

# Cem anos de movimentos populacionais: São Paulo em destaque\*

María Stella Ferreira Levy\*\*

*Esses cem anos revisitados são mais uma demonstração empírica de que as mudanças sociodemográficas não são lineares nem unívocas, corroborando o questionamento acerca da teoria da transição demográfica, ao mesmo tempo em que questionam a aplicabilidade de uma teoria dos direitos humanos universais calcados nas convenções, protocolos e pactos internacionais, também encarados de forma evolutiva.*

## **Introdução: a imigração internacional e seus antecedentes**

O conhecimento demográfico é de cunho interdisciplinar, envolvendo articulações com a vida das pessoas, nas suas dimensões do trabalho, da saúde-doença e ainda do que, após a reunião sobre População e Desenvolvimento realizada no Cairo em 1994, tornou-se mais candente – os direitos humanos.

Nesta abordagem, escolheu-se o Estado de São Paulo devido a um critério metodológico: nesse recorte empírico encontramos toda a diversidade dos fenômenos que estudamos. E como os processos se dão a longo prazo, pensou-se nos cem anos. O longo tempo impede conclusões precipitadas decorrentes de cortes temporais estreitos, possibilitan-

do-nos enxergar oscilações, avanços, retrocessos, ou seja, a não linearidade e a não estabilidade dos processos históricos e seus resultados.

Tendo em vista essas observações, pretendemos examinar aqui questões populacionais relativas às mudanças demográficas, epidemiológicas e aos direitos básicos a elas relacionadas, que se constituem em eternos desafios aos estudiosos da temática.

Seguindo as trilhas do Iluminismo, as idéias debatidas nas várias declarações de direitos humanos do final século XVIII, como a Declaração dos Direitos da Virgínia (1776) e a Declaração Francesa (1789), visando limitar a atuação do Estado na esfera pessoal referem-se aos “direitos individuais – direito à vida, à liberdade, à propriedade, ao ir e vir e ficar, à

\* Artigo baseado em aula proferida no dia 14 de novembro de 1995 na Faculdade de Saúde Pública da USP, em cumprimento ao requisito de prova de erudição, tendo em vista o concurso de professor titular no Departamento de Epidemiologia desta Faculdade.

\*\* Professora associada do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP).

segurança e à resistência à opressão” (Lewandowski, 1984). São os chamados direitos humanos de primeira geração, que se originaram das dificuldades decorrentes da Revolução Industrial, que veio a desembocar no capitalismo.

A exploração da mão-de-obra assalariada no capitalismo recém-inaugurado gerou uma série de desdobramentos, que se foram acumulando. Uma de suas consequências foi o surgimento, ao final do século XIX e início do XX, da preocupação com os direitos de segunda geração, relativos às questões sociais, ao trabalho, à saúde, à educação, à sobrevivência.

O resultado desse debate e da expansão do capitalismo para o Novo Mundo se refletiu, entre outras, nas idéias abolicionistas, que implicaram transformações importantes e significativas na história do Brasil.

Na segunda metade do século XIX, o Brasil viveu dois surtos econômicos significativos. Um deles, relativamente fugaz no tempo, mas importante provedor de divisas, foi o ciclo da borracha na Amazônia, para onde migraram muitos estrangeiros e nacionais, os primeiros em busca do Eldorado e os segundos, em geral, fugindo das secas e sob uma forte propaganda/recrutamento dos estados amazônicos (Benchimol, 1992; Santos, 1980; ver também o documentário *A árvore da fortuna*, produzido pela TV Cultura de São Paulo em 1991, com duas horas de duração).

O outro pólo que atraiu população, com maior persistência temporal e envolvendo fluxos imigratórios de grande intensidade, foi o da cultura do café, que alcançou mais de perto os estados do Rio

de Janeiro, Espírito Santo, boa parte de Minas Gerais e São Paulo.

Até então, a lavoura do café era feita, basicamente, com a exploração de mão-de-obra escrava. No que restava do trabalho agrícola – derrubada de matas, abertura de picadas, preparo da terra, entre outros – ficava o trabalhador nacional, sempre acusado de ocioso, preguiçoso. Para “discipliná-lo” convinha a introdução em massa de trabalhadores estrangeiros de origem européia, braços que, desde 1847, alguns fazendeiros paulistas já vinham importando para suas lavouras (Ribeiro, 1993; Scarano e Lemke, 1974). Por essa época, as economias européias pós-Revolução Industrial desempregavam muitas pessoas, perseguidas por questões de cunho político, social e econômico, que assim precisavam encontrar lugar de trabalho para se fixarem e terem liberdade de pensamento e expressão.

O café, pelo vale do Paraíba, se estendeu ao planalto paulista, juntamente com as idéias abolicionistas e a própria abolição da escravatura. Mas a dificuldade em alterar as relações de trabalho escravo, que perduravam há tantos séculos, era enorme. Exemplo disso foi a debandada dos escravos libertos das fazendas para as cidades, sem prévio preparo tanto da parte dos escravos, dos fazendeiros, como do restante da sociedade, o que se refletiu no aumento da mortalidade de escravos logo após a promulgação das leis abolicionistas (1).

Nesse contexto, os próprios cafeicultores paulistas, a par da economia internacional, foram à luta, influenciando o governo nacional a buscar a população excedente dos países europeus insatisfeita pelas várias discriminações (sociais,

(1) Analisando atestados de óbitos encontrados no porão da Prefeitura de Rio Claro, classificados em três categorias – nacionais, estrangeiros e escravos –, Jeanne Berrance de Castro observou esse aumento da mortalidade e o relacionou à migração e outros fatores. Esses atestados, do início do Registro Civil, encontram-se arquivados no Arquivo Histórico da Cidade de Rio Claro, hoje uma fundação.

religiosas, econômicas) sofridas para "fazer a América" no Brasil, entrando em sintonia com os interesses dos governos dos respectivos países, que se livravam, assim, desses "insatisfeitos", do ponto de vista individual, ou "excedentes", do ponto de vista governamental.

Voltou-se então a política brasileira, particularmente a paulista, para a constituição de um mercado de trabalho, com a força de trabalho organizada para o capital. Em 1884, a Assembléia da Província de São Paulo aprovou a concessão de passagens gratuitas aos imigrantes que se destinassem à agricultura, inaugurando uma experiência de formação de mercado de mão-de-obra assalariada completamente original em relação às outras experiências históricas, conforme salientam Milliet (1982), Vangelista (1982), Monbeig (1984), Ribeiro (1993), entre outros.

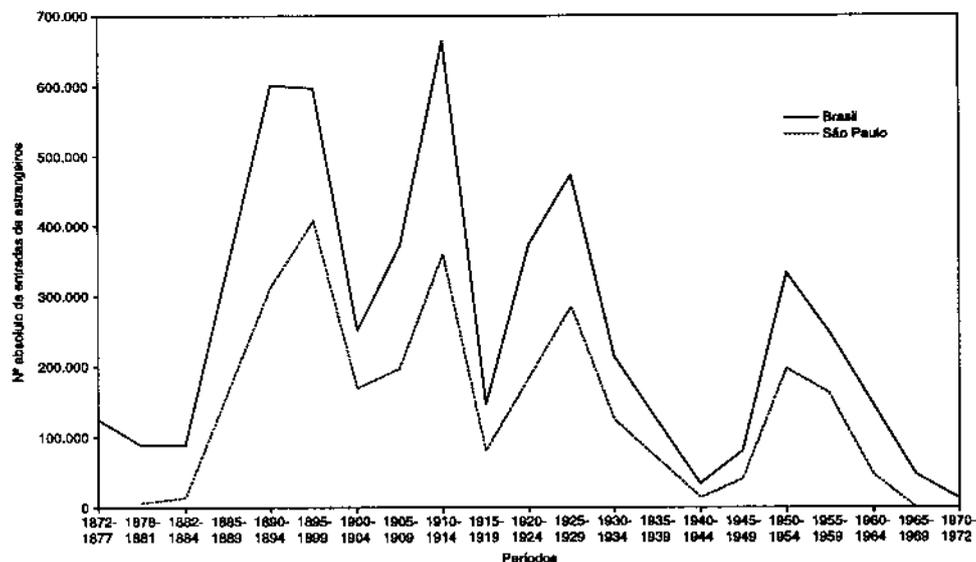
Assim, a necessidade de "braços para o café" fez com que rapidamente se operacionalizasse uma substituição dos escravos pela mão-de-obra imigrante, ini-

ciando-se um movimento migratório para o Estado de São Paulo sem precedente tanto no número de pessoas como pela finalidade precípua.

É da articulação dessas forças econômicas, políticas e sociais que emerge, portanto, o nosso objeto de análise: a imigração internacional em São Paulo.

A vinda de imigrantes estrangeiros para o Brasil intensificou-se em 1887, um ano antes da Lei Áurea, quando foram registradas 54.932 entradas. Desde meados do século XIX até então, a média anual de entradas era de cerca de 25 mil pessoas. Já em 1888 ingressaram no país 132.070 imigrantes, mantendo-se uma média anual de cerca de 90 mil entradas até 1930, quando esta cai drasticamente. Cabe lembrar que ao longo deste período houve algumas rupturas, devidas a embargos legais dos governos de origem, à oscilação no preço do café, à Primeira Guerra Mundial, de 1914 a 1918, e ao *crash* de 1929, conforme se visualiza na Figura 1.

Figura 1  
Estrangeiros entrados no Brasil (de 1872) e em São Paulo (de 1878) até 1972



FONTE: Levy (1974:83, Tabela 2).

Antes de 1877, além dos africanos, a maior parte dos estrangeiros vindos para o Brasil eram portugueses; após essa data os italianos predominaram. Porém, devido aos maus tratos que aqui estavam sofrendo, em 1902 o Decreto Prinetti proibiu, na Itália, a migração gratuita para o Brasil, tornando-se então maior o número de entradas de portugueses, seguidos dos espanhóis. Em 1906, a partir do Convênio de Taubaté, os italianos retomaram suas entradas, mas em patamares mais baixos do que os iniciais.

Em 1927 a migração para o café deixou de ser subsidiada e foram publicadas as primeiras medidas restritivas à imigração internacional. Ao redor de 1930, iniciou-se a diversificação da produção agrícola no Estado de São Paulo, com a queda do preço do café no mercado internacional. Neste contexto, as Constituições Federais de 1934 e 1937 estabeleceram um regime de quotas de migrantes – 2% sobre as nacionalidades já existentes –, com base no montante entrado no período, desde 1884 até 1933. Foi um período de apogeu da imigração japonesa, iniciada em 1908, tendo sido registradas, entre 1932 e 1935, cerca de 30% das entradas desse grupo no país.

Com o fim do regime de quotas, aprovado na Constituição Federal de 1946, que coincidiu com o final da Segunda Grande Guerra, as entradas de imigrantes no país aumentaram para uma média anual de 44 mil pessoas, apresentando os portugueses maior fluxo, seguidos dos italianos e espanhóis, ao mesmo tempo em que diminuiu a participação relativa de japoneses. Contudo, essa migração diferia daquela que se organizou até o final da década de 20, tanto no que se refere à intensidade do fluxo como aos seus propósitos, não mais estritamente dirigidos para o café.

Os dados indicam que nesse um século de imigração estrangeira, desde o primeiro censo nacional, em 1872, até 1972, entraram no Brasil cerca de 5 mi-

lhões e 350 mil imigrantes, sendo cerca de 31% portugueses, 30% italianos, 13% espanhóis e o restante de outras nacionalidades, com menos de 5% as mais freqüentes.

Pela Figura 1 pode-se observar que mais de 60% das entradas se dirigiram para o Estado de São Paulo (Levy, 1974). A cidade do Rio de Janeiro, então Distrito Federal, foi o único local a competir, em número de estrangeiros, com o Estado de São Paulo, embora a migração internacional para o Rio tenha apresentado, até o início deste século, uma trajetória inversa àquela destinada a São Paulo. Cabe lembrar que, além de ser a capital do Império e depois da República, a cidade sediava a maioria das companhias de colonização que atuavam no país (Scarano e Lemke, 1974). Conforme os censos demográficos então realizados, a porcentagem de estrangeiros no Rio de Janeiro era de 30% em 1872, 23% em 1890, 24% em 1900, 20% em 1920, 13% em 1940, decrescendo até cerca de 5% em 1970. No Estado de São Paulo, a população estrangeira representava apenas 3% em 1872, passando a 5% em 1890, 21% em 1900, 18% em 1920, 11% em 1940, ficando em 4% em 1970.

O Rio de Janeiro concentrou 35% do total da população estrangeira no Brasil até 1890; em 1990, porém, contava com 18% dessa população, porcentagem que se manteve estável até 1980. O Estado de São Paulo, que concentrava apenas 7% da população estrangeira no país em 1872, passou para 21% em 1890 e 44% em 1900, apresentando, daí em diante, valores maiores que 50%. Contudo, de 6% em 1900, a população estrangeira no Brasil decresceu para 1% em 1970 e 0,77% em 1980. Donde se pode concluir que, nos 43 anos de mais forte fluxo imigratório para o Brasil, de 1887 a 1930, considerado o período 1872-1972, entraram em São Paulo 71% da imigração internacional.

A questão que se coloca, em vista dos objetivos deste artigo, é: *qual o efeito*

*demográfico dessa imigração do final do século passado e início deste para São Paulo, e qual sua interação com a população e a saúde pública?*

### Efeitos demográficos das correntes migratórias

#### O crescimento da população

Uma primeira consequência desse fluxo migratório para São Paulo, em termos demográficos, foi o crescimento da população do estado, o que pode ser visto pelas taxas apresentadas na Tabela 1.

**Tabela 1**  
Crescimento geométrico anual da população do Estado de São Paulo (%)

Períodos	1872-1890	1890-1900	1900-1920	1920-1940	1940-1950	1950-1960	1960-1970	1970-1980	1980-1991
Total	2,77	5,12	3,62	2,25	2,50	3,39	3,33	3,49	2,12
Componente vegetativo	...	...	46,95	67,70	78,50	70,01	70,60	58,20	90,98
Saldo migratório	...	...	53,05	32,40	21,50	29,90	29,40	41,80	9,01

**FONTE:** FIBGE, Sinopse do Censo Demográfico 1980 e 1991, e Fundação SEADE (1992).  
Para os saldos vegetativo e migratório até 1980, ver Baeninger (1988:303).

O crescimento geométrico anual da população do estado foi maior no espaço de tempo que vai de 1890 a 1900 (5,12%) e de 1900 a 1920 (3,62%), que corresponde ao período de imigração internacional mais intensa para o estado. Esse crescimento não mais foi igualado, embora tenha havido uma elevação da população estadual entre 1940 e 1980, quando houve um aumento da imigração interna, da natalidade e da fecundidade e uma redução da mortalidade.

A redução do crescimento geométrico a um patamar de 2,12%, na última

década, se deve ao decréscimo constante da taxa de mortalidade, mas especialmente à forte queda da fecundidade, uma vez que esta tem efeitos de primeira ordem no tamanho e estrutura da população. É interessante ressaltar que no período 1983-1994, em vários anos, houve uma queda no número absoluto de nascimentos no estado.

#### O crescimento migratório

Giorgio Mortara (1941) estima em 8,3% a porcentagem do crescimento populacional do país devido a imigrações no período de 1840 a 1940, encontrando

os maiores valores para os períodos de 1890 a 1920 (11,3%) e de 1870 a 1890 (10,2%), sem dúvida relacionados à imigração internacional para o Estado de São Paulo.

Em São Paulo (Tabela 2), observa-se um grande crescimento absoluto e relativo da população estrangeira entre 1872 e 1920, em especial no período entre 1872 e 1890, particularmente relacionado à imigração. Os dados censitários, é bom lembrar, nos mostram os valores acumulados até o momento dos recenseamentos, o que torna a população es-

**Tabela 2**  
Total da população de estrangeiros e seu crescimento relativo (%)  
Estado de São Paulo – 1872-1980

Censos	1872	1890	1900	1920	1940	1950	1960	1970	1980
Nº absolutos	29.822	75.050	478.417	829.851	814.102	693.321	793.781	703.526	523.444
Cresc. relativo	153,30	537,63	73,45	-1,90	-14,84	1,47	-11,37	-25,60	

**FONTE:** IBGE, Censos Brasileiros para o Estado de São Paulo.

trangeira em 1920 (uma vez que não existem dados para 1930) a maior desses anos todos e indica não só a forte entrada até 1929, mas também o retorno e a redistribuição dos migrantes para estados vizinhos após essa data.

A informação sobre crescimento migratório no estado inicia-se com o Censo de 1900. Observa-se que, de 1900 a 1920, este apresenta-se o maior da série e o mais significativo. A diminuição ocorrida entre 1920 e 1940 deve estar relacionada ao maior retorno dos migrantes internacionais havido nessas décadas, conforme estimativas baseadas em diferentes informações quantitativas e qualitativas e alguns pressupostos para a construção do "índice de retorno" (Levy, 1974).

Zuleika Alvim (1986:66), com base em estatísticas italianas, estima que entre 1880 e 1920 retornaram de São Paulo cerca de 37% dos italianos entrados durante esse mesmo período, o que representa cerca de 543 mil pessoas. A partir de estatísticas do porto de Gênova, a autora mostra também que o retorno de mulheres ficou ao redor dos 25%, sendo o restante do sexo masculino.

Durante esse período de forte imigração, como vimos, houve um considerável aumento nas taxas de natalidade e uma oscilação nas de mortalidade, mas, mesmo assim, registrou-se um saldo migratório expressivo, reforçando a importância da migração nacional para o estado, especialmente a partir de 1930.

A última década (1970-1980) apresentou o menor crescimento, indicando que a migração para o estado não era mais prioritária, o que já vinha sendo anunciado pela bibliografia especializada que, assim mesmo, se surpreendeu com os valores do Censo de 1991.

#### A imigração para a capital

Depois da abolição da escravidão, iniciou-se uma migração de escravos das

fazendas para as vilas, conforme nos referimos, e também um movimento dos migrantes internacionais e nacionais, que saíam das fazendas para iniciar incipientes futuros centros urbanos.

Após 1890, a população da capital do estado começou a crescer de importância relativamente ao interior, resultado do fluxo imigratório estrangeiro direto para a cidade, somado àqueles estrangeiros que vão deixando o campo, e do desenvolvimento incipiente da indústria no início do século e posterior urbanização, processos para os quais foi também significativa a migração de brasileiros nascidos em outros estados e dos próprios paulistas.

Em 1880, segundo Diana Sawyer (1980:136), 4,67% da população do estado residia na capital, passando a 10,50% em 1900 e a 12,60% em 1920. Em 1940 a população da capital já representava 18,48% da população estadual. Até o Censo de 1950, o peso da população vivendo no interior do estado nunca foi menor do que 80%, segundo a mesma autora.

A imigração campo-cidade, ou rural-urbana, vem tendo um papel relevante no mundo inteiro nessas últimas décadas. No Estado de São Paulo, segundo os dados censitários, a área rural apresentou um crescimento negativo entre 1970 e 1980, perdendo população em números absolutos, ao passo que a região metropolitana cresceu 4,46% no período e apenas 1,86% na última década, e o município da capital teve um crescimento de 3,67% no decorrer dos anos 70.

Na década de 1980, fato novo, o município da capital cresceu apenas 1,15%, mas perdeu população para municípios vizinhos, tornando-se um *locus* de emigração e não mais de imigração. O saldo migratório tanto para a Grande São Paulo como para o município de São Paulo entre 1980 e 1991 foi negativo pela primeira vez neste século (Fundação SEADE, 1992).

## O crescimento vegetativo (2)

Detalhando esse crescimento (Figura 2), podemos observar que o coeficiente geral de mortalidade, embora oscilante até 1941, foi mais elevado até 1921, quando esteve mais próximo aos 19%, do que de 1922 até 1941, quando esteve mais próximo aos 17%. A natalidade era bastante elevada, cerca de 36‰ até 1929, e essa relação se expressava em uma taxa de crescimento vegetativo alta, entre 15‰ e 18‰. Em um segundo momento, com início em 1930, observa-se uma queda na taxa de crescimento vegetativo, que fica ao redor dos 14‰ até 1941, causada especialmente por uma diminuição no coeficiente geral de natalidade, que variou, no período, próximo aos 30‰.

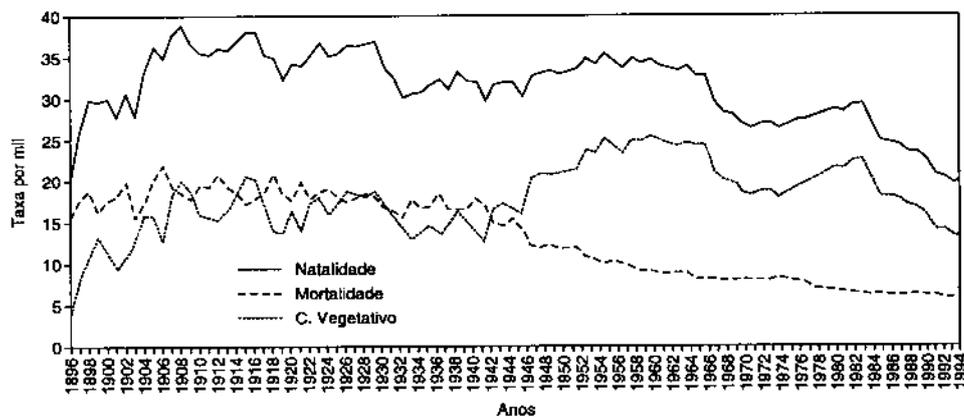
O período 1942-1965 mostra um aumento expressivo da taxa de crescimento vegetativo, no começo por volta de 20‰, mas chegando até os 25‰ – o

correspondente a um aumento da natalidade acima dos 30‰ –, ficando ao redor de 33-34‰ na década de 50. Há, por outro lado, uma crescente redução da mortalidade, cujo coeficiente passa de 15‰ em 1942 para 12‰ logo após a guerra, entrando na década de 60 com o valor de 9‰ habitantes.

De 1945 até os dias de hoje, observa-se uma diminuição constante e gradual da mortalidade. Uma redução ainda maior, também gradual, ocorre com a natalidade, especialmente a partir de 1965. Como resultante dessas forças, verifica-se uma redução no crescimento vegetativo, que ficou ao redor de 19‰ até o início da década de 70, quando um pequeno aumento da natalidade, para 28‰, causou também uma retomada dos valores na taxa de crescimento vegetativo, em geral maior do que 20‰.

Em 1983, quando o coeficiente geral de mortalidade estava por volta dos 6,7‰, deu-se uma nova forte queda da

**Figura 2**  
Taxas de natalidade, mortalidade e crescimento vegetativo  
Estado de São Paulo. Dados do Registro Civil: 1896-1994



(2) Até a década de 1870, sempre houve uma subnumeração de nascimentos e de óbitos, e o cálculo da migração era atrelado a esses eventos, não se conhecendo também as emigrações de retorno. A partir de 1905, houve uma melhora na qualidade das informações, em relação às anteriores (Fundação SEADE, 1992). Por último, salientamos que, de 1896 até 1970, os dados eram computados por local de ocorrência, e de 1971 em diante, por local de residência.

natalidade, que passa de 27%o a 20,6%o ao longo da década de 90. Com isso, a taxa de crescimento vegetativo também sofre uma redução, de 20%o em 1983 para 14%o em 1994. Esses valores estão mais próximos àqueles dos anos 40, quando tínhamos altas taxas de mortalidade e natalidade, e são bem menores do que os das três últimas décadas.

Sumariando, ao crescimento vegetativo, índice sob o qual se incluem os nascimentos de filhos de estrangeiros e nacionais de outros estados ocorridos em São Paulo, corresponde uma alta natalidade e um alta mortalidade no início do século XX. A mortalidade veio diminuindo lentamente e mais efetivamente após a Segunda Grande Guerra. Já a natalidade/fecundidade apresentou uma recuperação nas décadas de 40 e 50 e na década de 70, o que deve ter contribuído para o aumento dos valores encontrados nessas datas.

#### *As razões de sexo e a nupcialidade*

O crescimento populacional devido à imigração não foi igual por idade e

sexo. Sabe-se que a imigração internacional era prioritariamente masculina (Vangelista, 1982; Alvim, 1986), embora tivessem vindo algumas famílias de direito (Bassanezi, 1986) e outras de conveniência, especialmente as japonesas.

Essa diferença entre a proporção de homens e mulheres se reflete nas razões de masculinidade (Levy, 1991) e traduz a imigração seletiva para o sexo masculino, privilegiando as idades mais produtivas, entre 15 e 45 anos, uma vez que os cafeicultores desejavam "braços" para o café.

As publicações dos censos anteriores a 1920 não trazem informação sobre a idade e o sexo de estrangeiros e nacionais em separado. Graham e Holanda Filho (1973) estimam essa população estrangeira por idade para os censos brasileiros de 1872 e 1890 com base na distribuição percentual da população branca estrangeira dos Estados Unidos em 1870 e 1890. Para o Censo de 1900, a distribuição da população de estrangeiros foi estimada pressupondo o mesmo padrão de mudança na distribuição etária ocorrida nos Estados Unidos entre 1900 e 1920.

**Tabela 3**  
Estimativas das distribuições etárias da população de estrangeiros no Brasil para 1872, 1890 e 1900

Grupos de Idade	1872		1890		1900		1920
	Total	%	Total	%	Total	%	%
0 - 9	18.017	4,70	14.034	3,67	47.243	4,46	3,57
10 - 19	37.029	9,66	38.507	10,07	148.189	13,99	12,10
20 - 29	91.922	23,98	83.400	21,81	234.306	22,12	18,50
30 - 39	94.721	24,71	76.020	19,88	226.998	21,43	23,71
40 - 49	73.522	19,18	69.061	18,06	168.527	15,91	18,44
50 - 59	40.020	10,44	51.738	13,53	124.038	11,71	12,90
60 - 69			33.077	8,65	73.088	6,90	7,23
70 - 79	27.983	7,30	12.581	3,29	27.435	2,59	2,72
80 +		0,03	2.944	0,77	6.885	0,65	0,68
Ignorado	115		1.023	0,27	2.542	0,24	0,15
Total	383.329	100,00	382.395	100,00	1.059.251	100,00	100,00

**FONTE:** Graham e Holanda Filho (1973:133, tabela A-2); para 1920, IBGE, Censo Demográfico do Brasil de 1920, vol. IV, 2ª parte, p. 7

A Tabela 3 mostra um forte aumento absoluto da população de estrangeiros de 1890 a 1900, cujo incremento relativo é de 177%, e, por outro lado, um rejuvenescimento dessa população no período, que pode ser atribuído ao fluxo intenso de força de trabalho para o Estado de São Paulo nessa fase da imigração internacional. Quando comparamos com os dados do Censo Demográfico de 1920, observamos um envelhecimento dessa mesma população, que se caracteriza por ser uma população adulta, com pequena porcentagem de crianças.

Baseadas nos dados dos Censos de 1920 e 1940, as pirâmides populacionais por sexo e idade, para o país e para São Paulo, segundo a nacionalidade – estrangeiros e nativos – apresentadas a seguir revelam informações interessantes sobre essas características.

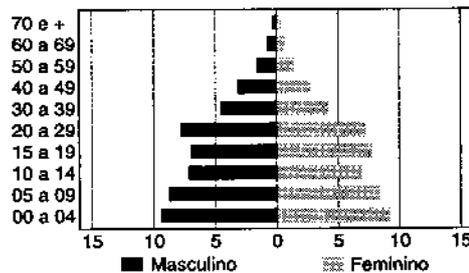
Como mencionado, em 1920 o Estado de São Paulo abrigava o maior nú-

mero de estrangeiros. Essa população apresentava uma pirâmide mais próxima a um losângulo e uma proporção mais elevada de homens, especialmente nos grupos etários dos 20 aos 49 anos.

Comparando esta pirâmide com a de 1940 – em que pese, neste censo, não só as idades a partir dos 20 anos, mas todas as classes etárias de estrangeiros serem construídas com dez anos de intervalo, o que nos obrigou a manter a mesma norma para os nacionais –, observa-se um envelhecimento desses estrangeiros, tendo maior peso os grupos de 30 a 59 anos, o que reforça a idéia de que, por volta de 1900-1910, a população estrangeira seria ainda mais jovem do que a de 1920.

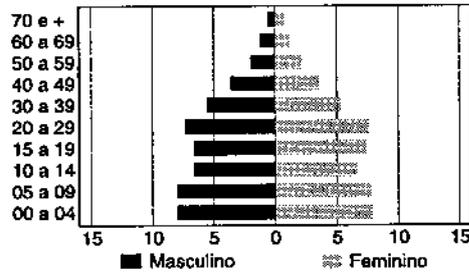
Assim, para o Estado de São Paulo, em datas anteriores ao Censo de 1920, haveria maior porcentagem de pessoas nas idades mais jovens na população de estrangeiros, relativamente ao elemento masculi-

**Pirâmide populacional para brasileiros São Paulo - 1920**



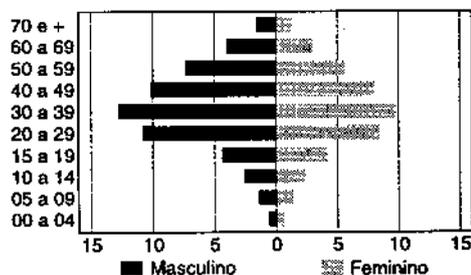
FONTE: Censo demográfico 1920.

**Pirâmide populacional para brasileiros Brasil - 1920**



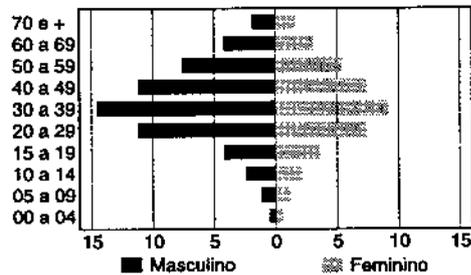
FONTE: Censo demográfico 1920.

**Pirâmide populacional para estrangeiros São Paulo - 1920**



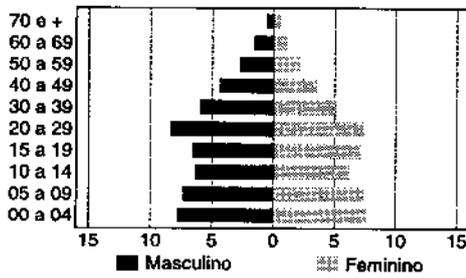
FONTE: Censo demográfico 1920.

**Pirâmide populacional para estrangeiros Brasil - 1920**



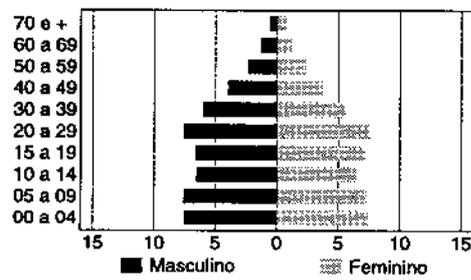
FONTE: Censo demográfico 1920.

**Pirâmide populacional total  
São Paulo - 1920**



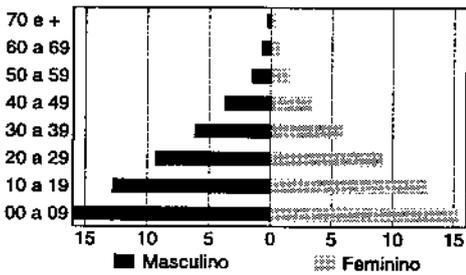
FONTE: Censo demográfico 1920.

**Pirâmide populacional total  
Brasil - 1920**



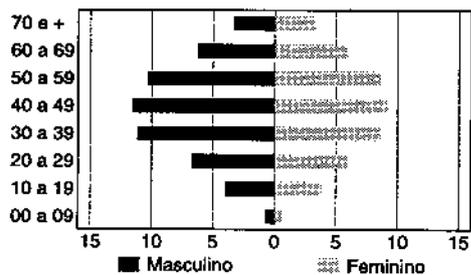
FONTE: Censo demográfico 1920.

**Pirâmide populacional para brasileiros  
São Paulo - 1940**



FONTE: Censo demográfico 1940.

**Pirâmide populacional para estrangeiros  
São Paulo - 1920**



FONTE: Censo demográfico 1940.

no em idade reprodutiva, e na de brasileiros ao grupo de zero a nove anos de idade, pela alta fecundidade nos dois grupos. Essa alta fecundidade, referente ao período de 1890 a 1910, estaria refletida no aumento do número de mulheres e homens nacionais nascidos no Brasil nesse período e que teriam entre 10 e 30 anos entre 1920 e 1940.

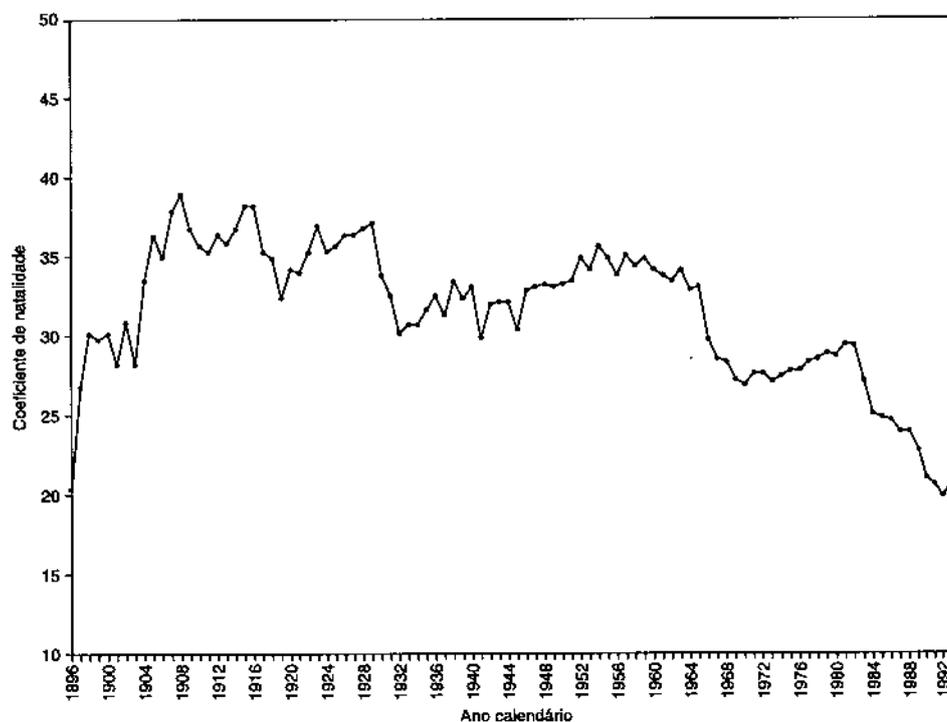
Esse grande aumento da população masculina expresso nas pirâmides, tornando as razões de sexo, em praticamente todos os grupos etários, maior do que 100, favoreceu um aumento da nupcialidade e do casamento nos períodos de imigração intensa. Conforme indicam as taxas de casamentos calculadas por Goldani e Wong (1983), houve, para o Estado de São Paulo, um crescimento médio anual de casamentos de 5,14% entre 1900 e 1919 e de 4,28% entre 1910 e 1929. De 1920 a 1930 esse crescimen-

to foi de apenas 1,91%, recuperando-se nos dois períodos seguintes, de 1930 a 1939 (3,69%) e de 1930 a 1949 (3,79%), anos de intensa migração interna. Entre 1950 e 1969, a taxa de crescimento dos casamentos foi a mais baixa da série (1,55%), retornando a patamares elevados de 1960 a 1977, quando alcança o valor de 4,71%.

#### *Natalidade, prolicidade e fecundidade*

Esse aumento dos casamentos e da nupcialidade teve conseqüências interessantes na natalidade, na prolicidade e na fecundidade. Elevou a natalidade na medida em que aumentou o número de casamentos e de mulheres que tiveram filhos. Segundo pesquisa de Julita Scarno (1987), baseada em entrevistas realizadas com imigrantes italianos chegados

**Figura 3**  
**Coefficientes de natalidade. Estado de São Paulo. Dados do Registro Civil: 1896-1994**



FONTE: Levy (1974:83, Tabela 2).

na época áurea da imigração, as moças consideradas na Itália de idade ultrapassada para casar eram chamadas para virem se casar com seus compatriotas em São Paulo. Além disso, as mulheres passaram a ter mais filhos do que tinham antes, o que interferiu na prolificidade, na medida em que aumentou o tamanho das proles das mulheres-mães que tiveram pelo menos um nascimento vivo, e possivelmente mais filhos sobreviventes, aumentando, conseqüentemente, o tamanho da família.

#### Natalidade

Maria Luiza Marcílio (1973) mostra que as famílias, em São Paulo, não tinham um número de filhos sobreviventes

muito grande até meados do século XIX, por causa da alta mortalidade e dos casamentos tardios. Para o litoral norte, a mesma autora encontra números pouca coisa maiores, todos indicando que as famílias não eram grandes, que não se tinha muitos filhos.

Conforme as estatísticas do Registro Civil para o Estado de São Paulo, iniciadas em 1896, os coeficientes gerais de natalidade, em que pese o alto sub-registro, eram mais baixos até o ano de 1904, quando de cerca de 30% passam a valores de 36% ou mais (Figura 3). Isso estaria relacionado aos efeitos da intensa imigração internacional masculina e do significativo saldo migratório, apesar da melhoria dos registros a partir de 1905. Essas taxas se mantiveram nesses patamares até 1929.

A partir de 1930, os coeficientes gerais de natalidade voltam a patamares mais baixos (+ ou - 31%) e, no pós-guerra, com a forte atração migratória interna para o estado, devido à sua pujança econômica e outras razões, há um *boom* das taxas de natalidade, que se mantêm ao redor dos 33‰, chegando algumas vezes a 35‰. Em 1965, ano de introdução da pílula anticoncepcional no Brasil, possivelmente devido ao declínio importante e persistente da taxa de fecundidade total no estado que se verifica no pós-1930, a tendência de queda acentua-se especialmente, passando o coeficiente geral de natalidade para menos de 30‰. Ao final da década de 70 registrou-se uma retomada curta e pequena do incremento desse coeficiente e, de 1983 até 1994, uma queda acentuada.

Nossa hipótese é que o aumento da natalidade no início do século se deveu à imigração internacional e, no pós-guerra, à migração interna, especialmente a originária de Minas e do Nordeste, cuja fecundidade era alta. Exemplo desse fato são as estimativas da Taxa de Fecundidade Total (TFT) feitas por Wong (1985) para naturais do Estado de São Paulo e migrantes nascidas fora do estado: 2,72 filhos para as nativas e 4,07 para imigrantes, em 1976, e 3,01 e 4,29 filhos, respectivamente, em 1980, indicando uma diferença significativa de nível entre os dois grupos.

#### Profilicidade

Essa hipótese também encontra fundamento ao estudarmos a prolificidade, uma maneira de perceber a fecundidade considerando o tamanho da família ou da prole.

Conforme as estimativas de Mortara (1941) e Levy (1991) para o Brasil, era alta a prolificidade das estrangeiras e das brasileiras na década de 30 (observadas no Censo de 1940), que também apresenta taxas de natalidade menores que

as anteriores. Isso acontecia, ainda segundo nossas hipóteses, porque a fecundidade era mais elevada no início do século, até fim dos anos 10 (Levy, 1989).

Esse aumento estaria ligado à expansão da economia cafeeira no estado e a outros fatores, tais como a retomada de costumes camponeses dos países de origem, o que era facilitado ou estimulado pela existência de grandes espaços de fronteiras agrícolas desocupadas, como apontam Altiava Balhana (1978) e Sérgio Nadalin (1986) para vênnetos e alemães, respectivamente, no Paraná. Este último autor mostra que os camponeses alemães, além de aumentarem sua prole na primeira geração, reproduziam antigos usos e costumes de seu país de origem.

Com base em dados sobre mulheres prolíficas – aquelas que tiveram pelo menos um nascimento vivo – publicados nos Censos de 1940, 1970 e 1980, apresentamos sugestões interessantes para essa discussão no Estado de São Paulo.

**Tabela 4**  
Número médio de nascidos vivos por grupos de idade das mulheres prolíficas (que tiveram pelo menos um nascimento vivo)  
Estado de São Paulo

Censos	Grupos de idade		
	30-39	40-49	50-59
1940	4,96	6,84	7,43
1970	3,97	4,84	5,45

FONTE: Levy (1989:30).

O que se percebe pela Tabela 4 é que existe diferença na média de filhos de cada um dos grupos etários e que a maior prolificidade das mães de cada grupo de idade é maior em 1940, quando comparada a 1970. Observa-se ainda que, dentro de cada grupo, o maior decréscimo do número de filhos entre 1940 e 1970 fica por conta do grupo de 40 a 49 anos, no qual essa redução é de -29%, o equivalente a dois filhos, em média.

O fato de as mães de 40 a 49 anos em 1940 apresentarem uma prolicidade maior do que as mães do mesmo grupo etário em 1970 indica que essa *geração de mulheres nascidas entre 1891 e 1900* tinha uma maior prolicidade do que aquela nascida entre 1921 e 1930, que tinha essa idade em 1970.

Além da diferença na magnitude do número médio de filhos entre essas coortes de mães nas duas datas censitárias, podemos observar que, em 1940, da primeira para a terceira classe de idade, houve um crescimento de 50% no número médio de nascimentos, ao passo que em 1970 esse crescimento foi de 37%. Esse fato, que vai na mesma direção das hipóteses acima explicitadas, sugere que, no passado, a fecundidade das mães se distribuía até praticamente o final da idade fértil. Em 1970 haveria maior concentração dos nascimentos em idades mais jovens, situação também indicadora de mudanças em relação às práticas anticonceptivas.

A Tabela 5 mostra que a proporção de mães com proles numerosas – no caso, com seis e mais filhos – era 1,44 vezes maior em 1940 (34,84%) do que em 1970 (27,03%). Ou seja, se considerarmos que às altas paridades corresponde um maior risco de morte por causas maternas, concluiremos que, em 1940, essa chance era maior que em 1970, em face da porcentagem maior de mães e da melhoria na tecnologia médica mais recente.

É interessante ainda observar a questão do espaçamento entre os nasci-

mentos e sua influência na saúde da mãe. Notamos que, neste aspecto, as mães de 1940 estão em desvantagem em relação às de 1970, dada a maior porcentagem de mães com seis e mais filhos e o menor espaçamento entre eles observado na época, caso a idade média ao casar fosse semelhante. Ou seja, as mães que tinham seis e mais filhos com até 40 anos de idade eram 33,22% em 1940 e 27,27% em 1970. A idade média das mães com seis filhos e mais em 1940 era de 46,86 anos, ao passo que em 1970 era de 49,61 anos, evidenciando que se tinha maior número de filhos em menor espaço de tempo no passado relativamente a 1970.

O fato de as mães de seis filhos e mais serem mais velhas em 1970 sugere como explicação, além do maior espaçamento, o reflexo da melhoria na tecnologia médica, aumentando a sobrevivência das mães. Em 1940 as mães chegavam às altas paridades em idades mais jovens do que as mães de 1970, atingindo limites mais elevados de filhos do que as mães mais recentes. Essa é outra indicação da extensão do exercício da procriação por todo o período fértil da mulher.

Essa situação, visível ao compararmos essas duas coortes, com as mesmas idades cronológicas, em dois momentos diversos, é parte da mudança no padrão ou perfil de procriação, que consiste na passagem de famílias com muitos filhos para o padrão mais comum nos dias de hoje, ou seja, famílias de poucos filhos, tidos, usualmente, mais concentrados

**Tabela 5**  
**Porcentagem de mães com paridade seis e mais nascidos vivos\***

Censos	Total		Mães com até 40 anos de idade	Mães de 40 anos e mais
	%	Idade média		
1940	34,84	46,8	33,22	66,78
1970	27,03	49,6	27,27	72,73

FONTE: Levy (1989:32).

\* A base da porcentagem é a paridade seis e mais.

nas idades jovens. Essa mudança de padrão, como se sabe, se relaciona também às mudanças nas práticas anticoncepcionais e resulta no rejuvenescimento da fecundidade, que nos últimos anos tem acontecido nos vários grupos sociais e nas várias regiões brasileiras.

#### Fecundidade

Para datas anteriores a 1940 há poucas informações sobre a fecundidade. Frias e Carvalho (1994) estimaram, retrospectivamente, a Taxa de Fecundidade Total (TFT) por ano de início do período fértil segundo as regiões brasileiras. Seus dados referentes à região Sudeste são apresentados na Tabela 6.

**Tabela 6**  
Estimativas da Taxa de Fecundidade Total para o Sudeste do Brasil

Anos	TFT	Anos	TFT
1903	8,04	1943	5,14
1908	7,85	1948	5,06
1913	7,66	1953	4,98
1918	7,33	1958	5,05
1923	6,88	1963	5,13
1928	6,40	1968	4,58
1933	5,97	1973	4,04
1938	5,55		

FONTE: Frias e Carvalho (1994:26 e 38).

O Coeficiente Geral de Fecundidade (CGF) no Estado de São Paulo já era moderado em 1940, indicando um declínio persistente e importante em períodos anteriores, conforme as várias medidas de natalidade, fecundidade e prolificidade aqui apresentadas.

Estimativas do CGF (Fundação SEADE, 1980:40) mostram uma retomada dos valores para as décadas de 40, 50 e 60, só evidenciando diminuição na década de 70. Os valores são 131,97, 135,48, 137,16 e 105,38%, respectivamente.

Estimativas retrospectivas da Taxa de Fecundidade Total (TFT) para São

Paulo a partir de 1946, baseadas nas PNADs (Tabela 7), vão no mesmo sentido. As mesmas taxas estimadas para os anos de 1980 e seguintes evidenciam a significativa diminuição mais recente da fecundidade.

**Tabela 7**  
Estimativas da Taxa de Fecundidade Total para São Paulo

1946/1948	5,04
1949/1951	4,66
1952/1954	4,86
1955/1957	4,82
1958/1960	4,22
1962/1964	4,49
1965/1967	3,99
1968/1970	3,68
1971/1973	3,46
1974/1976	3,09
1980	3,40
1985	2,88
1990	2,40
1992	2,28

FONTES: US National Academy of Science (1979) (dados das PNADs) e Campanário e Yazaki (1994) (de 1980 a 1992).

#### a) A mortalidade materna

Um aspecto particular das condições de saúde das mães é a mortalidade materna e seus possíveis efeitos sobre a fecundidade. Esse tema alimenta uma discussão não resolvida na Demografia. Argumentam alguns que as chamadas causas maternas apresentam pequeno número absoluto e têm baixa incidência populacional, ao passo que especialistas na área de saúde pública consideram os valores atuais muito elevados, tendo em vista que seriam passíveis de redução. Por exemplo, em uma série temporal para o município de São Paulo, observa-se que o coeficiente de mortalidade infantil declinou de 65‰ nascidos vivos em 1962-1964 para 38,9‰ em 1986, enquanto o coeficiente de mortalidade materna, que era de 87 por cem mil nascidos vivos na primeira data, foi da ordem de 99

por cem mil nascidos vivos em 1986 (Laurenti, 1988).

Para o Estado de São Paulo em 1940, considerando todas as mortes maternas, a taxa bruta dessa mortalidade foi de 545 óbitos por cem mil nascimentos vivos. Em 1950, essa taxa tinha caído para 221 óbitos e, em 1970, já era de 93 óbitos por cem mil nascimentos vivos (Ferreira e Ceneviva, 1986a:23-24). Com base em pesquisas mais recentes, esses mesmos autores (Ferreira e Ceneviva, 1986b) apontam para o distrito de São Paulo, tanto em 1962-1964 como em 1974-1975, uma subenumeração dessas mortes da ordem de 57%, e para Campinas no período 1979-1983, uma subenumeração de cerca de 60%. Pesquisa realizada em 1986 por Laurenti(1988) mostra uma subenumeração de 55,10% dessas causas. No artigo mencionado, Ferreira e Ceneviva (1986a) mostram uma mortalidade materna bastante mais elevada para o interior do estado, relativamente à capital.

Acreditamos que, antes de 1940, os níveis de mortalidade materna deviam ser mais elevados. As condições do parto eram precárias. Zuleika Alvim (1986:162) refere-se ao fato de que o parto assistido por médico ou mesmo parteira, no início do século, dependendo da distância, "custava o que o colono ganhava em um ano inteiro para cuidar dos mil pés de café", e as complicações do mesmo eram geralmente fatais. Se aumentássemos, então, esse nível de subenumeração de 50-60%, encontrado na década de 80, para 70% na data de 1940, no que se refere à taxa de mortalidade materna do Estado de São Paulo, chegaríamos a um coeficiente próximo a 1%. Conseqüentemente, em termos de prolificidade, diminuiria o número de mães sobreviventes para responder ao Censo, e seus filhos anteriores ao evento também estariam excluídos do mesmo.

Vários autores que têm tratado do tema da mortalidade materna mostram

que há um aumento dessas mortes, e de suas complicações, quando o evento ocorre em mulheres em idades mais elevadas. Por exemplo, Siqueira *et al.* (1984) salientam que o risco de morte em mulheres acima de 40 anos de idade é quatro vezes maior do que aquele que se verifica em mulheres entre 20 e 29 anos.

O impacto do risco diferencial de morte das mães em razão da idade deveria ser maior no passado do que nos dias atuais, pelas condições já mencionadas, e também em conseqüência da maior exposição ao risco das mães, cujo período reprodutivo era mais extenso, associado ao fato de terem habitualmente filhos até idades mais avançadas.

#### b) As doenças sexualmente transmissíveis

Além da morbidade materna – problemas de saúde próprios da gravidez, parto e puerpério –, que pode ter como seqüelas uma diminuição da fertilidade e da fecundidade, as doenças sexualmente transmissíveis, particularmente a sífilis, também interferem na fertilidade e na fecundidade.

José Martins de Barros (1955), através de inquérito sorológico, encontrou uma taxa de positividade de 83,6% na zona do meretrício da capital de São Paulo em 1948. Repetido em 1951, o inquérito mostrou uma redução de 35,3% nessa taxa. A penicilina foi considerada o principal fator dessa diminuição.

Dados apresentados por Berquó e Gomes (1986), referentes ao período que vai de 1900 a 1960, mostram ser a mortalidade por causa da sífilis mais elevada na capital do que no interior. A maior incidência ocorre com o produto da concepção de mulheres sífilíticas, seja através de natimortos ou de abortos, ou dos menores de um ano com sífilis congênita, cuja mortalidade chega a mais de 800 por cem mil nascimentos

vivos. No caso de mulheres, a importância da sífilis como causa de morte começa a ser crescente a partir do grupo entre 20 a 29 anos de idade (Berquó e Gomes, 1986). No entanto, a suspeita de que a sífilis atingia uma proporção não desprezível da população nos levaria a pensar na sua interferência nos problemas relacionados às perdas fetais e nascidos mortos seqüenciais. Artigo com base em dados recentes sobre mortalidade fetal no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto indica que, das 625 mortes fetais ocorridas entre 1978 e 1984, 12,6% foram por sífilis, das quais, 16,4% das mães tinham assistência pré-natal (Duarte, 1986). Como seriam essa morbidade e essa mortalidade nas condições do passado?

Os dados do Registro Civil já mencionados indicam uma queda da natalidade no estado depois da década de 30, e Berquó e Gomes (1986) relacionam essa queda à prevalência de doenças sexualmente transmissíveis, tanto pelo grau de esterilidade que podem ocasionar, quanto pelo aumento de perdas fetais e natimortos das portadoras da doença.

A importância da sífilis, comparativamente às outras doenças sexualmente transmissíveis, estaria até certo ponto relacionada à maior facilidade de seu diagnóstico, devido a seus sinais e sintomas. A gonorréia, por exemplo, que pode vir até a causar infertilidade, ainda hoje apresenta maiores dificuldades de diagnóstico. Muitos estudiosos consideram que essas doenças têm maior interferência na fecundidade do que a mortalidade materna. O fato é que, com certeza, interferem na fertilidade.

A sífilis causaria, então, devido a esse aumento de abortos e perdas fetais, uma diminuição dos nascimentos vivos. No caso das mulheres, nos estudos sobre a prolificidade (Levy, 1989), isso afetaria também o próprio número de mães, uma vez que só poderíamos analisar

aquelas que tiveram ao menos um nascido vivo.

### *A saúde pública*

#### Endemias

Os movimentos migratórios foram sempre importantes para o trânsito das doenças e sua redistribuição no espaço, especialmente em se tratando das doenças infecciosas mais freqüentes nas zonas tropicais e subtropicais de clima quente e úmido e na expansão da fronteira agrícola.

Os imigrantes internacionais trazem consigo sua própria fauna e flora parasitárias, seus hábitos alimentares e de higiene, de habitação, de vestir. Vindos para espaços bastante diferentes de seus originários, neles encontram a população local com as suas próprias características, e a partir desse encontro os espaços ecológicos passam por um constante processo de reorganização.

Como as transmissões parasitárias ou são diretas, a partir do seu lançamento no ambiente externo, ou são transportadas por vetores, é claro que a distribuição destes e sua readaptação aos novos parasitas e às condições ambientais em mudança provocam um novo panorama de morbidade, somando-se a isso a imigração dos próprios vetores, como foi o caso histórico do "Anopheles gambiae", trazido de Dacar para Natal por volta de 1930 (Pessoa, 1941).

Em São Paulo no final do século XIX e início do XX grassava especialmente a ancilostomose, a leishmaniose e a moléstia de chagas. Abundam, nesse período, as mortes por malária, febre tifóide, varíola, febre amarela e a recém-chegada tuberculose (Pessoa, 1941; Ribeiro, 1993; Mascarenhas, 1973).

Em Santos, porto de entrada do Estado de São Paulo, e na baixada surgiam as epidemias trazidas pelos passageiros

ao aportarem: assim foi com a peste, com a febre amarela no início, com a varíola, o tracoma, entre outras, que de lá subiam para o planalto.

Em São Paulo, esses imigrantes seguiam para a Hospedaria dos Imigrantes – “um mercado de força de trabalho”, na expressão de Ribeiro (1993:21) –, feita para abrigar 2 mil pessoas mas onde se instalavam umas três vezes esse número. Se de início esta “hospedagem” era por pouco tempo, com os problemas econômico-financeiros da cultura do café esse tempo passou a se estender e, evidentemente, a Hospedaria tornou-se um local propício para a propagação das doenças.

Inicialmente os imigrantes eram instalados, em condições bastante precárias de trabalho, moradia, salário, assistência médica e alimentação, nas fazendas próximas à cidade de São Paulo, mas de 1890 em diante, com a expansão da cafeicultura, os novos migrantes seguiram o caminho do Oeste Paulista, alcançando mais tarde o Paraná, Mato Grosso e mesmo o Paraguai, com a derrubada de matas para plantar o café e o abandono de algumas localidades onde a terra já começava a dar sinais de cansaço. Junto com esse enorme contingente populacional migraram também as doenças, com a eclosão de epidemias de febre amarela nas regiões cafeeiras em expansão.

Alguns autores, além de mencionar a prevalência dessas doenças na virada do século (Alvim, 1986; Monbeig, 1984; Ribeiro, 1993), também se referem a um recrudescimento nas franjas pioneiras, a partir de 1929-30, da malária e da leishmaniose, em consequência da derrubada da mata no novo extremo Oeste paulista e da chegada de imigrantes nacionais portadores do impaludismo, o que sobrecarregava os raros hospitais, obrigando a uma constante vigilância epidemiológica. A malária grassou endemicamente no estado até 1940, quando diminuiu consideravelmente, não mais

aparecendo sob forma epidêmica (Mascarenhas, 1973:440).

### Serviços de saúde

A saúde pública no final do século XIX era regida pelas Posturas Municipais de 1875, cujas normas eram muito vagas e valiam apenas para as cidades. Somente em 1886, ao tomar conhecimento de documentos do serviço de emigração italiano que circulavam entre os prefeitos de toda a Itália desaconselhando a imigração para São Paulo, e por uma pressão interna dos próprios migrantes, através de seus cônsules, do *Fanfulla*, o presidente da Província decidiu recensear a população e suas condições de vida (Ribeiro, 1993).

Com o avanço da epidemia de febre amarela, que ameaçava a continuidade da expansão cafeeira e da própria política de imigração em massa, formulou-se em 1891 uma política de saúde visando à organização do serviço sanitário, com recursos do agora Estado de São Paulo, que tornou obrigatória a vacinação e revacinação em todo o estado. Em 1894 foi promulgado o primeiro Código Sanitário do Estado de São Paulo (Ribeiro, 1993:28) e em 1896 definiu-se a estrutura básica do Serviço Sanitário, que assim se manteve, com algumas alterações, até 1911.

À época, a política de saúde privilegiava as desinfecções como meio de ataque às moléstias transmissíveis. São Paulo não tinha, então, uma tradição de educação médica como a do Rio de Janeiro e a da Bahia, iniciadas nos tempos da Monarquia. A formação dos paulistas era feita nessas duas capitais (Nadaï, 1987). Segundo Santos (1987: 167), mais do que a tradição médica estabelecida, foi o ambiente intelectual e científico favorável de São Paulo que agiu como catalisador do desenvolvimento da saúde pública no estado.

É interessante lembrar que, no Rio de Janeiro, a classe médica discordante do novo modelo de saúde pública norte-americano – trazido dos EUA por jovens sanitaristas brasileiros que formaram aqui um contingente de forte atuação, tentando enquadrar todos os médicos no regime disciplinar “ideal” – referia-se a seus adeptos, segundo Lima Sobrinho (1981:13), como os “jovens turcos”. Uma alusão ao golpe militar na Turquia dirigido pelo general Kamal Ataturke, que conduziu ao poder um grupo de jovens oficiais, a expressão foi cunhada originalmente para os jovens que, treinados na Alemanha, iniciavam nessa mesma época a reorganização do Exército Brasileiro. A alcunha foi utilizada, sempre no Rio de Janeiro, em outros contextos, como, por exemplo, em relação aos jovens gaúchos vindos para o Rio com Getúlio Vargas em 1930.

Segundo Blount (*apud* Santos, 1987: 159), “São Paulo construiu o serviço sanitário e de higiene regional mais extensivo do Brasil e quem sabe da América Latina”. Maria Alice Rosa Ribeiro (1993) oferece importante e extenso histórico a respeito.

No caso do Estado de São Paulo, a estruturação da saúde pública, iniciada ao final do século XIX, esteve diretamente ligada ao complexo cafeeiro: à pressão da mão-de-obra internacional; ao interesse dos empresários que investiam neste campo; à preocupação dos fazendeiros em não perder seus trabalhadores; à incipiente industrialização, com a consequente elevação do ritmo do crescimento populacional da capital do estado (Montbeig, 1984; Alvim, 1986; Santos, 1987, entre outros). Ou seja, foi uma consequência direta das migrações internacionais, e entre seus efeitos encontra-se o declínio da mortalidade.

Com o tempo, os níveis de mortalidade no Estado de São Paulo, segundo alguns indicadores, foram decrescendo, assim como a organização do Serviço Sanitário foi melhorando. Contribuiu para

isso o trabalho de alguns homens treinados no positivismo científico (Santos, 1987), com grande interesse e dedicação à saúde pública. Um deles foi Emílio Ribas, designado em 1895 inspetor sanitário, com a função de combater epidemias, especialmente a febre amarela em Campinas e Jaú, no interior do estado. Não seria demais lembrar a importância, para a sobrevivência de todo o complexo cafeeiro, de se “erradicar” as doenças infecto-contagiosas. Nomeado diretor do Serviço Sanitário em 1898, Ribas travou uma importante luta visando à erradicação e ao controle dessas doenças. E com muito sucesso. De acordo com Clemente Ferreira (Mascarenhas, 1949:69), a febre amarela, que matara 94 pessoas na capital do estado em 1900, provocou 16 óbitos em 1903 e em 1905 desapareceu dos centros urbanos paulistas.

Clemente Ferreira (*apud* Mascarenhas, 1949) ainda traz números relativos a outras moléstias. A varíola, com 345 óbitos na capital no ano de 1898, só apresentou um óbito no ano seguinte. A malária, que fazia muitas vítimas na capital (149 óbitos em 1889), foi, com os esforços realizados, declinando gradualmente, apresentando 50 óbitos em 1906 e 17 em 1912. A peste levantina, que penetrou no estado, ao que parece, pelo porto de Santos, só ocasionou 51 óbitos entre 1899 e 1912, o que o autor atribui à atuação eficaz do Serviço Sanitário. A febre tifóide, que dizimou 160 pessoas na capital em 1899, chegando a vitimar 125 de cada cem mil habitantes antes de 1900, também foi paulatinamente debelada. Em 1902, o número anual de vítimas fatais da doença caiu para cerca de 55, reduzindo-se para 38 em 1904 e mantendo-se em níveis satisfatórios até 1912, quando se observa um recrudescimento da mesma.

Emílio Ribas dirigiu o Serviço Sanitário até 1913, criando no estado 14 distritos sanitários (Mascarenhas, 1973). De 1916 a 1920, o órgão esteve sob a direção de Arthur H. Neiva, que reviu a legis-

lação e medidas anteriores e anexou unidades sanitárias especializadas no combate à malária e à ancilostomose no interior do estado. De 1922 a 1927, durante a gestão de Geraldo H. Paula Souza, o Serviço Sanitário foi reorganizado segundo o moderno modelo americano, inclusive com a criação de centros de saúde (Mascarenhas, 1973: 436-437). Para enfrentar o problema da febre tifóide na capital, cuja causa, descobrira-se, estava na água retirada do rio Tietê, Paula Souza mandou clorar a água do abastecimento público. Gráfico sobre a mortalidade por febre tifóide na capital mostra que a doença, que vitimou entre 65 e 70 pessoas por cem mil entre 1923 e 1925, atingia 10 por cem mil em 1930, ficando próxima a zero em 1950 (Mascarenhas, 1973:437).

Como salienta Mascarenhas (1949), uma das características marcantes da evolução dos serviços estaduais de saúde pública em São Paulo é a descontinuidade da ação, relacionada, basicamente, à intervenção de fatores políticos na administração pública, às frequentes mudanças nas atribuições e no poder de ação de cada esfera de governo – União, estado, município – e também, diríamos, à constante mudança de orientação e metodologia de serviço. Essa última característica tem variado com o interesse econômico das classes produtoras e não com a necessidade real da população trabalhadora, que continuamente vem sendo desatendida em suas necessidades de saúde.

O que se depreende da leitura dos trabalhos mencionados é que, se algumas leis ou medidas não saíram do papel, outras foram de fato implementadas, especialmente no tocante às doenças infecto-contagiosas e às epidemias, que tiveram razoável controle sanitário até as décadas de 20 e 30. O advento dos antibióticos, subsequente a este período, propiciou uma queda também significativa destas doenças e da mortalidade.

No Estado de São Paulo, a preocupação com a saúde e as condições de vida já se fazia sentir na resistência e nas reclamações dos imigrantes internacionais desde o final do século. De início eles se revoltavam, o que era expresso por fugas e denúncias aos seus órgãos de imprensa e aos seus consulados, com pouco sucesso, embora alguns médicos italianos tivessem vindo ao Brasil a mando do governo de seu país observar *in loco* os problemas de seus compatriotas. Mais tarde, neste século, devido às mudanças ocorridas na economia agrícola paulista e, conseqüentemente, nas leis imigratórias, associadas à incipiente industrialização e urbanização iniciadas nas primeiras décadas, os imigrantes puderam finalmente ver atendidos alguns de seus anseios e reivindicações por melhores condições de vida e saúde (Alvim, 1986; Monbeig, 1984; Santos, 1987).

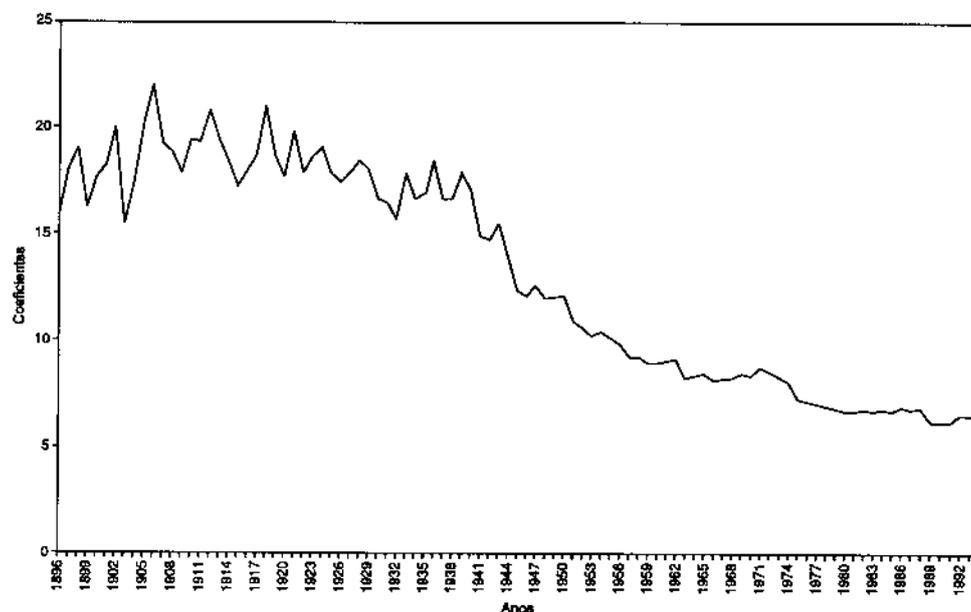
O movimento da saúde pública só chegou às áreas rurais, onde se concentrava a maior parte da população imigrante, no final dos anos 10. Até então, os fazendeiros das regiões mais antigas – Mogiana, Paulista – não permitiam a ingerência do Estado em suas propriedades por meio dos inspetores de saúde ou das campanhas sanitárias. Apenas em 1917, após anos de luta, foi aprovado no Congresso o Código Rural (Santos, 1987:183) e, devido aos problemas ocorridos com o café no cenário internacional, aqueles mesmos fazendeiros, antes receosos, terminaram por solicitar a atuação do Serviço Sanitário do estado.

#### Mortalidade

Qual teria sido o impacto do controle de epidemias nos níveis de mortalidade no Estado de São Paulo?

Segundo os dados do Registro Civil, as taxas de mortalidade do estado (Figura 4) declinaram de 21‰ em 1900 para 15,‰ em 1930, ao passo que a taxa de mortalidade média nacional decli-

**Figura 4**  
**Coefficientes de mortalidade geral (1.000 hab.)**  
**Estado de São Paulo, 1896-1994**



nou de 26,4%, durante o período 1900-1920, para 24,8% de 1920 a 1940 (Santos, 1987:160), evidenciando que as condições de saúde do estado eram bem melhores do que as do restante do país. A partir de 1930 houve uma sensível melhora naquele coeficiente, que se torna ainda mais baixo depois da Segunda Guerra Mundial, no final da década de 40.

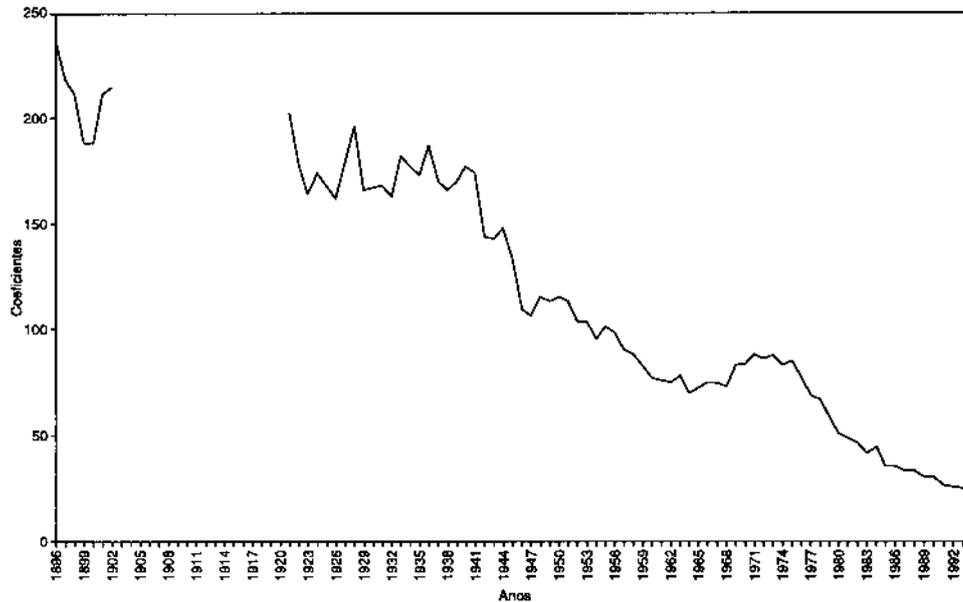
Com relação ao interior do estado pesam algumas dúvidas. Baseado nas estimativas de Blount, Love (*apud* Alvim, 1986:124) acredita que os níveis de mortalidade no interior seriam ainda maiores do que os da capital, que se situou em torno de 23% no período 1894-1900 e de 18% no período 1901-1910. A autora, entretanto, para conferir o número de retorno de italianos, aplicou a taxa de mortalidade de 18% para o estado, no período que vai de 1874 até 1920, encontrando um número semelhante (558 mil) àquele referente ao número de italianos no Brasil, conforme o Censo de 1920.

Com base nesses resultados, Alvim sugere que os índices de mortalidade no interior deveriam ser menores, uma vez que lá morava a grande maioria de italianos. Sem dúvida, o ambiente mais ou menos adequado à proliferação e à transmissão de certos agentes causais das doenças infecto-contagiosas, que era diferenciado entre o interior e a capital, tem um papel importante nessa discussão.

Para o Estado de São Paulo, coeficientes de mortalidade por sexo e idade para os anos de 1940 e 1950 oferecem uma indicação do nível da mortalidade. Os valores calculados por Carlos Eugênio Ferreira (1986b) mostram, para 1940, uma taxa de mortalidade de 18,1% para homens e 16,5% para mulheres, e para 1950, 12,9% e 11,3%, respectivamente para homens e mulheres.

No que tange à mortalidade infantil (Figura 5), os dados do Registro Civil, apesar do sub-registro, mostram um alto coeficiente no final do século XIX, de quase

**Figura 5**  
**Coefficientes de mortalidade infantil (1.000 n.v.). Dados do Registro Civil.**  
**Estado de São Paulo, 1896-1994**



240‰ nascimentos vivos, coeficiente que fica ao redor dos 180‰ até meados da década de 40, diminuindo fortemente depois da guerra para atingir algo próximo a 100‰ em 1946 e a 80‰ em 1970. No início da década de 70 há uma retomada para níveis superiores a 80‰ e, após 1976, uma queda constante, chegando aos 50‰ em 1980 e 30‰ em 1990.

Para a cidade de São Paulo, o coeficiente de mortalidade infantil ficou ao redor dos 138‰ nascidos vivos entre 1939-1941, período em que, em Salvador e Recife, essas taxas eram de 206‰ e 270‰, respectivamente (Santos, 1987: 196), evidenciando a existência de melhores condições de saúde no município de São Paulo.

### Conclusões

Sumariando os efeitos demográficos das correntes migratórias, podemos dizer que:

a) Com a vinda dessa imensa massa de trabalhadores internacionais para o Estado de São Paulo, e apesar de sempre ter havido uma migração de retorno, houve um enorme aumento da população estadual, cujo maior crescimento absoluto e relativo se deu entre 1890 e 1920.

b) Essa massa populacional acompanhou a marcha do café (à exceção dos que foram morar na capital), povoando praticamente todo o Estado de São Paulo, distribuindo-se pelas zonas pioneiras, ultrapassando-as e fundando cidades.

c) Os migrantes eram constituídos, na sua grande maioria, por italianos, mas também por portugueses, espanhóis e mais tarde japoneses e outras nacionalidades. A maior parte era do sexo masculino e estava no auge da força de trabalho, apesar de haver um certo número de famílias de fato e outras de conveniência.

d) Esse grande contingente masculino provocou um crescimento no número de casamentos e também no de nascimentos, aumentando, assim, a fecundi-

dade, a natalidade e também a prolificidade das famílias, aumento esse que muito contribuiu para aumentar o tamanho e a juventude da população já no início do século XX.

e) As condições de habitação, trabalho, alimentação e saúde dos migrantes, que já não eram boas em seus locais de origem, piores se tornaram aqui, aumentando a mortalidade e a morbidade e propiciando, por força do próprio movimento populacional, um trânsito aberto para as doenças infecto-contagiosas, algumas poucas autóctones, mas muitas importadas juntamente com os imigrantes.

O aumento da população no estado – e sua distribuição espacial, com características demográficas, políticas e sociais particulares – constituiu, em pouco tempo, uma massa de trabalhadores livres, algo inédito no estado e no país, colocando novos e intensos problemas e levando o estado a se reorganizar e reestruturar, revendo e editando novas leis. Um desses problemas foi a saúde das pessoas: a saúde não mais de uma população de escravos, mas de trabalhadores que reivindicavam seus direitos à saúde, à educação e à moradia.

Dessa forma, o governo do Estado de São Paulo, pressionado, expandiu sua intervenção e procurou definir e realizar uma política de saúde pública que, segundo Mascarenhas (1949:208), teve três fases distintas: (a) a fase de combate às endemias, até fins do século XIX; (b) a fase da polícia sanitária, de 1891 até 1922; (c) a fase da educação sanitária, iniciada em 1925, com base na assistência médico-social e de caráter preventivo.

Hoje, com a diminuição da migração interna para o estado e a perda de população no município da capital; com a queda constante da mortalidade pela atuação da saúde pública e pelas mudanças sociais e econômicas e, particularmente, com a queda da fecundidade, especialmente forte a partir do final dos anos 60 (Tabela 7), experimentamos um

decréscimo na taxa de crescimento populacional e enfrentamos uma situação demográfica expressa significativamente no envelhecimento da população.

Não se pode esquecer, todavia, que existe um diferencial socioeconômico expresso nos vários componentes demográficos aqui analisados, e que as mudanças mencionadas neste artigo se deram de modo diferente e em tempos sociais diversos para distintos grupos e camadas sociais. É importante que essas especificidades estejam presentes especialmente quando se está planejando a saúde, a educação e a habitação, de modo a se alocar os recursos onde eles são devidos. Interessante, nesse sentido, são as pirâmides populacionais da Grande São Paulo apresentadas por Camargo, Madeira e Cunha (1988:88-89).

Esses cem anos revisitados são mais uma demonstração empírica de que as mudanças sociodemográficas não são lineares nem unívocas, corroborando o questionamento acerca da teoria da transição demográfica, cuja formulação fora contestada no início da década de 70 por Neide Patarra (1973 e 1990), ao se perguntar se esta era uma teoria ou um resumo histórico. Estudos posteriores de Demografia Histórica na Europa vieram mostrar que o caminho nem sempre seguiu o prescrito. Além disso, dificilmente se falaria em melhoria das condições de vida de uma população que, submetida às questões econômicas internacionais e ao nosso modelo econômico concentrador de renda, empobreceu ainda mais.

No atual contexto da globalização do capitalismo, apesar do nascimento constante de pequenos Estados nacionais, se observa uma forte queda do poder e da eficácia da soberania nacional e, segundo Ianni (1993), uma “diluição” do Estado-nação e mesmo das metrópoles, sendo que as novas tecnologias mais uma vez dispensam o trabalho humano e desempregam as pessoas.

Da mesma forma como a teoria da transição demográfica foi questionada, a

teoria da transição epidemiológica (Laurenti, 1990; Frenk *et al.*, 1991) tem dificuldades de se sustentar em face do aparecimento de novas doenças transmissíveis por agentes infecciosos emergentes, tais como a Hepatite B, a AIDS, entre outras, e do "reaparecimento" de antigas, como é o caso da tuberculose, da febre amarela, do dengue etc. O aumento da violência relacionado à urbanização é outra evidência que vem questionando este outro resumo histórico.

Por último, a presente análise coloca em questão a aplicabilidade de uma teoria dos direitos humanos universais (Alves, 1994; Santos, 1995) calcados nas convenções, protocolos e pactos internacionais (Trindade, 1991), também encarados de forma evolutiva. Refiro-me ao caso do direito das pessoas de "deixar qualquer país e a este regressar", somado ao direito do Estado "de regulamentar a imigração em seu território", direitos estes fundados na Convenção Interamericana de Havana, de 1928, e que incluem a não discriminação de estrangeiros em razão seja da nacionalidade, origem, convicção política, religião, cor ou sexo (Cahali, 1983: 73). Esses direitos têm sido atualmente relegados pelos Estados, que fazem vista grossa à entrada desse tipo de migração, tirando proveito da força de trabalho desses migrantes até o momento que consideram conveniente, quando, ai sim, apoiados na lei, tratam de os enviar de volta, sem terem tido, enquanto trabalhavam no país, o menor respeito à sua dignidade de pessoa humana.

Exemplo disso são os contingentes de asiáticos – primeiro refugiados chineses e vietnamitas e, hoje, coreanos – e sul-americanos, especialmente bolivianos e colombianos, vivendo na cidade de São Paulo em condições iguais ou piores às dos trabalhadores do café, pois são "indocumentados", imigrantes clandestinos e, por isso mesmo, explorados silenciosos, sem a possibilidade de um mínimo de participação política no estado

para o qual trabalham. Seus direitos humanos de várias gerações, como o de ir e vir, de permanecer, de saúde, de trabalho e educação, mesmo em relação a seus filhos, não são sequer considerados, conforme se observa nos relatos publicados no livreto *Migrantes latino-americanos no Brasil* (Serviço Pastoral dos Migrantes/CNBB, s/d.:9).

Os chamados direitos humanos universais geralmente não levam em conta culturas "não-ocidentais", mostrando-se muitas vezes incapazes de extrair o que de fato é constitutivo da natureza ou dignidade humana – se isso não for também cultural – e, assim, proteger esse direito universal das pessoas, qualquer que seja o credo que pratiquem e onde quer que estejam.

Segundo Boaventura de Souza Santos (1995), entramos na era dos direitos de quarta geração, que são aqueles relativos à comunicação – que se espalhou rápida e concomitantemente pelos quatro cantos do mundo. Essa era vem mostrando um movimento intenso de pessoas, de mercadorias e de idéias qualitativamente diverso daquele do início deste século. Conforme Sales (1995), "a mobilidade entre os povos parece caminhar a passos largos, ensejando as novas migrações internacionais dos países pobres para os países ricos".

Trabalhos recentes vêm mostrando a emigração de mineiros para Boston (Sales, 1995), de descendentes de japoneses para o Japão (Rossini, 1995), de dentistas e outros brasileiros para Portugal (Bógus, 1995), de brasileiros fronteiriços para o Paraguai (Palau, 1995), de gaúchos para a Argentina e o Uruguai etc. Estimativas conservadoras apresentadas por José Alberto Magno de Carvalho no seminário Migração Internacional e Cidadania, realizado em outubro de 1995 em Brasília, indicam cerca de 1,3 milhão a 2 milhões de nacionais fora deste país, números que, se não são quantitativamente significativos, implicam importante transferência de divisas, como é

o caso dos *dekasseguis*, que chegam a enviar anualmente para suas famílias cerca de 300 milhões de dólares (Patarra e Baeninger, 1995).

Assim, o Brasil, país de imigração no início do século XX, tende a se tornar um país de emigração no início do século XXI.

Entre nós, a construção do mercado regional do Mercosul, tendo em vista as desigualdades econômicas, sociais e

demográficas entre os países membros, assim como as diferenças quanto à flexibilização das leis trabalhistas, dos sistemas previdenciários e das leis sobre estrangeiros, entre outras, além de dificultar a real integração das nações, põe em cheque o próprio conceito demográfico de migração, que passa a designar o trânsito de pessoas entre países, acompanhando as rotas do capital, recolocando questões teóricas básicas.

---

### Referências bibliográficas

- ALVES, J.A. Lindgren. *Os direitos humanos como tema global*. São Paulo, Perspectiva, 1994.
- ALVIM, Zuleika M.F. *Brava gente! Os italianos em São Paulo*. São Paulo, Brasiliense, 1986.
- BAENINGER, Rosana. "Transição demográfica em São Paulo: análise da diversidade intra-estadual". *Anais do VI Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, ABEP, 1988, vol. 1, pp. 287-315.
- BALHANA, Altiva Pilatti. "Nupcialidade e fecundidade". *Anais do I Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, ABEP, 1978, pp. 423-34.
- BARROS, Ernani Timóteo. "A prolicidade de mulheres naturais do exterior, conforme o censo demográfico de 1º de setembro de 1940". *Revista Brasileira de Estatística*, 35 (9), ano IX, jul.-set., 1948, pp. 475-81.
- BARROS, José Martins de. *Contribuição para o estudo do problema da sífilis na capital do estado*. Tese de livre-docência, São Paulo, Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP, 1955.
- BASSANEZI, Maria Sylvia C. Beozzo. "Família e força de trabalho no colonato. Subsídios para a compreensão da dinâmica demográfica no período cafeeiro". *Textos NEPO*, Campinas, NEPO/Unicamp, n. 8, 1986.
- BENCHIMOL, Samuel. *Romanceiro da Batalha da Borracha* (Co. 1943). Manaus, Imprensa Oficial do Estado do Amazonas, 1992.
- BERQUÓ, Elza Salvatori e GOMES, Antonio César. "O impacto da sífilis no declínio verificado na fecundidade no período 1928-1945, na capital de São Paulo". In *Seminário latino-americano sobre população e saúde*, Campinas, Ed. da Unicamp, 1986, vol. II, pp. 115-31.
- BÓGUS, Lúcia Maria Machado. "Migrantes brasileiros na Europa Ocidental: uma abordagem preliminar". In PATARRA, Neide (org.), *Emigração e imigração internacionais no Brasil contemporâneo*, São Paulo, FNUAP, 1995.
- CAHALI, Yussef Said. *Estatuto do estrangeiro*. São Paulo, Saraiva, 1983.
- CAMARGO, Antonio B. Marangone; MADEIRA, Felícia e CUNHA, José Marcos Pinto da. "A evolução da população jovem". In FUNDAÇÃO SEADE, *O jovem na Grande São Paulo*, São Paulo, Fundação SEADE, dezembro de 1988 (Coleção Realidade Paulista).
- CAMPANÁRIO, P. e YAZAKI, L. M. "A fecundidade em São Paulo e suas regiões de governo: níveis e tendências". *Informe Demográfico*, São Paulo, Fundação SEADE, n. 25, 1994.
- DUARTE, Geraldo. "Aspectos obstétricos". In *Seminário latino-americano sobre população e saúde*, Campinas, Ed. da Unicamp, 1986, vol. I, pp. 88-114.
- FERREIRA, Carlos Eugenio de C. e CENEVIVA, Paulo V.S. "Mortes maternas". *Revista*

- da Fundação SEADE, 2(1), jan.-abr., 1986a, pp. 17-24.
- \_\_\_\_\_. "Análise da mortalidade através das estatísticas vitais: dificuldades e perspectivas". In *Seminário latino-americano sobre população e saúde*, Campinas, Ed. da Unicamp, 1986b, vol. 1, pp. 17-42.
- FRENK, Julio et al. "La transición epidemiológica en América Latina". *Boletim Oficina Sanitaria Panamericana*, 111 (6), 1991, pp. 485-96.
- FRIAS, Luis Armando de M. e CARVALHO, José Alberto M. de. "Fecundidade nas regiões brasileiras a partir de 1903: uma tentativa de reconstrução do passado através das gerações". *Anais do IX Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, ABEP, 1994, vol. 2, pp. 23-46.
- FUNDAÇÃO SEADE. *Informe Demográfico*, São Paulo, Fundação SEADE, n. 2, 1980.
- \_\_\_\_\_. *O novo retrato de São Paulo. Avaliação dos primeiros resultados, Censo Demográfico de 1991*. São Paulo, Fundação SEADE, 1992.
- \_\_\_\_\_. (GEADE). "A fecundidade da mulher paulista". *Informe Demográfico*, São Paulo, Fundação SEADE, n. 25, 1994.
- GOLDANI ALTMANN, Ana Maria e WONG, Laura Lidia Rodrigues. "Evolução e aspectos diferenciais da nupcialidade em São Paulo". *Informe Demográfico*, São Paulo, Fundação SEADE, n. 5, 1983 (2ª ed), pp. 59-95.
- GRAHAM, Douglas H. e HOLLANDA FILHO, Sérgio B. de. *Migration, regional and urban growth and development in Brazil*. São Paulo, IPE/USP, 1973.
- HALLOWAY, Thomas H. *Imigrantes para o café: café e sociedade em São Paulo, 1886-1934*. São Paulo, Paz e Terra, 1987.
- IANNI, Octávio. *A sociedade global*. São Paulo, Civilização Brasileira, 1993.
- LAURENTI, Ruy. Alguns marcos referenciais para estudos e investigações em mortalidade materna. Trabalho apresentado à Reunião Regional sobre Prevenção de Mortalidade Materna, Campinas, mimeo, abril de 1988.
- \_\_\_\_\_. "Transição demográfica e transição epidemiológica". *Anais do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia*, Campinas, Abrasco, 1990.
- LEVY, Maria Stella Ferreira. "O papel da migração internacional na evolução da população brasileira (1872 a 1972)". *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, n. 8(supl.), junho, 1974, pp. 49-90.
- \_\_\_\_\_. *As mães e suas profes*. Tese de livre-docência, São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), 1989.
- \_\_\_\_\_. "A imigração internacional e a fecundidade". *Revista Brasileira de Estudos de População*, vol. 8, ns. 1-2, jan.-dez., 1991, pp. 3-19.
- LEWANDOWSKI, Enrique Ricardo. *Proteção dos direitos humanos na ordem interna e internacional*. Rio de Janeiro, Forense, 1984.
- LIMA SOBRINHO, Vivaldo. *A política de saúde pública e o movimento sanitário brasileiro (1920-1950)*. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), 1981.
- MARCÍLIO, Maria Luiza. *A cidade de São Paulo. Povoamento e população*. São Paulo, Edusp/Pioneira, 1973.
- MASCARENHAS, Rodovalho dos Santos. *Contribuição para o estudo da administração sanitária estadual em São Paulo*. Tese de livre-docência, São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), 1949.
- \_\_\_\_\_. "História da saúde pública no Estado de São Paulo". *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 7 (4), dezembro, 1973, pp. 433-46.
- MILLIET, S. *Roteiro do café e outros ensaios*. 4ª ed., São Paulo, Hucitec, 1982.
- MONBEIG, P. *Pioneiros e fazendeiros de São Paulo*. São Paulo, Hucitec/Polis, 1984.
- MORTARA, Giorgio. "Estudos sobre a utilização do censo demográfico para a reconstrução das estatísticas do movimento da população do Brasil. VI Sinopse da dinâmica da população do Brasil nos últimos cem

- anos". *Revista Brasileira de Estatística*, n. 2, 1941, pp. 267-76.
- NAÇÕES UNIDAS. Relatório final sobre a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. Cairo, setembro, 1994.
- NADAI, E. *Ideologia do programa e ensino superior (São Paulo, 1891-1934)*. São Paulo, Loyola, 1987.
- NADALIN, Sérgio Odilon. Sexualidade, casamento e reprodução (Por uma história demográfica da aculturação em Curitiba de 1866 a 1939). Trabalho apresentado à mesa-redonda Casar, pra que?, V Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Águas de São Pedro, SP, ABEP, mimeo, 1986.
- PALAU, Tomás. "Migração transfronteiriça entre Brasil e Paraguai: o caso dos brasileiros". In PATARRA, N. (org.), *Emigração e imigração internacionais no Brasil contemporâneo*, São Paulo, FNUAP, 1995.
- PATARRA, Neide Lopes. "Transición demográfica: resumo histórico e teoría de población?". *Demografía y Economía*, México, 3(1), 1973, pp. 76-95.
- \_\_\_\_\_. "Transição em marcha: novas questões demográficas". *Anais do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia*, Campinas, Abrasco, 1990, pp. 187-97.
- PATARRA, Neide Lopes e BAENINGER, Rosana. "Migrações internacionais recentes: o caso do Brasil". In PATARRA, N. (org.), *Emigração e imigração internacionais no Brasil contemporâneo*, São Paulo, FNUAP, 1995.
- PESSOA, Samuel Barnsley. "Ensaio sobre a distribuição geográfica de algumas endemias parasitárias no Estado de São Paulo". *Arquivos de Higiene*, São Paulo, 1941, pp. 7-25.
- RIBEIRO, Maria Alice Rosa. *História sem fim... Inventário da saúde pública. São Paulo, 1860-1930*. São Paulo, Unesp, 1993.
- ROSSINI, Rosa Ester. "O retorno às origens ou o sonho do encontro com o Eldorado japones: o exemplo dos *dekasseguis* do Brasil em direção ao Japão". In PATARRA, N. (org.), *Emigração e imigração internacionais no Brasil contemporâneo*, São Paulo, FNUAP, 1995.
- SALES, Teresa. "O trabalhador brasileiro no contexto das novas migrações internacionais". In PATARRA, N. (org.), *Emigração e imigração internacionais no Brasil contemporâneo*, São Paulo, FNUAP, 1995.
- SANTOS, Boaventura de Souza. *Toward a new common sense: law, science and politics in the paradigmatic transition*. Nova York, Routledge, 1995.
- SANTOS, Luiz Antonio Castro. *Power, ideology and public health in Brazil: 1889-1930*. Ph.D. Dissertation, Cambridge, Mass., Harvard University, 1987.
- SANTOS, Roberto A. de Oliveira. *História econômica da Amazônia (1800-1920)*. São Paulo, T.A.Q., 1980.
- SAWYER, Diana Reiko T.Oya. *Mortality-fertility relationships through historical socio-economic change: the case of São Paulo, Brazil*. Ph.D. Dissertation, Boston, Harvard School of Public Health, 1980, 2 vols.
- SCARANO, Julia Maria L. "A família e a mulher na imigração italiana em São Paulo". In *Emigrazioni europee e popolo brasiliano*, Roma, Centro Studi Emigrazione, 1987.
- SCARANO, Julia Maria L. e LEMKE, Franke. "Repertório da legislação referente à introdução de imigrantes (1822-1899)". *Anais do VII Simpósio Nacional da ANPUH*, São Paulo, ANPUH, 1974.
- SERVIÇO PASTORAL DOS MIGRANTES/CNBB – Setor Pastoral Social. *Migrantes latino-americanos no Brasil*. São Paulo, Loyola, s/d.
- SIQUEIRA, Arnaldo Augusto Franco de et al. "Mortalidade materna no Brasil, 1980". *Revista de Saúde Pública*, 18 (6), dezembro, 1984, pp. 448-65.
- TRINDADE, Antonio Augusto Cançado. *Sistema internacional dos direitos humanos. Compêndios de pactos, tratados, convenções internacionais e outros*. São Paulo, Saraiva, 1991.
- US NATIONAL ACADEMY OF SCIENCE. Panel on Brazil. Teresópolis, mimeo, maio de 1979.
- VANGELISTA, Carla. *Le braccia per la fazenda. Immigrati e caipiras nella formazione del*

*mercato del lavoro paulista, 1850-1930*. Milano, Franco Angeli Ed., 1982.

Paulo". *Revista Brasileira de Estudos de População*, ABEP, vol. 2, n. 1, 1985, pp.75-103.

WONG, Laura Lydia Rodrigues. "Tendência recente da fecundidade no Estado de São

**RESUMO – Cem anos de movimentos populacionais: São Paulo em destaque.** *Por meio de uma série histórica de mais de um século de estatísticas vitais, o artigo pretende explicitar o impacto da imigração internacional da evolução da população do Estado de São Paulo e as mudanças demográficas decorrentes. Analisa os efeitos demográficos do fluxo migratório no crescimento populacional (nos componentes migratório e vegetativo); nas razões de sexo e na nupcialidade; na prolificidade, na natalidade e na fecundidade, aí incluídas a mortalidade materna e as doenças sexualmente transmissíveis. Além desses aspectos, estuda a migração e sua relação com os problemas de saúde pública, focalizando as endemias, o serviço de saúde e a mortalidade. Ao concluir, indica alguns problemas emergentes na atual conjuntura.*

**ABSTRACT – A century of population motion in the State of São Paulo.** *Based on a century of data series of vital statistics for the State of São Paulo, beginning at the end of the 19th century, the article aims to study the impact of the international migration to the State of São Paulo on the evolution of the State population. It analysis the demographic effects of the migratory streams on the population growth; on the sex ratio and nupciality; on natality and fertility including maternal deaths and sexually transmitted diseases. Along with these aspects, it relates migration and public health problems, foccusing the main endemias, the public health services and mortality. In the conclusion it also points out some issues that appear in contemporary society.*

(Recebido para publicação em maio de 1996)