

John Allen Blount, III*

A ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO ESTADO DE SÃO PAULO: O SERVIÇO SANITÁRIO, 1892-1918.

O século XIX foi um período de grande progresso no desenvolvimento dos meios de promoção da saúde pública mundial. Em 1830, aproximadamente, iniciou-se na Inglaterra o movimento sanitário provocado por crescentes problemas de saúde e higiene que acompanharam o processo de industrialização e urbanização. Campanhas semelhantes tiveram início, logo depois, em outros países europeus e na América do Norte. Nos meados do século, todos os países mais desenvolvidos tentaram criar organizações nacionais destinadas exclusivamente ao controle de epidemias e à proteção da saúde dos cidadãos. Depois de experiências com órgãos nacionais para a administração de saúde pública, a maioria dos países criou repartições regionais ou estaduais, o sistema mais eficiente, levando em consideração a natureza do problema de doença. Duas décadas antes do fim do século XIX, os grandes descobrimentos científicos de Pasteur, Kock, Henle, e outros europeus — a revolução bacteriológica — levaram a questão da saúde pública a um grande passo para frente. Essas experiências forneceram os meios de identificação sistemática e, em alguns casos, prevenção das doenças contagiosas por conhecimento de sua etiologia e o uso da vacinação. Portanto, antes do começo do século XX iniciou-se a época moderna da saúde pública na Europa Ocidental e na América do Norte.¹

Anteriormente à revolução republicana de 1889, a atividade brasileira em saúde pública não fora muito importante. O governo imperial herdara de Portugal um sistema antiquado de administração e pouco fez para mudá-lo. Em geral, o problema de saúde pública foi atribuído às câmaras municipais, com supervisão mínima de autoridades imperiais.² Antes de 1849, o Brasil estivera relativamente livre de doenças epidêmicas, o que explica, de certo modo, a ausência de melhores atividades em saúde pública. No entanto, mesmo após o aparecimento da febre amarela no país, em 1849, as tentativas de D. Pedro II para organizar uma administração nacional de saúde mais eficaz não foram bem sucedidas devido à grande extensão geográfica do Brasil e à relutância do governo em investir nesse setor os necessários recursos financeiros e humanos.³ Somente com a legislação de 1886, que determinou o envio de inspetores sanitários às províncias a saúde pública começou a ser considerada área de preocupação permanente do governo imperial.⁴

No caso de São Paulo, o primeiro inspetor sanitário imperial, Dr. Marcos Arruda, estimulou consideravelmente o desenvolvimento do interesse provinciano nesse campo. Apesar da oposição de alguns políticos, da falta de recursos, e das proporções do trabalho, Arruda tentou, seriamente, resolver os problemas de saúde pública da província.⁵

* B.A. Princeton University, M.A. Tulane University, Ph. D. Tulane University.

Ocasionalmente, suas recomendações ganharam o apoio de líderes paulistas — como, por exemplo, o presidente provinciano Rodrigues Alves — que sentiram a necessidade de melhorar o estado de saúde pública de São Paulo e que contavam com os recursos suficientes para fazê-lo.⁶

Durante a longa campanha sanitária, os principais argumentos apresentados foram puramente econômicos: São Paulo dependia, quase exclusivamente, da produção de café; os fazendeiros precisavam de imigrantes; a região tinha que ser saudável para atrair colonos e mantê-los sadios. Em segundo lugar, o orgulho paulista — a crença de que São Paulo era a mais dinâmica das regiões brasileiras e que deveria, portanto, adotar todos os progressos das civilizações mais desenvolvidas, como a Europa e os Estados Unidos, onde saúde pública era então assunto muito discutido — concorreu para sustentar a campanha. Em contraposição ao zelo do inspetor sanitário e ao interesse de alguns políticos paulistas, havia, sob o regime imperial, alguns fatores negativos, como os conflitos pessoais devido às divisões de autoridade e à escassez de recursos econômicos, que dificultaram as primeiras tentativas de reforma.⁷

A revolução republicana de 1889 não mudou imediatamente a política paulista na questão de saúde pública. Embora liberados do defeituoso sistema imperial, os administradores republicanos foram obrigados a esperar a formulação das leis da constituição brasileira para definir a política estadual em relação à política nacional. Nessa época, São Paulo sofreu duas das mais temidas epidemias: a febre amarela e a varíola. Em consequência disso e das experiências de Marcos Arruda, a saúde pública constituía assunto de grande interesse, num momento em que autoridades do governo, cidadãos particulares e jornalistas cogitavam do estabelecimento de novas unidades políticas.⁸

A constituição brasileira, promulgada em 1891, criou uma República Federal que deixou a responsabilidade administrativa, na maioria das áreas — entre elas a da saúde pública — às autoridades estaduais. No campo da higiene, o governo nacional ficou apenas com o controle dos portos.⁹ Sob a nova constituição, o regime republicano em São Paulo agiu rapidamente para formular a política sanitária do Estado. A Lei estadual n.º 12, de 1891, estabeleceu o Serviço Sanitário de São Paulo.¹⁰ Os trezentos contos de réis consignados à criação do Serviço foram pouco menos de 1/6 do total do orçamento estadual, o que indica a importância cedo atribuída ao campo de saneamento e higiene por autoridades paulistas.¹¹ Duas semanas depois da aprovação da legislação que organizava o Serviço Sanitário, o congresso estadual aprovou a lei que

tornava obrigatória a vacinação antivariólica no Estado.¹² Os republicanos paulistas demonstraram assim a disposição de usar a coerção tão bem quanto os recursos para salvaguardar a saúde do Estado.

Num estudo retrospectivo, nota-se que os planos originais do Serviço Sanitário foram arrojados demais. O Decreto n.º 87, de 1892, que implementou a Lei n.º 12, previa uma organização de saúde pública constituída de três unidades, sob a direção do Secretário do Interior: 1) o Conselho de Saúde Pública; 2) a Diretoria de Higiene; e 3) a Seção de Engenharia Sanitária. O Conselho, composto de vários diretores de laboratório, um chefe da Seção de Engenharia, e do Diretor do Serviço Sanitário, serviu o governo como um grupo consultivo no campo da higiene. À Seção de Engenharia competia o estudo de dados meteorológicos e a formulação de estudos sanitários. A Diretoria de Higiene, apoiada por laboratórios de análises químicas e bacteriológicas, instituto de vacina e farmácia estadual, constituía-se no braço forte do Serviço Sanitário. A ela cabia a responsabilidade de todas as áreas de saúde pública, incluindo a inspeção sanitária, a vacinação e a prevenção das epidemias. O Serviço incluía também a assistência pública, área pouco desenvolvida nessa época. Para exercer esses cargos, o Decreto-lei distribuía delegados de higiene e fiscais desinfetadores em quatro divisões geográficas: 1) Capital, com 8 delegados e 16 fiscais; 2) Santos e Campinas, com 4 delegados e 8 fiscais para cada cidade; 3) outras cidades do Estado, com 62 delegados e 62 fiscais; e 4) vilas, com 84 delegados e 84 fiscais. Apenas no que se refere a inspetores sanitários e fiscais, o decreto previa a designação de 340 funcionários para a luta contra epidemias e a proteção da saúde dos habitantes do Estado.¹³

Os movimentos revolucionários na nova República e as dificuldades financeiras para a implementação de um sistema de saúde tão grandioso, impediram que se concretizassem todos os planos de 1892. Todavia, a Diretoria e os quatro laboratórios foram organizados em 1892 e 1893.¹⁴ A importância atribuída aos laboratórios demonstra o interesse e o conhecimento das autoridades paulistas nos acontecimentos da revolução bacteriológica na Europa. É verdade que o primeiro plano de organização de um órgão de saúde pública fora exagerado e irrealizável sob as condições políticas e financeiras do Estado nos primeiros anos da República. No entanto, os líderes do Partido Republicano Paulista tinham começado a dirigir os esforços do Estado a esse importante campo de desenvolvimento.

A reorganização do Serviço Sanitário em setembro de 1893 tinha planos muito mais realísticos,

mas denotou uma diminuição no papel das autoridades estaduais em negócios de higiene e saúde. A Lei n.º 240, promulgada durante a administração de Bernardino de Campos, estabeleceu que os problemas sanitários do Estado eram, ao mesmo tempo, municipais e estaduais. Com efeito, a legislação atribuiu a responsabilidade primária, na maioria das áreas de saúde, às autoridades municipais. Com essa lei, funcionários sanitários do Estado tiveram atribuições somente para prevenir e combater epidemias, estudar problemas de saúde pública, fiscalizar médicos e farmacêuticos, e compilar estatísticas demográfico-sanitárias. O Serviço Sanitário podia dar ajuda às câmaras municipais apenas quando solicitado. Essa nova posição do Serviço é demonstrada no artigo que prevê apenas 12 inspetores sanitários e 20 desinfetadores, todos localizados na Capital, mas encarregados de serviço no interior em casos de emergência. Nessa eventualidade, os inspetores foram instruídos no sentido de manter harmonia com as autoridades locais e fornecer somente a ajuda pedida. Numa outra indicação de descentralização, o Conselho de Saúde Pública, previsto em 1892, foi abolido na nova lei.¹⁵ Considerando a importância da tarefa a ser empreendida, as autoridades de São Paulo resolveram, dentro dos limites do governo estadual, concentrar todos os esforços do Serviço Sanitário na eliminação das epidemias que devastavam a região.

A retirada aparente do campo, da intervenção estadual em saúde pública, resultou numa combinação de fatores. Os problemas de financiamento e implementação da legislação de 1892 pareciam indicar que os recursos do Estado ainda não eram suficientes para o controle completo de higiene e saneamento, enquanto o Estado estava gastando grandes somas de dinheiro em outros programas como educação e imigração. Além disso, os oponentes de saúde pública no congresso tornaram-se mais veementes depois de 1892. Críticos, como o deputado Pereira dos Santos, defendiam a opinião de que a atividade estadual nessa área constituía uma afronta aos direitos municipais tradicionais.¹⁶ Também Herculano de Freitas, um crítico habitual da legislação de higiene, condenou o governo por ter interferido nos direitos das câmaras e nos direitos dos indivíduos.¹⁷ Em face desses problemas administrativos, financeiros e legislativos, Bernardino de Campos e seu Secretário do Interior, Cesário Motta Júnior, decidiram reduzir as responsabilidades da organização estadual em favor das câmaras municipais. Assim, em breve, manifestou-se o maior problema legal no desenvolvimento do sistema de saúde pública estadual, que abrangia todas as suas áreas de administração. Todavia, numa tentativa

de manter um nível geral de saúde, o Estado promulgou em 1894 um Código Sanitário que foi previsto na reforma de 1893.¹⁸ O código era minucioso e compreensivo, cobrindo todas as áreas de saneamento urbano e higiene pessoal. Essa tentativa foi evidentemente a de fornecer regras estaduais a serem seguidas por todas as câmaras municipais, enquanto o Serviço Sanitário lutava contra doenças epidêmicas.

O fracasso do novo sistema tornou-se patente rapidamente. Os inspetores sanitários denunciaram a relutância das câmaras municipais em iniciar as medidas de saúde estipuladas no Código Sanitário de 1894.¹⁹ O Diretor do Serviço Sanitário, Joaquim José da Silva Pinto Júnior, reclamou ao Secretário do Interior, no sentido de que as câmaras locais teriam anulado os efeitos das comissões sanitárias.²⁰ Alfredo Pujol, Secretário do Interior, escreveu ao Presidente Bernardino de Campos dizendo que as autoridades locais ainda esperavam que o Serviço Sanitário iniciasse todas as obras de higiene e saneamento, apesar da lei de 1893 e os recursos limitados do órgão estadual.²¹ Alguns dos grandes jornais da cidade, entre eles o *Correio Paulistano*, deram apoio completo ao governo estadual nas críticas das câmaras sobre esse assunto.²²

Outra reorganização do Serviço Sanitário ocorreu em 1896. Nesse movimento, deve-se levar em consideração o conflito entre as câmaras municipais e o pessoal do Serviço Sanitário. A nova lei foi uma tentativa de diminuir o medo das câmaras de perder autoridade, enquanto o domínio do Serviço Sanitário era reforçado em assuntos de higiene local. Embora as municipalidades tivessem as mesmas responsabilidades básicas definidas na reforma de 1893, vários artigos estenderam bastante o controle do órgão estadual, dando-lhe o direito de intervir, a critério do diretor, em negócios locais. O quarto artigo da lei incumbiu o Estado da execução de qualquer medida, tanto ofensiva quanto defensiva, em se tratando de vigilância sanitária. Ao Serviço Sanitário atribuiu-se também o direito de examinar programas autorizados pelas câmaras municipais, desde que isso fosse vital à melhoria das condições de saúde pública. Durante as temporadas de epidemias, e até a sua total extinção, o governo estadual poderia assumir poder completo dos serviços locais de saúde pública. O Estado foi dividido, pela lei, em três regiões: a Capital, Santos e Campinas, e os demais municípios. Finalmente, para melhor fiscalização, aumentou-se para 30 o número de inspetores sanitários e para 60 o dos desinfetadores.²³ Nas outras áreas, a legislação de 1896 não diferia da lei de 1893.

Entre 1892 e 1896 elaborou-se o modelo administrativo a ser seguido pelo Serviço Sanitário. Ha-

veria mais duas reorganizações antes das grandes reformas de 1917 e 1918. Mais importante, no entanto, foi a época de Emílio Ribas como Diretor do Serviço Sanitário, de 1897 e 1918, caracterizada principalmente pela aplicação de grandes medidas sanitárias e pela luta contínua contra as doenças endêmicas e epidêmicas. Gradualmente, Ribas ampliou as atividades e a autoridade do Estado para incluir áreas de saúde pública não previstas na legislação anterior a 1896. Finalmente, as realizações do Serviço Sanitário de São Paulo diminuíram verticalmente as estatísticas de mortalidade no Estado e controlaram eficazmente as mais temidas doenças epidêmicas, constituindo-se em partes integrantes da história do crescimento e desenvolvimento econômico de São Paulo.

A primeira ameaça à saúde paulista depois da posse de Ribas, na Diretoria do Serviço, foi a penetração da peste bubônica no Estado pelo porto de Santos.²⁴ Embora o Serviço Sanitário fosse subsequentemente criticado nos jornais por sua falha em interceptar a doença no porto, a mortalidade no Estado foi muito baixa.²⁵ Em consequência dessa experiência, foi tomada decisão conjunta de Ribas e Adolfo Lutz, Chefe do Instituto Bacteriológico, no sentido de criar uma nova seção no Serviço Sanitário para a fabricação da vacina Yersin contra peste, tendo em vista as dificuldades que as autoridades paulistas tiveram em importar o soro da Europa. O governo comprou uma fazenda perto da Capital para a construção do novo laboratório. Mais tarde, pelo Decreto 878-A, de 23 de fevereiro de 1901, o Presidente de São Paulo criou o agora famoso Instituto Butantã e nomeou Vital Brasil seu primeiro diretor.²⁶

Em outubro de 1900, o médico norte-americano, Walter Reed, e seus colegas em Cuba provaram a teoria de Juan Carlos Finlay sobre a transmissão da febre amarela. Logo depois, Ribas, Lutz e vários voluntários repetiram a experiência em São Paulo e confirmaram a teoria de Finlay, isto é, que a doença era propagada pelos mosquitos.²⁷ A aplicação de medidas preventivas em São Paulo para a eliminação dos mosquitos teve resultados imediatos. No primeiro ano da campanha, apesar dos esforços do Estado, a epidemia ceifou 732 vidas. Nos dois anos seguintes o índice de mortalidade caiu verticalmente, registrando-se, por ano, apenas duas mortes causadas pela febre amarela. Em 1906, não foi constatada morte por essa doença.²⁸ Uma das mais perigosas doenças epidêmicas do mundo fora eliminada do Estado de São Paulo graças a uma campanha intensiva de apenas quatro anos.

As primeiras vitórias de Ribas e seus colegas foram obtidas dentro da estrutura da reforma sani-

tária de 1896, que estabelecia uma lei ao mesmo tempo confusa e imprecisa. No seu discurso ao Congresso de 1905, o Presidente Jorge Tibiriçá denunciou a falta de cooperação municipal em negócios de saúde e fez um apelo no sentido de aumentar os poderes do Serviço Sanitário. Ele preconizara a mudança do sistema de modo que o Estado ficasse responsável por todos os serviços de higiene em São Paulo. Ao mesmo tempo, o Presidente recomendou uma revisão do Código Sanitário de 1894.²⁹ No ano seguinte, o congresso aprovou, com reduzido número de oponentes, a reforma sanitária de 1906, sem contudo, levar em consideração a revisão do Código Sanitário.

A lei sanitária de 1906 concentrava todo o poder do setor de saúde e higiene ao âmbito estadual. O governo tentou voltar, embora em menor escala, ao controle estadual total manifestado na lei de 1892. Essa legislação dividiu São Paulo em 14 distritos, contando, cada um, com um ou mais inspetores sanitários permanentes e os fiscais necessários. As atribuições dos funcionários incluíam tudo o que se relacionasse com saúde e higiene, com exceção de projetos de saneamento, cuja execução foi deixada a cargo das câmaras. Entre essas funções, contavam-se a da direção dos hospitais de isolamento, vacinação, exame de imigrantes, fiscalização de alimentos e medicamentos, higiene escolar, e orientação aos funcionários municipais.³⁰ As poucas críticas do congresso e dos jornais a esse drástico aumento da autoridade estadual em negócios de saúde pública indicaram a intensidade de aceitação do conceito de intervenção estadual nessa área. Sem dúvida, as realizações impressionantes anteriores do Serviço Sanitário foram parcialmente responsáveis por essa aceitação.

A reforma de 1906 também não duraria muito tempo e, como ocorreu depois da reorganização do Serviço Sanitário de 1892, a subsequente reforma deu ênfase às responsabilidades municipais, em detrimento das estaduais. Logo após a promulgação da legislação de 1906, funcionários sanitários do Estado começaram a defender uma nova mudança no sistema. Prevaleceu a opinião de que o órgão estadual estava desgastando-se ao tentar controlar até os programas mais básicos de higiene nos níveis locais. Contudo, as autoridades sanitárias preocupavam-se com a possibilidade de que o declínio de mortalidade geral aumentasse o otimismo das câmaras e as induzisse ao descuido na execução dos programas de higiene e saneamento.³¹ O medo pareceu justificado no relatório do Anuário Demográfico de 1910 que noticiou o coeficiente de mortalidade geral elevando-se a partir de 1897, embora o coeficiente da mortalidade por doenças transmissíveis continuasse caindo. A opinião dos peritos

sanitários nessa ocasião foi a de que somente a prática de higiene pessoal e a luta contínua contra doenças epidêmicas e endêmicas poderia manter o coeficiente em declínio.³² Na reforma de dezembro de 1911, o Congresso Paulista voltou ao conceito de responsabilidade dual em negócios de saúde pública. Mais uma vez o desejo do Estado de controlar todos os aspectos de saúde pública falhará em face da seriedade da incumbência. As modificações introduzidas pela reorganização do Serviço Sanitário daquele ano e a revisão do Código Sanitário foram as mais completas da história do sistema sanitário paulista desde 1896. O serviço estadual passou a ter 47 inspetores sanitários, dos quais 35 consignados à Capital, seis a Santos, e um ou dois para cinco cidades importantes no interior de São Paulo. A lei deu ênfase às responsabilidades das câmaras no Código Sanitário. Embora as autoridades municipais fossem impelidas a usar o Serviço Sanitário como modelo para repartições municipais, a responsabilidade do saneamento, da assistência pública, da fiscalização de alimentos, etc., foi deixada a cargo das autoridades locais. Por outro lado, pode-se considerar como da maior importância o fato de que as câmaras tornaram-se novamente responsáveis pela vacinação, manutenção de hospitais de isolamento e outros assuntos relacionados com saúde, e pela provisão de informações estatísticas para a organização estadual. Além da responsabilidade geral de fiscalizar os programas municipais, o Serviço Sanitário foi encarregado da prevenção de epidemias, da compilação de dados sobre mortalidade, da fabricação de soros e vacinas, e da aprovação de programas sanitários locais. Num retorno aparente à estrutura legal de 1896, um artigo da lei estipulou que, em tempos anormais, as câmaras deveriam entregar o controle das organizações sanitárias às autoridades estaduais.³³ A revisão do Código Sanitário ampliou o regulamento anterior, mas ainda, segundo Rodolfo dos Santos Mascarenhas, o documento permaneceu inflexível e exigente, sem considerar diferenças regionais.³⁴

Os trabalhos e facilidades do Serviço Sanitário cresceram cada vez mais na Capital. Além dos laboratórios originais, que complementavam a diretoria, criaram-se mais sete seções em 1911, incluindo a de estatística, de hospitais de isolamento, desinfetório central, da inspeção de amas de leite, etc. Também o Serviço Sanitário fez, por meio de uma comissão estabelecida, nova experiência (depois de um fracasso anterior) de combate ao tracoma no interior do Estado.³⁵ Gradualmente, as autoridades sanitárias estavam-se tornando mais interessadas nas doenças endêmicas do interior, área à qual pou-

co cuidado se dava nos primeiros anos do movimento sanitário.

Entre 1911 e a reorganização do sistema de saúde em 1917, Emílio Ribas iniciou várias campanhas contra doenças específicas. Numa tentativa de controlar a febre tifóide, o Instituto Bacteriológico começou a preparar e distribuir vacinas em 1913. Logo depois, o Serviço Sanitário lançou uma campanha de combate às moscas e mosquitos, embora os resultados não fossem muito estimulantes.³⁶ Altino Arantes, Presidente de São Paulo em 1917, sugeriu, com razão, que a solução final do problema achar-se-ia na provisão de um abastecimento de água saneada em todas as municipalidades, e não nas atividades do Serviço Sanitário.³⁷

No mesmo ano, o Congresso Paulista entrou num acordo com a Santa Casa de Misericórdia para estabelecer novas facilidades para o tratamento de leprosos. O projeto resultou de muitos anos de pesquisa e luta de Emílio Ribas, que defendia a idéia de dispensar um tratamento mais humano a esses doentes.³⁸ Ao mesmo tempo, autoridades governamentais começaram a examinar outros problemas de saúde no interior. O Vice-Presidente do Estado, Carlos Augusto Pereira Guimarães, solicitou ajuda de todos os governos, municipal e estadual, para eliminar a ameaça de impaludismo nas zonas rurais.³⁹ Em sua campanha presidencial, Altino Arantes sugerira o estabelecimento de um código sanitário rural para ajudar as autoridades a eliminar o impaludismo e o tracoma.⁴⁰

A legislação sanitária de 1917 diferenciou-se da lei de 1911 principalmente na adição de provisões para controle estadual nas regiões do interior. A providência mais notável foi a da criação da Inspeção dos Serviços de Profilaxia Geral para fiscalizar a campanha contra impaludismo e ancilostomíase no interior, evidentemente uma manifestação de interesse crescente pela higiene rural. O desenvolvimento de programas sanitários no interior foi dever primário desse serviço. Ficava sob sua jurisdição tudo que se relacionasse ao policiamento sanitário nas fazendas e em outros estabelecimentos da zona rural. Também a reforma aumentou o pessoal do Serviço Sanitário designando 11 delegados de saúde e 51 inspetores sanitários, sendo 33 inspetores para a Capital e os demais para as grandes cidades do interior.⁴¹

O Código Sanitário de 1917 também diferiu dos regulamentos de 1911, a respeito de higiene rural. Embora os artigos do Código não fossem muito exigentes, a fim de ganhar a aceitação dos fazendeiros, a parte rural estabeleceu regras para a construção de prédios, poços, estábulos, etc., nas zonas agrícolas, em conformidade com os princípios de higiene. Um artigo chegou a estipular, num espíri-

to de otimismo, que todos os habitantes do interior deveriam usar sapatos, quando possível, para evitar a doença debilitante da ancilostomíase, uma providência prática, porém completamente irrealizável nas zonas pobres do Estado. O Código recomendava também que os donos de fazendas providenciassem assistência médica aos colonos, outra regra que dificilmente seria seguida. Para diminuir o receio dos fazendeiros, a lei estipulava que os regulamentos se aplicariam somente aos casos de fazendas estabelecidas depois da publicação do Código.⁴² Contudo, o Serviço Sanitário tinha afirmado seu poder de regular as condições sanitárias das zonas rurais. Os esforços de Emílio Ribas para estender a autoridade nominal do Estado nesse setor, apesar da oposição de certos fazendeiros, tinham sido bem sucedidos. A reforma e o Código Sanitário de 1917 representaram uma grande vitória das autoridades estaduais que quiseram estender o poder do Serviço Sanitário estadual.

A administração de saúde pública em São Paulo, antes de 1918, tinha sido uma experiência em área de governo pouco conhecida, até nos países mais avançados da Europa e América do Norte. Além disso, as autoridades paulistas tiveram que lutar contra as circunstâncias criadas pelos problemas de autonomia municipal, pelas crenças positivistas em liberdade individual absoluta, e, basicamente, pelos interesses econômicos dos grandes fazendeiros que dominaram o PRP e também o governo do Estado. Um aspecto interessante desta última consideração foi o fato de que partidários paulistas de saúde pública raramente recorreram a sentimentos humanitários (como foi feito na Europa e nos EUA) para ganhar o apoio dos grupos poderosos. Os argumentos ou eram econômicos, ligados ao assunto da imigração, ou tratavam da necessidade de São Paulo imitar os países mais civilizados.⁴³ Aos fazendeiros, e mais tarde aos industriais, seria fácil aceitar tais argumentos, desde que o governo não interferisse demais nos direitos da oligarquia. O Serviço Sanitário e seus aliados políticos fizeram um jogo muito delicado ao tentar ampliar serviços e controles.

O investimento financeiro paulista em todos os aspectos de saúde, higiene, e saneamento (incluindo obras de saneamento não discutidas aqui) tinha sido muito elevado. No período de 1892 a 1900, as despesas de saúde baixaram de 46% do orçamento estadual no primeiro ano fiscal, para, aproximadamente, 10% no começo do século seguinte, com uma média de 23% em nove anos. Durante a primeira década do século XX, a média de despesas em saúde estabilizou-se em, aproximadamente, 15% dos orçamentos anuais. Dados da década seguinte indicam uma média de cerca de

13%.⁴⁴ Rodolfo dos Santos Mascarenhas tem tentado verificar as despesas *per capita* na área de saúde pública e serviços de saúde em geral, embora excluindo os orçamentos de programas de saneamento. As médias *per capita* de despesas em 1892-1900, 1901-1910 e 1911-1920 eram de 0,87, 1,03 e 1,45 mil réis respectivamente. Em comparação, temos os seguintes dados das despesas militares, nos mesmos períodos: 3,19, 2,70 e 3,33 mil réis.⁴⁵ Em razão de todos os esforços do Serviço Sanitário terem sido concentrados na Capital e nas grandes cidades, as despesas *per capita* nessas zonas urbanas eram muito maiores do que nas zonas rurais. O grande progresso em controle de doenças, portanto, foi feito nas cidades.

As primeiras realizações de São Paulo no campo de saúde foram impressionantes. É claro que os declínios nas estatísticas de mortalidade não resultaram somente dos esforços da organização estatal, mas de uma combinação de fatores: as obras de saneamento e melhoramento no abastecimento de água e também os esforços ativos do Serviço Sanitário. Graças a esses fatores, a estatística de mortalidade geral na Capital caiu de 30,53 mortes por mil pessoas em 1895 para menos de 16 por mil em 1915. As médias nos períodos 1894-1900, 1901-1910 e 1911-1920 foram 23,15, 17,90 e 19,16 respectivamente. O aumento na última década foi devido à pandemia de *influenza* em 1918.⁴⁶ Nos anos subsequentes a 1900, a cidade de São Paulo pôde começar a se comparar, em bons termos, com as maiores cidades da Europa, em estatísticas de mortalidade. Dentro do país, São Paulo manteve coeficiente consideravelmente inferior ao do Rio de Janeiro, até bem depois dos projetos de saneamento e da campanha de saúde pública começados por Oswaldo Cruz.

Os coeficientes de mortalidade geral são úteis como indicadores de condições sanitárias, mas muito mais informativos, no que se refere à eficiência de ativas campanhas de saúde pública, são os coeficientes de mortalidade por doenças transmissíveis. Os coeficientes de tais doenças foram decisivamente descendentes na cidade de São Paulo, de 1892 a 1920. Excluindo a pandemia de *influenza* de 1918, a incidência de doenças contagiosas baixou de 25,4% do total das mortes em 1892 para 12,9% em 1920. Em outros termos, o coeficiente de mortalidade por doenças transmissíveis por mil habitantes da Capital foi, em média, de 5,13 nos anos de 1894-1900, 2,90 na década de 1900-1910, e 2,57 na década seguinte, excluindo novamente, deste último período, o ano de 1918.⁴⁷ Esses dados revelam grandes resultados em São Paulo no campo de saúde pública, especialmente se considerar-

mos o aumento acelerado da população nesses anos.

No entanto, nem sempre se registrou o sucesso marcado, por exemplo, pela campanha de combate à febre amarela. Nas zonas rurais, embora a taxa de mortalidade geral declinasse, não era com a mesma rapidez que se observava na Capital ou nas cidades, devido naturalmente, à grande dificuldade encontrada para resolver os problemas nesses locais. Assim, até 1918, o Serviço Sanitário concentrou suas atividades nas áreas urbanas. Também no caso da varíola, apesar do grande empenho das autoridades na campanha de vacinação, o Estado sofreu ataques periódicos da doença que, entre 1894 e 1920, ceifou 5.000 paulistas.⁴⁸ Quanto ao sarampo, também pouca coisa foi alterada com o progresso no campo de saúde pública. Finalmente, a falha mais grave das autoridades paulistas de saúde pública está relacionada, sem dúvida, à área da mortalidade infantil. Ainda em 1916, morreram cerca de 150 em cada mil crianças, com menos de um ano, o que constituiu 34% da mortalidade total.⁴⁹ Embora as autoridades cedo se preocupassem com esse problema e tentassem iniciar programas de saneamento infantil, as condições de pobreza e miséria de muitos residentes urbanos e rurais dificultaram a solução.

Em conclusão, cremos que a apresentação de algumas teses sobre o efeito da campanha de saúde pública no desenvolvimento de São Paulo seja de algum valor. Em termos de vidas salvas, alguns dados são ilustrativos. Entre 1894 e 1917 o coeficiente de mortalidade na cidade de São Paulo caiu de 28,09 para 16,78.⁵⁰ Tivesse a taxa permanecido ao nível de 1894, o número total de mortos em 1917, que foi de 7.908, teria alcançado a cifra de 13.184. Somente na Capital, com o declínio da mortalidade foram poupadas mais de 5.000 pessoas num só ano; no Estado todo poderia ter alcançado a cifra de 35.000. Neste último número estão representadas cerca de 12.000 pessoas a mais que o número de imigrantes que entraram no Estado em 1917, e a quarta parte do número de imigrantes que entraram em São Paulo no ano de maior imigração (1895).⁵¹ É possível que os esforços no campo de higiene tenham salvo tantos trabalhadores quantos foram trazidos pelo programa de imigração. Nenhuma tentativa pode ser feita para avaliar o efeito da queda da taxa de morbidez no Estado, devido à falta de dados. Todavia, o declínio na incidência de doenças sem dúvida produziu um impacto na produção do trabalhador. Não houve apenas uma economia de horas de trabalho, anteriormente perdidas por causa de doenças, mas também a melhoria na qualidade de produção com o declínio na incidência de algumas doenças debilitantes.

A campanha sanitária trouxe outras vantagens ao Estado. Embora se ponha em dúvida que a melhoria das condições de saúde pudesse ter atraído maior número de imigrantes, pelo menos o controle das doenças epidêmicas abriu os portos para a entrada de colonos estrangeiros. O Serviço Sanitário conseguiu também eliminar a ameaça de doenças transmissíveis trazidas ao Estado pelos imigrantes, depois do ataque de cólera que começou no Hospital de Isolamento da Capital, em 1893. Finalmente, os comentários de viajantes estrangeiros mudaram notavelmente a fama de São Paulo, cuja imagem passou a ser de "lugar muito insalubre" à de uma região bastante saudável, onde as normas de saúde pública eram eficazmente praticadas.⁵² Para o orgulho paulista e, possivelmente, para o campo de investimentos estrangeiros, esses fatos tiveram relevante importância.

É muito difícil, senão impossível, medir com certeza o impacto do movimento sanitário no progresso e desenvolvimento de uma região.

Especialistas modernos estão preocupados com possíveis impactos negativos de melhoramentos sanitários em países subdesenvolvidos. Argumentam que muitos problemas atuais resultam do grande aumento da população, o que, com efeito, anula os resultados do desenvolvimento econômico. Além disso, técnicos no assunto fazem distinção entre campanhas para eliminar doenças debilitantes e aquelas que exterminam doenças de alta mortalidade, como a febre amarela. No primeiro caso, ocorre, como conseqüência, um aumento da produtividade do povo, enquanto que a taxa de crescimento da população não é afetada. No segundo caso, e também no caso de declínios na taxa de mortalidade infantil, a população cresce sem que a sua produtividade aumente. Na situação atual de alguns países da Ásia e da América Central, por exemplo, as campanhas sanitárias podem ter efeito negativo nas condições econômicas da sociedade.⁵³

Em São Paulo, no começo do século, estas considerações tinham menos importância do que agora. O seu problema não era de excesso de população. Ao contrário, os grandes fazendeiros do Estado queixavam-se da falta de colonos e investiam vultosas somas do Estado para atrair imigrantes à região. E é verdade que as pessoas mais afetadas pelas doenças transmissíveis, como a febre amarela, foram as recém-chegadas da Europa. Os esforços do Serviço Sanitário para eliminar tais doenças e, depois, as doenças endêmicas, preservaram a vida de milhares de trabalhadores e, possivelmente, aumentaram a produção.

Embora os diversos fatores inter-relacionados do desenvolvimento econômico de São Paulo ainda

não estejam completamente compreendidos, é claro o fato de que a administração de saúde pública foi considerada necessária nesse processo pelos primeiros governos republicanos paulistas. A criação de órgãos burocráticos e a evolução de higiene e saneamento ocorreram rapidamente depois da revolução de 1889, e as realizações nesse campo foram muitas. É provável que o movimento de saúde pública, em parte resultado de progresso econômico, também haja contribuído, de certo modo, para o desenvolvimento econômico de São Paulo. ❦

¹ Rosen, George. *A history of public health*. Nova York, 1958. p. 200-5. Williams, J. H. Harley. *A century of public health in Britain, 1832-1929*. Londres, 1932. p. 85-92. Blake, John B. The origins of public health in the United States. in *American journal of public health*. v. 38, p. 1539. Kramer, Howard D. The beginnings of the public health movement in the United States. in *Bulletin of the history of medicine*. v. 21, p. 360-5 e 368-72. Wilcocks, Charles. *Medical advance, public health and social evolution*. Oxford, 1965. p. 118-21.

² Boxer, C. R. *Portuguese society in the tropics*. Madison, 1965. p. 1-8.

³ Barbosa, Plácido & Barbosa de Rezende, Cássio. *Os serviços de saúde pública no Brasil, especialmente na cidade do Rio de Janeiro, de 1808 a 1907*. Rio de Janeiro, 1909. v. 1, p. 52. Santos Filho, Lycurgo. Medicina no período imperial, in Holanda, Sérgio Buarque de. *História geral da civilização brasileira*. T. 2, v. 3, São Paulo, 1967. p. 485.

⁴ Decreto 9554, de 3 de fevereiro de 1886. *Coleção das leis do Império do Brasil*. 1886. p. 57-103.

⁵ Relatório da Inspetoria de Higiene da Província de São Paulo, correspondente ao ano de 1886, dirigido a Exma. Inspetoria-Geral do Império, em 19 de janeiro de 1886, in *Arquivos de higiene e saúde pública*. jun. 1936. p. 95. Relatório apresentado pela Inspetoria de Higiene de São Paulo em data de 8 de outubro de 1887, ao governo da província, in *Arquivos de higiene e saúde pública*. jun. 1936. p. 111-3.

⁶ Ver *Relatório com que o Exmo. Sr. Dr. Francisco de Paula Rodrigues Alves passou a administração da Província de São Paulo ao Exmo. Sr. Dr. Francisco Antonio Dutra Rodrigues, I vice-presidente, no dia 27 de abril de 1888*. p. 23.

⁷ Por exemplo, o último orçamento imperial, o de 1889, atribuiu menos de 1% do total aos serviços de higiene, controle dos portos, hospitais e asilos. Netto, Américo R. O caminho para a formação do serviço sanitário de São Paulo, de 1879 a 1891. in *Arquivo de higiene e saúde pública*. jan. 1942. p. 7.

⁸ Mascarenhas, Rodolfo dos Santos. *Administração em saúde pública no Brasil*. São Paulo, 1964. p. 10.

⁹ Constituição de 1891. *Coleção das leis da República dos Estados Unidos do Brasil*. 1891. p. 1-17.

¹⁰ Lei 12, de 28 de outubro de 1891. *Leis e resoluções decretadas pelo congresso legislativo do Estado de São Paulo*. 1891. p. 11.

¹¹ Netto, Américo. op. cit. p. 30.

¹² Lei 13, de 17 de novembro de 1891. *Leis e resoluções*. . . 1891. p. 11-2.

¹³ Decreto 87, de 19 de julho de 1892. *Leis e resoluções*. . . 1892. p. 185-205.

¹⁴ Decreto 94, de 20 de agosto de 1892. *Leis e resoluções*. . . 1892. p. 211-2. Decreto 153, de 28 de fevereiro de 1893, Decreto 157, de 28 de fevereiro de 1893, Decreto 159, de 28 de fevereiro de 1893. *Leis e resoluções*. . . 1893. p. 50, 55-60, 62-5.

¹⁵ Lei 240, de 4 de setembro de 1893. *Leis e resoluções*. . . 1893. p. 160-77.

¹⁶ *Anais da Câmara dos Deputados do Estado de São Paulo*, 1893. 18 de agosto de 1893. p. 792.

¹⁷ *Anais, Deputados*, 1893. 24 ago. 1893. p. 829-32.

¹⁸ Decreto 233, de 2 de março de 1894. *Leis e resoluções*. . . 1894. p. 9-43.

¹⁹ Por exemplo, ver *Relatório anual apresentado ao Dr. Tolentino Filgueiras, Chefe da Comissão Sanitária em Santos, pelo inspetor sanitário, Dr. F. de Queiroz Carneiro Mattoso*. 1895. p. 69.

**sai muito caro
brincar
com isto**

12
7
3
8
2
6
9
4
5
0
9
5

Aliás, toda oportunidade é boa para aprender a lidar com isto. A *Revista Brasileira de Economia* é uma publicação moderna com informações valiosas. Sobre isto ou sobre aquilo. *Revista Brasileira de Economia*, a revista dos experts.

RBE

- ²⁰ Relatório apresentado ao Dr. Secretário dos Negócios do Interior pelo Dr. Joaquim José da Silva Pinto Júnior, Diretor do Serviço Sanitário, 1895. p. 9.
- ²¹ Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Presidente do Estado de São Paulo em 30 de março de 1896 pelo Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Instrução Pública, Alfredo Pujol. 1896. p. 13.
- ²² Correio Paulistano, 15 ago. 1895, p. 1.
- ²³ Lei 432, de 3 de agosto de 1896. Leis e resoluções... 1896. p. 38 a 57.
- ²⁴ Anuário Demográfico, 1899, p. 81.
- ²⁵ Ver Diário Popular, 18 out. 1899. p. 1, e O Estado de São Paulo, 26 out. 1899, p. 1.
- ²⁶ Decreto 878-A, de 23 de fevereiro de 1901. Leis e resoluções... 1901. p. 29.
- ²⁷ Amaral, Rubens do. Ribas, o pioneiro. in Arquivos de higiene e saúde pública. mar. 1962. p. 15-8.
- ²⁸ Ribas, Emílio. Relatório da Diretoria do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. 1906. p. 4-5.
- ²⁹ Mensagem dirigida ao Congresso do Estado a 7 de abril de 1905 pelo Presidente de São Paulo, Dr. Jorge Tibiriçá. p. 12.
- ³⁰ Lei 1343, de 27 de janeiro de 1906. Leis e resoluções... 1906. p. 5-13.
- ³¹ Anuário Demográfico, 1908, p. 17-8.
- ³² Anuário Demográfico, 1910, p. 21, 34-5, 38-9.
- ³³ Decreto 2141, de 4 de novembro de 1911. Leis e resoluções... 1911. p. 377-95.
- ³⁴ Mascarenhas, Rodolfo dos Santos. Contribuição para o estudo da administração sanitária estadual em São Paulo. São Paulo, 1949. p. 67.
- ³⁵ Decreto 2141.
- ³⁶ Lefevre, Eugênio. A administração do Estado de São Paulo na república velha. São Paulo, 1937. p. 199.
- ³⁷ Mensagem apresentada ao Congresso Legislativo, em 14 de julho de 1917, pelo Dr. Altino Arantes, Presidente do Estado de São Paulo. p. 23.
- ³⁸ Ver Ribas, Emílio. Lepra, sua freqüência no Estado de São Paulo, meios profiláticos aconselháveis. Obra apresentada ao Primeiro Congresso Paulista de Medicina em 1916. Arquivos de higiene e saúde pública. mar. 1962. p. 42.
- ³⁹ Mensagem enviada ao congresso do Estado, a 14 de julho de 1914, pelo Dr. Carlos Augusto Pereira Guimarães, vice-presidente do Estado de São Paulo. p. 8-9.
- ⁴⁰ Discurso de 14 de julho de 1916 em Egas, Eugênio. Galeria dos presidentes de São Paulo. v. 2, São Paulo, 1927. p. 511.
- ⁴¹ Lei 1596, de 29 de dezembro de 1917. Leis e resoluções... 1917. p. 142-201.
- ⁴² Código Sanitário Rural, Artigos 258-374, Lei 1596. Leis e resoluções... 1917. p. 190-201.
- ⁴³ Há muitos exemplos desses argumentos nos debates legislativos e nos jornais desse período.
- ⁴⁴ Lefevre. op. cit. p. 175-221.
- ⁴⁵ Mascarenhas, Rodolfo dos Santos. Contribuição para o estudo das despesas do governo de São Paulo com os seus serviços de saúde pública: 1890-1948. in Arquivos da Faculdade de Higiene e Saúde Pública. jun. 1948. p. 91-204.
- ⁴⁶ Anuário Demográfico, 1917, p. 110. Anuário Demográfico, 1920, v. 1. p. 78.
- ⁴⁷ Anuário Demográfico, 1920, p. 116.
- ⁴⁸ Idem. p. 132-3.
- ⁴⁹ Anuário Demográfico, 1916, p. 44.
- ⁵⁰ Anuário Demográfico, 1917, p. 110. Anuário Demográfico, 1920, v. 1. p. 78.
- ⁵¹ Smith, T. Lynn. Brazil: people and institutions. Baton Rouge, 1954. p. 22.
- ⁵² Ver, por exemplo, The New York Times, 9 jan. 1895, p. 4. Wright, Marie Robinson. The new Brazil. Philadelphia, 1907. p. 207. D'Anthouard, Le Baron. Le progres brésilien: la participation de la France. Paris, 1911. p. 21. Oakenfull, J. C. Brazil in 1911. Londres, 1912. p. 20. Bingham, Hiram. Across South America. Cambridge, Massachusetts, 1911. p. 22. James, Henry G. Brazil after a century of independence. Nova York, 1925. p. 289, e muitas outras obras.
- ⁵³ Higgens, Benjamin. Economic development, principles, problems, and policies. Nova York, 1968. p. 455.

COM AS REVISTAS DA
FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
VOCÊ OBTÉM A INFORMAÇÃO
EM PRIMEIRO LUGAR

CUR - CURRÍCULUM
CE - CONJUNTURA ECONÔMICA
RDA - REVISTA DE DIREITO ADMINISTRATIVO
RCP - REVISTA DE CIÊNCIA POLÍTICA
RAE - REVISTA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS
ABPA - ARQUIVOS BRASILEIROS DE PSICOLOGIA APLICADA
RBE - REVISTA BRASILEIRA DE ECONOMIA
RAP - REVISTA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA