⁸ Termo utilizado por Guilbert (1992) para descrever a expansão dos sanatórios na Europa, no final do século XIX.

Em 1956, havia no Brasil 25.797 leitos distribuídos em 100 sanatórios, localizados em 36 cidades (RIBEIRO, 1956) (Quadro 1). Destas, 18 eram capitais, e das 18 cidades restantes, 9 localizavam-se em São Paulo e 5 no Rio de Janeiro. Cinco cidades – São Paulo, Rio de Janeiro, Salvador, Belo Horizonte, Campos do Jordão e São José dos Campos possuíam 49% dos estabelecimentos e 70% dos leitos do país. Eram também as únicas cidades com cinco ou mais estabelecimentos, com destaque para o Rio de Janeiro, que, numa demonstração da centralidade da política de saúde à época, dispunha de 15 sanatórios, e praticamente 20% do total de leitos do país.

Para Rio de Janeiro, Salvador e São Paulo a caracterização de pólo urbano, a concentração das ações em saúde, decorrente, entre outros fatores, do dinamismo econômico, e a relativa concentração industrial justificam a maior proporção de sanatórios, considerando a tuberculose doença ocupacional. Belo Horizonte, Campos do Jordão e São José dos Campos compartilham outras características: construíram a rede de sanatórios precocemente, com estabelecimentos de natureza privada (no país, a relação era, em média, de 50% de estabelecimentos públicos e 50% privados) e, com pouco (Belo Horizonte e Campos do Jordão) ou nenhum (São José dos Campos) incentivo da Campanha Nacional contra a tuberculose.

Campos do Jordão e São José dos Campos concentravam praticamente todos os leitos pagos no Estado: em 1935, 75,8% dos leitos para tuberculosos e 91,4% dos leitos pagos localizavam-se nas duas cidades. Em 1953, somadas à capital, em que se destaca o Hospital do Mandaqui com 1029 leitos, Campos do Jordão e São José dos Campos representavam 72,7% do total de leitos e as duas últimas cidades albergavam 91,0% dos leitos pagos (Tabela 1). Eram ainda as únicas cidades a dispor de diversos estabelecimentos para o tratamento da tuberculose, todos de propriedade privada, em contraste com as instalações amplas e únicas nas demais cidades, produtos da política sanatorial adotada pelo Serviço Nacional de Tuberculose comandado pelo médico sanitaria Paula Souza (MASCARENHAS, 1953, p. 228-229; Quadro 1).

A política de saúde confundia-se com a política urbana na cidade sanatorial. A rede sanatorial foi reforçada em um momento em que já se questionava a eficácia do clima na cura da tuberculose. O boletim médico elaborado pelos tisiologistas locais, de distribuição nacional e tendo eminentes especialistas nacionais como colaboradores, traz um artigo de Hélio Fraga com prós e contras, pelo conhecimento científico da época, do clima como adjuvante na terapêutica da tuberculose pulmonar (FRAGA, 1935).

Os serviços de saúde da cidade, que não podiam ser considerados uma rede, eram compostos, em 1944, por seis sanatórios, um hospital filantrópico – a Santa Casa de Misericórdia, que não atendia pacientes tuberculosos, e um posto de saúde. Havia 13 médicos para uma população de cerca de 40 mil pessoas (1 médico para 3.077 pessoas). Os sanatórios eram voltados a populações específicas e, assim como a Santa Casa, recebiam subsídio da prefeitura.

O posto de higiene da cidade foi inaugurado em 1932, e convertido em Dispensário de Tuberculose em 1945, dez anos após a oficialização da estância. Equipado com recursos para profilaxia, diagnóstico por imagem, e tratamento clínico e invasivo da doença, possuía na equipe médicos sanitaristas e consultantes, técnicos de laboratório e Raio-X, auxiliar de enfermagem e escriturários. A não-integração à rede sanatorial, de propriedade privada, é um consenso nas entrevistas realizadas: Rosenberg (2003, p.5), como que a confirmar a dificuldade de se estabelecer uma política de controle da tuberculose, afirma que “ninguém teve a idéia de fazer uma conexão Sanatório/Dispensário, nunca houve isso”. A ligação ocorria entre o dispensário e as pensões, por uma questão de fiscalização sanitária, “porque o dispensário controlava as pensões dos tuberculosos” (Rosenberg, 2003, p.5). O posto de saúde era subvencionado pela Prefeitura Sanitária e cerca de 50% do valor recebido era convertido para a assistência aos operários da Tecelagem Parahyba (FLÓRIO, 1944).

A assistência médica previdenciária, instituída na cidade em 1940, somou-se à rede sanatorial e ao atendimento individual nas pensões, mas não os substituiu. O sistema de controle da tuberculose, seguindo as diretrizes políticas nacionais, só seria adotado na cidade na década de 1970, com a implementação das Ações Integradas de Saúde. A presença e articulação de tisiologistas – técnicos e políticos – erigindo e dirigindo os sanatórios, e o desenvolvimento de um circuito econômico, social e político ligado à doença antecederam a implantação de um programa público para o controle da tuberculose e construíram, por outras vias, a cidade sanatorial.

Na avaliação sanitária realizada pelo Estado em 1944, os serviços de saúde foram considerados no mesmo capítulo das associações beneficentes, sob a denominação “Assistência Social”. A relevância dessas associações para a saúde (quatro particulares – Liga Contra a Tuberculose, Associação das Damas de Caridade, Fraternidade Operária da Tecelagem Parahyba, Associação São Vicente de Paula; e duas religiosas – Franciscanos do Sagrado Coração de Jesus e Instituto das Pequenas Missionárias de Maria Imaculada) é ressaltada: a “capacidade filantrópica” é considerada “boa, e [...] bem conduzida poderá prestar mais serviços à causa da saúde pública” (FLÓRIO, 1944, p. 134-135).

Os sanatórios, construídos até 1967 e distribuídos nas áreas do centro e sanatorial, junto à remodelação urbana, conferiram à cidade não só um perfil específico, mas também uma tipologia arquitetônica (BITTENCOURT, 1998). É a arquitetura sanatorial, em especial o sanatório Vicentina Aranha, hoje tombado como patrimônio histórico, que instaura a modernidade arquitetônica no Vale do Paraíba (BITTENCOURT, 1998, p. 85-86).

Nesta cidade marcada pela saúde e pela doença, alpendres e varandas contaminam as edificações da cidade e levam ar e luz às casas, simultaneamente habitações e pensões. O espaço privado do lar se constitui em oposição ao espaço da rua, mas esta alteração do perfil urbano pode ser relacionada também às concepções arquitetônicas das estações terapêuticas,

que, na revisão de Bittencourt (2001, p. 67-68), influenciaram arquitetos na concepção de projetos hospitalar e habitacional. Ao se basear nas premissas da higiene e exibir, em seu estilo limpo e não-rebuscado, um projeto racional e funcional, o sanatório incorpora o ideário da arquitetura moderna (BITTENCOURT, 2001, p. 83) e é considerado uma de suas raízes – concebido por uma necessidade da medicina e da higiene, converteu-se em programa da nova arquitetura moderna (MILLER, 1992, apud BITTENCOURT, 2000, p. 89-92). Em São José dos Campos a marca sanatorial imprime-se nas residências modernas do final da década de 1920 e início da década de 1930. Se esse novo conceito do habitar, representado na mudança arquitetônica da fachada e na organização interna da casa, insere-se no movimento cultural de urbanização nacional – que ressignifica as ruas e privatiza o espaço do lar (ROLNIK, 1997, p. 31-34), as casas avarandadas ganham na cidade sanatorial um significado simbólico adicional.

Nove sanatórios foram construídos entre 1926 e 1967, e, destes, seis eram ligados a instituições filantrópicas. O último sanatório, erguido pela Liga Joseense de Assistência e Combate à Tuberculose, em 1967, foi fruto de um acordo para substituir o Sanatório Adhemar de Barros, localizado na área sanatorial, que, na década de 1960, já havia se convertido em residencial (BITTENCOURT, 1998, p. 136). Construído em área rural, o estabelecimento, por questões jurídicas, nunca foi ocupado, sendo demolido em 1991 (BITTENCOURT, 1998, p. 136-137). Além do primeiro projeto de Hotel-Sanatório, do início do século XX, outros quatro sanatórios foram planejados, porém não executados – Sanatórios Penitenciária, do Sindicato dos Trabalhadores de Teatro de São Paulo, do Sindicato de Ferroviários da Companhia Mogiana (BITTENCOURT, 1998, p. 140-147).

A estância se imprime no mapa da cidade em diferentes momentos: em 1932, a cidade é dividida em três zonas – residencial, comercial e sanatorial, ato ratificado em 1933, que amplia a zona sanatorial e incorpora uma quarta zona às três primeiras – a industrial. No ano de 1954, a área sanatorial é mantida, com acréscimo de nova região, a aeronáutica (BELCULFINÉ, 2000). Dos oito sanatórios da cidade, apenas dois não se localizavam na zona sanatorial: eram também os únicos de propriedade particular; Sanatórios Ruy Dória e Sanatório São José (BITTENCOURT, 1998, p. 56-136).

Os sanatórios imprimiram também na vida da cidade o ritmo cadenciado e disciplinar dos horários: Teixeira (1994) comenta o estranhamento dos recém-chegados estudantes do Instituto Tecnológico de Aeronáutica (ITA) em 1950, dos hábitos alimentares à (municipal) cesta pós-prandial.

As pensões confundiam-se com os sanatórios. Após a decretação de estância, cadastravam os inquilinos e encaminhavam o cadastro ao posto de higiene e à prefeitura, e notificavam todos os casos suspeitos de tuberculose. Construídas sob normatização sanitária, em muitos aspectos assemelhavam-se aos sanatórios, inclusive em seu rígido e disciplinado funcionamento (quantidade e tipo de refeição servida e métodos de higienização). Mesmo

com as inúmeras pensões instaladas na cidade (chegaram a cerca de 26 até o ano de 1960), muitas residências particulares ainda acolhiam doentes, como fonte de renda no município de poucas alternativas financeiras.

Savastano (2003, página 11) recorda o papel de personagens que conduziam ou transitavam em torno das pensões: os religiosos levando aos doentes o conforto espiritual, bem como as donas das pensões: “Aqueles mulheres eram verdadeiras mães daqueles jovens, eram todos jovens [...], os aplicadores de injeção [...] tinham a bicicleta com aquela parafernália, direitinho, não eram farmacêuticos [...] iam porque tinham aquela função, tantas injeções que tinham que aplicar, todos os remédios que tinham que dar.”

Essas pensões receberam os estudantes do ITA e os trabalhadores da indústria na década de 1950. No ano de 1952, dos 20 estabelecimentos de hospedagem da cidade, dez ainda eram sanatoriais. Em 1959, ainda havia duas pensões sanatoriais e nove hospitais especializados em tuberculose, demonstrando, de um lado, a persistência funcional de estância de repouso e tratamento na cidade já industrializada (SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, 1961) e, de outro, a adaptação dos equipamentos públicos e privados para o novo ambiente social que se instituiu, a cidade moderna, do meio técnico industrial, da inovação, da informação. O documento de planejamento urbano de 1961 afirma, ao constatar a “persistência funcional da estância”: “No entanto, os joseenses desejam ‘esquecer’ de modo definitivo esse período, orgulham-se de ter conseguido expulsar do centro as casas que recebiam doentes, apreciam afirmar que a cidade se transformou de maneira radical e nada mais conserva das características anteriores” (SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, 1961 [não consta esse ano] p. II. 7.1 [qual o significado – é um documento técnico, e esta é a numeração da página ?])

Torna-se claro, tanto pelas entrevistas como pelos registros escritos, que, diretamente vinculada ao desenvolvimento urbano, a tuberculose pairava como uma incômoda necessidade, uma sombra sobre a cidade de clima e povo abençoados, nascida para o progresso. No momento em que a industrialização se concretizava, não havia possibilidade de coexistência entre a cidade sanatorial e a cidade industrial: um novo lugar seria conferido à tuberculose. Porém sua presença ficaria impressa na reorganização dos serviços de saúde que se anunciava.

DE TECNOLOGIA À PAISAGEM: A EXTINÇÃO DA ESTÂNCIA

O movimento de declínio da estância climática como motriz da cidade se inicia em 1950, com três marcas tradicionalmente reconhecíveis: a instalação do Centro Técnico Aeroespacial (CTA); a inauguração da Via Dutra; e a vinda das primeiras indústrias de grande porte, que configurariam

o padrão industrial local característico, voltado ao setor aeroespacial. Embora este processo tenha sido concomitante à descoberta de drogas para o tratamento da tuberculose⁹, modificando a abordagem terapêutica da doença, a transformação da cidade, seus espaços, sua função e a configuração de seus serviços de saúde não foi imediata. A duplicidade de funções da cidade perdurou até o início da década de 1960, em longos 20 anos de transição.

Foi no espaço sanatorial, privilegiado pelo investimento público com infra-estrutura, que se concentraram os equipamentos públicos e privados de serviços – incluindo os de saúde, que teriam sua finalidade transformada – bem como a área de moradia da população de mais alto poder econômico. Souza e Soares (2002, p. 84) apontam a topologia privilegiada da Zona Sanatorial e a proximidade com o núcleo urbano como fatores que influenciaram a especulação imobiliária que se seguiu à desativação da área na década de 1950. Já no final da década de 1940, a prefeitura aprovou um projeto de loteamento de alto padrão, baseado no conceito europeu das cidades-jardim, um “espaço privilegiado [...] incrustado na nobre zona sanatorial” (SOUZA; SOARES, 2002, p. 82). A especulação ocorreria na área central e, na mesma medida, às margens da Rodovia Presidente Dutra.

O sistema de saúde local guarda igualmente as marcas deste período, que delinea o característico contorno dual observado no país: ao lado do sistema público constituído, um robusto sistema privado, com alta densidade tecnológica, ligado à indústria e seus convênios, numa marcada transição. Com o advento do tratamento e a mudança do perfil epidemiológico, a tuberculose deixa de ser objeto de interesse privado e passa definitivamente para a esfera pública.

A rede sanatorial da cidade, a quantidade de pensões, os circuitos estabelecidos em torno da doença revelam a lógica progressista, voltada ao capital na edificação dos sanatórios da cidade no início do século XX, possibilitada pela articulação de médicos, políticos e capitalistas da cidade. Do mesmo modo, a beleza e arejamento de suas construções marcaram a cidade na década de 1940 e influenciaram o cotidiano da cidade, que vivia entre o temor do contágio e a ânsia pelo progresso.

Os sanatórios construídos, distribuídos em toda a cidade, extravasando os limites impostos pelo planejamento urbano da zona sanatorial, revelam a importância desses estabelecimentos para a cidade de então e as relações entre o poder público e o privado, bem como a resignificação local das diretrizes estaduais da política de saúde, apropriadas de maneira particular em prol do desenvolvimento da cidade, e a influência na configuração do sistema local nas décadas que se seguiram. [não é citação; erro de diagramação/citação sem referência]

Nessa ruptura com o passado, os sanatórios perdem seu simbolismo de tecnologia, segurança e modernidade para permanecerem no tecido urbano na forma de paisagem (como parque arborizado no centro nobre da cidade) ou, para a cidade, como objeto-testemunha, memória arquitetônica de um passado de atraso e receio. Certamente essa representação merecer ser revisitada...

9 A estreptomicina foi descoberta em 1944, a pirazinamida em 1949 e a isoniazida em 1950 (BERTOLLI FILHO, 1993).

Quadro 1 – Leitos hospitalares para tuberculose em funcionamento no Brasil, em 1956, segundo início de funcionamento e natureza do estabelecimento

Localidade	Número de estabelecimentos.	Número de leitos	Inauguração						Natureza			
			Sem informação	Até 1930	1931-45		1946-56		Público			Privado
					CNCT/ MES	Sem auxílio	CNCT/ MES	Sem auxílio	Federal	Estadual	Outro	
DF (RJ)	15	4.978	1	3	1	5	1	4	2	-	7*	6
Campos do Jordão	11	1.528	-	2	2	5	1	1	-	-	-	11
Belo Horizonte	9	1.359	1	5	2	-	2	-	-	-	1	10
São Paulo	9	2.627	2	-	2	2	-	3	-	2	2	5
São José dos Campos	8	885	-	2	-	4	-	2	-	-	-	8
Salvador	5	1.370	-	-	1	-	4	-	1	-	-	4
Recife	4	1.689	-	-	1	1	1	-	1	2	1	-
Belém	3	1.009	2	-	1	-	-	-	1	2	-	-
Petrópolis	3	430	-	-	-	3	-	-	-	-	-	3
Bauri	2	300	-	-	1	-	1	-	1	-	-	1
Curitiba	2	246	-	-	-	1	1	-	-	2	-	-
Fortaleza	2	444	-	-	1	1	-	-	1	-	-	1
Manaus	2	480	-	1	-	-	1	-	1	-	-	1
Niterói	2	463	-	1	1	-	-	-	2	-	-	-
Nova Friburgo	2	262	-	-	-	2	-	-	1	-	-	1
Porto Alegre	2	1.172	-	-	1	-	1	-	-	1	-	1
Aracajú	1	60	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-
Araraquara	1	600	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-
Botucatu	1	1.000	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-
Campos	1	339	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-
Catanduva	1	600	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-
Cuiabá	1	38	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-
Florianópolis	1	100	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-
João Pessoa	1	101	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-
Juiz de Fora	1	366	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-
Lapa	1	300	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-
Lins	1	1.000	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Maceió	1	200	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-
Natal	1	114	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-
Rezende	1	200	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
São José dos Pinhais	1	300	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-
São Luis	1	152	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-
Sta Rita do Passa quatro	1	800	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-
Tremembé	1	50	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Vitória	1	235	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-
Total	100	25.797	7	17	20	26	14	16	15	19	7	53

Fonte: as autoras, com base em: BITTENCOURT (2000, p. 54-60: Estudos de Zoneamento do Brasil para a execução da Campanha Nacional contra a Tuberculose, 1949) e Ribeiro (1956). Acrônimos:CNCT – Campanha Nacional de Combate à Tuberculose; MES- Ministério da Educação e Saúde[todas as fontes devem constar da lista de referências com dados completos].

Tabela 1 – Leitos hospitalares para tuberculose em funcionamento no Estado de São Paulo, em 1953, segundo natureza.

Município	Gratuitos	%	Pagos	Total	%
Capital	1.858	94,8	102	1.960	32,8
Campos do Jordão	918	58,6	648	1.566	26,2
São José dos Campos	367	44,8	453	820	13,7
Total dos três municípios	3.143		1.203	4.346	72,7
Total do Estado	4.762		1.215	5.977	

Fonte: MASCARENHAS (1953, p. 224).

Quadro 2 - Sanatórios de São José dos Campos segundo ano de fundação, número de leitos, instituição mantenedora, público alvo, fim das atividades sanatoriais e situação em julho/2004

Ano de fundação	Nome do Sanatório	Nº Leitos	Instituição mantenedora	Fim de atividade	Situação atual
1924	Vicentina Aranha	270	Santa Casa de São Paulo	Década de 1960	Patrimônio histórico Hospital geriátrico, desativado
1934	Vila Samaritana	121	Associação Evangélica Beneficente	1967	Fundação Valeparaibana de Ensino (conservado)
1934	Ruy Dória	100	Particular	1961	Demolido
1935	Maria Imaculada	93	Instituto das Pequenas Missionárias	1978	Casa de repouso para idosos, propriedade das Pequenas Missionárias
1936	Ezra	120	Sociedade Ezra de Beneficência	Início década 1970	Demolido Espaço ocupado atualmente pelo Parque Municipal Santos Dumont
1938	Adhemar de Barros	110	Liga de Assistência à Tuberculose	?	Patrimônio, propriedade da Prefeitura Municipal de São José dos Campos
1946	Sanatório São José	58	Particular	1983	Demolido
1952	Antoninho Rocha Marmo	50	Instituto das Pequenas Missionárias		Preservado Hospital Infantil e Maternidade

Fonte: as autoras, com base em: MÜLLER (1969); BITTENCOURT (2000); BELCULFINÉ (2000).

REFERÊNCIAS

- BELCULFINÉ, D. C. **São José dos Campos: relação histórica do seu desenvolvimento com a mortalidade por tuberculose, 1935 a 1999.** Tese (Doutorado Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
- BERTOLLI FILHO, C. **História social da tuberculose e do tuberculoso: de 1900-1950.** Tese (Doutorado História) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.
- BITTENCOURT, T. M. **Arquitetura sanatorial.** São José dos Campos: Fundação Cultural Cassiano Ricardo, 1998.
- _____. **Peste branca, arquitetura branca: os sanatórios e a tuberculose no Brasil na primeira metade do século XX.** Tese (Mestrado Arquitetura e Urbanismo) – Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Carlos], 2000.
- BONDESAN, A. **São José em quatro tempos.** São José dos Campos: Bentivegna, 1967.
- CORREIO JOSEENSE. **Concessão de terreno a Monteiro Lobato para a construção de hotel-sanatório.** Isenção de impostos, inclusive sobre água, por 25 anos. Exclusividade do empreendimento. São José dos Campos, 10 jan. 1911.[para todas as entradas Correio Joseense faltou a página da matéria, completar]
- _____. **Dr. Mário Galvão.** São José dos Campos, 2 jul. 1925a. p.1
- _____. **Dr. Mario Nunes Galvão.** São José dos Campos, 22 dez. 1920a. p.1
- _____. **O grande mal.** São José dos Campos, 26 out. 1924a.p.2
- _____. **Homenagem ao Dr. José Severo, diretor da tecelagem Parahyba.** São José dos Campos, 14 out. 1927. p.1
- _____. **Instruções sanitárias.** 6: Distribuição geográfica. São José dos Campos, 27 jun. 1920b. p.1
- _____. **Instruções sanitárias.** 7: Curabilidade. São José dos Campos, 27 jun. 1920c. p.1
- _____. **Instruções sanitárias: contágio, curabilidade, tratamento higiênico da tuberculose e meios de a evitar.** São José dos Campos, 13 jun. 1920d. p.1
- _____. **O município de São José dos Campos.** Parte VIII: Salubridade. São José dos Campos, 2 nov. 1924b. p.2
- _____. **O perigo da tuberculose.** São José dos Campos, 12 dez. 1920e. p.1
- _____. **Prefeitura sanitária.** São José dos Campos, 3 mar. 1935. p.1

- _____. **Vicentina Aranha - Sanatório.** São José dos Campos, 27 abr. 1924c. p.1
- _____. **Villa Jacy.** Terrenos em lotes a prestações. Estação climática de São José dos Campos - São Paulo. São José dos Campos, 18 jun. 1925b. p.2
- FLÓRIO, J. **Relatório de inspeção preliminar do município e estância climática de São José Dos Campos.** Departamento de Saúde Pública do Estado de São Paulo/Divisão de Serviço do Interior, 1944.
- FRAGA, H. Tuberculose e bioclimatologia. Comunicação do Dr. Hélio Fraga lida na Academia Nacional de Medicina pelo professor Clementino Fraga. **Boletim Médico de São José dos Campos**, São José dos Campos, n. 28-29, p. 8-22, 1935.
- FUNDO CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. Comissão de Fazenda e Contas. **Oferece à câmara projeto de lei para concessão de favores para construção de pequenas indústrias.** Aprovado em primeira discussão. São José dos Campos, 16 jun. 1911. p. 22.
- FUNDO LIGA DE ASSISTÊNCIA E COMBATE À TUBERCULOSE. Comissão de Fazenda e Contas. **Concessão de terreno para sanatório e indústria fabril.** São José dos Campos, 17 abr. 1911.
- GUILBERT, F. **Le pouvoir sanitaire:** essai sur la normalisation hygienique. Tese (Doutorado Direito) – Faculte de Droit, des Sciences Politiques et de Gestion de Strasbourg, Strasburgo, 1992.
- IYDA, M. **Cem anos de saúde pública:** a cidadania negada. São Paulo: Edunesp, 1993.
- LEFEBVRE, H. **The production of space.** Tradução Donald Nicholson-Smith. 18. ed. Oxford: Blackwell, 1974.
- MASCARENHAS, R. S. **Contribuição para o estudo da administração dos serviços estaduais de tuberculose em São Paulo.** Tese (Livro Docência Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1953.
- MOTA, A. **Tropeços da medicina bandeirante:** São Paulo, 1892-1920. Tese (Doutorado em História) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.
- MÜLLER, N. L. **O fato urbano na bacia do Rio Paraíba, Estado de São Paulo.** Rio de Janeiro: Fundação IBGE/Instituto Brasileiro de Geografia, 1969.
- NASCIMENTO, D. R. **Da indiferença do poder a uma vida diferente:** tuberculose e Aids no Brasil. Rio de Janeiro, 1999. Tese (Doutorado História) – [Departamento de História], Universidade Federal Fluminense, [Niterói], 1999.
- RIBEIRO, L. **A luta contra a tuberculose no Brasil:** apontamentos para sua história. Rio de Janeiro, 1956.

- RIBEIRO, M. A. R. **História sem fim...** Inventário da Saúde Pública. São Paulo: Edunesp, 1993.
- ROLNIK, R. **A cidade e a lei:** legislação, política urbana e territórios na cidade de São Paulo. São Paulo: Studio Nobel: Fapesp, 1997.
- ROSEN, G. **Uma história da saúde pública.** 2.ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec, Edunesp; Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva, 1994.
- ROSEMBERG, J. **Entrevista concedida à autora.** São Paulo, 12 set. 2001. Gravação em áudio (K7 uma fita, lados A e B), 16 páginas
- SANTOS, M. (1978) **Por uma geografia nova:** da crítica da geografia a uma geografia crítica. São Paulo: Edusp, 2002.
- _____. **A urbanização brasileira.** 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1996.
- SÃO JOSÉ DOS CAMPOS (SP). Prefeitura Municipal. Serviço de Estatística Municipal. **Anuário estatístico da estância hidromineral e climática de São José dos Campos.** Apresentado ao Prefeito Sanitário, Engenheiro Francisco José Longo. São José dos Campos, 1938.
- SÃO JOSÉ DOS CAMPOS (SP). Prefeitura Municipal. Departamento de Obras Sanitárias. **Plano preliminar de São José dos Campos,** São José dos Campos, 1961.
- SAVASTANO, Â. **Entrevista concedida à autora.** São José dos Campos, 15 abr. 2003. [Gravação em áudio (uma fita K7; lados A e B), 14 páginas].
- SONTAG, S. **A doença como metáfora.** v. 6. Traduzido por Márcio Ramalho. Rio de Janeiro: Graal, 1984. (Coleção Tendências).
- SOUZA, A. M. S.; SOARES, L. L. **Modernidade e urbanismo sanitário:** São José dos Campos. A trajetória da aldeia. São José dos Campos: Papercrom, 2002.
- TEIXEIRA, I. S. **Do besouro ao bandeirante.** São José dos Campos: Etc. Marketing Promocional, 1994.
- TELAROLLI JÚNIOR, R. Os hospitais de isolamento. In _____. **Poder e saúde:** as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo. São Paulo: Edunesp, 1996. p. 149-164.
- VELLOSO, A. L. **Entrevista concedida à autora.** São José dos Campos, 26 maio 2003. [Gravação em áudio (K7; uma fita K7; lados A e B), 15 páginas.].
- VIANNA, P. C.; ELIAS, P. E. M. Cidade sanatorial, cidade industrial: espaço urbano e política de saúde em São José dos Campos, SP, Brasil. **CSP,** [Rio de Janeiro], v. 23, n. 6, p. 1.295-1.308, jun. 2007.

OS SERVIÇOS DE SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO: SELETIVIDADES GEOGRÁFICAS E FRAGMENTAÇÃO TERRITORIAL

Eliza Pinto de Almeida¹
Ricardo Mendes Antas Jr.²

INTRODUÇÃO

Do ponto de vista do fortalecimento da cidadania no Brasil, a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma vitória da nossa sociedade. A luta pelo direito à saúde pública começa a se delinear já nos primeiros anos da ditadura militar, quando o governo organizou um sistema excludente, pautado em serviços que tinham no hospital privado o seu principal centro de referência. Com essa proposta, atendia-se sobretudo à parcela da população brasileira cujos chefes de família estavam inseridos no mercado formal de trabalho.

A concentração dos serviços médico-hospitalares nas frações mais dinâmicas do território brasileiro e a exclusão da maioria dos trabalhadores brasileiros e de seus familiares marcam as ações dos militares nas políticas de saúde. Nesse contexto é que se organizam os primeiros movimentos pela reforma sanitária envolvendo médicos sanitaristas e outros profissionais da saúde, universidades, igrejas, movimentos sociais.

O capítulo da Constituição de 1988 que afirma que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado é um desdobramento dessas lutas, iniciadas 20 anos antes. E os 20 anos posteriores à Constituinte exigiram fôlego ainda maior para que o SUS não se tornasse letra morta. De fato, só em 1993, após o *impeachment* do presidente Fernando Collor de Mello, é que se inicia a implantação do SUS, com a edição da primeira Norma Operacional Básica (NOB). O aperfeiçoamento do SUS exigiu a edição de novas normas, e é desse modo que surgem as normas NOB/96, NOA 2001/2002, proporcionando ajustes e adequações às realidades regionais do país.

A presente análise busca traçar lineamentos sobre como o SUS se espacializa no território paulista, focalizando as concentrações que se

1 Professora doutora do Instituto de Geografia Desenvolvimento e Meio Ambiente – UFAL

2 Professor doutor do Departamento de Geografia FFLCH/USP

manifestam no território e suas relações com a urbanização, sem deixar de lado os condicionamentos mais gerais relacionados à formação socioespacial brasileira.

A ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO SUS NO TERRITÓRIO BRASILEIRO

O SUS é um complexo sistema organizacional que busca harmonizar uma série de variáveis que compõem a prestação de serviços de saúde para toda a sociedade brasileira. Esses serviços combinam, em grande medida, compra, uso e manutenção de equipamentos tecnológicos básicos ou sofisticados; o conhecimento científico e a prática disciplinar médica, com fomento a fundações e institutos de pesquisa; a ampliação da responsabilidade dos municípios na prestação do atendimento à população, garantindo o processo de descentralização; a transferência de recursos da União para estados e municípios; a garantia da assistência básica; a vinculação de repasses de verbas ao cumprimento de programas do governo federal para ações de saúde; mais a participação da comunidade na gestão do sistema, através dos conselhos municipais de saúde. Nas dimensões territoriais do Brasil, o sistema normativo ordenado que compreende o SUS adquire feições particulares segundo as demandas próprias a cada região do espaço geográfico.

A importância dessa política pública – que tem hoje 20 anos de existência – pode ser dimensionada quando constatamos que dos 186 milhões de brasileiros (2008), cerca de 140 milhões dependem exclusivamente desse sistema. Para que seja possível essa ampla cobertura, o sistema emprega 86,2% do total de 1.580.546 profissionais de saúde que há no Brasil.

Outros números ainda chamam a atenção sobre os recursos humanos do SUS: tomando o território como um todo, dos 600 mil com formação na área de saúde em nível de ensino superior, 77,1% fazem parte desse sistema público. Entre os que trabalham no SUS, a proporção é de 1 formado em nível superior para cada 3 profissionais e, vale lembrar, 76,5% dos profissionais formados em medicina no Brasil atuam no sistema. Esses dados são referentes a agosto de 2008, segundo o DATASUS.

Esse complexo sistema organizacional realizou, em 2006, 475,3 milhões de consultas, das quais 129,1 milhões (27,2%) concernem apenas ao estado de São Paulo. Já Minas Gerais, que tem aproximadamente metade do total da população paulista, participa com apenas 9,8%; o Rio de Janeiro, 9,6%; a Bahia, 6,4%; o Rio Grande do Sul, 4,9%. Essa concentração de consultas no estado de São Paulo é reflexo do elevado grau de concentração das estruturas do SUS. Dos profissionais formados em ensino superior que trabalham no sistema, São Paulo detém 25,3% do total, sendo que a concentração de médicos é ainda mais elevada: 27,2%.

As explicações dessa concentração relacionam-se ao fato de que o território brasileiro tem um alto grau de modernização seletiva, isto é, historicamente, a concentração das infra-estruturas e das firmas privilegiou o território paulista, o que acabou por configurar uma urbanização corporativa. A concentração dos recursos fiscais em mãos do governo federal desde o início da república, contrariando o princípio federativo, permitiu escolher livremente a geografização dos equipamentos coletivos, condicionando as ações atuais que reforçam essa lógica, pois os interesses corporativos em mantê-la são de grande força de persuasão nos meios políticos e sociais. Trata-se de uma lógica em que

[...] há, de um lado, premeditada escolha das infra-estruturas a instalar e de sua localização, com a criação de equipamentos do interesse específico de certas atividades. De outro lado, tomam-se disposições para facilitar o intercâmbio internacional e interno, mediante incentivos tanto genéricos como particulares a cada caso, que vão desde as tarifas de favor nos Correios e Telecomunicações, ao estabelecimento de linhas de crédito. (SANTOS, 1993, p. 107).

O atual complexo médico-hospitalar é tributário dessa concentração. Por isso, há que se considerar entre suas causas os capitais e a força de trabalho relacionados à indústria e aos serviços do complexo industrial da saúde (GADELHA, 2006), tais como a fabricação de produtos farmacêuticos e de aparelhos para usos médico-hospitalares e odontológicos; o comércio desses produtos e aparelhos, e a assistência médica suplementar. Em 2005, esse conjunto de setores empresariais envolviam, no território nacional, 928.494 trabalhadores e movimentavam 57,1 bilhões de reais, aproximadamente um terço do total de 181,8 bilhões das atividades relativas à saúde nesse ano (IBGE, 2008).

Desse modo, tanto o Estado – e o papel das universidades públicas aí é crucial – quanto as corporações acabam produzindo uma expansão urbana corporativa, condicionadora e também condicionada pela expansão do SUS, que investe fortemente em instalações públicas no interior do estado (complexos hospitalares, centros de pesquisa, universidades em cooperação com Estado e corporações). Os investimentos em saúde feitos pelo SUS no estado de São Paulo têm direcionado novas centralizações de empresas ligadas ao setor da saúde, colaborando, assim, para a composição de classes médias com elevado poder aquisitivo no interior do estado, o que delinea claramente o processo de urbanização corporativa apontado por Milton Santos em *A urbanização brasileira* (1993) e *Metrópole corporativa fragmentada* (1990). Como diz o autor em *Por uma economia política da cidade*

[...] a cidade constitui, em si mesma, o lugar de um processo de valorização seletivo. Sua materialidade é formada pela justaposição

de áreas diferentemente equipadas, desde as realizações mais recentes, aptas aos usos mais eficazes de atividades modernas, até o que resta do passado mais remoto, onde se instalam usos menos rentáveis, portadores de técnicas e de capitais menos exigentes. Cada lugar, dentro da cidade, tem uma vocação diferente, do ponto de vista capitalista, e a divisão interna do trabalho a cada aglomeração não lhe é indiferente. Assim, às diversas combinações infra-estruturais correspondem diversas combinações supra-estruturais específicas. (SANTOS, 1994, p. 129-130).

URBANIZAÇÃO CORPORATIVA E SELETIVIDADES GEOGRÁFICAS DO SUS

A universalização do sistema de saúde público no Brasil e seu funcionamento enfrentam enormes desafios, sabidamente ligados às disparidades econômicas, culturais e socioespaciais e também ao predomínio de interesses privados sobre os públicos, freqüentemente considerados de modo desarticulado. Disso decorre o retrato da saúde veiculado nos meios de comunicação, que conduz a uma visão de caos generalizado e total falência do sistema público de saúde. Filas nos pronto-socorros, falta de médicos, dificuldades para marcar consultas, aparelhos quebrados, pacientes tratados de maneira desumana fazem parte do cotidiano vivido por muitos brasileiros, mas também é verdade que desse sistema depende a maioria da população e não é em qualquer parte do território que tais deficiências são crônicas. O acesso aos equipamentos e serviços de saúde varia em cada porção do território, mormente nas regiões metropolitanas, que concentram a maior parte dessas estruturas, onde o acesso ao sistema é mais rápido, mas o uso dos equipamentos e serviços é mais lento. Essa situação se explica pela relação entre o número de equipamentos e o total da população concentrada nas regiões metropolitanas. A universalização da saúde, nesse sentido, tem sido uma ferramenta importante no combate aos problemas decorrentes dessas desigualdades.

Mas, para que a universalização se concretize, é preciso que a sociedade brasileira se aproprie do SUS, que pressione os poderes por políticas públicas efetivas, ainda que ferindo interesses de multinacionais do setor farmacêutico, de indústrias de equipamentos médico-hospitalares, de hospitais privados e empresas privadas de medicina. A própria formação dos profissionais da saúde oferecida nas universidades prioriza a especialização em detrimento da formação de médicos generalistas e está pautada na medicina curativa, não na preventiva – o que em muito se tem revelado funcional aos interesses corporativos.

A medicina preventiva, ao impedir que o corpo adoça precocemente, contraria investimentos vultosos em equipamentos

tecnológicos sofisticados, materiais específicos para o complexo hospitalar e a própria expansão do sistema hospitalar. Citamos aqui duas importantes campanhas de prevenção em que o governo federal vem atuando com vistas a atenuar impactos no SUS:

- o combate ao tabagismo: “Entre 1996 e 2005, houve mais de 1 milhão de internações atribuíveis ao tabagismo (...) As internações atribuíveis a todos os grupos de enfermidades (câncer, DIC, influenza e pneumonia) custaram um total de R\$ 1,1 bilhão (preços de 2005)” (IGLESIAS, 2007, p. 52-53);

- campanha contra acidentes de trânsito: “Quanto às internações no Sistema Único de Saúde (SUS), dados de 2006 indicam que foram 123.061, ao custo de R\$ 118 milhões. A maioria das internações (41.517) ocorreu por atropelamentos, seguidos pelos acidentes com motociclistas (34.767)” (Ministério da Saúde, 2007, p. 2).

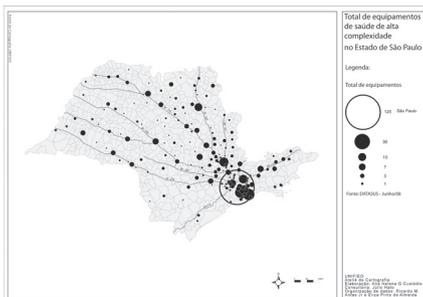
Há, no entanto, um amplo conjunto de doenças que não são alvo de campanhas intensivas do Estado, para as quais não há políticas de prevenção, que, se fossem implementadas, poderiam transformar profundamente a relação da população com o SUS, que hoje é um sistema encarregado de cuidar das doenças, administrando-as, e raramente é capaz de eliminá-las ou preveni-las.

Um sistema assim construído acaba por favorecer setores econômicos que se desenvolvem em torno da lógica da administração da doença. Temos, portanto, um pesado sistema que funciona em direção contrária à da prevenção e que draga os recursos na direção dos interesses corporativos, em duplo sentido: em favor das corporações empresariais do setor que têm interesse na expansão hospitalar do SUS e da corporação médica, que tem vários interesses ligados à divisão do trabalho específica na medicina, que hoje é de grande complexidade e extensa complementaridade entre as especialidades, dependendo, por isso, de verbas para pessoal, instalações físicas e institucionais, além das pesquisas de ponta. Numa medicina assim altamente tecnologizada, há a geração de demandas convergentes com os interesses corporativos empresariais, realimentando um ciclo de necessidades. A medicina preventiva não excluiria a medicina curativa, no entanto, esta última, pelas razões mencionadas, tem ganhado no braço de ferro sobre as disposições dos orçamentos públicos.

No estado de São Paulo, a confluência dos interesses corporativos assume proporções significativas, influenciando, inclusive, no processo de urbanização – por isso a denominamos *urbanização corporativa*. Se tomarmos como parâmetro as empresas de fabricação de aparelhos e instrumentos para usos médico-hospitalares, odontológicos e laboratoriais e de aparelhos ortopédicos, as empresas de fabricação de produtos farmoquímicos, as empresas de fabricação de medicamentos para uso humano e as empresas de fabricação de materiais para usos médicos, hospitalares e odontológicos, anotaremos um total de 1006 unidades (RAIS – Atlas de competitividade da Indústria Paulista, 2008). A metrópole paulistana, com

412 dessas empresas, Ribeirão Preto, com 68 delas, e Campinas, com 36, são as três cidades que mais concentram esse tipo de empresa, mas há mais concentrações significativas em todo o estado, conforme mostra o mapa 1.

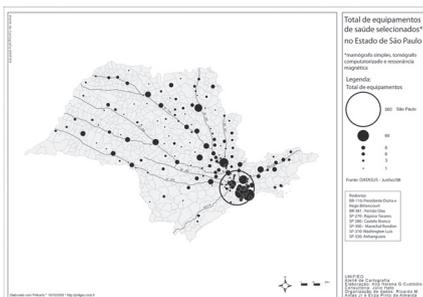
Mapa 1



Uma das causas da urbanização corporativa é o fato de essas cidades concentrarem os serviços hospitalares de alta complexidade³ (mapa 2), pois são mais exigentes em relação à manutenção e à renovação tecnológica e recebem maiores volumes de investimento por parte do SUS, garantindo, via de regra, vultosos lucros para os

investidores privados. É possível perceber, conforme o mapa 2, que a lógica que preside a localização dessas empresas está relacionada com as cidades que concentram os complexos hospitalares expressos pela disponibilidade de equipamentos de alta complexidade e que ambos (empresas e complexos hospitalares) estão fortemente vinculados aos principais eixos viários do território paulista.

Mapa 2

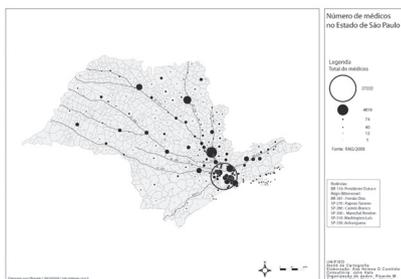


As concentrações de médicos no estado (mapa 3) apresentam um padrão semelhante às concentrações dos serviços de alta complexidade e principalmente das indústrias ligadas aos complexos hospitalares. Esses dados, associados, ressaltam o aspecto corporativo da urbanização paulista, posto que há uma forte

cooperação entre profissionais, empresários e instituições cujo objeto de interesse comum é a saúde transformada em setor econômico. Todos estão, assim, bastante vinculados e dependentes do SUS e de seus planos de expansão no âmbito da tecnologia e dos recursos humanos.

3 Os serviços hospitalares de alta complexidade incluem as seguintes especialidades: centros de alta complexidade em oncologia com radioterapia e/ou quimioterapia; cirurgia cardíaca, marca-passos, cardioversor desfibrilador implantável, marca-passos multi-sítio; laboratório de eletrofisiologia; tratamento endovascular; implante coclear; programa de assistência ventilatória não invasiva aos portadores de distrofia muscular; tratamento da epilepsia; gastroplastia; tratamento de lábio palatal; unidades de cuidados especiais em queimaduras; ortopedia.

Mapa 3



O processo de expansão do SUS, associado às dinâmicas que se desenrolam nos demais setores econômicos dinamizados pelas práticas sociais correspondentes⁴, acaba por transformar gradativamente as funções e as estruturas que, num movimento conjunto, conduzem a própria urbanização para uma lógica socioespacial inédita. É assim que

[...] o arranjo espacial das cidades muda, tanto pelo seu tamanho consideravelmente aumentado, como pela sua localização mais dispersa. Mudam, sobretudo, suas funções. As cidades são os elos de uma cooperação e de uma regulação que se devem dar em escala nacional, a serviço das atividades com dimensão nacional, isto é, as grandes empresas e o Estado. Por isso, devem ser localmente equipadas para o exercício dessa vocação ‘nacional’, indispensável à realização do modelo nacional adotado. (SANTOS, 1993, p. 108).

As atividades não-hegemônicas são, em geral, relegadas ao arranjo “espontâneo” do mercado e muitas acomodações sociais e econômicas ocorrem conforme os condicionamentos oriundos das rugosidades do espaço geográfico⁵. Já as atividades centrais são programadas pelo poder político de modo a atender aos interesses do próprio Estado e também aos das corporações.

As localizações mais interessantes ao capital e ao Estado, mas também aos segmentos de classe média corporativos (em termos de especialidades profissionais) com poder de influência na formação da opinião pública, são levadas em conta na hora da geografização dos investimentos públicos.

[...] A maior parte da evidência que temos sobre grupos de decisão, barganha, controle do governo central, democracia, burocracia e similares, indica também que *qualquer* organização social, econômica e política que obtém qualquer permanência é suscetível de cooptação e subversão por grupos específicos de interesse. Numa

4 A educação e a expansão das universidades públicas e privadas, mais a constituição de redes de pesquisa e ensino, por exemplo, reúnem um quadro igualmente complexo que interfere efetivamente na urbanização corporativa.

5 Rugosidades do espaço geográfico são conjuntos de formas socialmente criadas pelas divisões de trabalho préteritas e que permanecem no presente, geralmente com novas funções. Como essas formas que resistem são diferentes em cada porção do território, os condicionamentos dinamizam as novas estruturas, iguais a princípio, mas com particularidades regionais em seus funcionamentos. Ver Milton Santos Por uma geografia nova. São Paulo: HUCITEC, 1978.

democracia constitucional isso usualmente é desempenhado por pequenos grupos bem organizados de interesse que acumularam os recursos necessários para influenciar os tomadores de decisão. (HARVEY, 1980, p. 93).

Pode-se perceber assim o caráter sistêmico da urbanização corporativa ou, em outros termos, que a urbanização corporativa é tributária de uma *lógica* do sistema produtivo contemporâneo alimentada por diversos segmentos sociais imbuídos da cultura do consumo moderno. Este último não se qualifica mais só pela aquisição de bens de interesse individual ou familiar, mas também da tecnologia avançada de que as atividades hegemônicas hoje são bastante exigentes. “Essas atividades *centrais* se dispõem em rede e sistema, interessando à totalidade dos núcleos urbanos, não importa onde estejam localizados. É nesse sentido que podemos falar de uma *urbanização corporativa*” (SANTOS, 1993, p. 109). De modo que o SUS, ao definir as centralizações dos equipamentos e instituições de saúde, re-hierarquiza o sistema urbano, define áreas de influência e periferias, enfim, valoriza o espaço de determinadas cidades que exercerão regulação e influência política sobre as demais. O sistema urbano contemporâneo atual é uma rede de cidades, mas há nós da rede mais importantes que outros.

ESPAÇOS LUMINOSOS E ESPAÇOS OPACOS NO ESTADO DE SÃO PAULO

A lógica da urbanização corporativa cria novas centralidades e não é capaz de cobrir o território de modo homogêneo, como mostram os mapas 1, 2 e 3, o que acaba por gerar um padrão concentrador de infra-estruturas, firmas, instituições e pessoal qualificado. Esse processo conduz à formação de *espaços luminosos* e *espaços opacos* no território paulista, conforme a oferta e o acesso aos serviços de saúde. Isso também se revela na maioria dos setores econômicos, pois cada centralização geográfica de um setor induz outras concentrações, já que os aparatos produtivos instalados reforçam a cooperação capitalista mais estreita, sendo a localização geográfica um elemento não negligenciável nas vantagens competitivas.

[...] Espaços luminosos [são] aqueles que mais acumulam densidades técnicas e informacionais, ficando assim mais aptos a atrair atividades com maior conteúdo de capital, tecnologia e organização. Por oposição, os subespaços onde tais características estão ausentes seriam os espaços opacos. Entre esses extremos haveria toda uma gama de situações. Os espaços luminosos, pela sua consistência técnica e política, seriam os mais suscetíveis de participar de regularidades e de uma lógica obediente aos interesses das maiores empresas. (SANTOS e SILVEIRA, 2001, p. 264).

Estamos, portanto, diante de um processo de criação e re-criação do meio, isto é, do espaço geográfico como um produto socialmente construído. A cada período histórico a sociedade transforma, num esforço coletivo, o meio onde ela vive e se reproduz: por vezes temos o meio natural modificado em meio artificializado, mas freqüentemente a sociedade procura refuncionalizar o meio já produzido, valendo-se de sistemas técnicos e organizacionais mais recentes, regulando o território para cumprir funções e necessidades emergentes. Esses re-equipamentos do território para atender às novas demandas, com sistemas modernos que unem técnica e ciência, estão sintonizados com o presente (e mesmo com o futuro próximo) e produzem um novo meio, o *meio técnico-científico-informacional* (SANTOS, 1996, p. 190), correspondente ao período de globalização que atravessamos.

A difusão do meio técnico-científico-informacional se dá seletivamente no território brasileiro, pois a expansão de um meio como esse exige grandes inversões de capitais e não consegue se expandir em todas as direções e em igual ritmo no tempo histórico, o que acaba provocando grandes desigualdades no uso e na ocupação desse novo meio. No caso particular do estado de São Paulo, é possível associar essa difusão desigual à criação de espaços luminosos e espaços opacos.

Os eixos rodoviários são indutores da expansão do meio técnico-científico-informacional e conseqüentemente da urbanização corporativa no estado. Resultam desse processo áreas em que a urbanização se dá mais intensamente e nas quais a implementação de fixos é bem sucedida⁶, pois conhecem rápida e eficazmente a presença de fluxos informacionais de todo tipo (ordens, capitais, conhecimentos especializados etc.), tornando-se espaços luminosos em contrapartida aos espaços opacos; às vezes, mesmo quando há alguma densidade técnica, determinadas porções do espaço geográfico não são capazes de atrair os tipos de fluxo estruturadores do período, e permanecem como espaços opacos no território, ainda que algum esforço do Estado tenha se realizado em sentido contrário.

Ao observarmos os eixos viários no estado de São Paulo e estabelecermos as relações com as implementações dos fixos de saúde e com as firmas a eles relacionadas, constatamos que estão aí as principais áreas luminosas do território paulista:

1) A rodovia Presidente Dutra (BR 116), que liga a metrópole paulista com o estado do Rio de Janeiro, passando pelo Vale do Paraíba, onde encontramos importantes centros urbano-industriais como São José dos Campos, Jacareí, Taubaté e Guaratinguetá. Em São José dos Campos temos um importante centro aeroespacial, além de instituições como o Instituto Tecnológico da Aeronáutica (ITA) e o Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE), referências na área de pesquisa científica e tecnológica.

6 “Os fixos nos dão o processo imediato do trabalho. Os fixos são os próprios instrumentos de trabalho e as forças produtivas em geral, incluindo a massa dos homens” (SANTOS, 1988, p. 77). Podemos considerar, então, como *fixos de saúde* os hospitais, clínicas de saúde, postos de atendimento e até mesmo as indústrias relacionadas ao setor de saúde, mais toda a força de trabalho necessária para a dinamização desses elementos que são *fixos* no território e que estão em constante relação entre si, formando um sistema. Essa relação sistêmica dos fixos é estabelecida por *fluxos* materiais e informacionais.

2) A rodovia Washington Luiz (SP 310), um prolongamento da via Anhangüera em direção a São José do Rio Preto, que passa por núcleos urbano-industriais importantes como Rio Claro, São Carlos, Araraquara, Catanduva e outros menores. O destaque é o pólo tecnológico de São Carlos, um importante centro de pesquisa direcionado à engenharia, à física e à química, por intermédio da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e o campus da Universidade de São Paulo (USP). Conta, também, com o Parque de Alta Tecnologia de São Carlos, fundado em 1984 e uma incubadora de pequenas empresas criadas em 1986.

3) As rodovias Anhangüera e Bandeirantes (SP 330; SP 348), que passam pela Região Metropolitana de Campinas em direção ao centro agroindustrial de Ribeirão Preto.

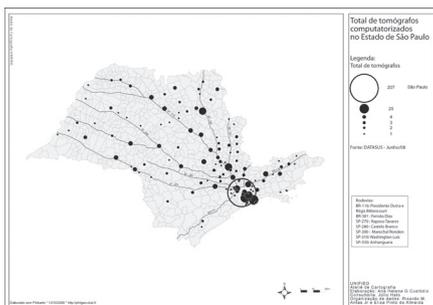
4) A rodovia Castelo Branco (SP 280), que passa por cidades importantes como Sorocaba e Itu em direção a Botucatu e Bauru. Podemos destacar, em Sorocaba, o campus da UFSCar e o da UNESP.

É justamente para essas parcelas do território paulista que os investimentos públicos e privados têm se destinado nos últimos anos, processo que pode ser melhor percebido a partir da década de 1980, quando assistimos à intensificação do processo de dispersão industrial, com a saída de muitas unidades produtivas da Região Metropolitana de São Paulo em direção ao interior do estado, em função de estratégias específicas de acumulação de capital do setor.

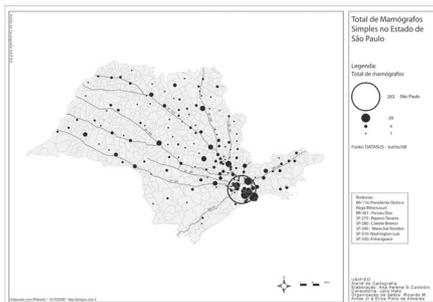
Além da densidade das redes de transporte e de comunicação, podemos apontar a existência de universidades com tradição em pesquisa (Unicamp, Unesp, UFSCar, PUCCamp), a presença de mão-de-obra especializada e a facilidade de comunicação com a metrópole paulistana. A reunião de uma expressiva classe média se traduz na constituição de um mercado de consumo importante: no ranking das cidades com maior número de famílias ricas do país (PORCHMANN e AMORIM, 2003) vê-se que a maioria delas está localizada nesses eixos rodoviários. Contrastando com esses espaços luminosos, reconhecemos os espaços opacos, nos quais as vias de acesso são, em grande parte, precárias, como no Vale do Ribeira, no Litoral Sul e no Pontal do Paranapanema, onde a pobreza da população e a falta de dinamismo econômico decorrem da seletividade dos investimentos públicos e privados.

A maior densidade técnica e organizacional da saúde em determinados espaços no território paulista pode ser constatada quando observamos a distribuição de determinados tipos de equipamentos, e aqui selecionamos os equipamentos de diagnóstico mais freqüentemente utilizados pela medicina hegemônica (mapas 4, 5, 6 e 7), sintonizada com os produtos gerados pelas corporações da saúde, evidenciando, com isso, que a diretriz hoje dominante no SUS, além de gerar um alto custo, é incapaz de atender a curto prazo à proposta de universalização. Sobretudo se considerarmos que, se há insuficiências no território federado mais rico do país, nos demais entes da federação a situação pode ser mais grave.

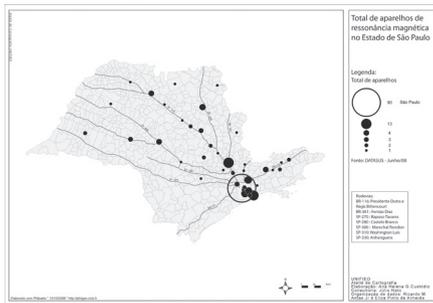
Mapa 4



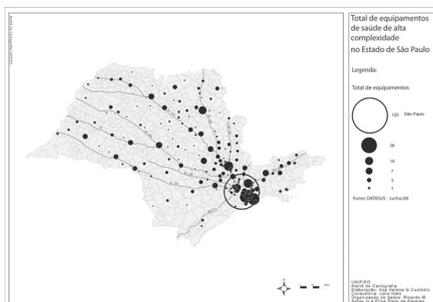
Mapa 5



Mapa 6



Mapa 7



Os serviços de saúde são vistos também como um bem de consumo que gera novas possibilidades produtivas. Campinas, Ribeirão Preto, São José do Rio Preto e São José dos Campos são importantes centros de referência. Universidades públicas – USP, Unesp e Unicamp – em cidades que estão nos principais eixos rodoviários criaram uma geografia privilegiada nesses lugares, favorecendo o trânsito de pacientes entre diversas partes do território, inclusive de outros estados do Brasil, acelerando o crescimento dos serviços médicos e despertando o interesse de ramos diversos da indústria de equipamentos médico-hospitalares, da farmacêutica e das empresas de saúde. Como observa Milton Santos (1989), “as ações governamentais relacionadas com os serviços públicos da cidade estimulam nela, indiretamente, novas criações. Assim, a construção de um hospital ocasiona automaticamente o estabelecimento de médicos particulares, enfermeiras e, às vezes, mesmo laboratórios anexos; isto faz crescer o ‘poder’ social da cidade” (p. 111). A seletividade com que o poder público foi atuando no território brasileiro tem ampliado a ação de um conjunto reduzido de cidades que vê seu poder constantemente reforçado.

Cada um desses ricos municípios, entretanto, apresenta problemas como a falta permanente de médicos nos lugares mais periféricos. Neles, a baixa qualidade dos serviços de saúde em certas áreas propicia a reincidência de doenças relacionadas à pobreza, como a tuberculose, a dengue e quadros permanentes de subnutrição. Desse modo, nas cidades ricas do interior paulista, a dialética dos espaços luminosos e opacos se reproduz, conseqüência da seletividade das modernizações ocorridas nesses municípios. Não são todos os lugares tocados igualmente pelo processo de difusão do meio técnico-científico-informacional.

Esses problemas não aparecem nos guias que traçam panoramas para os potenciais investidores no setor, enfatizando os lugares com maiores investimentos técnico-científico-informacionais, como se eles representassem a totalidade da realidade municipal. Os serviços de saúde de média e alta complexidade (LABASSE, 1982), sobretudo, entram como um ingrediente para alimentar a guerra dos lugares, que buscam atrair novos investimentos para seus respectivos municípios.

Desse modo, aqueles lugares mais privilegiados do ponto de vista das modernizações e das rendas tendem a ser atrativos aos sistemas complexos, ao passo que regiões carentes e pobres ficam relegadas aos equipamentos básicos (se tanto), criando um círculo vicioso que só pode ser alterado com a presença de um Estado capaz de impor uma nova regulação da vida social nos lugares (ALMEIDA, 2005). Por conta desse círculo vicioso, o uso do território nos espaços opacos fica limitado pela precariedade dos sistemas de movimentos do território. As vias de circulação que não interessam aos grandes capitais são, de modo geral, praticamente esquecidas, dificultando os deslocamentos e limitando o uso do território pelos agentes não-hegemônicos, o que engloba a grande parte da população, que, embora tenha direitos, acaba não tendo acesso ao SUS nas suas distintas hierarquias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para que o preceito fundamental do SUS – a universalização – se torne uma realidade nos lugares opacos, é preciso garantir-lhes uma fluidez que funcionalize a medicina preventiva, orientando recursos públicos para políticas de saúde eficazes no atendimento das populações que vivem em porções do território sem grandes concentrações urbanas. As ações podem ser mais adaptadas às condições específicas de cada porção do espaço geográfico e não impor necessariamente mais implementações técnicas e normas rígidas que preservam a lógica corporativa na saúde.

A difusão seletiva dos sistemas de objetos e de ações vinculados aos serviços de saúde tornou ainda maiores as desigualdades entre os lugares e entre as pessoas. Esta análise dos serviços de saúde no território busca mostrar como a urbanização corporativa no estado de São Paulo exerceu um papel preponderante na distribuição desigual desses serviços, do que decorre a existência de espaços luminosos e opacos. Cada vez mais, a estruturação de uma rede privada de serviços de saúde vinculada às ações curativas tem se expandido apenas para as partes mais dinâmicas do território paulista, reiterando a lógica da urbanização corporativa.

É importante garantir a fluidez de serviços de saúde por todo o território do estado para atender à meta da universalização, mas isso não exige que se imponha a mesma lógica, com a implementação de fixos semelhantes àqueles da medicina corporativa. O combate à desigualdade, no que tange à saúde, está estritamente relacionado à maior proximidade entre a população e os profissionais da saúde, principalmente os médicos, para orientação sobre hábitos saudáveis, prevenção de problemas básicos relativos às práticas pessoais e sobre cuidados com os ambientes da vida cotidiana, deixando, assim, os complexos hospitalares para o tratamento de problemas ligados às patologias, em vez de problemas crônicos relativos à baixa qualidade de vida de populações que, por falta de acesso a informação especializada e desconhecimento de procedimentos adequados, adoecem.

A concentração dos serviços de saúde em grandes centros urbanos, somada aos crescentes recursos públicos destinados a sua manutenção e ampliação, tem comprometido as principais metas do SUS. O SUS não é um sistema autônomo, e sua concretização depende do conhecimento da dinâmica territorial atual. Reconhecer a existência dos espaços opacos e estabelecer políticas voltadas às demandas características dessas frações do território, sem que, para isso, se expanda a urbanização corporativa, que é custosa e perversa, já seria um sinal de transformação importante na orientação do SUS.

Para que esse sistema público de saúde se concretize como um elemento de justiça social, é preciso assumir uma orientação política voltada às necessidades da população, o que pressupõe um pacto entre as diversas instâncias de poder (municipal, estadual e federal) e um projeto

nacional comprometido em combater as desigualdades socioespaciais do território brasileiro. Nas atuais condições econômicas da formação socioespacial brasileira, trata-se de uma reorientação da lógica de expansão do Sistema Único de Saúde, e não simplesmente de aumentar o volume de investimentos, que sempre se anuncia como único óbice para sua ampla consolidação.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, E. **Uso do Território Brasileiro e os serviços de saúde no período técnico-científico-informacional**. Tese de doutorado apresentada no Departamento de Geografia da Universidade de São Paulo, 2005 (314 p.).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Avaliação do Ministério da Saúde indica aumento dos acidentes. **Boletim Eletrônico**. Secretaria de Vigilância em Saúde em Rede, n. 27, mar. 2007.
- GADELHA, C. A. G. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. Revista **Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. spe, 2006, (pp. 11-23). Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400003&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 19 Jun. 2008. doi: 10.1590/S0034-89102006000400003.
- HARVEY, D. **A justiça social e a cidade**. São Paulo: Hucitec, 1980.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Economia da Saúde Uma perspectiva macroeconômica 2000-2005. **Estudos & Pesquisas – Informação Econômica**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas Coordenação de Contas Nacionais, Rio de Janeiro, 2008.
- _____. **Estatísticas da Saúde: Assistência Médico-Sanitária**. Rio de Janeiro, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão/ IBGE Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais 2006.
- IGLESIAS, R. et al. **Controle do Tabagismo no Brasil**. Documento de Discussão – Saúde, Nutrição e População (HNP). Washington: Departamento de Desenvolvimento Humano do Banco Mundial, Região da América Latina e do Caribe, 2007.
- LABASSE, J. **La ciudad y el hospital. Geografía hospitalar**. Madrid: Instituto de estudios de administracion local, 1982.
- LIMA, N. T. (org.). **Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Avaliação do Ministério da Saúde indica aumento dos acidentes. **Boletim Eletrônico**. Secretaria de Vigilância em Saúde em Rede. Ministério da Saúde, N° 27, março de 2007.

- NEGRI, B. As políticas de descentralização industrial e o processo de interiorização em São Paulo: 1970-1985. In: TARTAGLIA, J. C. e OLIVEIRA, O. L. (orgs.). **Modernização e Desenvolvimento no Interior de São Paulo**. São Paulo: Unesp, 1988 (pp. 11-37).
- PORCHMANN, M. e AMORIM, R. (orgs.). **Atlas da exclusão social do Brasil**. São Paulo: Cortez, 2003.
- SANTOS, M. **A natureza do espaço**. Técnica e tempo. Razão e emoção. São Paulo: Hucitec, 1996.
- _____. **Por uma economia política da cidade: O caso de São Paulo**. São Paulo, Hucitec, 1994.
- _____. **A urbanização brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1993.
- _____. **Metrópole Corporativa e Fragmentada**. O caso de São Paulo. Nobel: Secretaria do Estado da Cultura, 1990.
- _____. **Metamorfoses do espaço habitado**. São Paulo: HUCITEC, 1988.
- _____. **Manual de geografia urbana**. São Paulo, HUCITEC, 1989.
- _____. **Por uma geografia nova**. São Paulo: HUCITEC, 1978.
- SANTOS, M. e SILVEIRA, M. L. **O Brasil – território e sociedade no início do século XXI**. Rio de Janeiro: Record, 2001.
- SOUZA, D. P. F. **Estudo Exploratório da Atenção de Alta Complexidade prestada pelos hospitais do Sistema Único de Saúde**. Dissertação de Mestrado em Gestão de Sistemas e Serviços da Saúde, do Programa de Mestrado Profissional da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz/Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, 2004 (181pp.).

Sites

Ministério da Saúde/ Portal da Saúde http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalle.cfm?co_seq_noticia=29276

DATASUS

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/rxdescr.htm>

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão

<http://www.planejamento.gov.br/>

RAIS/SEADE – Atlas de competitividade da Indústria Paulista, 2008.
<http://intranet.seade.gov.br/projetos/fiesp/>

SOBRE OS AUTORES

André Mota possui graduação (1994) e doutorado (2001) em História pelo Departamento de História da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo (FFLCH-USP). Entre 2006-2008 recebeu uma bolsa de pós-doutoramento junto ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP). Atualmente, é coordenador do Museu Histórico Prof. Carlos da Silva Lacaz, FMUSP. Publicou, entre outros, *Quem é bom já nasce feito (sanitarismo e eugenia no Brasil)* (DP&A, 2003); *Tropeços da medicina bandeirante (medicina paulista 1892-1920)* (Edusp, 2005); *Infância e saúde: perspectivas históricas* (co-autoria) (Hucitec, 2009); *São Paulo 1932: memória, mito e identidade* (co-autoria) (Alameda, 2010).

Maria Gabriela S. M. C. Marinho é docente da Universidade Federal do ABC (UFABC) e doutora em História Social (FFLCH-USP). É pesquisadora associada do Museu Histórico da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (MH-FMUSP) e foi professora, por muitos anos, da Universidade São Francisco (USF). Publicou, entre outros, os livros *Norte-americanos no Brasil: uma história da Fundação Rockefeller na Universidade de São Paulo, 1934-1952* e *Elites em negociação: breve história dos acordos entre a Fundação Rockefeller e a faculdade de Medicina de São Paulo 1916-1931* (USF, 2003), nos quais analisa a presença da Fundação Rockefeller em instituições de ensino e pesquisa em São Paulo.

Cássia Maria Baddini possui graduação em História pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) (1991) e mestrado em História Social pela Universidade de São Paulo (2000). Atualmente é professora titular da Universidade de Sorocaba. Tem experiência na área de História, com ênfase em História do Brasil, atuando principalmente nos seguintes temas: cidade, comércio, economia, urbano, feira, política. Publicou: *Sorocaba no Império: comércio de animais e desenvolvimento urbano* (Annablume: Fapesp, 2002).

Fernando Salla, sociólogo, doutor em Sociologia pela Universidade de São Paulo. Pesquisador Sênior do Núcleo de Estudos da Violência (USP). Professor da Universidade São Francisco. Coordenador-chefe do Departamento de Monografias do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM). Autor do livro *As prisões em São Paulo, 1822-1940* (Annablume: Fapesp, 1999).

Maria Alice Rosa Ribeiro, doutora em Economia pelo Instituto de Economia da Unicamp. Livre-Docente em Formação Econômica do Brasil, Faculdade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista (Unesp). Pós-doutorado no Institute of Latin American Studies, (Ilas), University of London, e na Chemical Heritage Foundation (CHF), Filadélfia. É autora de livros e artigos, dentre os quais *História sem fim: um inventário da saúde pública, São Paulo, 1880-1930* (Edunesp, 1994), laureado com o Prêmio Jabuti 1994 - Ciências Humanas. Professora adjunta do Departamento de Economia da Faculdade de Ciências e Letras da Unesp, *campus* Araraquara (aposentada). Atualmente é pesquisadora colaboradora no Centro de Memória Unicamp (CMU), onde desenvolve o projeto “Famílias, negócios e empresas na economia do Oeste Paulista 1850-1930”.

Paula Vilhena Carnevale Vianna, médica, mestre em Infectologia pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e doutora em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Atualmente é professora de Saúde Coletiva e pesquisadora do Programa de Planejamento Urbano e Regional da Universidade do Vale do Paraíba (Univap), São José dos Campos (SP).

Tania Regina de Luca, professora livre-docente do curso e programa de pós-graduação em História, Unesp, *campus* de Assis, pesquisadora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Além de artigos em revistas e capítulos de livros, publicou *O sonho do futuro assegurado: o mutualismo em São Paulo* (Contexto, 1990), *A Revista do Brasil: Um diagnóstico para a (N)ação* (Unesp, 1999); *Imprensa e cidade* (Unesp, 2006, co-autoria com Ana Luiza Martins) e organizou as coletâneas *História da imprensa no Brasil* (Contexto, 2008, com Ana Luiza Martins); *Franceses no Brasil, séculos XIX e XX* (Unesp, 2009, com Laurent Vidal) e *O historiador e suas fontes* (Contexto, 2009, com Carla Bassanezi Pinsky). Atualmente desenvolve pesquisas sobre a imprensa na Era Vargas.

Antonio Celso Ferreira, professor titular do curso de graduação e do programa de pós-graduação em História da Unesp, *campus* de Assis. Além de artigos em revistas e capítulos de livros, publicou *A epopeia bandeirante: letrados, instituições e invenção histórica* (Unesp, 2002), *Um eldorado errante: São Paulo na ficção histórica de Oswald de Andrade* (Unesp, 1996), *A conquista do sertão* (Atual, 2009), com Rogério Ivano, e organizou as coletâneas *Encontros com a História: percursos históricos e historiográficos de São Paulo* (Unesp, 1999), com Tania de Luca e Zilda Yokoi; *Letras e identidades: São Paulo no século XX, capital e interior*

(Annablume, 2008), com Marcelo Lapuente Mahl; e *O historiador e seu tempo* (Unesp, 2008), com Tania de Luca e Holien G. Bezerra. Atualmente é assessor editorial da Editora Unesp.

Marcos Cesar Alvarez, mestre e doutor em Sociologia pela USP, professor no Departamento de Sociologia e no programa de pós-graduação em Sociologia da FFLCH-USP, pesquisador no Núcleo de Estudos da Violência da USP, tendorealizado pós-doutorado na École des Hautes Études em Sciences Sociales, Paris. Desenvolve pesquisas empíricas ligadas aos temas da violência, da punição, do controle social e das políticas de segurança, bem como reflexões acerca da teoria sociológica e do pensamento social no Brasil. Autor de *Bachareis, criminologistas e juristas: saber jurídico e nova escola penal no Brasil (1889-1930)*, (IBCCrim, 2003), e organizador de *O legado de Foucault*, (Unesp, 2006). Atualmente, é bolsista de produtividade em pesquisa pelo CNPq e vice-coordenador do programa de pós-graduação em Sociologia da USP.

Ricardo Mendes Antas Jr., graduado em Geografia pela USP (1989), mestre (1995) e doutor (2002) em Geografia Humana pela mesma instituição, com um ano de especialização na França – Paris I, Sorbonne (1997-98). Atualmente é professor do Departamento de Geografia da USP, na cadeira de Geografia Urbana. Tem experiência na área de Geografia Humana, pesquisando principalmente os seguintes temas: Reestruturação urbana e refuncionalização do espaço, Hegemonia corporativa, Soberania de Estado, Pluralismo jurídico, Globalização e tecnologias da comunicação e informação.

Eliza Pinto de Almeida, geógrafa, doutora em Geografia Humana pela USP e professora do Instituto de Geografia, Desenvolvimento e Meio Ambiente da Universidade Federal de Alagoas (Ufal).

Marili Peres Junqueira é professora adjunta do Departamento de Ciências Sociais (Decis) da Faculdade de Artes, Filosofia e Ciências Sociais (FAFCS) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Doutora em Sociologia pela Unesp.

Maria Lucia Mott (*In Memoriam*) foi doutora em História e desenvolveu pesquisas em história da Saúde desde os anos 1980, começando com estudos de gênero ainda no início do desenvolvimento da área de pesquisa no Brasil. Foi pesquisadora do Instituto Butantan - Laboratório de História da Ciência (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo). Coordenou pesquisas,

publicou trabalhos, realizou conferências e participou de eventos ligados a: História das políticas, instituições e profissionais de Saúde; Filantropia; Memória e história da Saúde.

Maria Aparecida Muniz, graduada em Sociologia e Política pela Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo (2003). Atualmente é efetivo do Instituto de Saúde e atua em pesquisas na área de Saúde Coletiva na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP).

Olga Sofia Fabergé Alves, graduada em Ciências Sociais, mestranda em História Social, pesquisadora do Laboratório de História da Ciência do Instituto Butantan (SES-SP).

Marcela Trigueiro Gomes, historiadora e professora da rede pública municipal de São Paulo. Participou do projeto da pesquisa dos Trabalhadores da Saúde junto ao Centro de Memória da Saúde - Museu Emílio Ribas (SES-SP).

Fatima Aparecida Ribeiro é médica Sanitarista pela Uerj e mestre em Medicina Preventiva pela FMUSP. Atualmente é médica do Programa Aquarela (Programa Intersecretarias do Município de São José dos Campos - SP para atenção às famílias em situação de violência doméstica) e médica sanitarista da SES/SP responsável pela área técnica de acidentes e violências do Grupo de Vigilância Epidemiológica XXVII/São José dos Campos (SP).

Heloísa Helena Pimenta Rocha, doutora em Educação pela Universidade de São Paulo (2001) com estágio de pós-doutorado na Universidad de Buenos Aires (2007-2008). É professora na Faculdade de Educação da Unicamp, membro do Comitê Gestor do Centro de Memória da Educação (CMEFE/Unicamp) e coordenadora do Grupo de Pesquisa Memória, História e Educação. Integra a comissão editorial da *Revista Brasileira de História da Educação*. É bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq e pesquisadora associada do Centro de Investigación Manes, sediado na Universidad Nacional de Educación a Distancia (Madri).

Luis Ferla, professor de História Contemporânea da Unifesp, *campus* de Guarulhos. Suas investigações dedicam-se aos temas relacionados aos fenômenos da modernidade e às histórias do corpo. Sobre os determinismos biológicos no Brasil de entreguerras, publicou diversos artigos e o livro *Feios, sujos e malvados sob medida* (Alameda: Fapesp, 2009). Atualmente

integra a equipe de investigadores do projeto internacional Políticas públicas, vida privada y control social: Argentina y las redes eugénicas del mundo latino.

Maria Lucia Caira Gitahy, formada em Ciências Sociais (Unicamp, 1976), com mestrado em História (Unicamp, 1983) e doutorado em História Social (University of Colorado, 1991), é professora da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo (FAU-USP) desde 1994, tendo-se efetivado em 2000 e feito sua livredocência em 2002. Foi coordenadora da Área de Concentração em História e Fundamentos Sociais da Arquitetura e do Urbanismo do Programa de Pós-Graduação (2005-2009) e vice-presidente da Comissão de Pós-Graduação da FAUUSP (2007-2009). Faz parte do corpo editorial da revista *Desígnio - Revista de História da Arquitetura e do Urbanismo*. Tem experiência na área de Fundamentos Sociais da Arquitetura e Urbanismo, com ênfase em História Social, atuando principalmente nos campos: História do trabalho, História social da tecnologia do concreto, Cultura urbana e construção.

Cristina de Campos, cientista social, mestre, doutora e pós-doutora pela FAU-USP. É pesquisadora junto ao Grupo de Pesquisas História Social do Trabalho e da Tecnologia como Fundamentos da Arquitetura e do Urbanismo (HSTTFAU). Atualmente é pesquisadora convidada junto ao Departamento de Política Científica e Tecnológica do Instituto de Geociências da Unicamp.

Marcia Regina Barros da Silva possui graduação e licenciatura em História pela USP (1991), e mestrado (1998) e doutorado (2003) em História Social pela mesma universidade. Atualmente é docente da área de História das Ciências do Departamento de História da USP. Publicou, entre outros, *Estratégias da ciência: a história da Escola Paulista de Medicina (1933-1956)* (Editora Universitária São Francisco, 2003).

Joana Azevedo da Silva possui graduação em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (Ufba, 1965); especialização em Saúde Pública (1973) e em Planejamento do Setor Saúde pela Faculdade de Saúde Pública da USP (1975), e mestrado (1983) e doutorado (2001) em Saúde Pública pela mesma faculdade. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: Programa de saúde da família, Agente comunitário de saúde. Publicou, entre outros, *Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer* (Fiocruz, 2002, co-autoria).

Ana Silvia Whitaker Dalmaso, médica, possui mestrado em Programa em Medicina Preventiva pela FMUSP (1991) e doutorado em Programa em Medicina Preventiva pela mesma faculdade (1998). Atua principalmente nos seguintes temas: Prática médica, Saúde coletiva, Saúde. Publicou, entre outros, *Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer* (Fiocruz, 2002, co-autoria).

Maria Cecília Cordeiro Dellatorre é médica sanitária, foi para o Vale do Ribeira para cumprir os três últimos meses do primeiro ano de residência em Medicina Preventiva da FMUSP. Foram “dez anos de residência” no Vale: primeiro, no Centro de Saúde de Jiquiá; posteriormente, coordenando o Projeto Devale, no início dos anos 1980. Foi diretora regional da Região Devale da SES, no primeiro governo estadual eleito pós-ditadura; por 20 anos foi docente da Faculdade de Medicina de Marília; a partir de 2008, é coordenadora municipal de Saúde de Registro, no Vale do Ribeira.

Maria Cristina Turazzi, médica sanitária, mestre em Saúde Pública, veio da Uerj para o Vale do Ribeira, como pediatra, para trabalhar em um projeto docente-assistencial, objeto de convênio entre a Secretaria de Estado da Saúde e o Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP. Fez especialização em Saúde Pública na USP. Foi sujeito fundamental na concepção e na viabilização do Projeto Devale e no desenvolvimento das ações de saúde da Região. Foi diretora do Departamento Regional de Saúde do Vale do Ribeira.

José Fernando Teles da Rocha, Possui mestrado em Educação pela Universidade São Francisco (2005) e doutorado em Educação pela Universidade Estadual de Campinas (2011). Tem experiência na área de Educação, com ênfase em Educação, atuando principalmente nos seguintes temas: educação, infância, infância institucionalizada, diferenciada e prática pedagógica.

Karla Maestrini - Possui graduação (bacharelado e licenciatura) em História pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e extensão cultural em Política e Tratamento dos Arquivos pela mesma instituição. Atua nas áreas de pesquisa histórica e estudos arquivísticos com ênfase em patrimônio cultural e História da Saúde.

Tais dos Santos - Bacharel em História pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC-SP.



PRÁTICAS MÉDICAS E DE SAÚDE NOS MUNICÍPIOS PAULISTAS: A HISTÓRIA E SUAS INTERFACES

“...não será difícil entender nossos sentimentos de curiosidade, satisfação e esperança diante do presente trabalho. Curiosidade por encontrar nesta obra coletiva competentes pesquisadores de formação diversa, como historiadores, médicos, sociólogos, geógrafos, enfermeiros, antropólogos, todos envolvidos na mesma tarefa prático-moral de “fazer falar de novo”, no modo de dizer hermenêutico, experiências das ciências e técnicas da saúde tão significativas na construção das práticas de saúde paulistas e brasileiras. Satisfação porque esta publicação inaugura a coleção Medicina, Saúde e História do Museu Histórico Prof. Carlos da Silva Lacaz, da Faculdade de Medicina da USP, consolidando o processo de restauro e revitalização iniciado na instituição em 2007.”

José Ricardo de C. M. Ayres

