

Assistência sanitária e condições de saúde na zona rural paulista na Primeira República*

Rodolpho Telarolli Júnior**

Os imigrantes, contingente majoritário entre os trabalhadores das fazendas de café, principal atividade econômica no Estado de São Paulo em toda a Primeira República, têm as suas condições de vida sempre presentes quando se estuda as situações sanitárias e as características da assistência à saúde entre os trabalhadores rurais nesse período histórico.

O aporte de um grande número de estrangeiros num reduzido espaço de tempo logo apresentou conseqüências sanitárias. Os problemas começavam com as aglomerações de imigrantes no desembarque no porto de Santos, uma multidão de homens, mulheres e crianças que eram transferidas em seguida para a Hospedaria dos Imigrantes¹, em São Paulo, ponto de passagem obrigatório antes do destino final nas fazendas de café no interior do estado. Todas essas ocasiões constituíam momentos propícios ao desenvolvimento de epidemias de moléstias já existentes no País, como a febre amarela ou a varíola, ou de doenças importadas da

Europa com os imigrantes, como a escarlatina, a difteria e o cólera (São Paulo, 1894 e 1898).

As características físicas das colônias de trabalhadores das fazendas de café e o incremento populacional das cidades interioranas, também, favoreciam a ocorrência de epidemias. O ajuntamento de muitos indivíduos suscetíveis a doenças como a febre amarela e a falta de condições satisfatórias de higiene e saneamento nas colônias das fazendas de café são aspectos do cotidiano com claras implicações nas condições sanitárias do trabalhador rural da época².

A preocupação do governo paulista com os problemas sanitários que pudessem pôr em risco os esforços estaduais para garantir a mão-de-obra indispensável à cafeicultura esteve sempre presente na definição das prioridades sanitárias oficiais no início do período republicano. Esse, evidentemente, é apenas um dos múltiplos aspectos com implicações na formulação do que pode ser

* Este artigo é baseado em trabalho apresentado no Seminário Permanente de Estudo da Família e da População no Passado Brasileiro, FEA/USP, novembro de 1995.

** Professor de Saúde Pública da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade Estadual Paulista -Unesp-, campus de Araraquara. E-mail: telarorj@fctfar.unesp.br

¹ A construção do prédio definitivo da Hospedaria dos Imigrantes foi iniciada em 1886 e entre 1893 e 1930 mais de 60% dos que migraram para São Paulo passaram por suas instalações. Foi planejada para abrigar 4 mil pessoas, mas chegou a receber até 10 mil indivíduos. Os dormitórios eram salões nus, onde até 600 a 700 homens ou mulheres dormiam no chão, e a influência desse tipo de instalação na ocorrência de epidemias na Hospedaria não passou despercebida às autoridades sanitárias (Holloway, 1984:88-89).

² A relação geral entre a imigração e as epidemias no Estado de São Paulo é detalhada em Telarolli Júnior (1996b). Uma caracterização do cotidiano da população do interior paulista sob uma epidemia de febre amarela é apresentada em Telarolli Júnior (1996c).

identificado como uma incipiente "política de saúde" do período³.

O modelo sanitário estadual teve como prioridade absoluta, nas duas primeiras décadas do período republicano, o combate às doenças epidêmicas, que afetavam as atividades do complexo cafeeiro em todas as suas etapas, da importação de mão-de-obra até o beneficiamento do café nos centros ferroviários regionais e sua exportação⁴. O controle da febre amarela, da varíola, da febre tifóide e outras doenças transmissíveis esteve no centro da ação sanitária estadual até a primeira década do Século XX, baseando-se em ações de polícia sanitária⁵. Erradicada a febre amarela na forma urbana do Estado de São Paulo em 1904, e reduzida a força da varíola, mais as mudanças sociais e políticas que se foram acentuando no correr do novo século, mudou-se o foco das ações sanitárias para as chamadas endemias debilitantes, como a malária, a ancilostomose e o tracoma, dentre outras doenças.

Outro aspecto característico do modelo sanitário da Primeira República é a quase total ausência, no conjunto de práticas sanitárias oficiais, de ações ou programas cujo objetivo fosse a assistência médica e a cura individual. Esse é um aspecto que se destaca, em todo o período, na vida das populações rurais e urbanas do interior paulista. De forma mais evidente nas duas primeiras décadas da República, e com algumas ações assistenciais isoladas a partir da década de 1910, o certo é que as exceções só confirmam a regra, da ausência de oferta de assistência médica pelo poder público.

Essa característica explica-se, em grande parte, pelo fato de que a oferta de assistência individual à saúde fugia completamente aos

padrões de organização social da Primeira República, politicamente excludente e ao mesmo tempo liberal no campo econômico. Havia, ainda, não podemos esquecer, as barreiras decorrentes do incipiente desenvolvimento tecnológico da medicina terapêutica, um fator limitador à oferta generalizada de assistência.

É importante salientar que as incursões do serviço sanitário estadual no campo da terapêutica, como os hospitais de isolamento e as campanhas para o tratamento em massa do tracoma e da ancilostomose, realizadas a partir de 1905, tiveram sempre a perspectiva da campanha contra a doença e não da oferta de um serviço pelo poder público - nesse caso, o tratamento dos doentes. Tanto a internação dos doentes nos hospitais de isolamento, como o tratamento dos tracomatosos e opitados, não constituíam ações oficiais, cujo objetivo principal era oferecer assistência individual à saúde. O tratamento e a cura eram conseqüência secundária do combate às epidemias (e, mais tarde, das endemias debilitantes) em sua dimensão coletiva, cujo controle era o principal objetivo dos serviços sanitários.

Perfil epidemiológico do trabalhador rural

São poucas as fontes de dados com informações quantitativas sobre demografia e saúde na zona rural paulista na Primeira República. Foi apenas com a descentralização decorrente do federalismo republicano, a partir de 1889, que os estados passaram a organizar sistemas próprios de estatísticas demógrafo-sanitárias, cuja consolidação ainda demorou algumas décadas. No Brasil, o registro dos eventos vitais manteve-se com a Igreja Católica até o final da Monarquia e o

³ A formação dos serviços de saúde e a definição das prioridades sanitárias, bem como os fundamentos políticos e econômicos do processo, encontram-se detalhados em minha tese de doutorado (Telarolli Junior, 1993) publicada posteriormente como livro (Telarolli Junior, 1996a).

⁴ Os sucessivos episódios em que o avanço da linha férrea foi seguido da ocorrência de epidemias não passaram despercebidos às autoridades sanitárias estaduais, que tiveram na intervenção sobre o transporte ferroviário um dos pilares de sua atuação (Sampaio, 1897).

⁵ Os fundamentos tecnológicos subjacentes ao modelo sanitário implantado no Estado de São Paulo na Primeira República são apresentados com detalhes em Telarolli Junior (1994a).

processo de substituição do batismo e dos registros eclesiais de casamento e óbito pelos registros civis foi paulatino, enfrentando por algum tempo a resistência dos párocos e da população (Telarolli Junior, 1994b).

Os dados para o período, quando existentes, são muito localizados no tempo, dificultando a elaboração de séries. Quase sempre os números disponíveis são globais para os municípios, sem informações que distingam os moradores das zonas urbana e rural.

Em decorrência das dificuldades com o transporte, mesmo depois da expansão da malha ferroviária, a partir do final da Monarquia, é certo que os eventos que demandam registro, como nascimento, casamento e óbito, ou demandam notificação, como a ocorrência de casos de doenças epidêmicas, apresentam maior sub-registro e subnotificação na zona rural. Os cemitérios clandestinos, por exemplo, eram muito comuns nas fazendas, como aparece com frequência nas críticas e denúncias dos oficiais de registro civil da época (Telarolli Junior, 1994b).

Em consequência das deficiências do sistema oficial de estatísticas demográfico-sanitárias, a principal fonte de dados sobre as condições sanitárias dos trabalhadores do café na Primeira República são os detalhados relatos de viajantes e autoridades consulares que visitaram a região cafeeira paulista nas duas primeiras décadas da República, em viagens motivadas, em grande parte, pelas queixas e denúncias de seus compatriotas⁶.

Nutrição e desnutrição

No final do Século XIX, o Brasil era um País onde a grande maioria da população encontrava-se no campo, padrão que só se inverteu, no Estado de São Paulo, na década de 50. O trânsito de pessoas entre o campo e as cidades e vilas próximas, entretanto, já era muito importante na década de 1890,

característica que só se acentuou daí em diante, favorecida pela expansão da rede ferroviária e a melhoria da malha de estradas vicinais.

Era comum a existência de cláusulas contratuais, restringindo a participação dos trabalhadores rurais no comércio dos núcleos urbanos regionais. Havia dispositivos que limitavam a venda do excedente da produção de subsistência e determinavam a prioridade do armazém da propriedade agrícola nas compras e vendas dos colonos, prática que era alvo de permanentes queixas e conflitos (Queiroz, 1976:11-12).

Os deslocamentos dos colonos do café aos centros urbanos regionais eram mais frequentes nos finais de semana, para realizar as compras e vendas de gêneros alimentícios, buscar assistência à saúde, assistir à missa e desfrutar das alternativas de lazer então disponíveis, como as quermesses, os circos de cavalinho, os espetáculos das *troupes* teatrais e, já no Século XX, as apresentações de cinema. Como veremos mais adiante, o trânsito em sentido oposto, de moradores das cidades até o campo, também não era desprezível, em especial nas situações de epidemia na zona urbana.

Pelo padrão predominante de divisão de atividades entre membros das famílias de colonos, as compras nas cidades eram tarefas que cabiam aos homens adultos, característica que certamente contribuiu para explicar a maior mortalidade masculina durante as epidemias de febre amarela, pelo maior contato com os núcleos urbanos contaminados (Telarolli Junior, 1996a).

Nas propriedades agrícolas, era frequente a autorização aos colonos para o plantio de gêneros de subsistência entre os pés de café em desenvolvimento, além da criação de animais em número limitado. A produção de gêneros de subsistência garantia um consumo alimentar mínimo, reduzindo o dispêndio da família com sua

⁶ As queixas dos colonos incluíam praticamente todos os aspectos da vida cotidiana, como era próprio a uma situação de intenso choque cultural, com grandes dificuldades de adaptação à nova sociedade: as longas jornadas de trabalho; as casas pouco confortáveis das colônias das fazendas; os hábitos alimentares brasileiros, considerados inadequados; o clima mais quente e a terra vermelha da zona cafeeira, tidos como insalubres; etc.

própria manutenção. Os gêneros produzidos eram, em geral, os cereais, como o arroz, o feijão e o milho, cujo ciclo não coincidia com a colheita do café, quando era necessária a mão-de-obra de toda a família. A farinha de trigo era um luxo e a carne se comprava poucas vezes ao ano (Dean, 1977:168; Sallum Junior, 1982:166).

A monotonia da alimentação era alvo de queixas constantes por parte dos imigrantes estrangeiros que trabalhavam com o café. Numa clara situação de choque cultural, a alimentação brasileira típica era tida pelos europeus como insalubre, pelas grandes diferenças que apresentava em relação à dieta habitual dos países de origem. Criticava-se, principalmente, o abuso de carne de porco, a ingestão de frutas nativas (mais perigosas ainda quando verdes) e o uso considerado excessivo do milho na alimentação. A ausência de bons vinhos no Brasil era responsabilizada pelo elevado índice de alcoolismo por aguardente entre os colonos, denominado curiosamente de *pínguismo* pelas autoridades italianas (Rossi, 1902)⁷.

Apesar das críticas, o padrão de alimentação dos colonos do café reduzia a chance de ocorrência de diferentes formas de desnutrição, ao contrário do que ocorria nas zonas urbanas, em especial nas cidades maiores, onde os gêneros de subsistência eram quase todos adquiridos no comércio. A existência de um padrão nutricional mais favorável nas regiões de *cultura de subsistência*⁸ que nas zonas urbanas de maior concentração populacional é anterior à República, observando-se já no Brasil Colônia. Essa situação é oposta à das áreas de economia de *plantations*, onde também existiam os cultivos de subsistência, mas as melhores terras iam para as culturas

de exportação e a alimentação era mais desequilibrada e pobre, elevando-se a mortalidade, em especial de crianças e jovens (Marcílio, 1984:196-206).

Mortalidade durante as epidemias

Durante as grandes epidemias que assolaram o interior paulista na década de 1890, em especial de febre amarela e varíola, um dos cuidados mais adotados pela população nessas situações de caos sanitário era a fuga. Na ausência de tratamentos eficientes que propiciassem a cura, a fuga dos locais afetados era, para os membros de todas as classes sociais, o cuidado individual mais eficiente para prevenir a contaminação pela doença.

No auge das epidemias, algumas localidades transformaram-se em verdadeiras cidades fantasma, freqüentadas quase que apenas pelos animais e por saqueadores. Os indivíduos de mais posses deslocavam-se de trem até a capital do estado, para a estação hidromineral de Poços de Caldas, no sul de Minas Gerais, ou aproveitavam o ensejo para um cruzeiro até a Europa. Para a grande maioria da população, entretanto, a alternativa mais utilizada era a fuga para a casa de parentes e amigos, nos vilarejos vizinhos ou nas fazendas de café.

Para a década de 1890 e início do Século XX, os registros históricos indicam que a febre amarela incidia apenas na forma urbana, o que não significa que os moradores das fazendas de café estivessem, totalmente, protegidos da doença, cujas principais vítimas eram os estrangeiros. No quadriênio 1896-1899, os óbitos registrados no cemitério municipal de Araraquara, por todas as causas à exceção da febre amarela, mostram 52,8%

⁷ Somente a partir da década de 1910 o alcoolismo foi incorporado às preocupações das autoridades sanitárias nacionais, agrupado a outras condições debilitantes como o amarelão e a malária, e associado à baixa produtividade do trabalhador brasileiro, sendo apontado como um fator de degeneração social e familiar, de natureza hereditária, além de favorecer o desenvolvimento da loucura. A *Revista do Brasil*, dirigida por Monteiro Lobato, em São Paulo, foi uma das publicações que conferiu grande destaque ao assunto (Demer, 1916; Penna, 1917; Rocha, 1918).

⁸ Já incluímos a zona cafeeicultora paulista, pela disseminação da cultura conjunta de gêneros de subsistência e do café. Segundo Brasília Sallum Jr., as fazendas de café eram verdadeiras unidades policultoras, e falar em monocultura do café seria tomar por cultura apenas a atividade capitalista (Sallum Junior, 1982:205).

de brasileiros e 41,9% de estrangeiros (para 5,3% dos óbitos essa informação não estava disponível), numa distribuição que possivelmente se assemelha à participação das nacionalidades na população. Para os óbitos por febre amarela a situação se inverte. No período 1896-1898, os óbitos pela doença registrados no mesmo cemitério mostram apenas 21,8% de brasileiros para um total de 77,9% de estrangeiros, dos quais 47,7% italianos, 13,7% portugueses, 8,7% espanhóis e 7,8% de outras nacionalidades (essa informação só não estava disponível para 0,3% dos óbitos pela doença)⁹.

Em 1900, Araraquara era um dos maiores municípios do interior paulista, com uma população pouco inferior a 30 mil habitantes, dos quais apenas 4 mil vivendo no núcleo urbano. Na década de 1890, a cidade esteve quase todos os anos entre os dez municípios que receberam maior número de imigrantes, cuja entrada no País havia sido subsidiada pelo governo estadual. O resultado é que, tanto na cidade como nas fazendas de café, a população era predominantemente estrangeira, principalmente italianos.

Esse padrão de distribuição populacional, com amplo predomínio em zona rural, se mantém quando tomamos os números de mortalidade geral da população fora de período epidêmico. Em 1890, por exemplo, dos óbitos registrados no livro do cemitério de Araraquara para os quais havia informações sobre o local de ocorrência, 74% se deram na zona rural e 26% em Araraquara e demais vilas do município¹⁰.

Novamente, durante as epidemias de febre amarela o padrão encontrado se inverte.

Dos mais de 400 óbitos decorrentes das epidemias que assolaram o município entre 1895 e 1899, apenas 14% aconteceram no campo, os 86% restantes ocorrendo no núcleo urbano. Esse padrão é resultado da maior incidência da doença nas populações urbanas, condição fundamental para a propagação do vírus através do mosquito, o *Aedes aegypti*. Uma hipótese, não confirmada, mas que reforçaria o padrão de ampla predominância urbana na mortalidade, é que a doença também se tenha transmitido entre os moradores do campo, mas, por se tratar de patologia grave, com alta letalidade, esses doentes da zona rural viessem buscar assistência na cidade, aí falecendo, num fenômeno de *invasão de óbitos*.

Não existem registros que permitam identificar com segurança a forma predominante de contaminação dos colonos de café pela febre amarela. Uma possibilidade é que a transmissão da doença ocorresse, exclusivamente, nas cidades, através do mosquito *Aedes aegypti*, e que os moradores da zona rural adquirissem a doença quando de seus deslocamentos até os núcleos urbanos regionais. Outra possibilidade, sem elementos que permitam sua confirmação, mas que merece registro, é que os vetores responsáveis pela propagação da doença em sua forma silvestre estivessem presentes na zona rural paulista, e que o deslocamento de moradores das cidades até as fazendas tenha dado início a pequenos e múltiplos surtos de febre amarela silvestre nas propriedades rurais¹¹.

Quando tomamos os números absolutos das mortes pela febre amarela na zona rural de Araraquara, encontramos um total

⁹ Em Porto Ferreira, município situado também na região da Paulista, os óbitos da epidemia de febre amarela de 1892 mostram a seguinte distribuição de nacionalidades: 32,9% de brasileiros e 67,1% de estrangeiros, dos quais 40,2% portugueses, 18,8% italianos, 2,6% espanhóis e 5,5% de outras nacionalidades (Telarolli Junior, 1993:358).

¹⁰ Esses números se referem ao *local de ocorrência* das mortes e não ao *local de residência* dos mortos. Como as poucas opções de assistência à saúde encontravam-se na sede do município, a proporção referente à zona urbana certamente encontra-se inflada pela invasão de doentes residentes na zona rural que buscaram assistência à saúde em Araraquara, vindo a falecer na cidade.

¹¹ A existência de grandes áreas de floresta, reservadas para a expansão do cafezal, próximas às áreas de produção, permite supor que a febre amarela possa ter se instalado na forma silvestre em algumas propriedades cafeicultoras onde a doença tenha encontrado as condições necessárias ao seu desenvolvimento. A existência concomitante de focos das formas silvestre e urbana da doença explicaria, junto com a presença de casos importados, o padrão de ocorrência intermitente da doença por vários anos numa mesma região.

nada desprezível de quase cem óbitos, o que dá uma idéia do impacto que o problema assumiu entre os colonos das fazendas de café. Araraquara é apenas um exemplo de um padrão que se repetiu às dezenas pela zona cafeeira paulista na década de 1890, até a extinção da febre amarela na forma urbana do Estado de São Paulo em 1904.

Doenças endêmicas e as “causas exóticas” de doença e morte

Além das doenças epidêmicas, como a febre amarela, o cólera e a varíola, outras doenças, como a tuberculose, a lepra, a malária, a ancilostomose e o tracoma, eram motivo de grande apreensão para o trabalhador estrangeiro que se instalava nas zonas cafeeiras.

Desde 1898, a tuberculose tornou-se a doença de maior peso individual entre as causas de morte no Estado de São Paulo

(Tabela 1), mas, mesmo assim, não se encontram ações estatais voltadas especificamente para o controle da doença antes de 1930. Mesmo matando duas vezes mais que a malária, nos primeiros 20 anos do Século XX, a tuberculose foi uma doença praticamente ignorada pelas ações sanitárias, ao contrário da febre amarela durante os anos das epidemias, e da malária a partir da década de 1910. Incidindo com grande frequência entre a população mais pobre das áreas urbanas, consumindo lentamente as forças do trabalhador, mas não o impedindo de exercer suas funções ainda por um bom tempo, o combate à tuberculose não foi uma prioridade na Primeira República.

A tuberculose é, por excelência, uma doença urbana, o que não significa que poupasse os trabalhadores rurais. Em 1920, na cidade de São Paulo, entre os 639 óbitos registrados por tuberculose havia raros profissionais liberais, encontrando-se 88 operários e 33

Tabela 1 - Mortalidade em alguns hospitais do Estado de São Paulo - 1892-1897

Cidade	Mortalidade (%)					
	1892	1893	1894	1895	1896	1897
São Paulo	20,8	19,3	19,0	14,5	17,2	12,8
Taubaté	14,6	27,1	25,8	27,2	21,1	19,6
Campinas	-	-	-	25,4	20,9	24,9
Itu	24,6	-	-	-	30,5	22,5
Santos	-	12,1	11,5	10,8	9,4	10,7
Casa Branca	19,2	-	-	19,8	28,6	-
Guaratinguetá	24,3	-	-	-	27,0	22,8
Bananal	-	-	42,3	29,7	-	-
Ubatuba	-	-	-	12,7	11,2	10,7
Jacaré	-	-	-	26,7	28,6	-
Piracicaba	-	-	-	8,3	15,5	19,2
Lorena	-	-	-	21,8	19,8	-
Pindamonhangaba	-	-	-	25,0	32,2	-
Bragança Paulista	-	-	-	-	19,6	20,0
Iguape	-	-	-	-	25,0	31,8

Fontes: São Paulo, Relatórios ao Presidente do Estado de São Paulo pelos Secretários do Interior: 1893 (p.75), 1894 (pp. 75-79), 1895 (pp.29-30), 1896 (pp. 35-40), 1897 (pp.49-57), 1898 (pp.34-39).

Nota: Óbitos/100 internações.

lavradores que morreram quando buscavam assistência médica na capital do estado (São Paulo, 1924:189).

A ancilostomose e a malária são duas doenças que se apresentaram de forma endêmica em toda a zona rural paulista na Primeira República, tornando-se alvo da ação sanitária estadual a partir da década de 1910, numa tendência que se acentuou com o Código Sanitário Rural de 1917.

O tracoma, juntamente com a ancilostomose, são as duas endemias que mais precocemente foram alvo da ação sanitária estadual. O tracoma, uma doença ocular que pode levar à cegueira quando não tratada, tinha sua incidência associada (tanto pelas autoridades sanitárias como pela população em geral) à terra vermelha das regiões cafeeicultoras, tornando-se muito freqüente tanto nas cidades paulistas como na zona rural. Em 1907, por exemplo, 43,7% dos escolares em Ribeirão Preto eram portadores da doença (São Paulo, 1908:9).

Em 1906 o governo estadual criou o Serviço de Profilaxia e Tratamento do Tracoma, órgão que se expandiu rapidamente, contando, em 1908, pouco antes de sua dissolução, com 37 dispensários urbanos e 255 rurais. Além de tratar os doentes com tracoma, o Serviço distribuía folhetos com conselhos profiláticos impressos em português e italiano às populações residentes nas zonas endêmicas dessa doença (São Paulo, 1907, 1908 e 1912a). O órgão era também responsável pelo tratamento e profilaxia da ancilostomose. Extinto em 1908, a profilaxia e o tratamento do tracoma foram entregues às casas de caridade locais, o que na prática correspondeu à interrupção da ação contra a doença. Em 1911, foi criado novo serviço para a profilaxia e cura do tracoma e ancilostomose, extinto em 1914, e somente com a reforma sanitária de 1917 o combate às endemias foi institucionalizado, com a criação de uma estrutura administrativa permanente para lutar contra a ancilostomose,

a malária e o tracoma, a Inspeção do Serviço de Profilaxia Geral (São Paulo, 1912b e 1950a).

Doenças exóticas para o europeu, também eram motivo de grande apreensão, como os acidentes ofídicos e o *bicho-de-pé*, comumente citados nas crônicas e relatórios dos visitantes estrangeiros que passaram pela zona cafeeicultora no período. Esses dois problemas sanitários incidiam com maior freqüência nos moradores da zona rural. Antes da descoberta do tratamento à base de soroterapia, era elevada a mortalidade entre os indivíduos feridos pelos acidentes ofídicos, tratados com técnicas ancestrais.

A lesão causada pelo *bicho-de-pé*, afecção pouco valorizada pelos brasileiros, funcionava como porta de entrada para o tétano e infecções secundárias dos pés, podendo originar gangrena nos membros inferiores¹². Em todo o período, o tétano foi uma das dez doenças transmissíveis que mais matou, respondendo, em média, por 1,5% das mortes ocorridas, entre 1900 e 1920, no Estado de São Paulo (São Paulo, 1924).

Assistência à saúde

Um dos grandes temores do trabalhador rural eram as doenças, que consumiam suas economias no pagamento de médicos e farmacêuticos ou exigiam recursos de que não dispunha. Os preços de uma visita médica na fazenda mais os medicamentos eram equivalentes ao valor de um hectare de terra ou à remuneração do colono pelo cuidado anual de mil pés de café, variando de 40\$000 a 60\$000 no início do Século XX (Scalabrini, 1895; Alvim, 1986:79, 94 e 162).

A assistência sanitária individual aos pobres na Primeira República situava-se, quase exclusivamente, na esfera privada e filantrópica, tanto para os moradores das cidades como para os trabalhadores rurais. Na ausência de uma política estatal de prestação de assistência individual à saúde,

¹² A doença conhecida como *bicho-de-pé* é causada por uma pulga (*Tunga penetrans*), que penetra na extremidade dos dedos das mãos e nos pés, nos artelhos ou no hálux, onde a fêmea do inseto deposita seus ovos, que posteriormente eclodem, dando origem a novos parasitas.

essa permaneceu como um campo sob responsabilidade individual, dependente dos recursos financeiros de cada um e, na ausência destes, de um reduzido leque de hospitais filantrópicos. Outra alternativa comumente empregada era o recurso aos curandeiros. Esses profissionais, entretanto, nem sempre utilizavam em suas intervenções as técnicas então consideradas mais adequadas e seguras.

Em 1920, os estabelecimentos de saúde filantrópicos, existentes em pequeno número após a Proclamação da República, já estavam presentes em 114 dos 204 municípios do estado (São Paulo, 1924:1 608-1 612). As possibilidades de sucesso terapêutico, entretanto, ainda eram muito limitadas no início do Século XX, em decorrência do reduzido conhecimento tecnológico então disponível. Os elevados índices de mortalidade entre internados nos hospitais gerais são um indicador das limitações qualitativas da assistência prestada. Quase sempre acima de 15% das internações, os óbitos por vezes ultrapassaram a casa dos 25% em alguns municípios do estado na década de 1890 (Tabela 2). Diante de índices de mortalidade dessa monta, não é de estranhar a resistência

dos doentes e familiares à internação nos hospitais gerais, quase tão temidos quanto os hospitais de isolamento instalados durante as epidemias, e que acabaram por adquirir a aura de *antecâmaras da morte*.

O resultado dessas dificuldades é que a cobertura da assistência hospitalar na Primeira República permaneceu reduzida para moradores tanto das cidades como da zona rural. Um indicador do baixo nível da cobertura hospitalar no período encontra-se na proporção dos óbitos ocorridos em hospital. Na primeira década do Século XX, as mortes hospitalares nunca ultrapassaram 6% para o total do estado, e na capital, onde a oferta de leitos era maior, o índice máximo verificou-se em 1909, com 17,2% das mortes (Telarolli Junior, 1993:84).

Restava sempre a alternativa do recurso à assistência privada à saúde, o que não ocorria com freqüência. Os poucos médicos no estado concentravam-se nos centros maiores. Em 1906, eram dez médicos para 52 mil habitantes em Ribeirão Preto; seis médicos para 55 mil habitantes em São Carlos; quatro médicos para 34 mil habitantes em

Tabela 2 - Mortalidade, por algumas doenças transmissíveis no Estado de São Paulo - 1894/1920

Ano e período	Tuberculose		Ancilostomose		Lepra		Malária		Febre amarela		Tétano	
	%	Coeficiente	%	Coeficiente	%	Coeficiente	%	Coeficiente	%	Coeficiente	%	Coeficiente
1894	1,6	-	-	-	-	-	1,1	-	4,3	-	0,6	-
1895	1,9	-	-	-	-	-	1,5	-	10,3	-	0,3	-
1896	2,4	-	-	-	-	-	2,0	-	36,5	-	0,2	-
1897	3,1	-	-	-	-	-	2,0	-	3,2	-	0,2	-
1898	3,8	-	-	-	0,2	-	2,6	-	2,8	-	0,3	-
1899	3,2	-	-	-	0,1	-	1,8	-	0,4	-	0,3	-
1894/1899	2,7	-	-	-	-	-	1,8	-	9,6	-	0,3	-
1900/1904	4,2	83,7	0,2	3,5	0,2	4,8	2,3	45,4	0,9	14,3	1,4	23,3
1905/1909	4,6	85,1	0,8	15,4	0,3	5,6	1,5	28,2	-	-	1,7	30,7
1910/1914	3,9	78,0	0,5	10,5	0,2	4,8	1,4	28,2	-	-	1,6	32,0
1915/1920	3,5	69,1	0,3	5,9	0,2	3,3	1,6	32,4	-	-	1,0	18,8

Fonte: São Paulo (1924: 1 260-1 261).

Nota: Percentual da mortalidade geral e coeficientes de mortalidade específica (óbitos/100 000 habitantes).

Araraquara; e quatro para 38 mil habitantes em Rio Claro (Alvim, 1986:161). Considerando-se que a maior parte da população encontrava-se dispersa numa extensa zona rural, além do alto custo dos honorários médicos e dos medicamentos, tinha-se um panorama em que predominava o recurso aos curandeiros e outros profissionais de cura não institucionais.

Os curandeiros tiveram também uma participação importante no tratamento dos doentes de febre amarela, como ficou registrado nas epidemias de Rio Claro em 1894 e São Carlos em 1896, dentre outras (Mello, 1894:18). O prestígio de alguns curandeiros foi, inclusive, motivo de queixa de autoridades sanitárias como o dr. Victor Godinho, inspetor sanitário em Jaú e Dois Córregos, que reclamava das dificuldades enfrentadas pelos médicos no interior do estado, em contraposição à influência dos curandeiros:

A propósito registro com pesar que em parte alguma como no interior do Estado de São Paulo goza de pouca valia a opinião dos médicos. O último analfabeto ousa, do alto de sua ignorância, contrapor a sua opinião à dos profissionais diplomados, com os quais pretende discutir a legitimidade do diagnóstico ou a existência de epidemias. O que é certo é que a opinião de um curandeiro boçal encontra tanto eco quanto a dos mais ilustres facultativos. (Godinho, 1897:8-9)

Negros, italianos e até padres curavam doenças com benzimentos, usando rezas e bênçãos para facilitar os partos, ajudar a nascer dentes nas crianças e favorecer as atividades agrícolas, dentre outras ações. A homeopatia, aplicada por médicos e práticos, era muito utilizada por moradores tanto da zona urbana como rural (Alvim, 1986:163).

A assistência médica individual foi uma reivindicação dos colonos estrangeiros desde os primeiros tempos da imigração em massa para a cafeicultura. Em muitos contratos de trabalho constavam cláusulas prevendo o atendimento médico periódico, mediante o pagamento de taxas mensais fixas. Não era incomum, entretanto, que quando a consulta médica se fizesse necessária tivesse de ser paga novamente (Rossi, 1902)¹³.

Havia as exceções. Já no início do Século XX, em algumas propriedades, como a fazenda São Martinho, no Município de Sertãozinho, residia permanentemente um médico que cuidava do atendimento aos colonos. Essa era uma grande propriedade rural, com mais de 1 milhão e meio de pés de café e população de 2 100 pessoas, onde um profissional respondia, em 1905, pelo atendimento clínico, pequenas cirurgias e partos (Arinos, 1921:175-176).

O Patronato Agrícola, criado em 1911 por lei estadual, foi a primeira iniciativa pública para prover o trabalhador agrícola de algum tipo de assistência. Seu objetivo geral era a "[...] defesa dos direitos e interesses dos operários agrícolas" (artigo 1º), mais especificamente o fomento à criação de cooperativas para assistência médica, farmacêutica e ensino primário, subsidiadas com recursos do estado (São Paulo, 1912c e 1912d; Rossi, 1902).

A partir da década de 20, os contratos de trabalho firmados entre fazendeiros e colonos passaram a incluir com maior frequência cláusulas que garantiam assistência médica e farmacêutica mediante o pagamento de anuidades que se aproximavam dos 30\$000 por família. Em algumas fazendas foram implantados postos de saúde fixos, que recebiam a visita periódica de médicos, fornecendo medicamentos a preços de mercado (Companhia Industrial Agrícola e Pastoril..., 192?; Companhia Commercial de São Paulo, 192?)

¹³ As associações mutualistas, como as existentes à época em Amparo e Espírito Santo do Pinhal, eram, segundo o autor, uma alternativa para garantir assistência médica e farmacêutica aos italianos.

Assistência obstétrica

A assistência ao parto das mulheres dos colonos do café era outro ponto crítico na esfera sanitária. O custo da assistência pelas parteiras também era elevado, aproximando-se da assistência médica (25\$000 era o preço cobrado por um parto), e o mais comum era que as vizinhas ou o marido auxiliassem no parto. Qualquer complicação era fatal, havendo muitas mortes perinatais (Pinheiro e Hall, 1981:17 e 99-102; Dean, 1977:167-170).

A maioria dos partos, seja nas capitais, cidades do interior ou na zona rural do País, era realizada por parteiras práticas, sem formação especializada. Tanto no interior quanto na capital do estado, a quase totalidade dos partos ocorria no domicílio, em condições técnicas e de higiene consideradas precárias mesmo para os padrões da época. Os hospitais, apesar do grande aumento no número de serviços filantrópicos durante a Primeira República, eram insuficientes para atender uma parcela maior das gestantes. Na primeira década do Século XX apenas 0,3% dos partos do estado, em média, ocorreram em ambiente hospitalar. Para o Município de São Paulo, verificou-se um máximo de 2,8% de partos hospitalares em 1906 (Telarolli Junior, 1993:79).

A atuação das parteiras práticas era associada, mesmo no período anterior à República, aos elevados coeficientes de mortalidade materna e infantil, em decorrência da utilização de técnicas pouco ortodoxas e da falta de higiene nos procedimentos. Um viajante francês criticou severamente, em 1882, o trabalho das parteiras, por utilizarem abusivamente o fórceps, realizando seus procedimentos sem a higiene e assepsia necessárias. Eram práticas comuns o banho do recém-nascido em cachaça, imediatamente após o parto, e a retirada da placenta do útero com as mãos, favorecendo as infecções puerperais e neonatais (Fort, 1984:125-126).

A comissão encarregada pelo secretário do Interior em 1892 de estudar as causas da excessiva mortalidade infantil, também apresentava as parteiras como as

grandes vilãs e responsabilizava o recurso indiscriminado a essas profissionais, em substituição aos médicos, por muitos óbitos neonatais, desconsiderando as dificuldades de acesso à assistência médica:

Parteiras, cuja prática ou conhecimento da arte dos partos é substituída por um bando de credices e superstições, são muitas vezes chamadas a prestar socorros a pobres mulheres; desconhecem os mais preliminares preceitos da anti-sepsia; e põem em prática tudo quanto o seu espírito boçal inventa, e um talvez duplo assassinato se consuma entre as quatro paredes de uma alcova! O médico caridoso não se nega a prestar os seus serviços à pobre mulher que no leito de dores apela para ele. Corre a socorrê-la e todos os meios emprega para salvá-la, porém o meio é mau: habitação úmida e infecta, leito inconveniente, falta de higiene por toda a parte, nenhum cuidado das pessoas que a cercam, os remédios não são dados com a desejada regularidade - e uma infecção puerperal sela esta existência preciosíssima! (São Paulo, 1893:204-205)

A existência de uma abundante legislação estadual regulamentando o exercício profissional das parteiras nas duas primeiras décadas da República, determinando a redução progressiva de suas atribuições, é um indício de que a utilização desses serviços continuava generalizada nesse período, hipótese reforçada pela ausência de outras alternativas para os partos. A legislação de 1892, uma das primeiras na área da saúde, no período republicano, determinava que em caso de distocia a parteira deveria reclamar sem demora a presença do médico. Até que o médico chegasse, só poderiam ser empregados "os meios conhecidos para prevenir qualquer acidente". Tratava-se,

evidentemente, de um dispositivo de difícil aplicação e fiscalização, tanto nas cidades como na zona rural, pois desconsiderava serem poucos os médicos e elevados os seus honorários, a figura do *médico caridoso* de que fala o relatório de 1892 não constituindo a regra (São Paulo, 1897).

A regulamentação tardia da saúde no campo

A atividade agrícola, de longe a mais importante no Estado de São Paulo na Primeira República, tanto pela quantidade de mão-de-obra envolvida direta e indiretamente como por sua relevância econômica, teve pela primeira vez alguns aspectos relacionados às condições de higiene das moradias e da salubridade do meio ambiente regulamentados no Código Sanitário de 1918, objetivando à profilaxia das endemias, mais especificamente a malária e a doença de Chagas (São Paulo, 1950b). Até então o trabalho no campo passara incólume às detalhadas regulamentações sanitárias estaduais publicadas a partir de 1891, ao contrário da atividade industrial, exaustivamente regulamentada já a partir de 1894.

O Código Sanitário de 1918 não incluiu dispositivos que regulamentassem o processo de trabalho agrícola. Proposições dessa natureza, apresentadas no ano anterior no Legislativo estadual, sofreram forte resistência, consideradas como uma intervenção indevida do estado nos contratos de trabalho, um assunto de natureza eminentemente privada. O aparente descompasso entre o peso econômico e social da agricultura e da indústria e sua regulamentação sob o ponto de vista sanitário - com a normatização de um campo menos importante de atividades acontecendo antes e com maior riqueza de detalhes - remete a um conjunto de aspectos que explicam ao menos parcialmente essa característica.

A precoce regulamentação da atividade industrial pela legislação sanitária ocorreu num momento em que era ainda muito forte a tendência à normatização do meio urbano, parte do arsenal do modelo tecnológico campanhista/policia implantado no Estado de São Paulo com a República, numa versão brasileira de medicina social (Machado et al., 1978)¹⁴.

Por outro lado, a normatização tardia da atividade agrícola nos seus aspectos trabalhistas e sanitários pode ser apontada como decorrência da verdadeira aversão das oligarquias paulistas à aprovação de regulamentos que pudessem embarçar o desenvolvimento da principal atividade econômica do período, como ficou muito evidente nos debates que antecederam a aprovação do Código Sanitário de 1918 (Telarolli Junior, 1993).

Um exemplo, encontra-se na aprovação de alguns dispositivos determinando o saneamento do solo e melhorias sanitárias nas habitações dos colonos, para a prevenção das endemias rurais, o que só aconteceu depois do seu abrandamento, excluindo-se da aplicação das novas normas as propriedades agrícolas já instaladas. Outros pontos do projeto, como a proibição da utilização do saibro no reboco das paredes e a obrigatoriedade de cobertura de telhas, foram muito criticados durante os debates. Segundo seus críticos, essas prescrições poderiam asfixiar a lavoura, comprometendo o esforço do governo em desenvolver a produção agrícola do estado para suprir os povos em guerra, desestimulando novas plantações (São Paulo, 1938; Câmara dos Deputados de São Paulo, 1918:733-742).

Considerações finais

As mudanças na organização sanitária que se iniciaram com a reforma de 1917-1918

¹⁴ Roberto Machado et al. descrevem o nascimento da Medicina Social no Brasil, no Século XIX, quando as ações sanitárias tinham por objetivo atuar sobre a contaminação do solo, ar e água, favorecida pela aglomeração humana e pelos resíduos industriais. É parte do ideário popular e científico a contraposição do caos urbano, associado à atividade industrial, ao ideal de simplicidade da vida no campo, onde eram mais favoráveis as condições do meio ambiente (Machado et al., 1978:259-276 e 345-347). Isso se evidencia na tônica da legislação sobre a atividade industrial na década de 1890, enfatizando as relações entre a indústria e a cidade circunjacente.

- as principais foram o incremento de ações sobre o homem do campo e as endemias rurais e a criação de serviços ambulatoriais permanentes - eram manifestação, no campo das práticas sanitárias, das grandes modificações sociais que começavam a tomar corpo na sociedade paulista na década de 1910. Fenômenos como a urbanização, a industrialização, o aumento da organização política do operariado e das classes médias e o aumento da pauperização das populações urbanas, dentre outros, tomaram impulso nesse período, acentuando-se na década de 20. Essas mudanças sociais tornaram rapidamente anacrônicos o modelo tecnológico das campanhas e da polícia sanitária e o correspondente padrão de organização das práticas sanitárias, apesar das seguidas reelaborações sofridas desde o início da República, com mudanças periódicas no

arcabouço legal. O auto-ritarismo do modelo camponês/policial e a exclusão de medidas de assistência individual à saúde passaram a não condizer com o novo perfil da sociedade paulista.

Mudanças no campo do ideário político, com o desenvolvimento de uma importante corrente nacionalista a partir da década de 1910, que identificava a pobreza e o atraso do País com suas condições sanitárias, são aspectos que se casam, no campo das práticas sanitárias, com as novas prioridades. Tendo em Artur Neiva, Afrânio Peixoto e Belisário Penna alguns dos nomes de maior produção e destaque, a corrente nacionalista no campo da saúde pública encontrou em Monteiro Lobato e em sua *Revista do Brasil* importantes divulgadores, em São Paulo, das idéias da redenção do País pelo combate às endemias e misérias da vida no campo.

Bibliografia

- ALVIM, Zuleika. *Brava gente! Os italianos em São Paulo - 1870/1920*. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1986.
- ARINOS, Affonso. *Histórias e paisagens*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1921.
- CÂMARA dos Deputados de São Paulo. *Annaes da Câmara dos Deputados do Estado de São Paulo - sessão ordinária de 1917*. São Paulo, 1918.
- COMPANHIA COMMERCIAL DE SÃO PAULO. *Contracto entre trabalhadores italianos e a Companhia Commercial de São Paulo*. São Paulo, [192?]. Mimeogr.
- COMPANHIA INDUSTRIAL AGRÍCOLA E PASTORIL D'OESTE DE SÃO PAULO. *Fazendas do Cambuhy. Contracto para o anno agrícola 1924-1925*. [S.l., 192?].
- DEAN, Warren. *Rio Claro: um sistema brasileiro de grande lavoura - 1820/1920*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.
- DERNER, A. Guerra ao álcool. *Revista do Brasil*, São Paulo, v. 1, n. 1/4, p. 73-74, 1916.
- FORT, J. A. A. Parteiros. In: LEITE, Míriam Moreira (Org.). *A condição feminina no Rio de Janeiro : século XIX: Antologia de textos de viajantes estrangeiros*. São Paulo: HUCITEC, 1984. p. 125-126.
- GODINHO, Victor. *A febre amarella no estado de S. Paulo: pathogenia, transmissibilidade. Tratamento racional pelo Dr. Victor Godinho*. São Paulo: Typ. Salesiana, 1897.
- HOLLOWAY, Thomas H. *Imigrantes para o café: café e sociedade em São Paulo, 1886-1934*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984.
- MACHADO, Roberto et al. *Danação da norma: Medicina Social e constituição da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MARCÍLIO, Maria Luiza. Sistemas demográficos no Brasil do século XX. In: MARCÍLIO, M. L. (Org.) *População e sociedade: evolução das sociedades pré-industriais*. Petrópolis: Vozes, 1984. p. 193-207.
- MELLO, Balthazar Vieira de. *A epidemia na Limeira e no Rio Claro*. Relatório ao diretor geral do Serviço Sanitário em 30 de junho de 1894 pelo Dr. Balthazar Vieira de Mello, chefe das comissões. São Paulo, 1894. Manuscrito.

- PENNA, Belisario. Alcoolismo, opilação e impaludismo. *Revista do Brasil*, São Paulo, v. 6, n. 21/24, p. 443-445, 1917.
- PINHEIRO, Paulo Sérgio, HALL, Michael M. *A classe operária no Brasil - 1889-1930: condições de vida e de trabalho, relações com os empresários e o Estado*. São Paulo: Brasiliense, 1981. v. 2.
- QUEIROZ, Maria Isaura Pereira de. *O mandonismo local na vida política brasileira e outros ensaios*. São Paulo: Alfa-Ômega, 1976.
- ROCHA, Franco da. Alcoolismo e loucura. *Revista do Brasil*, São Paulo, v. 8, n. 29/32, p. 494-495, 1918.
- ROSSI, A. Condizioni dei coloni italiani nello Stato di San Paolo. *Bollettino dell' Emigrazione*, Roma, n. 7, p. 3-57, 1902.
- SALLUM JUNIOR, Brasília. *Capitalismo e cafeicultura: oeste paulista: 1888-1930*. São Paulo: Duas Cidades, 1982.
- SAMPAIO, Theodoro. Relatório do Dr. Theodoro Sampaio, engenheiro sanitário, ao Secretário dos Negócios do Interior. In: SÃO PAULO. Relatório apresentado ao presidente do Estado de S. Paulo em 15 de março de 1897 pelo Secretário de Estado dos Negócios do Interior Antonio Dino da Costa Bueno. *Diário Oficial [do] Estado de São Paulo*, 1897. Anexo I.
- SÃO PAULO. *Relatório apresentado ao presidente do Estado de São Paulo pelo Dr. Cesario Motta Junior, Secretário dos Negócios do Interior, a 7 de abril de 1893*. São Paulo: Typ. Vanorden, 1893.
- _____. *Relatório ao presidente do Estado de São Paulo pelo Dr. Cesario Motta Junior, Secretário dos Negócios do Interior, em 28 de março de 1894*. São Paulo: Typ. Vanorden, 1894.
- _____. Decreto n. 87, de 29 de julho de 1892. Regulamenta a lei n. 43 de 18 de julho do corrente ano, que organiza o Serviço Sanitário do estado. In: COLLECÇÃO das leis e decretos do Estado de São Paulo de 1892. São Paulo: Imprensa Oficial, 1897. p. 185-205.
- _____. *Relatório da Secretaria da Agricultura, Commercio e Obras Públicas ao presidente do estado pelo Dr. Theodoro Dias de Carvalho Júnior - 1895*. São Paulo: Typ. Espindola, Siqueira e Comp., 1898.
- SÃO PAULO. Decreto n. 1395, de 03 de setembro de 1906. Cria, na Diretoria do Serviço Sanitário, o Serviço de Profilaxia e Tratamento do Tracoma. In: COLLECÇÃO das leis e decretos do Estado de São Paulo de 1906. São Paulo: Imprensa Oficial, 1907. p. 148-149.
- _____. *Relatório apresentado ao Dr. Jorge Tibiriçá, Presidente do Estado de São Paulo, pelo Secretário de Estado dos Negócios do Interior Dr. Gustavo de Oliveira Godoy - anno de 1907-1908*. São Paulo: Duprat, 1908.
- _____. *Relatório de 1908-1909 apresentado pelo Dr. Carlos Augusto Pereira Guimarães - Secretaria dos Negócios do Interior*. São Paulo: Casa Garraux, 1912a.
- _____. Decreto n. 2141, de 14 de novembro de 1911. Reorganiza o Serviço Sanitário do estado. In: COLLECÇÃO das leis e decretos do Estado de São Paulo de 1911. São Paulo: Imprensa Oficial, 1912b. p. 376-448.
- _____. Lei n. 1299-A, de 27 de dezembro de 1911. Cria o Patronato Agrícola. In: COLLECÇÃO das leis e decretos do Estado de São Paulo de 1911. São Paulo: Imprensa Oficial, 1912c. p. 73-77.
- _____. Decreto n. 2214, de 15 de março de 1912. Aprova o regulamento para execução da lei n. 1299-A, de 27 de dezembro de 1911, que criou o Patronato Agrícola. In: COLLECÇÃO das leis e decretos do Estado de São Paulo de 1912. São Paulo: Imprensa Oficial, 1912d. p. 109-110.
- _____. *Anuário Demográfico - 1920*. São Paulo: Imprensa Oficial, 1924. 2 v. (Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária).
- _____. Lei n. 1596, de 29 de dezembro de 1917. Reorganiza o Serviço Sanitário do estado. In: COLECÇÃO das leis e decretos do Estado de São Paulo de 1917. 2. ed. São Paulo: Imprensa Oficial, 1938. p. 124-165.

- SÃO PAULO. Decreto n. 2532, de 14 de setembro de 1914. Dissolve a Comissão Provisória Contra o Tracoma e Outras Moléstias dos Olhos e dispensa todo seu pessoal. In: COLEÇÃO das leis e decretos do Estado de São Paulo de 1914. 3. ed. São Paulo: Imprensa Oficial, 1950a. p. 175.
- _____. Decreto n. 2918, de 09 de abril de 1918. Dá execução ao Código Sanitário do Estado de São Paulo. In: COLEÇÃO das leis e decretos do Estado de São Paulo de 1918. 2. ed. São Paulo: Imprensa Oficial, 1950b. p. 119-204.
- SCALABRINI, A. Delle condizioni attuali dell'emigrazione nell'America Meridionale e nei suoi rapporti con l'industria. In: CONGRESSO GEOGRAFICO ITALIANO, Roma, 1895.
- TELAROLLI JUNIOR, Rodolpho. *Poder e saúde: a República, a febre amarela e a formação dos serviços sanitários no estado de São Paulo*. Campinas, 1993. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1993.
- _____. Fundamentos tecnológicos das ações sanitárias no estado de São Paulo na Primeira República. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 9., 1994, São Paulo. *Anais...* São Paulo: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 1994a. v. 3. p.45-58.
- _____. A secularização do registro dos eventos vitais no estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Estudos de População*, Campinas, v. 10, n. 1/2, p. 145-156, 1994b.
- _____. *Poder e saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*. São Paulo: Unesp, 1996a.
- _____. Imigração e epidemias no estado de São Paulo. *História, Ciências, Saúde*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 265-283, 1996b.
- _____. Fragmentos do cotidiano sob uma epidemia de febre amarela no interior paulista. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 10., 1996, São Paulo. *Anais...* São Paulo: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 1996c. p. 1.863-1.890.

Resumo

Apesar da entrada de um grande contingente de imigrantes estrangeiros no Estado de São Paulo no final do Século XIX, em especial nas duas primeiras décadas da República, o governo estadual paulista não garantia assistência sanitária aos seus novos moradores. Sob o modelo político liberal da Primeira República não cabia a oferta de assistência individual à saúde, o que só passou a ocorrer a partir da década de 30. As ações de saúde mais empregadas na época tinham por objetivo o saneamento urbano e a regulamentação das habitações, além do isolamento dos doentes e a desinfecção de seus pertences durante as epidemias de doenças transmissíveis, em especial a febre amarela e a varíola. A aquisição de assistência médica privada apresentava custo elevado, cabendo aos curandeiros e às Santas Casas de Misericórdia a atenção aos pobres das zonas rural e urbana. Apresentando mortalidade em alguns locais superior a 30% do total de internados, os hospitais eram pouco utilizados. A assistência obstétrica à mulher do campo era também limitada pelo alto custo, e apenas 0,3% dos nascimentos no estado ocorriam em hospital no início do Século XX. Somente com o Código Sanitário de 1918 o campo e seu morador passam a receber maior atenção do poder estadual, com ênfase na profilaxia de endemias como a malária e a doença de Chagas, mediante a regulamentação das condições de higiene e salubridade das moradias e do meio rural.

Abstract

Despite the arrival of a large contingent of foreign immigrants to the State of São Paulo at the end of the 19th century, especially during the first two decades of the Republic, the government of the State of São Paulo did not guarantee health care to the new inhabitants. The liberal political model of the First Republic did not contemplate the offer of individual health care, a fact that only occurred starting in the 30's. The health actions most often implemented at the time were directed at urban sanitation and at the regulation of dwellings, in addition to the isolation of patients and the disinfection of their belongings during the epidemic outbreaks of transmissible diseases, especially yellow fever and smallpox. Private medical care was expensive and the urban and rural poor only had access to quacks and to religious health institutions. With mortality rates often higher than 30% of the total number of patients admitted, hospitals were seldom used. Obstetrical care for rural women was also limited by the high cost and only 0,3% of the births in the state occurred in hospital at the beginning of the 20th century. It was only with the Sanitary Code of 1918 that rural dwellers started to receive more attention from state authorities, with emphasis on the prophylaxis of endemic diseases such as malaria and Chagas' disease through the regulation of the hygiene and salubrity conditions of the dwellings and of the rural environment.