

André Mota

# Tropeços da Medicina Bandeirante

Medicina Paulista entre 1892-1920



# TROPEÇOS DA MEDICINA BANDEIRANTE



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

*Reitor* Adolpho José Melfi  
*Vice-reitor* Hélio Nogueira da Cruz



EDITORA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

*Diretor-presidente* Plínio Martins Filho

COMISSÃO EDITORIAL

*Presidente* José Mindlin  
*Vice-presidente* Laura de Mello e Souza  
Brasílio João Sallum Júnior  
Carlos Alberto Barbosa Dantas  
Carlos Augusto Monteiro  
Franco Maria Lajolo  
Guilherme Leite da Silva Dias  
Plínio Martins Filho

*Diretora Editorial* Silvana Biral  
*Diretora Comercial* Ivete Silva  
*Editores-assistentes* Marilena Vizentin  
Carla Fernanda Fontana  
Marcos Bernardini

TROPEÇOS DA **MEDICINA BANDEIRANTE**  
Medicina paulista entre 1892-1920

ANDRÉ MOTA

Copyright © 2005 by André Mota

Esta edição está disponível no portal de livros abertos da Edusp ([www.livrosabertos.edusp.usp.br](http://www.livrosabertos.edusp.usp.br)). É uma versão eletrônica da obra impressa. É permitida sua reprodução parcial ou total, desde que citadas a fonte e a autoria. É proibido qualquer uso para fins comerciais.

Ficha catalográfica elaborada pelo Departamento Técnico do  
Sistema Integrado de Bibliotecas da USP

---

Mota, André, 1969-

Tropeços da Medicina Bandeirante: Medicina Paulista entre 1892-1920  
/ André Mota. – São Paulo : Editora da Universidade de São Paulo, 2005.  
248 p.; 16 x 23 cm.

Inclui bibliografia.  
ISBN 85-314-0854-7

1. Medicina. 2. Sanitarismo. 3. Higiene. I. Título.

---

CDD 363.72

---

Direitos reservados à

Edusp – Editora da Universidade de São Paulo  
Av. Prof. Luciano Gualberto, Travessa J, 374  
6º andar – Ed. da Antiga Reitoria – Cidade Universitária  
05508-900 – São Paulo – SP – Brasil  
Divisão Comercial: tel. (0xx11) 3091-4008 / 3091-4150  
SAC (0xx11) 3091-2911 – Fax (0xx11) 3091-4151  
[www.edusp.com.br](http://www.edusp.com.br) – e-mail: [edusp@usp.br](mailto:edusp@usp.br)

Printed in Brazil 2005

Foi feito o depósito legal

*Para Professora  
Maria Ligia Coelho Prado*





## Sumário

Prefácio .....	11
Introdução .....	15
Capítulo I: O Adubo de que Necessita a Árvore da Nação .....	31
Precauções médicas: o brasileiro como ameaça .....	43
São Paulo: pelos frutos se conhece a árvore .....	47
Invadindo o interior: a organização sanitária paulista .....	55
Poder local e saúde pública: os limites da ordem .....	59
Capítulo II: A Paulicéia sob um Diagnóstico Sanitário .....	75
Resistências e reclamações: a infração em pauta .....	99
Além do povo, aquém da cura: municipalidade <i>versus</i> saúde pública ..	113
Capítulo III: Um Projeto na Metrópole:	
A Liga Paulista contra a Tuberculose .....	125
As imagens da cura: a proeminência de uma instituição .....	151
Capítulo IV: A Casa de Arnaldo:	
Sobre a Criação de uma Faculdade de Medicina .....	167
A Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo:	
tropeços e impasses .....	181
A casa de Arnaldo: a construção de uma tradição .....	203

Considerações Finais .....	221
Locais de Pesquisa .....	225
Fontes .....	227
Bibliografia Geral .....	233

## Prefácio

Este trabalho de André Mota, *Tropeços da Medicina Bandeirante*, originalmente apresentado como tese de doutorado no Departamento de História da Universidade de São Paulo, constitui-se importante contribuição para o entendimento do aparato médico-sanitário paulista no período compreendido entre 1892, momento da instalação do Serviço Sanitário, e o início da década de 1920, quando a organização social das práticas de saúde deixou de se ancorar no modelo campanhista e policial.

Há que se destacar o amplo domínio da bibliografia consagrada ao tema e a pesquisa exaustiva em fontes de natureza diversa – jornais, revistas especializadas, leis, decretos, resoluções, pareceres, relatórios, teses, discursos, correspondências, anuários e mapas estatísticos –, competentemente exploradas ao longo dos quatro capítulos que compõem esta obra.

O autor discute as esperanças e expectativas depositadas no projeto de regeneração nacional, no qual a questão sanitária ocupava lugar privilegiado. O acerto de contas do país com a modernidade e o progresso pressupunha a existência de uma população saudável, produtiva e capaz de colaborar para a construção da nacionalidade. Combater endemias, retirar o brasileiro de sua letargia, educá-lo e transformá-lo em trabalhador, eis as tarefas a que se propunham os sanitaristas, os quais denunciavam a situação de abandono em que se encontrava a grande maioria dos habitantes dos sertões e das cidades.

Nesse projeto, a figura do médico ocupava lugar central, uma vez que esses profissionais eram considerados portadores de métodos seguros, derivados de um saber positivo, capaz de conduzir a nação ao mundo civilizado. Se

a ciência parecia deter a chave que nos redimiria, André Mota também evidencia a distância entre o discurso e a realidade, ao mostrar os perigos que rondavam aqueles que se atreviam a cruzar fronteiras e adentrar regiões distantes. As ameaças provinham do meio, que poderia tragar o sábio forasteiro e desviá-lo de sua missão civilizatória; da desconfiança dos pacientes e das práticas populares, consideradas mais eficientes do que as prescritas pela medicina; circunstâncias que tornavam patente os limites do saber que os especialistas possuíam, como bem indicam as crônicas de Paulo Rubião Meira e os artigos da *Revista Médica*.

Em São Paulo, este discurso regenerador integrava-se à imagem grandiosa que se queria atribuir ao Estado, apresentado como modelo para o resto do país. O autor explicita o processo de constituição de uma rede de instituições que deveria assegurar a excelência paulista na área médico-sanitária. Atribui o devido destaque à figura de Emílio Ribas, diretor do Serviço Sanitário paulista e que liderou uma verdadeira cruzada em prol da centralização dos órgãos de saúde na esfera estadual, o que deu margem a sérios embates políticos, decorrentes da diminuição da autonomia municipal. Estas questões são abordadas em toda sua complexidade, o que permite discernir dificuldades e impasses das proposituras oficiais, que obtiveram vitórias localizadas contra certas doenças, mas foram incapazes de enfrentar outras, como a lepra.

O rápido crescimento urbano e demográfico, as transformações sociais e econômicas conhecidas pela cidade de São Paulo na passagem do século XIX para o XX compõem o cenário no qual se deu a atuação do poder público, que tentava ordenar e disciplinar esse espaço em permanente mutação. As intervenções urbanas, as prescrições em relação às ruas, sarjetas, bueiros, jardins, casas e edifícios fornecem valiosas pistas a respeito dos ideais que moviam autoridades, higienistas e planejadores. Entretanto, o afã de tudo regradar e controlar, tão bem expresso nos discursos dos especialistas, esboroava-se diante de uma realidade muito mais complexa e dinâmica do que a construída nos sonhos totalizadores. Com particular acuidade, André Mota conduz o leitor tanto aos bairros elegantes, com suas casas ajardinadas, cercadas de praças e parques, como aos cortiços, às ruas sem calçamentos, nas quais lixo e insetos se acumulavam, às fábricas sem iluminação, ventilação ou segurança.

Ao imenso desafio que a cidade impunha há que se acrescentar as disputas políticas entre as diferentes instâncias de poder, os embates dos vários órgãos públicos encarregados de levar a cabo a política de saúde pública e os limites orçamentários. Se não bastassem as dissensões internas, o habitante

da cidade, a quem se dirigiam todos os esforços, longe de ser um dócil receptor das medidas, antepunha-lhes resistências, como bem nos mostra o autor. No lugar de um avanço progressivo e constante no controle das doenças e das condições de higiene e salubridade, o que se revela é um trajeto tortuoso, pontuado de tropeços e recuos, atestado, por exemplo, pelo recrudescimento de males como a varíola, o qual as estatísticas apresentavam como resolvido ou, pelo menos, controlado, ou a inglória batalha contra os animais que perambulavam pela cidade.

Para tornar patente as tensões, dissonâncias e embates que envolviam as instituições médico-sanitárias paulistas e seus representantes, André Mota analisa, com riqueza de detalhes, duas iniciativas fundamentais: A Liga Paulista contra a Tuberculose, encabeçada por Clemente Ferreira; e a criação dos cursos de Medicina na capital, que teve em Arnaldo Vieira de Carvalho figura das mais proeminentes. Ao explicitar dissensões e choques de interesses, o autor relativiza a leitura que insistia em glorificar os feitos paulistas no campo da higiene, expondo limites e dificuldades não revelados pelo discurso cientificista triunfante e pelos relatórios oficiais.

A cuidadosa análise de André Mota está em consonância com as palavras do poeta Carlos Drummond de Andrade, para quem o historiador é aquele que “veio para contar o que não faz jus a ser glorificado e se deposita, grânulo, no poço vazio da memória”.

TANIA REGINA DE LUCA  
Departamento de História, Unesp/Assis



## Introdução

*La ciencia es un valor porque hemos hecho de la racionalidad en valor para nuestra existencia, un valor vinculado a otros valores que son importantes para nosotros. Lo que vemos así con más claridad, en el peligro que no ha desaparecido, es que el hecho de haber elegido la racionalidad, que es un gesto fundador, no vale para siempre. Hay que renovarlo constantemente.*

JEAN STAROBINSKI

Estudaremos aqui os discursos, as práticas e as intervenções das instituições médico-sanitárias paulistas entre os anos de 1892 e 1920, com a intenção de flagrar a posição que essas instâncias e seus representantes foram assumindo, por suas posturas e discursos, na erradicação das doenças e no combate às endemias. Pretendemos, assim, desvendar como tais ações e idéias foram sendo elaboradas, simbolizadas e arquitetadas numa relação intrínseca com os projetos de construção da nacionalidade brasileira e da colaboração da corporação médica em instaurar São Paulo como expressão maior do progresso econômico, social e racial de todo o país<sup>1</sup>.

A historiografia nas últimas décadas vem incorporando os estudos em torno da medicina e da saúde pública<sup>2</sup>, com a nítida preocupação de desven-

1. Esse livro é resultado da Tese de Doutorado: “Tropeços da Medicina Bandeirante, São Paulo 1892–1920”, defendida em 18 de abril de 2001 pelo Departamento de História - FFLCH-USP, sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Esmeralda Blanco Bolsonaro de Moura e financiada pelo CNPq.
2. Maria Amélia Dantes, “Os Positivistas Brasileiros e as Ciências no final do Século XIX, em Amélia Império Hamburger *et al.*, *A Ciência nas Relações Brasil-França 1850-1950*, Ana

dar as modalidades assumidas pela interferência estatal na sociedade brasileira, e mostrando que a medicina teve responsabilidade central de domínio social não como um movimento autônomo, mas, ao contrário, como sustentáculo dos interesses dominantes do sistema em que se inseria. Dessa forma, a profissão médica e os símbolos gerados por sua prática devem ser compreendidos para além da aparência imediata dos discursos formulados, entrevendo, nos “fatos médicos”, situações de vida social e incorporação de representações da política vigente<sup>3</sup>.

Para isso, acompanhamos o direcionamento das articulações traçadas e implementadas pela saúde pública paulista, com seus poderes ditos medicalizadores da sociedade, a partir de seu projeto original em 1892. Contudo, paralelamente, uma série de limites e empecilhos não permitiram que esse projeto chegasse ao ponto que se lhe idealizou, impondo novas posturas e interpretações muito peculiares a respeito do grau de excepcionalidade sanitária e médica – tida, no início do republicanismo, como uma das maiores expressões do poder que São Paulo concentraria.

O aprofundamento dos estudos em torno dessa problemática aproximou-se de um outro debate, que envolvia a construção da nacionalidade brasileira e somava questões referentes ao pensamento em voga na época, segundo o qual São Paulo era o centro civilizador e fundador de um Brasil progressista e nitidamente superior. Significativamente, a cientificidade das tecnologias empregadas e as alterações que se iam configurando seriam uma evidência de que essas modificações tinham, na visão da elite médica e política, uma estreita relação com o próprio destino histórico paulista. Ora, por sua origem desbravadora e progressista, não teria São Paulo encontrado, na constituição e execução de sua aparelhagem médico-sanitária, uma força civilizadora que orientaria a locomotiva da nação rumo ao progresso?

Nesse sentido, o material levantado e organizado buscou, na pluralidade das fontes, a aproximação de uma história que compreendesse a organização médica e sanitária paulista – com suas atribuições, dificuldades e limites institucionais – e a configuração paralela de toda uma representação em torno de uma tradição de êxito e glória, ligando-se, num plano político, à idéia de “sampaular” o país, ou seja:

Maria-Goldfarb e Maria Roxo Beltran (orgs.), *Escrevendo a História da Ciência: Tendências, Propostas e Discussões Históricas*.

3. Lilia Blima Schraiber, *O Médico e Seu Trabalho: Limites da Liberdade*, p. 21.



(...) integrar as economias dos outros Estados ao capitalismo mundial e manter intocadas a hegemonia e a liderança econômica do Estado de São Paulo. (...) A única modernização possível viria através da progressiva *sampaulização*: vinte vagões velhos e atrasados a reboque da locomotiva ansiosa por chegar ao ponto final do progresso<sup>4</sup>.

Analisaram-se aqui o material jornalístico da época, os relatórios oficiais do Estado e do município de São Paulo, relatórios institucionais e correspondências que formulavam e discutiam as medidas a serem implementadas para erradicar moléstias e epidemias e conhecer o cotidiano em que se pautaria essa remodelação.

A partir das intervenções que conformariam um estado higiênico – com sua maior expressão na capital –, acompanharam-se, por meio de revistas especializadas e atas de reuniões da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, os debates e confrontos dentro da própria corporação médica, no sentido da constituição das instituições e da aparelhagem tecnológica que deveria ser empregada, observando as avaliações que serviriam, por um lado, como registro dos desgastes e das contradições encontradas nessa busca de um território higienizado e cientificamente desenvolvido e, por outro, como elementos e formulações capazes de construir simbolicamente o “natural” êxito das ações impetradas. Analisou-se particularmente uma gama documental em torno da Liga Paulista contra a Tuberculose e da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, instituições que estabeleceram relações distintas com a cidade, no que dizia respeito aos problemas sanitários e políticos, mas que conjuntamente ajudaram a representar o poder político paulista.

O período aqui estudado começa no surgimento da institucionalização do Serviço Sanitário, em 1892, e termina no início da década de 1920, quando os dirigentes constataram tanto o “êxito” de sua atuação em todo o território, e principalmente na capital, como também o aprofundamento de conflitos surgidos da necessidade de mudança do modelo tecnológico<sup>5</sup> campanhista e

4. Elias Thomé Saliba, *Ideologia Liberal e Oligarquia Paulista: A Atuação e as Idéias de Cincinato Braga, 1891-1930*, p. 189.

5. Sobre as transformações dos modelos tecnológicos na organização social das práticas de saúde paulista, acompanhar discussões em Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: Características Tecnológicas do Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo*.

policial vigente para o modelo de educação sanitária, o que culminou na Reforma de Geraldo de Paula Souza em 1925<sup>6</sup>.

Com esses propósitos cabe traçar, inicialmente, um rápido panorama das concepções de saúde e doença formuladas pela medicina e por seus profissionais a partir do século XIX, indicativas do poder interventor que emergiu no estabelecimento do capitalismo mundial, com as especificidades brasileiras e paulistas exatamente porque, das fontes do cientificismo médico desse século, articularam-se as propostas de modificação da fisionomia do país, e mais especialmente do Estado de São Paulo.

### MEDICINA E SAÚDE: UM PONTO DE PARTIDA

A história da saúde e da medicina mostrou que, a partir do século XIX, a doença foi normatizada pelo campo da observação clínica e laboratorial, passando a ser concebida como um estado desviante que deveria ser recomposto dentro dos padrões de normalidade e do cumprimento de suas funções vitais num todo orgânico. Para uma melhor aproximação do fenômeno doença, essa visão de organismo era fundamental na compreensão das categorias que determinavam se um indivíduo estava em seu estado normal ou patológico. Segundo suas posições, Madel Luz aponta a constituição e a importância dessas categorias que, naquele momento, eram

fundamento da medicina clínica, a partir do século XIX, sobretudo na segunda metade, com Claude Bernard. É assim que a “identidade real dos fenômenos vitais normais e patológicos”, aparentemente tão diferentes, e aos quais a experiência humana atribui valores opostos, tornou-se, durante o século XIX, uma *espécie de dogma* cientificamente garantido, cuja extensão no campo da filosofia e da psicologia parecia determinada pela autoridade que os biólogos e os médicos lhe reconheciam<sup>7</sup>.

Na ordenação desse pensamento, incorporaram-se a sociologia comtiana e os métodos experimentais de Claude-Bernard, por partirem, tanto do cam-

6. Um importante estudo sobre a atuação de Geraldo Horácio de Paula Souza no Serviço Sanitário é o de Cristina Campos, *São Paulo pela Lente da Higiene: As Propostas de Geraldo Horácio de Paula Souza para a Cidade, 1925-1945*.

7. Madel T. Luz, *Natural, Racional, Social: Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna*, p. 98.

po sociológico como do campo médico, a classificação do ser humano ou da sociedade, segundo seu estado físico, intelectual e moral. Nesse sentido, coligiam-se o estado *normal* do indivíduo e o da sociedade, em função da maior ou menor manifestação de *sintomas*, que nada mais eram, de acordo com essa posição, que a demonstração de *desvios* patológicos. Estes seriam balizados por um “estado-padrão normativo”, uma *ordem* reguladora<sup>8</sup>.

Com vistas a “moldar” todos os homens pelas características preconizadas por dados padrões de normalidade, instituiu-se um outro conceito – o de saúde. Um homem normal seria, por excelência, saudável. Assim como a ciência e as práticas médicas, várias outras esferas da vida humana foram assumindo a busca dessa normalidade, que preconizava a preservação do corpo são e da mente sã. Para tanto, Ayres afirma que houve uma “invasão do espaço privado por um espaço público colonizado pela racionalidade técnica”, tendo como consequência “a descaracterização da legalidade sionatural da saúde como objeto da higiene. Essa descaracterização refere-se, e não poderia ser de outra forma, tanto no plano das práticas como dos saberes (...)”<sup>9</sup>.

Surgia uma nova forma de controle sobre os indivíduos que, como lembra Foucault, não operava apenas sobre sua consciência ou pela ideologia, mas sobretudo no corpo e com o corpo. O corpo era uma realidade biopolítica, responsabilidade de uma medicina definida como estratégia biopolítica<sup>10</sup>. Para isso, criavam-se órgãos burocráticos e instituições de desenvolvimento tecnológico e de pesquisa, permitindo a ação dos profissionais da medicina e dos cientistas. Estes profissionais pensavam e intervinham naquilo que diagnosticavam como doença, buscando meios de extirpá-la quer do corpo humano doente, quer do corpo social visto em seus enganos, insensatez e ignorância<sup>11</sup>.

A medicina criou um campo de ação com o objetivo de formular novas balizas na conceituação da sociedade vigente, enquadrando e controlando o homem e seu corpo, a partir de critérios que lhes designariam um estado normal ou patológico de “estar no mundo”. O médico era, em grande medida, o protagonista de todo esse rigorismo científico implantado, controlando cada vez mais as normas adotadas.

8. *Idem*, p. 111.

9. José Ricardo de C. M. Ayres, *Epidemiologia e Emancipação*, p. 115.

10. Michel Foucault, *Microfísica do Poder*, p. 80.

11. Sobre a organização médico-científica dentro da estruturação capitalista, acompanhar discussão em Massako Iyda, *Cem Anos de Saúde Pública: A Cidadania Negada*.

Nessa composição de ações, leis e instituições, o médico era responsável, a partir da segunda metade do século XIX, pelo cuidado individual e coletivo de uma sociedade consumida pelas doenças e epidemias que avançavam por todos os pontos onde o capitalismo fincava suas fundações. Se as epidemias sempre existiram na história da humanidade, esse foi um momento ímpar para tais fenômenos, devido a um deslocamento populacional nunca visto para regiões longínquas ou inóspitas, tidas como fontes exploradoras e produtivas<sup>12</sup>. Dessa forma, impunha-se à ciência médica a:

necessidade de desenvolvimento de novas técnicas de maior reprodutibilidade (na formação de novos médicos), e eficácia (na intervenção sobre a doença), para dar conta das demandas. Necessitava-se, portanto, de novos conhecimentos sistematizados a partir de observações realizadas na própria prática, sendo a anatomia patológica no início do século XIX, a fisiologia no meio do século, a teoria bacteriológica e, ainda, a terapêutica específica no final do século XIX e início do século XX, as produções sistematizadas, em paralelo com a prática médica<sup>13</sup>.

O estudo sobre as raízes sociais que conformaram o trabalho médico com os moldes capitalistas afirma que a medicina aparecia como prática reiteradamente efetivada nas sociedades humanas, como ação humana, como atividade de uma parte dos membros de uma sociedade através da qual se definiam como pertencentes a ela, na medida em que também logravam reproduzir sua existência, valendo-se dos meios nela produzidos em conjunto para esse fim<sup>14</sup>.

Dentro dessa concepção, a profissão médica tinha a importância substancial na apreensão da extensão do problema desenhado na constituição e validação da medicina. As definições desenvolvidas por Starr e Schraiber em seus respectivos trabalhos demonstram a distinção do médico diante de outras profissões científicas, em função da complexidade de sua imagem e das expectativas em torno de seus instrumentos tecnológicos e científicos de trabalho.

12. Maria Cecília F. Donnangelo, *Medicina e Sociedade: O Médico e Seu Mercado de Trabalho*.

13. Ana Silvia Whitaker Dalmaso, *Estruturação e Transformação da Prática Médica: Estudo de algumas das Características do Modelo de Trabalho na Segunda Metade do Século XIX e Início do Século XX*, p. 25.

14. Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, *Medicina e História: Raízes Sociais del Trabajo Médico*, p. 21.

Starr mostra dois pólos possivelmente responsáveis, na segunda metade do século XIX, pela abrangência das forças que conferiam autoridade hierárquica à profissão médica:

internamente, como resultado de mudanças na estrutura social e do desenvolvimento científico, a profissão ganhou coesão até fins do século XIX e teve maior êxito em afirmar seu direito a suas pretensões. Com o aumento dos hospitais e da especialização, os médicos se viram mais dependentes uns dos outros [e], quanto a diagnosticar pacientes, (...) uma maior coesão fortaleceu a autoridade profissional<sup>15</sup>.

No entanto, diante dessa autoridade profissional, como se representava socialmente a figura do médico? Segundo Schraiber, esse fenômeno se remete ao momento específico da constituição da medicina moderna, quando a prática médica, com todas as mudanças sociais, se consolidava como profissão, o que significava ter uma intervenção técnica nuclearmente apoiada na atuação de seu agente para a produção de trabalho.

A profissão médica distinguia-se das demais profissões técnicas não só pela demanda de qualificações específicas ou pelo conhecimento científico envolvido, mas antes por normas de conduta internamente estabelecidas, definindo uma moral resultante de sua prática e da implicação de uma sabedoria no uso de seus conhecimentos e valores éticos. Essa marca, que diferenciava o médico de outros homens, pode ser resumida na noção de *dom*, ou seja, uma noção que

ultrapassa conquistas escolares de qualificação, para mesclar com esta, em certa dominância, elementos não materialmente identificáveis, de caráter transcendental, metafísico. O *dom*, neste sentido, ou a aptidão, não se adquire: “tem-se” na própria natureza, seria natural; não, porém, para toda a espécie humana, mas como rara propriedade (inexplicável) de alguns<sup>16</sup>.

Esse *dom*, do qual estaria impregnado, carregava-lhe distinção entre as outras profissões e autoridade frente a uma sociedade hierarquizada, que o autorizava a garantir o preparo e a direção de toda a sociedade e, por que não?, de toda a humanidade. A consecução dessa liderança atuava em duas

15. Paul Starr, *La transformación Social de la Medicina en los Estados Unidos de América*, p. 33.

16. Lilia Blima Schraiber, *op. cit.*, p. 151.

frentes de controle: as próprias ações impetradas e a relação com o *corpus* social. A primeira dizia respeito à aceitação, pelos dependentes do trabalho médico, de suas indicações, que deviam ser obedecidas, e a segunda, à previsão das conseqüências que sofreriam se não correspondessem às exigências colocadas<sup>17</sup>.

A partir desse poder conferido aos médicos e às suas instâncias normativas, as políticas públicas de saúde incorporaram-se ao planejamento das cidades e das zonas rurais sob a forma de combate sistêmico das doenças, domínio e saúde do corpo social: o médico tornou-se cientista social, integrando, à sua lógica, a estatística, a geografia, a demografia, a topografia e a história, e planejando o mundo urbano, já que as grandes transformações da cidade estariam, a partir de então, ligadas à questão da saúde<sup>18</sup>.

#### SAÚDE PÚBLICA: UMA ESTRATÉGIA DE PODER

Em sua clássica obra sobre a história da saúde pública, George Rosen é acompanhado pela convicção de que os maiores problemas de saúde vividos pelo homem durante toda a sua história vinculam-se à organização comunitária e à estrutura social desenvolvida. Dessa forma, a confluência histórica dos contornos encontrados na contenção das epidemias, a partir da melhoria do ambiente físico, da provisão de águas, da assistência médica e outras medidas originou o que hoje se conhece por Saúde Pública<sup>19</sup>, área que se nutriu de dois instrumentais básicos de ação no *corpus* social, a epidemiologia e a clínica<sup>20</sup>, ambas amparadas pela racionalidade médica e científica desenvolvida nos séculos XVIII e XIX.

Esse momento peculiar, cunhado em torno da medicina e da saúde pública – com seus paradigmas científicos, instrumentos de observação e demandas sociais –, liga-se, num plano mais geral, às alterações impetradas durante a chamada Segunda Revolução Industrial, que modificou todas as relações estabelecidas nos campos econômico, social, político e cultural<sup>21</sup>.

17. Paul Starr, *op. cit.*, p. 23.

18. *Idem*, p. 155.

19. Cf. George Rosen, *Uma História da Saúde Pública*.

20. Cf. Naomar de Almeida Filho, *A Clínica e a Epidemiologia*.

21. Cf. Bernhard J. Stern, “A Saúde das Cidades e o Primeiro Movimento de Saúde Pública”, pp. 83-94.

Nascia uma série de necessidades para viabilizar as novas exigências do capitalismo, no sentido de favorecer investidas imprescindíveis para a afirmação de produção nos moldes industrial, agrário-exportador e imperialista, como se deu em regiões da América Latina, da África e da Ásia<sup>22</sup>.

Os modelos derivados das políticas dos países produtores e organizadores do sistema capitalista invadiam todo o planeta, ganhando abrangência diferenciada, conforme as circunstâncias e seus desenvolvimentos particulares. Esse campo médico normativo e institucional era implantado nas regiões que representavam empecilhos ao capitalismo – e preconizava-se a saúde pública como um dos instrumentos fundamentais de intervenção. Só ela seria capaz de deter epidemias que dizimavam as populações locais, de higienizar e legislar sobre as habitações que abrigavam a maioria dos trabalhadores em torno das indústrias na cidade, de viabilizar a remoção do lixo que era acumulado nesses espaços e mesmo de controlar a movimentação social a partir do esquadramento e da normatização dos espaços público e privado.

Por meio de institutos médicos e de pesquisa analisavam-se, paralelamente, casos específicos de doenças e moléstias nos imensos territórios colonizados ou dominados, por procedimentos já desenvolvidos em pesquisas laboratoriais<sup>23</sup>. A chave que abriria as portas do mundo a ser conhecido e explorado seria cunhada pelo campo médico, que disporia de meios eficazes para alterar as condições que obstassem a sistematização do que se almejava nos planos econômico, político e social.

Essa produção médico-científica tinha caráter internacionalista e cosmopolita, constituída por meio dos encontros, congressos e convenções em que diversos países apresentariam seus mais novos estudos, pesquisas e descobertas, possibilitando, pela troca dos conhecimentos adquiridos, maior agili-

22. A compreensão de que as medidas de cunho médico-higienista desses espaços vinculam-se às estruturações do modelo imperialista e colonialista adotado por muitos países em diversas partes do mundo baseia-se numa conceituação de Said, que se refere a elas como “a prática, a teoria e as atitudes de um centro metropolitano dominante governando um território distante: o colonialismo, quase sempre uma consequência do imperialismo, é a implantação de colônias em territórios distantes”. Assim, pensar as investidas médicas nesses espaços é também conectá-las a todo um aparato social, político e cultural de molde imperialista na posse territorial e no controle do espaço e das pessoas. Para o aprofundamento dessa discussão, ver Edward W. Said, *Cultura e Imperialismo*, p. 40.

23. Cf. R. Elmassian et Uriza, *Note sur une maladie sphacellaire des bovidés du Paraguay* e J. Rodhain, C. Pons e F. van den Branden, *Etats de traitement de la fièvre récurrente d'Afrique par l'arsenobenzol (606): Reaction meningée de la tick fever chez l'homme*.

dade e melhor controle dos quadros sobre os quais se debruçava tal produção. Como disse Bynum, ciência médica e internacionalismo podem ser vistos caminhando lado a lado<sup>24</sup>.

Contudo, nesses encontros, verificava-se a preponderância de alguns países, pelo incremento científico que impetravam em suas possessões coloniais<sup>25</sup> e pela legitimidade de seus campos de atuação a partir das ações em regiões que gravitavam em torno de suas influências. Significativamente, no *Congresso de Higiene* de 1889, em Paris, os balanços de diversos países e suas conexões com a comunidade científica internacional expressavam os caminhos que vinham sendo adotados. O Brasil estava representado, denotando melhoras na higiene urbana de sua capital, graças à presença científica européia e à adoção de suas prerrogativas:

O Brasil, se possui um nível de progresso de sua higiene moderna, o possui depois das descobertas dos cientistas Pasteur e Koch. (...) O regulamento sanitário de 3 de fevereiro de 1886 fez cessar todos os inconvenientes dos antigos regulamentos que estavam em vigor, criando novos e importantes serviços para a fiscalização e o estudo das questões de higiene no Brasil<sup>26</sup>.

Por fim, some-se aos compassos dessa rede médico-científica sua disposição como articuladora da chamada nação<sup>27</sup>. Ficava patente, com os desdobramentos políticos da virada do século XX, que todas as ações imperialistas, colonialistas e de influência no mundo eram regidas pela afirmação nacional. Essa nação que pode ser entendida em diversas esferas, quer como uma comunidade política imaginada, limitada e soberana<sup>28</sup>, mas

24. W. F. Bynum, *Science and the Practice of Medicine in the Nineteenth Century*, p. 144.

25. Com a aproximação da I Guerra Mundial e as rivalidades nascidas nas possessões coloniais, houve um certo distanciamento entre as resoluções tomadas não só pelas estratégias do domínio espacial e das populações nativas, mas também pela maneira com que se foram encarando as formulações no controle e na erradicação das doenças.

26. *Congrès International d'hygiène et de Démographie a Paris en 1889*, Paris, Bibliothèque des Annales Économiques, 1890, p. 906.

27. Estudo profundo em torno do tema foi organizado por István Jancsó em *Brasil: Formação do Estado e da Nação*.

28. A nação seria imaginada “porque nem mesmo os membros das menores nações jamais conhecerão a maioria de seus compatriotas, nem os encontrarão, nem sequer ouvirão falar deles, embora na mente de cada um esteja viva a imagem de sua comunhão”. Seria limitada “porque mesmo a maior delas, que abarca talvez um bilhão de seres humanos, possui fronteiras finitas, ainda que elásticas, para além das quais se encontram outras nações. Nenhuma nação



igualmente como um grupo grande, territorialmente ligado culturalmente<sup>29</sup>, tinha na medicina e na saúde pública os instrumentos centrais para tais afirmações e correspondência com o mundo do progresso, da ciência e da modernização.

#### A MEDICALIZAÇÃO DA SOCIEDADE: CONVERGÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS

O poder da medicina e das instâncias técnicas e científicas – seu controle e influência em todas as dimensões sociais, principalmente no mundo urbano – foi conceituado como *medicalização da sociedade*. Esse conceito, como tradução da força dos órgãos médicos e de saúde a partir do século XIX, é de extrema importância por definir os limites ou não desses órgãos.

No Brasil, sua compreensão foi muito influenciada pelos estudos foucaultianos, respaldados na idéia de um poder total, outorgado principalmente às instâncias médicas a partir do século XIX, que invadiriam a sociedade, dominando todas as esferas da vida humana. Segundo o controvertido trabalho *Danação da Norma*, esse poder, reconhecido nas práticas e na ciência médicas, ganhava, nos desdobramentos de suas ações e nos resultados obtidos, um espaço cada vez maior que

(...) em tudo intervém e começa a não mais ter fronteiras; é a compreensão de que o perigo urbano não pode ser destruído unicamente pela promulgação de leis ou por uma ação lacunar, fragmentária, de repressão aos abusos, mas exige a criação de uma nova tecnologia de poder, capaz de controlar os indivíduos e as populações, tornando-os produtivos ao mesmo tempo que inofensivos<sup>30</sup>.

Com os desdobramentos dos trabalhos e reflexões em torno dessa discussão, foram se apresentando novas formulações, as quais indicavam novos

se imagina coextensiva com a humanidade”. E seria soberana “porque o conceito nasceu numa época em que o Iluminismo e a Revolução estavam destruindo a legitimidade do reino dinástico hierárquico, divinamente instituído. Finalmente, a nação é concebida como uma comunidade com um companheirismo profundo e horizontal”. *Benedict Anderson, Nação e Consciência Nacional*, pp. 15-16.

29. Anthony D. Smith. “O Nacionalismo e os Historiadores”, pp. 185-208.

30. Roberto Machado *et al.*, *Danação da Norma: A Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil*, p. 156.

critérios para a consideração desse domínio medicalizador. Antunes criticou o uso do termo “medicalização da sociedade”, exatamente por fincar-se ainda numa concepção de poder totalizador, notando sua insuficiência para determinados estudos que colocavam limites nas articulações e manifestações de cunho médico e sanitário no Brasil:

(...) se os médicos não conseguiram impor a maioria das medidas que aventaram no âmbito da moral, a título de uma profilaxia das doenças. Vimos que tampouco eles estiveram de acordo entre si sobre cada uma dessas medidas; em outras palavras, não se deixaram orientar por um programa de ação logicamente ordenado. Se não podemos concluir que a sociedade tenha sofrido as modificações exigidas pelos médicos, ou que tenha experimentado um processo de transformação dirigido pela medicina, se não podemos concluir, também, que as várias propostas de mudanças apresentadas pelos médicos estivessem organizadas em um plano integrado, então como falar em “medicalização da sociedade”?<sup>31</sup>

Com questionamentos dessa ordem<sup>32</sup>, a tomada de decisões no sentido de garantir que a sociedade estivesse medicalizada é de importância decisiva para a apreensão das políticas de saúde implementadas, porque evidencia conflitos e controvérsias, nascidos dentro da própria corporação médica, sobre quais seriam as medidas mais corretas e eficazes no combate às epidemias, e quais as diretivas na organização social<sup>33</sup>.

Com esse interesse, tentamos compreender o poder medicalizador da sociedade por meio das representações que a medicina formulava a partir da própria história em que se inseria e para a estrutura capitalista que favorecia seu surgimento<sup>34</sup>, percebendo os limites e a mobilidade do conceito medicalizador, que ganha ou perde elementos constitutivos desse poder e sofre modificações que variam segundo as condições da prática médica e da exten-

31. José Leopoldo Ferreira Antunes, *Medicina, Leis e Moral: Pensamento Médico e Comportamento no Brasil (1870-1930)*, p. 274.

32. A historiografia também impôs alterações a essa concepção, apresentando novas dimensões de análise e compreensões diferenciadas desse conceito e partindo de outras possibilidades, por meio de estudos que privilegiavam, por exemplo, a cultura material no universo simbólico das práticas cotidianas ligadas à cura e outros elementos disponíveis para tal intento como plantas, animais e objetos fluidos. Cf. Márcia Moisés Ribeiro, *A Ciência dos Trópicos: A Arte Médica no Brasil do Século XVIII*.

33. Cf. Sidney Chalhoub, *Cidade Febril: Cortiços e Epidemias na Corte Imperial*.

34. Cf. Maria Cecília F. Donnangelo e Luiz Pereira, *Saúde e Sociedade*.

são de sua rede institucional por cada país e território propriamente delimitado<sup>35</sup>.

No caso brasileiro, os números apresentados e as modificações que foram efetivadas ratificavam os órgãos médicos e de saúde pública como responsáveis pelos incrementos capitalistas a partir da conjuntura política e econômica estabelecida, fundindo a ciência médica com os destinos históricos que o país, e particularmente alguns Estados, alegavam ter. Dessa forma, nascia, paralelamente às ações realizadas, um corpo simbólico que arrematava outros dilemas como a formação nacional, a definição de um brasileiro civilizado e progressista e a força política e econômica dos Estados nessas questões.

Nesse sentido, o primeiro capítulo traz a análise de projetos que pretendiam viabilizar as intervenções das instâncias médicas nas condições brasileiras de saúde. O poder de regeneração nacional seria prerrogativa da medicina e do sanitarismo, pelo diagnóstico das causas, a partir da retirada do brasileiro de seu estado mórbido para o sadio, pela retificação do que seria o “brasileiro típico” e das formulações que atribuíam ao povo características raciais que impediriam o ingresso do país no mundo do progresso e do desenvolvimento.

Assim, é sumamente importante a análise interpretativa das discussões paulistas sobre o sanitarismo e os apontamentos sobre suas “características peculiares”, pois, diante das necessidades socioeconômicas, o Estado criaria seu próprio projeto sanitário, assumindo independência e situando suas instâncias médicas num plano de excepcionalidade técnica e interventora. Essa empreitada contou com a própria historiografia produzida então, a qual preconizava para São Paulo destinos que não teriam desvios – progresso e distinção marcariam essa trajetória, e todo o aparato médico e sanitário representaria o exemplo dessa marcha.

O segundo capítulo visa compreender como São Paulo alçaria, com seus dispositivos sanitários, esse lugar que presumia “naturalmente seu”<sup>36</sup>. Para isso, acompanham-se a articulação e a direção de toda a aparelhagem tecnológica e

35. Sobre as mudanças científicas transplantadas de Portugal para o Brasil, na virada do século XVIII e XIX, acompanhar Márcia Helena M. Ferraz. *As ciências em Portugal e no Brasil (1722-1822): o texto conflituoso da química*.

36. Sobre a construção da “história paulista”, no período aqui estudado, acompanhar importante balanço historiográfico de Ilana Blaj, *A Trama das Tensões: O Processo de Mercantilização de São Paulo Colonial (1681-1721)*, pp.39-85.

de seus resultados, particularmente na capital paulista, onde centralizou-se o projeto sanitário em ação. Isso porque, mesmo com a presença efetiva, nas principais cidades do Estado, por meio de instâncias médico-sanitárias burocráticas e interventoras, a capital deveria abarcar a maior parte dessas instituições. Na medida em que se transformava, com suas mais novas atribuições, a cidade se destacava como capital sanitária do Estado, onde a maioria dos projetos seria posta em prática devendo construir, assim, o exemplo da cidade higiênica e medicalizada.

Do ponto de vista médico e da própria tecnologia empregada, os resultados deveriam ser positivos e, se houvesse algum desvio de percurso, não seria considerado questão sanitária, mas atribuído à desordem e à ignorância que imperariam em todos os níveis da organização social e política. Esse era o diagnóstico médico. Mas quais seriam as propostas dessas instâncias para reparar as disfunções observadas na cidade de São Paulo? Como seriam erguidas essas instituições e quais eram os critérios utilizados para dar feição organizativa e prática a suas medidas e seus direcionamentos?

Tentando responder a essas questões, o terceiro capítulo focaliza o surgimento e os primeiros movimentos de uma dessas instituições, que tinha o objetivo de sanar uma das principais doenças que se abatiam sobre a população paulistana, a tuberculose, cujo crescimento descontrolado levou as autoridades paulistas de saúde pública a buscarem solução exequível numa instituição especialmente voltada para o caso.

A trajetória da Liga Paulista contra a Tuberculose mostra os limites medicalizadores e as polêmicas levantadas a partir dos encaminhamentos ao combate da tuberculose na cidade. Ao acompanhar sua formação e seu cotidiano, verificam-se diferentes visões de um modelo sanitário adequado para a erradicação da tísica, ao mesmo tempo que se tentava implementar ajustes sanitários e normatizadores. A Liga enfrentou toda sorte de dilemas na constituição de uma concepção erradicadora da peste branca do solo paulistano.

Com diagnósticos que assinalavam o alastramento da doença, a Liga mostrava a melhor maneira de combater o mal, lutando para ganhar reconhecimento institucional frente à sua corporação. A possibilidade da redução do número de casos e as principais condutas para o extermínio da peste branca constituíram, em discursos e avaliações, mais um elemento da excepcionalidade médica que o Estado dizia possuir, e ratificaram-no como expressão da luta contra a tuberculose em todo o Brasil. Nesse contexto crivado de conflitos, dependendo do lugar e do momento, os discursos e as estimativas mudavam

de feições: internamente, tinham entraves evidentes; em exposições e palestras fora do Estado, eram a imagem da harmonia científica e tecnológica.

Esses dados apontam para uma ação sanitária na capital paulistana abraçada pela grande maioria dos médicos locais, formados, entretanto, em faculdades de outros Estados do país ou da Europa. Desde o final do século XIX, membros da corporação médica paulista exigiam uma escola médica que formasse seus profissionais. O principal argumento falava em uma formação que desse conta dos dilemas da modernização e das necessidades capitalistas e cosmopolitas de um Estado que tinha o compromisso histórico de tornar o Brasil uma grande nação.

Frente a tal empreitada, o quarto capítulo analisa a edificação e os primeiros anos de funcionamento da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo (1913-1920), com o fito de compreender a incorporação dessa faculdade ao aparato médico paulista e suas maiores representações progressistas. Também é preocupação deste trabalho observar as propostas que fariam da urbe paulistana campo fértil para o desenvolvimento das prerrogativas exigidas para uma formação médica de qualidade inquestionável. Para isso, os primeiros contornos da criação da Faculdade, mesmo diante de crises e embates, ancoraram-se na presença e na liderança política de Arnaldo Vieira de Carvalho, fundador da instituição, articulador do jogo de forças da política estadual e, no plano corporativo, dos próprios médicos.

A figura do Dr. Arnaldo é central neste estudo. Além de fundador da *novel* faculdade, foi ele quem mediu posturas e derrotou grupos opositores, fazendo valer seu sobrenome e sua trajetória profissional como recursos para pôr em marcha os projetos políticos estaduais e, internamente, da faculdade.

Nesse sentido, identificam-se as saídas que foram sendo descobertas para os impasses cotidianos e os símbolos erguidos como forma de proclamar tal instituição médica como republicana e paulista. Significativamente, a morte prematura do Dr. Arnaldo suscitou um movimento de grandes proporções para fundir-lhe o nome com o da própria faculdade. Mais que isso, sua imagem foi erigida em símbolo paulista diante do país – “ele é nosso”, proclamou um professor da Faculdade de Medicina, nas homenagens em seu funeral.



## CAPÍTULO I

# O Adubo de que Necessita a Árvore da Nação

*A inteligência do amarelado atrofia-se, e a triste criatura vira um soturno urupê humano, incapaz de ação, incapaz de vontade, incapaz de progresso.*

MONTEIRO LOBATO

Em fins do século XIX, a mão-de-obra escrava foi cedendo lugar às grandes levadas de trabalhadores europeus que começavam a chegar e continuariam a aportar por aqui até meados do século XX<sup>1</sup>. As relações de produção passaram a apoiar-se na compra e venda de força de trabalho, desintegrando a estrutura econômica escravista e a sustentação política do sistema imperial, e facilitava, paralelamente, a introdução de técnicas industriais modernas no país<sup>2</sup>.

Os brados republicanos e abolicionistas ecoavam em consonância com as redefinições no jogo das forças políticas, gerando graves embates entre os grupos civilistas e militaristas, as oligarquias dominantes, e mesmo a popula-

1. O crescimento econômico e populacional do Estado de São Paulo na virada do século XX foi significativo, podendo ser expresso a partir dos quadros abaixo:

Porto de Santos	Exportação de café	Crescimento populacional	Estado de São Paulo
1892	40 milhões de dólares	1872	837 000 habitantes
1893	170 milhões de dólares	1900	2 283 000 habitantes

Waren Dean, *A Industrialização de São Paulo*, p. 10.

2. Paul Singer, "O Brasil no Contexto do Capitalismo Internacional, 1889-1930", p. 357.

ção e alguns setores da organização republicana que ignoravam a mobilização dos grupos populares, definindo-os como massa bestializada<sup>3</sup>. Nesse sentido, embora o discurso político tenha tentado forjar uma versão harmônica da construção do novo regime, lembra Maria de Lourdes Janotti que vozes refeedas não deixaram de denunciar o véu que se procurava lançar sobre os conflitos, trazendo a público as injustiças que acompanharam a decretação de vários estados de sítio: prisões de políticos civis e militares, empastelamento de jornais, assassinatos, depredações, além de intenso conflito parlamentar.<sup>4</sup> Com o passar do tempo, o lema “liberalismo e democracia” ia sendo progressivamente firmado em seus alicerces liberais, enquanto os propósitos democráticos<sup>5</sup> eram gradualmente abandonados. Nesse quadro, as instituições médicas e de saúde pública, criadas e legitimadas para “construir o Brasil”, firmavam claramente essas escolhas e suas contradições permanentes.

Nesse momento, as concepções médicas mostravam-se comprometidas em garantir, nos limites de sua competência, membros sadios para uma sociedade liberal e capitalista, modificando a noção que resumia a prática médica em seu propósito máximo de deter as doenças para salvar da morte<sup>6</sup>. Para as elites republicanas dirigentes, o resgate e o cuidado com a saúde do cidadão materializariam a construção da nacionalidade brasileira. Com essa finalidade, o intento dos médicos e das instituições de saúde pública em higienizar as

3. Sobre os estudos e balanços historiográficos dos últimos anos acerca da queda do regime imperial e do surgimento do regime republicano brasileiro, ver Emília Viotti da Costa, *Da Monarquia à República: Momentos Decisivos*; Nilo Odalia, *As Formas do Mesmo: Ensaio sobre o Pensamento Historiográfico de Varnhagen e Oliveira Vianna*; José Murilo de Carvalho, *Os Bestializados: O Rio de Janeiro e a República que Não Foi e A Formação das Almas: Um Imaginário da República no Brasil*; Maria de Lourdes Mônaco Janotti, *Os Subversivos da República*; e Angela Alonso, *Idéias em Movimento: A Geração 1870 na Crise do Brasil-Império*.
4. Maria de Lourdes Mônaco Janotti, “O Diálogo Convergente: Políticos e Historiadores no Início da República”, p. 124.
5. Sobre as características do liberalismo no Brasil pós-independência, os choques provinciais e os dilemas democráticos no Império, ver capítulo 1 – “Patrimonialismo, Liberalismo e Democracia: Ambivalências da Sociedade e do Estado no Brasil Pós-colonial”, em Sérgio Adorno, *Os Aprendizés do Poder: O Bacharelismo Liberal na Política Brasileira*, pp. 33-75.
6. Estudos que abrangem o período colonial brasileiro até meados do século XX, analisando as práticas curativas e a organização da corporação médica no Rio de Janeiro e na Bahia podem ser encontrados em Lycurgo Santos Filho, *História Geral da Medicina Brasileira*, e Roberto Machado *et alii*, *Danação da Norma: A Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil*, *op. cit.*



áreas interioranas e as grandes cidades revelava a preocupação com a constituição de uma raça que fosse brasileira e capaz de integrar toda a nação<sup>7</sup>. Parte das idealizações médicas sobre o Brasil permitiriam mudar uma perspectiva baseada no determinismo biológico e racial, que, devido à mestiçagem, avaliava o brasileiro como inferior e, por isso, sem chance de alcançar alguma civilidade<sup>8</sup>.

Essa nova definição criaria a possibilidade de rever o tema da formação do povo brasileiro e todas as ambigüidades que cercavam essa discussão. Segundo a visão dos médicos e sanitaristas, o suposto conhecimento empírico do povo brasileiro<sup>9</sup> estaria na observação pormenorizada dos níveis de educação, das condições de saúde e moradia, dos costumes e das manifestações culturais. Eis por que a corporação médica aceitava a missão de “restaurar” a sociedade avariada<sup>10</sup>: julgava-se a mais bem aparelhada para desvendar – e combater! – as causas que obstavam o progresso nacional.

Com essa certeza, esses profissionais enfrentariam as ambigüidades que ameaçavam as definições sobre o país que, em alguns momentos, era tido como “o grande erro de Deus”, cujos males alguns atribuíam à terra, outros, à raça e os mais extremados, às duas coisas ao mesmo tempo. O solo seria pobre, o clima, inóspito, a natureza, traiçoeira. Nesse ambiente ingrato, o homem estaria vegetando, mergulhado na indolência e na tristeza. Nada produziu e nada produziria. Polarizava, com essa auto-imagem estéril, a visão idílica e romântica que concebia o país como a nova Canaã, com formosíssimos jardins sempre em festa, onde veraneava um povo sadio e inteligente. A terra era boa. Sob um céu risonho e azul, sulcavam-na remansosos rios que, de momento a momento, despenhavam-se em cataratas prodigiosas, ou, por vár-

7. A discussão proposta neste capítulo também pode ser encontrada em André Mota, *Quem é Bom já Nasce Feito: Sanitarismo e Eugenia no Brasil*.
8. Lúcia Lippi Oliveira, *A Questão Nacional na Primeira República*, e Tânia Regina de Luca, *A Revista do Brasil: um Diagnóstico para a Nação*.
9. Sobre algumas matrizes do pensamento social brasileiro em sua abordagem do espaço urbano no país, em particular no que concerne às relações raciais, étnicas e culturais das cidades, ver José Tavares Correia de Lira, “O Urbanismo e Seu Outro: Raça, Cultura e Cidade no Brasil (1920-1945)”.
10. A discussão sobre os novos caminhos que o Brasil tomava na época, dos pontos de vista material, social e educacional, pode ser acompanhada em Maria Helena Capelato, *Os Arautos do Liberalismo: Imprensa Paulista, 1920-1945*.

zeas ferocíssimas enfeitadas de matas, abrindo suas margens às embarcações que levariam o pão ou o livro de cidade em cidade<sup>11</sup>.

Em meio a esse dilema, o médico teve seus objetivos e poderes ampliados, cabendo-lhe o diagnóstico e o resgate do brasileiro mergulhado nas deploráveis circunstâncias de sua sobrevivência. Essa pauta médica adotou uma posição distinta da noção biológica que via na miscigenação um homem inferior. De acordo com essa postura, o mestiço não era inferior, como rezavam as leis raciais<sup>12</sup>, mas apenas estava sob conjunturas adversas, das quais seria resgatado por meio da saúde, do saneamento e da regeneração moral. Em face da dúvida sobre estarmos ou não destinados ao sucesso como nação, era essa a saída proposta por esses médicos e sanitaristas: desbravar o país para além das cidades e intervir, de modo rápido e austero, nos lastimáveis quadros sanitários e de saúde das regiões interioranas, de modo a acabar com as doenças e pestes que debelavam os “quase brasileiros”.

Como afirmação dessa proposta, produziram-se e apresentaram-se inúmeros trabalhos e documentos sobre a vida do homem brasileiro e a gravidade do quadro sanitário que imperava em diversos pontos do país. Uma obra em particular impactou as elites médicas, principalmente no que tange à formação da nacionalidade. Indicada por Lima e Hochman como uma ruptura nas teses que viam no brasileiro uma natureza ofuscada por suas determinações genéticas, a nova concepção era apresentada por Euclides da Cunha em *Os Sertões*.

As observações de Euclides romperam com o imaginário predominante sobre as origens do “homem da terra”. Numa narrativa peculiar<sup>13</sup>, a obra destaca o sertanejo como um elemento de força, mas frágil por sua carência civilizatória, devido ao descompasso entre as áreas urbana e rural<sup>14</sup>.

Dessa forma, Euclides inaugurava uma posição díspar para o sertanejo,

11. Antonio Ferreira de Almeida Junior, *O Saneamento pela Educação*, pp. 5-6.
12. Sobre as leis raciais que vigoravam no Brasil no século XIX, ver Lilia M. Schwarcz, *O Espetáculo das Raças: Cientistas, Instituições e Questão Racial no Brasil (1870-1930)*.
13. Análise sobre a imbricação que se dá em *Os Sertões* entre ciência e poesia, história e delírio imagético está em Valentin Facioli, “Euclides da Cunha: Consórcio de Ciência e Arte (Carnudos: O Sertão em Delírio)”, pp. 35-59.
14. Nísia Trindade Lima e Gilberto Hochman, “Condenado pela Raça, Absolvido pela Medicina: O Brasil Descoberto pelo Movimento Sanitarista da Primeira República”.

identificado como aquele que realiza uma inversão na compreensão do sertão de seu tempo. Em sua obra, o sertanejo é retrógrado e não degenerado. Seu atraso se deve ao abandono a que foi relegado, e não a condicionamentos e determinações de ordem genética. A civilização seria capaz de sincronizar os tempos sociais do sertão e do litoral, trazendo para o nosso tempo aqueles rudes compatriotas retardatários e a diferença entre tempos sociais poderia ser conciliada pela ação governamental, encarregada de trazer os espaços atrasados e incultos para a civilidade<sup>15</sup>.

Segundo o historiador Edgar de Decca, a militância de Euclides da Cunha com o republicanismo e sua vontade de manifestar em sua obra, sobre a guerra no arraial de Canudos, um grande acontecimento comparável à Revolução Francesa<sup>16</sup> tiveram relevância no pensamento médico, ganhando espaço para suas idéias nas bibliotecas das faculdades de medicina e em suas salas de aula. Esse ponto de vista, somado aos estudos e relatórios formulados por representantes da própria classe médica, levou à formação de uma verdadeira cruzada sanitária, que pretendia curar as doenças e igualmente edificar todos os elementos civilizatórios que não tinham chegado a todo o território nacional. O discurso patriótico mesclava-se em representações que reiteravam, por meio de determinações científicas, a possibilidade de transformação do país. Exemplos como o que acompanhamos multiplicavam-se em revistas e discursos, como o do Dr. Almeida Junior, que lembrava os médicos da extensão imane do território, onde não poderia entrar em cada canto a ação do governo, sendo substituída pela autoridade médica:

ensinai, forçando um pouco a nota da persuasão, a profilaxia de todas essas doenças evitáveis que fazem o nosso descrédito e o nosso atraso; pregai que a maior benemerência é cada um que sabe ler ensinar a um que não saiba; apontai às crianças o caminho da escola e aos moços o ideal da pátria grande e próspera. Enfim, em cada casa onde penetrardes, sede o irmão mais velho<sup>17</sup>.

Com essa promessa restauradora, a partir da década de 1910 assomaram expedições sanitárias em diversos pontos do país, com o intuito de obser-

15. Lúcia Lippi Oliveira, "A Conquista do Espaço: Sertão e Fronteira no Pensamento Brasileiro", p. 201.

16. Edgar S. de Decca, "Euclides e *Os Sertões*: Entre a Literatura e a História", p. 158.

17. Antonio Ferreira de Almeida Junior, *O Saneamento pela Educação*, *op. cit.*, p. 96.

var e levantar a situação em que se encontravam os longínquos rincões e sua gente. Foi para cumprir esse propósito que o Dr. Belisario Penna, juntamente com os doutores Arthur Neiva e Miguel Pereira, divulgou grande parte de suas viagens, empreendidas sob a direção do Dr. Oswaldo Cruz em 1912. Primeiramente, contrário aos que atribuíam ao clima as causas da existência mórbida dos interioranos, procurou revelar outras dificuldades do interior brasileiro. Na defesa das peculiaridades constitutivas do país e rebatendo as máximas deterministas, os relatórios atestavam que não havia uma só região cujo clima fosse incompatível com a vida e a vitalidade do homem – nem uma sequer –, onde ele não se pudesse desenvolver com saúde e energia. Grandes extensões do território nacional tinham climas invejáveis, bem semelhantes ou superiores aos mais reputados da Europa<sup>18</sup>.

O Dr. Penna asseverava que cada região do país tinha os predicados ideais para a formação de um povo capaz, forte e saudável. A natureza imponente devia ser vista como extensão da formação do homem brasileiro. Se ele não espelhava o vigor potente e robusto do meio que o gerara, era preciso esquadrihar outras procedências desse desvio. Para fundamentar suas hipóteses, apresentou as regiões do Amazonas, do Acre e do Pará como símbolos do descompasso entre a pujança da natureza e a debilidade dos recém-chegados nordestinos que, a despeito de serem verdadeiros modelos da força da raça brasileira, tinham a saúde minada pelas condições concretas de vida e de trabalho. Desqualificava mais uma vez o determinismo genético, diagnosticando que: “A Amazônia tem sido um vasto cemitério, um sorvedouro insaciável de vidas preciosas de centenas de milhares dos nossos melhores elementos de trabalho – os filhos do Nordeste –, o único tipo étnico acentuado que possuímos, com apreciáveis qualidades de resistência, de sobriedade, de coragem, de audácia, de inteligência, de capacidade de trabalho e acendrado amor à terra”. Para o Dr. Penna, as levas de nordestinos enviados para a Amazônia, o Pará e o Acre sucumbiam diante das condições que lhes eram dadas, denotando o quanto enfraqueciam ao ser “aboletados como porcos e, de mistura com estes e os bois, embarcados em navios fluviais chamados gaiolas, esquifes ambulantes onde durante trinta ou quarenta dias, pessimamente alimentados, sem recursos medicamentosos, permanecendo a sua odisséia de dores e miséria”<sup>19</sup>.

18. Belisario Penna, *Exército e Saneamento*, p. 14.

19. *Idem*, pp. 11-12.

Arrolou ainda a construção da estrada de ferro Madeira-Mamoré, em 1910<sup>20</sup>, para exemplificar as condições insalubres e a necessidade de uma intervenção sanitária para retirar a população do estado mórbido em que se encontrava. Trazia uma série de narrativas sobre as condições de vida local, com sua população a ratificar as estimativas feitas. A esse respeito, lembrou que alguns moradores dali, aventureiros da borracha, propuseram-lhe uma aposta, de um conto de réis contra mil-réis, se ele encontrasse em qualquer parte do mundo alguém que tivesse nascido ali. Naquelas paragens quase não havia crianças, pois elas não vingavam, sendo raras as que atingiam um ano de vida<sup>21</sup>.

Alargando o conceito de sertão, cabe frisar que essa realidade não se restringia às regiões do norte ou do nordeste. Outras localidades conhecidas como sertão estavam diante desses mesmos dilemas. Segundo Gilberto Hochman, em outras regiões do país, onde quer que se passassem os relatos, as descrições e determinações eram análogas às descritas nas regiões norte e nordeste. Assim, em 1917, perante a Sociedade de Medicina do Paraná, o médico Souza Araújo leu o relatório de sua incursão pelos sertões paranaenses, a serviço do Governo estadual. Segundo ele,

este relato se aproximou bastante das ressalvas dos doutores Penna e Neiva sobre a onipresença das endemias rurais, só que agora no norte do Paraná, área onde se alastrava a malária. Para além das condições precárias de vida, da ignorância, dos fatores ambientais – como a derrubada das matas –, dos fatores econômicos – como a cultura anacrônica do arroz –, o principal fator explicativo da circunstância sanitária dos sertões, tanto do Paraná como de Goiás, é a indiferença das diversas esferas de governo em relação ao caráter endêmico da malária<sup>22</sup>.

Paralelamente a essa preocupação com o chamado sertão, os centros urbanos também foram objeto de uma avaliação sanitária que lhes revelasse as contradições e os descompassos em relação à óptica sanitária. Nesse sentido, a vida na cidade nada oferecia, a não ser o recrudescimento do

20. Sobre a construção da linha de ferro Madeira-Mamoré, ver Francisco Foot Hardman, *Trem Fantasma: A Modernidade na Selva*.

21. Belisario Penna, *Exército e Saneamento*, *op. cit.*, p. 12.

22. Acompanhar discussão em seu importante trabalho: Gilberto Hochman, *A Era do Saneamento: As Bases da Política de Saúde Pública no Brasil*.

mesmo estado doentio das regiões interioranas, principalmente porque dava um falso significado às condições de vida existentes, forçando muitos interioranos a abandonar os campos para congestionar as cidades, vindos acuados pela fome e degradados pela doença, à procura de um emprego precário nas fábricas e indústrias. Estas, por sua vez, viviam escoradas em escandalosas tarifas protecionistas, não para baratear a vida da população e sobretudo a das classes trabalhadoras, mas para atrair esse contingente populacional, atirando-o nos morros das cidades e nos subúrbios sem higiene, em habitações malsãs, em aglomerações ignóbeis, sem água, sem esgoto, sem nivelamento, com ruas cobertas de mato e encharcadas de lama fecal<sup>23</sup>. Por esse balanço, era preciso reforçar a missão dos trabalhos higienizadores das áreas interioranas, para impedir tamanho deslocamento para os centros de aglomeração urbana.

Sobre essa relação campo-cidade, o Dr. Bruno Lobo, diretor do Museu Nacional e professor de Microbiologia da Faculdade do Rio de Janeiro, arrematava as contradições suscitadas por aquela circunstância:

se na Capital da República, a algumas centenas de metros da sede da Profilaxia Rural, no foco de ação dos principais elementos desse serviço, que já devia ter passado do período dos ensaios, a situação se desenha desse modo, não é difícil imaginar o que ocorre na Amazônia, no vale do Tocantins, no São Francisco, sertão da Bahia e Minas e tantas outras regiões, pois em quase todo o Brasil muito há a fazer para auxiliar utilmente o povo no combate às infecções<sup>24</sup>.

Mas as críticas do Dr. Lobo logo receberam os ajustes necessários à “dúbia nação brasileira”. Comparando-a cientificamente a uma árvore, definiu suas raízes e troncos como a produção nacional, fruto do trabalho dos operários e dos agricultores; os galhos seriam os Estados e municípios; as folhas e flores, a população; e os frutos, as classes dirigentes, entre elas, os médicos. Essa árvore nacional tinha a seiva pobre e insuficiente e raízes que não se desenvolviam; pouco ramificava, não tinha força de penetração; seu tronco era fino, seu cerne era mole. Seus galhos eram fracos, tomados de ervas parasitas; a folhagem, escassa e amarelada; e as flores poucas, sem viço nem perfume. Seus frutos diminutos, mirrados e insossos, caíam em grandes quantidades

23. Belisario Penna, *op. cit.*, p.14

24. Bruno Lobo, “Saneamento Rural”, p. 95.

antes de madurecer, e a árvore estava sob a permanente ameaça de fenecer ou de tombar à aproximação de qualquer borrasca ou tempestade<sup>25</sup>.

A salvação estaria no adubo produzido pelos frutos,

e o adubo de que tem urgentíssima necessidade a árvore da nação brasileira é a garantia de saúde dos seus elementos de trabalho e de defesa; é a proteção eugênica das novas gerações contra a doença endêmica que, multiforme e avassaladora, vem ceifando ou definhando as passadas até a presente, sacrificando progressivamente o seu vigor, a sua resistência e a sua vitalidade. Esse é o principal problema nacional – o saneamento e a educação sanitária<sup>26</sup>.

Nessa perspectiva, representando a “força nacional” e com seus dotes profissionais, o médico tentaria cumprir o que dizia ser uma missão própria, exercendo cargos, desempenhando tarefas, ocupando posições estranhas à medicina, que só seriam confiadas a homens tidos como superiores<sup>27</sup>. Amparado por essa confiança e pelos setores organizados para moldar um novo Brasil<sup>28</sup>, o médico deveria continuar insistentemente adentrando os sertões e as cidades, impondo suas estratégias civilizatórias.

Com essa certeza, o Dr. Miguel Couto assinalou a importância de a corporação abraçar essa causa, conclamando os jovens médicos a devolverem à sociedade a pátria restaurada. Em suas palavras:

dois dos nossos mais queridos e reputados mestres já o pediram com inexcusável eloquência: “os que de vós forem para o interior do país, disse Austragésilo, poderão

25. Belisario Penna, *op. cit.*, p. 50.

26. *Idem*, p. 52.

27. Guilherme Ellis, “Discurso Proferido na Sociedade de Medicina e Cirurgia”, em sessão de 07 de março de 1899, p. 91. [grifo meu]

28. Essa luta pela integração nacional a partir das ações de saneamento e medicalização dos espaços, objetivando inclusive salvaguardar as cidades, acabou aglutinando vários setores da intelectualidade e da política, culminando na criação da Liga Pró-Saneamento, em fevereiro de 1918. Sua fundação reuniu membros da Academia Nacional de Medicina, professores da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, cientistas do Instituto Oswaldo Cruz, militares, educadores, juristas e até mesmo o Presidente da República. Os trabalhos que indicam a organização e os efeitos da Liga Pró-Saneamento são de Nísia Trindade Lima e Gilberto Hochman, “Condensado pela Raça, Absolvido pela Medicina: O Brasil Descoberto pelo Movimento Sanitarista da Primeira República”, *op. cit.*, pp. 23-40, e Gilberto Hochman, “Logo Ali no Final da Avenida: Os Sertões Redefinidos pelo Movimento Sanitarista da Primeira República”, pp. 217-235.

iniciar campanhas profiláticas e curativas contra as doenças regionais, porque, como se fazem propagandas religiosas e políticas, poderemos realizar também, com esforço particular, e não somente implorando aos governos, o início da luta feliz contra os parasitas daninhos que destroem o homem brasileiro”. E Fernando de Magalhães: “é preciso que cada um dos médicos reunidos neste Congresso saia daqui com a preocupação de levar até a casa do doente e fazer penetrar profundamente no espírito dos habitantes desta terra a noção de amor ao solo natal”<sup>29</sup>.

Aos poucos esses homens da ciência ganhavam o lugar dos precursores da luta civilizatória nacional, simultaneamente identificada com os emblemas da nação brasileira e de uma predestinação republicana. Com sua presença interventora, seus representantes conquistariam o lugar dos heróis nacionais, como foi o caso emblemático de Oswaldo Cruz, incansavelmente lembrado e identificado pelas elites dirigentes como o pai da bacteriologia e do sanitarismo no Brasil<sup>30</sup>. Nessa construção de simbolismos, forjando uma tradição republicana pautada no cientificismo e na harmonia constitucional, os médicos – com seus “dons especiais” e uma presumida antevisão dos destinos pátrios rumo ao progresso – representavam a força que permitiria a narrativa de parte da história que se formulava.

Exemplarmente, em 28 de maio de 1917, no Teatro Municipal do Rio de Janeiro, Rui Barbosa enaltecia o então falecido Dr. Oswaldo Cruz. Em suas solenes palavras, o homenageado era o ícone da pátria a ser saneada, pois

só os que têm o extraordinário condão, a bem poucos reservado pela natureza, de mover as massas humanas, de lhes comunicar a energia, a vontade, a perseverança, de as incendiar na paixão das suas resoluções, só esses dínamos vivos, cujo poder de influência eletriza nacionalidades inteiras, receberam do Criador o privilégio divino da personificação real da sua raça, e trazem nos lábios inspirados a voz de sua pátria.

29. Miguel Couto, “Discurso Proferido aos Doutorandos em Medicina de 1916 da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro”, p. 95.

30. As discussões em torno desse título e desse lugar conferidos ao Dr. Oswaldo Cruz podem ser acompanhadas em Jayme Larry Benchimol, *Dos Micróbios aos Mosquitos: Febre Amarela e a Revolução Pasteuriana no Brasil*.



Era Oswaldo Cruz “coroado pelo consenso geral dos sábios como ‘um dos grandes benfeitores da humanidade’. É a personalidade que *representa o Brasil moderno e saneado*”<sup>31</sup>.

De acordo com Rui Barbosa, para alcançar esse nobre lugar, ele tinha enfrentado, sem nenhuma dúvida ou conflito, o drama da chamada Revolta da Vacina (1904). Numa exaltação patriótica, elogiava o fato de o Dr. Cruz não ter cedido aos ditos “destemperos do obscurantismo popular e da oposição”. Destemidamente, enfrentara a todos, mesmo que a lei ligada ao projeto de saneamento tenha sido “combatida com indignação, desabrimento e fanatismo, tendo caído no ódio das camadas menos cultas da opinião, indigitada aos rancores populares como o *Código de Torturas*”<sup>32</sup>.

Ainda nas palavras de Rui Barbosa, as posturas adotadas pelo Dr. Cruz representavam a civilização nos trópicos, graças à fé na ciência e na elevação da pátria, encarando toda a oposição<sup>33</sup>, com atitudes firmes e cheias de certeza: “ceder, não cede. Transigir, não transige. Recuar, não recua. Temer, não teme. Confia, persiste, assegura e quer. Um triênio lhe basta; e se, dentro desse breve espaço, não estiver desempenhada com honra a palavra da ciência, a todos os castigos se oferece: ‘arrastem-no pelas ruas, entregando-o aos insultos da multidão como o mais vil dos impostores, e o enforcuem numa praça’”. Por essa interpretação mítica, todas essas ações ultrapassavam sua humanidade ou qualquer concretude dos fatos, levando-o a ser não só um homem da ciência, mas, antes de tudo, um eleito, “um desses leviatãs do sacerdócio consagrado à diminuição dos padecimentos humanos. Essas criaturas amadas e benditas, como ele, devem os milagres da sua obra à ação desse deus interior, o *Entheon* do entusiasmo”<sup>34</sup>.

31. Rui Barbosa, “Oswaldo Cruz”, Conferência realizada a 28 de maio de 1917 no Teatro Municipal do Rio de Janeiro na sessão solene em homenagem à memória de Oswaldo Cruz, pp. 272 e 311.

32. *Idem*, p. 296.

33. Note-se que as referências ao Dr. Oswaldo Cruz se, por um lado, o representavam como o grande civilizador do Brasil e principalmente da Capital Federal, por outro suscitavam críticas ao seu nome, e suas intervenções foram não só gritadas na rua, mas também escritas e reproduzidas por grupos de oposição, como foi o caso da narrativa em torno da imposição legal da vacinação obrigatória em 28 de junho de 1904, do Apostolado Positivista do Brasil: Bagueira Leal, *Notice historique sur la question de la vaccination obligatoire au Brésil*.

34. Rui Barbosa, “Oswaldo Cruz”, *op. cit.*, p. 296.

Tanto quanto a imagem de Tiradentes fora aproximada, pelos republicanos, à figura do “Cristo das Multidões” e do “Mártir da Liberdade”<sup>35</sup>, Oswaldo Cruz foi condecorado como

o *Cristo* da religião do saneamento, o precursor da cruzada patriótica da redenção da nossa raça e da reabilitação nacional; e quando a nossa gente adquirir a saúde, e com ela o vigor físico, a elevação moral, a capacidade produtiva, a consciência dos deveres e direitos, o bem-estar e o gozo de viver; quando ficar provado praticamente que não é inferior a nossa raça, nem inóspito o nosso clima, o Grande Homem passará à história como o maior dos brasileiros e cognominado *Oswaldo Cruz, o Salvador*<sup>36</sup>.

Com expoentes dessa envergadura, a corporação médica se legitimava como a mais apta a resolver as mazelas nacionais, diagnosticando os males e indicando os caminhos a serem trilhados não apenas nas áreas de sua especialidade, mas em todo o conjunto administrativo e social do Brasil:

Todas as doenças, que ora nos assediam, desaparecerão mediante uma campanha inteligente e pertinaz, fundada tanto na atividade administrativa como na cooperação individual; governantes e governados, de mãos dadas para o mesmo fim, unidos pelo interesse coletivo, que nunca se opõe, em essência, ao interesse individual, sanearão a terra, fortalecerão o homem e acabarão de vez com essa atmosfera de dúvida que paira sobre o valor do Brasil e dos brasileiros. (...) A palavra – educação – não é tão pouco compreensiva e tão simples, que por si mesma se resolva. A utilidade do trabalho estará em pesquisar todas as incógnitas. Mostraremos, pois, como, em nosso meio, e para nossa gente, sem apelar para novos e custosos aparelhos, a educação higiênica se resolverá e, com ela, o saneamento do Brasil<sup>37</sup>.

Ser um povo civilizado, nas bases sanitárias e higiênicas, equivalia a alinharmos-nos ao perfil de todos os países tidos como ricos, progressistas e racialmente superiores. Como vimos, o brasileiro teria uma munição civilizatória oculta sob doenças e endemias, que podia ser encontrada em alguns pontos do país. Com tempo e determinação, seria possível identificar

35. Ver capítulo 3 – “Tiradentes: Um Herói para a República”, em José Murilo de Carvalho, *A Formação das Almas: Um Imaginário da República no Brasil*, pp. 55-73.

36. *A Gazeta Clinica*, Anno XIX, nº 5, São Paulo, 1921, p. 20.

37. *Idem*, p. 9.

no brasileiro um “espírito em evolução”, sob a ação da cultura, do estudo e da aplicação. Sua inteligência seria a base sobre a qual se desenvolveriam todas as outras qualidades – era extremamente dúctil, maleável e, por isso, receberia facilmente as impressões benéficas das culturas mais adiantadas, modificando o que precisava ser modificado e desenvolvendo, em graus nunca dantes suspeitados, as qualidades “realmente boas” que possuía. Com essa visão positiva, arriscavam dizer que já se formavam, em alguns pontos do território, aspectos de uma cultura própria, gerando as maiores esperanças<sup>38</sup>.

### PRECAUÇÕES MÉDICAS: O BRASILEIRO COMO AMEAÇA

As noções de patriotismo, dever e lealdade incorporadas ao diagnóstico médico eram algo vagas, ao mesmo tempo davam indícios das dificuldades e dos conflitos sociais que persistiam no cotidiano das expedições e investidas sanitárias. Essa nova narrativa criada, selecionada e institucionalizada era muitas vezes rebatida pelos próprios médicos, ao depararem com a diversidade e a resistência dos grupos populares. Indo além, denunciavam “os riscos” que corriam e sua necessidade constante de proteção diante de um país que permanecia “indefinido”.

Diante dessas incertezas, a pretendida “honra regeneradora”, se é que se a conseguiria, dependia das precauções tomadas na empreitada. Muitas delas eram recomendações e advertências sobre as intempéries a que o médico estava sujeito em seu ofício, e que podiam levá-lo a manchar o altar sacerdotal em que depositaram sua honra e profissão. A incursão ao “mundo selvagem”, para desbravar matas, erradicar doenças e retirar o homem brasileiro de sua letargia, exigia cuidados.

*A Profissão do Médico*, livro publicado em 1916, era um desses alertas. O volume reunia crônicas que o autor, Dr. Paulo Rubião Meira, médico e professor da Faculdade de Medicina de São Paulo, escrevera para *O Commercio de São Paulo* durante quinze anos, e sublinhava algumas das agruras vividas pelo médico brasileiro em seu cotidiano.

Dentre elas, é sugestiva a que diz respeito ao princípio do ofício do médico, movido pelas evocações de embrenhar-se na aventura de civilizar o interior do país. Para o Dr. Meira, o jovem esculápio muitas vezes saía da

38. Miguel Ozório de Almeida, “A Mentalidade Científica no Brasil”, p. 118.

grande cidade em que se formou para os pontos mais longínquos deste Brasil, onde a civilização era desconhecida, onde se vivia como no tempo da pedra lascada. Ali, segundo o Dr. Meira, assassinava-se de dia, em plena praça, com o sol a dardejar seus raios sobre a população; e à noite, de mistura com os homens, os bois passeavam pelas ruas. “Água encanada, gás e esgotos eram coisas de que nunca se falou e que naturalmente deveriam pertencer a terras de outro planeta<sup>39</sup>”. Nesse ambiente, dizia, muitos médicos acabavam se perdendo, degenerando-se, constituindo família e laços de parentesco com aqueles que deveriam ser resgatados de sua condição inferior e posturas condenáveis.

De acordo com essa visão, assim como ganhara ciência e civilização, esse profissional podia também ser influenciado pelo mundo rústico, rodeado por homens “sem nenhuma cultura”. Por isso, para não se corromper, deveria manter cautelosa distância de seus pacientes<sup>40</sup>; em caso contrário, ao fim de certo tempo, ele se identificaria com os hábitos da terra, esqueceria o pouco que sabe, se casaria com uma cabocla – e se perderia. Seus costumes mais cotidianos se transformariam em tudo o que a ciência médica execrava: “quando se despedia de pessoas com que conversava, retirando-se para sua casa, vestido com roupa de brim e calçando chinelos (de dia e na frente dos outros) já dizia, como seus companheiros: ‘Vancês inté logo!’ ”<sup>41</sup>

Sobre isso, a *Revista Médica* localizava em outra esfera os motivos que desvirtuavam o médico nos “sertões brasileiros”. Para aquele que ocupava na sociedade um lugar muito próximo ao do sacerdote, seria impraticável deixar seu rebanho abandonado na escuridão das doenças e da ignorância. Por isso, era preciso lembrar que, quem se aventurasse no que chamavam “fim de mundo” corria o risco de cair na perdição e privar-se

do direito de tomar para si o conselho que dá aos seus clientes, o de abandonar uma localidade infectada, ter de ficar preso ao solo como o servo à gleba, sob pena de

39. Rubião Meira, *A Profissão do Médico*, p. 12.

40. Em um manual popular de prática médica escrito por D. W. Cathel em 1881, *The Physician Himself*, regulamentava-se a diferença que deveria marcar o médico e seu prestígio diante do paciente: “Aparecer em público em mangas de camisa, sem banhar-se e barbear-se, é pouco recomendável porque mostra debilidade, reduz o prestígio, atenta contra a dignidade e diminui a estima do público, obrigando todo o mundo a concluir que, depois de tudo, o médico é uma pessoa ordinária”. *Apud* Paul Starr, *La Transformación Social de la Medicina en los Estados Unidos de América*, *op. cit.*, p. 109.

41. Rubião Meira, *A Profissão do Médico*, *op. cit.*, p. 13.

incorrer no desagrado público como trãnsfuga do dever, e ao exercer a profissão higienista ter de se aproximar, por desempenho de encargo, da fogueira pestilencial, embora saiba que pode ser devorado pelas chamas e reduzido às cinzas do nada<sup>42</sup>.

Mas, se as posturas dos médicos podiam ser “corrompidas”, um outro elemento arrematava essa confusa conjuntura – o enfrentamento e a resistência de muitos pacientes e familiares que, frente ao prognóstico e ao diagnóstico indicados, duvidavam do médico e de seus procedimentos, querendo mesmo participar ou negar as condutas prescritas<sup>43</sup>. Esse tipo de reação, que recusava legitimidade ao profissional e distorcia todo o projeto civilizador idealizado, era apontado como uma grave ameaça ao êxito pretendido. Com muito pesar, relatavam:

raros serão os profissionais que não contem um grande número de desgostos, aborrecimentos e contrariedades, que se fazem notar sobretudo no início do tirocínio clínico. Todos desconfiam dele, a confiança não o impõe aos circunstantes, a todo momento, quando faz uma medicação fora da conhecida, ou pouco vulgar, duvidam de seu preparo, de sua ciência, querem saber se está certo ou não, um inferno, capaz de pôr no hospício muita gente sã. Há doentes mesmo que não deixam se examinar pelo médico. (...) Não crêem que ele saiba alguma coisa<sup>44</sup>.

Ao repelir essa conduta popular frente às doenças, a corporação médica começou a se preocupar igualmente com a fonte desses “conhecimentos populares”<sup>45</sup>. Esses métodos de cura estavam sob a constante mira dos escolápios, que viam neles um entrave para o desenvolvimento e o progresso

42. *Revista Médica de São Paulo*, Anno VI, nº 18, 30 ago. 1903, p. 394.

43. Essa postura resistente pode ser compreendida, a partir de diversas formas de cura e de sujeitos envolvidos. Ver Sidney Chalhoub, Vera Regina B. Marques, Gabriela dos Reis Sampaio e Carlos Roberto Galvão Sobrinho (orgs.), *Artes e Ofícios de Curar no Brasil*.

44. *Revista Médica de São Paulo*, Anno VI, no.18, 30 ago. 1903, p. 18.

45. Práticas definidas por Alceu Maynard Araújo como *medicina rústica*, “resultado de uma série de aculturações da medicina popular de Portugal, indígena e negra. Necessário se faz um conhecimento das influências que ela padeceu: os antecedentes pré-ibéricos, lusos, ameríndios e africanos. Não se deve olvidar os antecedentes que a medicina popular negra recebeu, quando em contato com a África branca – os mouros. E, sem dúvida, o novo ambiente e os novos contatos culturais proporcionaram não só ao branco, mas também ao negro transplantar, bem como ter novas experiências com os elementos que o ameríndio e o novo *habitat* lhe ofereceram”. Em Alceu Maynard Araújo, *Medicina Rústica*, p. 44.

não só da ciência, mas do próprio homem a ela submetido. Ao mesmo tempo, o discurso médico tentava descaracterizar a importância desses curandeiros e mezinheiras, empecilhos que não deveriam apenas ser esquecidos, mas ultrapassados<sup>46</sup>. Nas tentativas de definir o cotidiano de um médico, o tom da narrativa patenteava o grau das interferências e relutâncias:

como é freqüente sermos interrompidos com consultas estúpidas, quando diante do caso em que toda a lucidez de nossa inteligência é pouca! – O doutor por que não aplica uma massa de ovos nas frentes, que dá força e faz passar esse abatimento? Não seria melhor pôr uns sinapismos agora na boca do estômago, para o doente respirar bem? Não será conveniente dar qualquer alimento, para tirá-lo da fraqueza de cabeça que ele tem?<sup>47</sup>

A acuidade profissional era de importância crucial perante aqueles que achavam que “de médico e de louco, todo mundo tem um pouco”. Ao contrário, sua figura deveria destacar-se de todos os homens, numa hierarquia que o colocasse acima desse “mundo louco”; afinal, ele era o responsável por lidar com o equilíbrio e a clareza dos descaminhos da humanidade. Num jogo de inversão, a sociedade seria aquela que deveria saber distinguir como se chegaria à profissão médica, exatamente por ser

mais ou menos tarada; [pois] os gênios que se elevam nas concepções grandiosas do espírito não são normais, e os imbecis, que são legião, são mais ainda que os outros, reveladores de desequilíbrio mental. Mas, de médico é que nós nada temos, sem nos embrenhar nos livros, sem cultivarmos a observação, sem praticarmos a experimentação, que são as alavancas que nos fazem, e nos preparam para o nosso sagrado ministério na sociedade. É portanto falso esse provérbio em sua última conclusão, porque ninguém vá supor que é médico um indivíduo que aplica um sinapismo, que receita um purgante ou que aconselha um suadouro<sup>48</sup>.

De qualquer modo, para além das discussões em torno da missão maior que caberia ao profissional com suas tecnologias, havia um obstáculo político-

46. A luta em defesa da corporação médica, contra a presença de atividades consideradas ameaçadoras à profissão, foi estudada por André de Faria Pereira Neto, *Ser Médico no Brasil: O Presente no Passado*.

47. *Idem*, p. 24.

48. *Idem*, p. 31.

administrativo quase insolúvel e de responsabilidade do próprio Governo federal – a descentralização dos poderes relacionados à saúde pública de diversos Estados e municípios e os choques gerados por toda instância estadual ou federal que tentasse interferir em territórios municipais. Nessa disputa de poder, as organizações médicas ganharam espaço paulatinamente. Nesse primeiro movimento sanitário, os médicos foram barrados, impedidos de intervir em muitas instâncias, o que os levou muitos a desistir da romântica batalha civilizatória, voltando para seus consultórios, faculdades e postos administrativos. A desilusão republicana batia à porta daqueles que se diziam seus maiores representantes. Os assuntos tratados foram extrapolando a erradicação das doenças, urgindo o estabelecimento de novas bases constitucionais, mais permeáveis aos sopros de nacionalidade despertados pela instrumentalização médica. Estados e municípios entraram nessa discussão simultaneamente.

Contudo, paralelamente a tantas incertezas e desilusões, o Estado de São Paulo, a locomotiva sanitária do país, que se distinguiu por dizer-se preparado para essa marcha rumo ao progresso, mostrava possuir os instrumentos ditos ideais e capazes de tal façanha, anunciando melhorias médicas e sanitárias que levariam, a todo custo, o interior e sua capital ao paraíso da higiene e da elevação da raça paulista. Era a “medicina bandeirante” em ação.

### SÃO PAULO: PELOS FRUTOS SE CONHECE A ÁRVORE

Em São Paulo, divulgou-se amplamente o discurso da regeneração da pátria pela eliminação da malária e pela retirada do doente interiorano e rural de sua letargia. Também nas cidades os “exércitos da saúde pública” invadiam ruas e casas, diagnosticando moléstias e determinando melhoras.

O plano sanitário estadual buscava atender às necessidades territoriais particulares, antes de tudo propondo regenerar aquele “filho paulista” que carregava no sangue as insígnias de suas origens bandeirantes do século XVII e XVIII. Em seu clássico estudo sobre a construção mitológica e simbólica dos bandeirantes, Kátia Abud<sup>49</sup> mostrou quanto esse período foi marcado pela idéia de uma linhagem histórica e genética dos paulistas contemporâneos com os pioneiros bandeirantes de outrora.

49. Kátia Maria Abud, *O Sangue Intimorato e as Nobilíssimas Tradições: A Construção de um Símbolo Paulista: O Bandeirante*.

Como acompanhamos, no início do século XX, *Os Sertões* tornou-se um livro obrigatório para essa reflexão, por acreditar na reabilitação do homem interiorano, do qual emergiria uma raça forte, amparada numa tradição que, de muitas maneiras, se remeteria a São Paulo. Bastava acompanhar o percurso de Euclides da Cunha para perceber sua deferência aos paulistas na formação do Brasil. O que o autor chamou de “história do sul” dava indícios da trajetória dessa “altiva gente”. Em suas palavras:

São duas histórias distintas, em que se averbam movimentos e tendências opostas. Duas sociedades em formação, alheadas por destinos rivais – uma de todo indiferente ao modo de ser da outra, ambas, entretanto, evoluindo sob os influxos de uma administração única. Ao passo que no Sul se debuxavam novas tendências, uma subdivisão maior na atividade, maior no vigor do povo, mais heterogêneo, mais vivaz, mais prático e aventureiro, um largo movimento progressista, em suma<sup>50</sup>.

Na origem constitutiva do país, Euclides identificava São Paulo pelo “sangue nobre bandeirante”, responsável pelos traços que fariam do nordestino de determinadas regiões um “desbravador progressista”. A presença do sul nessas paragens teria introduzido características que, por serem modelares de um homem empreendedor, aventureiro e digno, modificariam todas as relações estabelecidas e trariam distinção<sup>51</sup>.

Exemplarmente, na região do vale do São Francisco, teria crescido uma população autônoma e forte, mas esquecida pelos cronistas e viajantes. Eram os diversos grupos de Minas, Goiás, Piauí, Maranhão e Ceará que navegaram o rio São Francisco até o leste da Bahia, cultivando, com o passar do tempo, as virtudes da energia e do entusiasmo. Esses valores, no entanto, caberiam a um grupo específico, os bandeirantes do sul, especialmente de São Paulo, que também atravessaram rios e léguas, trazendo, com a colonização, o que de mais positivo, segundo o autor, poderia existir: seu espírito desbravador.

Euclides da Cunha buscou, na obra *Nobiliarquia Paulista*, de Pedro Taques de Almeida Paes Leme, os fundamentos para suas análises; em suas

50. Euclides da Cunha, *Os Sertões: Campanha de Canudos*, p. 60.

51. Segundo Sevcenko, para Euclides da Cunha, “[São Paulo] tornando-se o pólo animador da expansão territorial e econômica do Brasil através da mineração, das fazendas de abastecimento e da cafeicultura, (...) se consubstanciou no próprio fermento integrador do país”. Em Nicolau Sevcenko, *Literatura como Missão: Tensões Sociais e Criação Cultural na Primeira República*, p. 140.



palavras: “Segundo o que se colhe em preciosas páginas de Pedro Taques<sup>52</sup>, foram numerosas as famílias de S. Paulo que, em contínuas migrações, procuraram aqueles rincões longínquos e acredita-se, aceitando o conceito de um historiógrafo perspicaz, que o ‘vale de S. Francisco já aliás muito povoado de paulistas e de seus descendentes desde o século XVII, tornou-se uma colônia quase exclusivamente deles”.

Ao estrondoso impacto dessa obra e de suas interpretações<sup>53</sup> somava-se a produção de historiadores paulistas como Alfredo Ellis Junior que, no início do século XX, assim como Euclides da Cunha, também lera Pedro Taques ou Frei Gaspar da Madre de Deus (século XVIII), adotando a interpretação dos traços paulistas como responsáveis pelo progresso e balizadores do desenvolvimento. Sobre essa questão, Ellis Jr. lembra que

onde os bandeirantes não viam peias para as suas empresas temerárias, moldou a rudeza nos espíritos paulistas e os adaptou à produção de somas fantásticas de energias, para poder domar obstáculos que se lhe antepunham. Dessa adaptação à luta constante contra os elementos naturais resultou, na psicologia paulista, essa grandeza de iniciativa nas suas empreitadas, que parecem imbuídas de uma inconsciência temerária, que foi o caso do sucesso. Com essa inconsciência da relatividade do esforço empregado, e com essa soma de energias desenvolvidas, venceram todos os obstáculos, bateram os jesuítas, enxotaram os castelhanos, descobriram metais e pedrarias e colonizaram o sertão gigante. Esse potencial de eficiência só poderia ser atingido depois de uma adaptação ao solo com seus acidentes e sua vegetação intransponível.

52. Euclides da Cunha, *Os Sertões*, *op. cit.*, pp. 70-71.

53. A influência de um pensamento dito originariamente paulista e em que Euclides da Cunha bebeu para a construção dessa sua narrativa podia ser encontrada em momentos de sua trajetória pessoal e profissional. Trechos de *Os Sertões* já haviam sido publicados, e provavelmente discutidos anteriormente, pelos órgãos paulistas de que participava o autor: “Alguns trabalhos de Euclides da Cunha, escritos a partir do retorno para São Paulo, são trechos do livro em andamento. Nesse caso estariam colocados os seguintes artigos publicados em *O Estado de S. Paulo*: ‘Excertos de um Livro Inédito’, de 19 de janeiro de 1889, contido depois em *Os Sertões* – ‘O Homem’, com ligeiras modificações; ‘As Secas do Norte’, de 29 e 30 de outubro e 1 de novembro, inserido em *Os Sertões* – ‘A Terra’, com modificações; ‘Fazedores de Deserto’, de 21 de outubro de 1901, onde aparece a idéia de homem como agente geológico, que está presente em *Os Sertões* – ‘A Terra’. Além desses artigos, um trecho de *Os Sertões*, que trata da climatologia na Bahia que integra ‘A Terra’, que foi lido por Euclides da Cunha durante sessão do Instituto Histórico Geográfico de São Paulo, em 5 de fevereiro de 1898”. José Carlos Barreto de Santana, *A Contribuição das Ciências Naturais para o Consórcio da Ciência e da Arte em Euclides da Cunha*, pp. 108-109.

Desse solo formidavelmente vestido e fantasticamente acidentado que os paulistas logo se habituaram a vencer, teria nascido a força bandeirante, que persistia até a abertura das fazendas do século XIX<sup>54</sup>.

Com esse destino traçado, os órgãos de saúde pública organizados em São Paulo no final do século XIX estenderam-se por todo o interior do Estado, erradicando parte das moléstias, higienizando e diagnosticando, na medida do possível, os ambientes insalubres, mas considerando alcançados os seus objetivos maiores. A avaliação positiva decorria do nível tecnológico do projeto médico-sanitário – formação de médicos e especialistas, padrão da aparelhagem, pesquisas e estudos – e do que se considerava a natureza de todo esse processo: a própria origem de São Paulo.

Com essa deferência, todas as doenças deveriam ser expurgadas. E mais ainda, aquele Jeca Tatu de *Urupês* e *Velha Praga* – representante do caboclo interiorano, promíscuo nos hábitos, sem possibilidade de se integrar ao mundo civilizado – seria vencido. Afinal, lembrando Monteiro Lobato, “o Jeca não é assim, está assim”<sup>55</sup>.

Desse conjunto de ações em busca da lei natural que traduzisse o verdadeiro brasileiro, nasceram qualidades que desaguariam num outro Jeca, o mensageiro do Biotônico Fontoura – usando botas, falando inglês –, subindo também ao panteão dos heróis do saneamento do Brasil, e principalmente de São Paulo. Percorrendo uma *via crucis* paródica<sup>56</sup>, naquele momento, representaria mais do que mero garoto-propaganda, o novo Jeca era símbolo de independência e força, para purificar todos os males e doenças.

O Jeca “de agora”, descrito por Monteiro Lobato em vários artigos no jornal *O Estado de S. Paulo* em 1918, não representava um simples regenerado das ações sanitárias e formulações farmacológicas, mas o próprio passado restaurado, a estampa da estirpe bandeirante. Forte e robusto, ele não receberia humildemente as novas posturas que lhe dariam saúde, para cuidar de sua rocinha e de sua família. Era o desbravador de outras terras a sua volta, distinguindo-se dos de fora, produzindo muito mais que seu vizinho imigrante e obtendo um potente telescópio americano para acompanhar o trabalho em sua propriedade.

54. Alfredo Ellis Junior, *Raça de Gigantes: Civilização no Planalto Paulista*, p. 353.

55. Marisa Lajolo, *Monteiro Lobato: Um Brasileiro sob Medida*, p. 54.

56. Elias Thomé Saliba, *Raízes do Riso: A Representação Humorística na História Brasileira (Da Belle Époque aos Primeiros Tempos do Rádio)*, p. 128.

**Oleo de Ricino Medicinal**

---


**"JECA TATU"**

---

Preparado escrupulosamente a frio com sementes novas, pelos processos especiaes indicados para o fim a que se destina. Unico oleo que merece o nome de MEDICINAL pelas qualidades organolepticas e chemicas que possui.

Pedidos aos fabricantes :

**Companhia Mechanica e Importadora  
de S. Paulo.**



**Avenida Rio Branco, 25 - (1º andar)**

RIO DE JANEIRO

Fig.1. Óleo de Rícino Jeca Tatu: curando vários males, 1920.

Fonte: *A Folha Médica*, Ano I, No.5, 1920, p. 40.

Para despertar o ímpeto amortecido pelo “amarelão”, o “Jeca regenerado” fundaria um hospital, incorporando a idéia norteadora de Lobato de que era preciso alcançar a realidade do país de maneira objetiva, como um cientista.

Contudo, nas fotografias dos compêndios de ensino médico e das revistas paulistas especializadas, a imagem do interiorano doente ainda estava diretamente ligada a sua condição de abandono<sup>57</sup>. O tipo social retratado vinculava-se à idéia de pobreza e vulnerabilidade, aos riscos de insalubridade e submoradia. Contudo – e isso é de extrema importância – “as instituições médicas e seus representantes igualmente fotografados em campanhas de saúde, ambientes de laboratório, postos médicos limpos e higiênicos, posavam num cenário da mais absoluta ordem e aparente higiene: ‘Para o doente, a intervenção médica significava a eliminação dos traços característicos do Jeca doente; para São Paulo, o exemplo e a afirmação de uma verdade que deveria ser eternizada’”<sup>58</sup>.

Afirmava-se que, quem chegasse em solo paulista, logo constataria as particularidades da história do Estado, corporificadas em seus habitantes, em suas cidades e sobretudo em suas instituições médicas. Os estrangeiros que aportassem em “terras bandeirantes” deveriam ter as melhores impressões da organização médico-sanitária realizada pelos serviços de higiene e de suas instalações. Segundo os dirigentes, não poderia ser de outro modo, pois o estágio de desenvolvimento de um país se julgava pela expansão de sua instrução pública, que era preparo do futuro da nação, e pelo rigor dos seus cuidados higiênicos, pois a saúde dos habitantes garantiria o presente e preservaria o futuro<sup>59</sup>.

Significativamente, São Paulo sediou o 6<sup>o</sup> *Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia*, em 1907, reunindo médicos de diversas partes do país. No evento, ofereceu-se a cada congressista um guia da cidade, com todos os pontos turísticos, os principais edifícios, restaurantes e mercados. O leitor também encontraria um pequeno resumo da história da capital paulistana, dividido em cinco períodos – a fundação; a vila jesuítica; a “cabeça” da capitania; a capital da província e a metrópole industrial. Nos fatos vividos pela paulicéia, narrados desde seus primórdios, o sangue nobre dos portugueses substituíra o do

57. A imagem de pobreza, miséria e abandono permanente no imaginário nacional, mesmo após a regeneração do Jeca, foi observada por Márcia Regina C. Naxara, *Estrangeiro em Sua Própria Terra: Representações do Brasileiro, 1870-1920*.

58. James Roberto Silva, *Fotogenia do Caos. Fotografia e Instituições de Saúde. São Paulo, 1880-1920*.

59. *Idem*, pp. 81-82.

índio, que, aos poucos, vergou-se à raça branca. Desse cruzamento, teria nascido um espírito desbravador, aventureiro, brasileiro – em uma palavra: paulista<sup>60</sup>.

Em cada período, o guia marcava um momento crucial da elevação do povo paulista em consonância com o povo brasileiro. E apontava um divisor de águas: “o famoso grito do Ipiranga, erguido nos arredores da capital dos bandeirantes por um príncipe ambicioso que, na obra da independência nacional, teria por guia e mentor um dos mais gloriosos filhos da capital de S. Paulo, daí por diante transformada em província do império americano”.

Arrematava assegurando que essa narrativa seria vista como uma obra inacabada: caberia aos representantes “daquele tempo” completá-la. Com o que acumularam ao longo de sua história, tinham uma “missão a desempenhar no evoluir da nacionalidade brasileira. Com elementos diversos, ali estariam se preparando, pelo saber e trabalho, novas gerações de bandeirantes que, com a trolha do labor paciente e tranqüilo, acabariam de fazer a colossal nação que Raposo, Paes Leme e Anhangüera teriam demarcado com suas espadas conquistadoras”<sup>61</sup>.

Naquele momento, como expressão maior daquela história em construção, as instituições científicas e de saúde pública receberiam os louros por suas pretensas conquistas. De acordo com os médicos paulistas, os rígidos princípios da higiene refletiam-se na qualidade dos serviços prestados, nos estabelecimentos sanitários e em hospitais de todo o Estado e da capital. Mesmo com os diversos tropeços, os óbices administrativos e práticos, o Serviço Sanitário, órgão estadual de centralização das políticas sanitárias e higiênicas, tornou-se o centro das atenções médicas e sanitárias do país.

No *Congresso Médico Paulista* de 1916, o guia foi substituído por excursões organizadas em que as próprias autoridades médicas mostravam aos congressistas o grau de desenvolvimento e progresso científico a que chegara São Paulo nos últimos anos. Paradoxalmente, o início do passeio apresentava, com constrangimento, a deplorável situação da Santa Casa de Misericórdia. O único hospital público da cidade transbordava de doentes vindos de todos os pontos do Estado, os quais sobrecarregavam as enfermarias com o dobro de sua lotação<sup>62</sup>.

60. Paulo R. Pestana, *Guia Illustrada da Cidade de S. Paulo por Ocasião do Sexto Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia*, p. 18.

61. *Idem*, p. 22.

62. “Congresso Médico Paulista”, *Revista do Brasil*, Anno I, vol. III, São Paulo, Propriedade de uma Sociedade Anonyma, 1916, p. 406.

Mas, como Virgílio passou pelo inferno e pelo purgatório para alcançar o paraíso, não foi difícil, para os visitantes, adentrar rapidamente outras portas consideradas mais dignificantes. Com esse intento, chegaram ao Instituto Butantã, “com seus belos serpentários e ricos laboratórios, dirigido pelo eminente Dr. Vital Brazil; ao leprosário de Guapira; ao Hospício do Juquery, tido como um dos melhores e mais bem instalados da América Latina”<sup>63</sup>.

Outro expoente das qualidades médicas e sanitárias era a imprensa especializada, caso dos *Annaes Paulistas*, da *Gazeta Clinica* e do *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia*. Sobre eles, afirmou-se que “com uma colaboração sempre variada e interessante, publicando trabalhos de real valor, a imprensa médica de S. Paulo se vai impondo nos demais centros de cultura do Brasil e que queira Deus lhes comunique o gérmen desse entusiasmo pelo trabalho e pelo progresso que se nota nos homens e nas cousas do grande Estado do Sul”<sup>64</sup>.

A excursão não poderia deixar de passar pela Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo e apresentar seus eminentes professores, para que se pudesse “integralizar o ensino superior aos Estados e prover as reais necessidades clínicas de sua crescente população”. Ao referendar sua organização – o rigor de suas disciplinas, suas exemplares dependências como os museus de anatomia, laboratórios de parasitologia, fisiologia, anatomia patológica, física e química –, os visitantes A. Austragésilo e Fernando de Magalhães exprimiram seu júbilo diante das cenas presenciadas:

Agradecendo, manifestaram seu entusiasmo pelo critério com que o Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho, diretor dessa Faculdade de Medicina e Cirurgia, escolheu os professores e organizou o ensino médico em São Paulo, pondo em destaque a cultura, o brilho e o ânimo elevado dos professores, cujo prestígio os membros do Congresso levarão a todo o país e cuja obra finca um marco nas fases do ensino médico brasileiro.<sup>65</sup>

A visita evidenciava a necessidade de levar “os de fora” a reconhecer o quanto São Paulo se distinguia do resto do país<sup>66</sup>. Numa narrativa peculiar,

63. *Idem, ibidem*.

64. *Gazeta Clinica*, Anno XVIII, nº 4, São Paulo, 1920, p. 43.

65. “Congresso Médico Paulista”, *Revista do Brasil*, Anno I, vol. III, *op. cit.*, p. 407.

66. Discurso do Dr. Vital Brasil na inauguração do Instituto Butantan, em 4 de abril de 1914, *Revista Médica de São Paulo*, Anno XVII, nº 9, São Paulo, 15 maio 1914, p. 140.

entremeadas por dados científicos e análises históricas, as autoridades médicas paulistas afirmavam-se conscientes de que a higiene sanitária e racial de São Paulo rivalizaria com as melhores do mundo, e o Estado estava seguro dos benefícios que seus servidores lhe prestariam.

Isso ficaria patente em 4 de abril de 1914, na inauguração do Instituto Butantan. O discurso de seu diretor, o Dr. Vital Brasil, arrolava as diferenças entre a administração paulista e as dos outros Estados:

São Paulo, cioso de seus foros de civilizado, acompanhando com interesse todos os progressos realizados em todos os ramos de atividade, compreendendo bem o elevado alcance moral e econômico de zelar pela saúde de seus habitantes, foi o primeiro dos Estados da União Brasileira que procurou nortear a organização sanitária nos seus domínios de acordo com as modernas conquistas científicas.

As edificações dentro do alto padrão de modernidade técnica e científica eram o critério da elevação ainda maior da civilização paulista. Nas palavras do Dr. Brasil, “o belo edifício que hoje inauguramos, dotado de excelentes laboratórios e de aparelhamento dos mais aperfeiçoados, está na altura da higiene e constitui mais uma eloqüente demonstração da clarividência e boa orientação do governo deste Estado”<sup>67</sup>.

#### INVADINDO O INTERIOR: A ORGANIZAÇÃO SANITÁRIA PAULISTA

Com as fazendas de café, a malha ferroviária e a redefinição das relações de trabalho, São Paulo passou a ocupar, desde a segunda metade do século XIX, uma nova posição no jogo político e ideológico nacional, rompendo definitivamente com a representação de província tímida e pouco desenvolvida economicamente. A partir de então, nascia uma paisagem provincial que abrigava contrastes e tempos diversos, mas interagindo numa dialética de complementaridade – o rural e o urbano, o arcaico e o moderno, mediados pelos trilhos das ferrovias<sup>68</sup>. Com o início da República, as elites paulistas detendo grande parte do capital nacional produzido pela cafeicultura, assumiram várias esferas do poder federal, articulando forças políticas estaduais e

67. *Idem, ibidem.*

68. Ana Luisa Martins, *Os Gabinetes de Leitura da Província de São Paulo (1847-1890)*, p. 185.

simbolizando o progresso e a modernidade do homem capitalista, que reconhecia na ciência moderna e em seus atributos teóricos e práticos as respostas para si e seu mundo. Entre discursos e alusões a essa força tida como natural e progressista<sup>69</sup>, São Paulo se confundia com a nação – o Brasil caminhava a passos largos porque São Paulo era estável e cada vez mais promissora.

Entretanto, no âmbito estadual, com todas as modificações trazidas pelo republicanismo – o surgimento dos Estados, municípios e instituições representantes –, revelavam-se as contradições. As relações entre as instâncias estaduais e municipais caracterizavam-se pela disputa sistemática entre as respectivas forças políticas. Com o processo de urbanização, o desenvolvimento dos meios de comunicação e todos os elementos modernizantes que deveriam gerar laços de interligação e interdependência, a intensidade desses choques estabelecia cadeias de interesses entre comunidades<sup>70</sup>.

Na raiz dessa pendência, primeiramente havia uma dicotomia entre o interior e a capital, entre pequenos centros rurais e cidades mais populosas. Analisando os elementos que erigiram os novos emblemas de cunho liberal-agrário-exportador, inspirados na transição do trabalho escravo para o trabalho livre na economia cafeeira, Sérgio Buarque de Holanda focalizou dois movimentos nas mudanças que vinham ocorrendo: um que tendia a alargar a ação das comunidades urbanas e outro que restringia a influência dos centros rurais, reduzidos, ao fim e ao cabo, a simples fontes abastecedoras, a *colônias* das cidades<sup>71</sup>.

Na mesma direção, havia uma flagrante oposição “entre *os grandes fazendeiros*, moradores dos principais centros urbanos (São Paulo, Santos e Campinas), de um lado, e *a lavoura*, proprietários de terra, habitantes do interior, de outro”<sup>72</sup>. Por essa hipótese, fundava-se um conflito sistemático entre esses grupos, prevalecendo os interesses do primeiro em detrimento das reivindicações do segundo, com um elemento cuja regularidade na Primeira República patenteava as escolhas feitas: “a ausência sistemática de uma política de crédito que livrasse a lavoura (...) do despotismo dos oligopsonos

69. A trajetória histórica desse pensamento foi estudada por Antonio Celso Ferreira, *A Epopéia Bandeirante: Letrados, Instituições, Invenção Histórica (1870-1940)*.

70. Rodolpho Telarolli, *A Organização Municipal e o Poder Local no Estado de São Paulo na Primeira República*, p. 24.

71. Sérgio Buarque de Holanda, *Raízes do Brasil*, p. 173.

72. Renato M. Perissinotto, “Classes Dominantes, Estado e os Conflitos Políticos na Primeira República em São Paulo: Sugestões para Pensar a Década de 1920”, p. 45.



comerciais”<sup>73</sup>. Como moeda de troca, os cofres públicos estavam permanentemente envolvidos nessas querelas, principalmente se pensarmos nas incertezas do mercado de café que, de 1892 a 1929, quase sempre registrava déficit entre receita e despesa: “dos 38 exercícios aí compreendidos, em apenas sete deles deixaram de se registrar déficit; isso nos anos de 1893, 1894, 1896, 1897, 1898, 1901 e 1904”<sup>74</sup>.

Diante dessa tensão, as elites interioranas acusavam o mundo urbano e seus habitantes de parasitas que atravancavam o desenvolvimento de suas regiões. Em estudo sobre a oligarquia paulista e suas ideologias, Elias Thomé Saliba observa, nas idéias políticas e econômicas de Cincinato Braga<sup>75</sup>, um pensamento ruralista dicotômico entre campo e cidade. Para ele, a produção cafeeira identificava-se com os interesses nacionais e o camponês era tido como produtor. Numa posição contrária ao mundo da produção e do trabalho, as classes urbanas teriam o único papel de “consumidoras” e eram reduzidas, por generalização, a “parasitárias”, por dependerem do trabalho do campo<sup>76</sup>. Assim, sob o prisma da desconfiança, parte das elites via “a população das cidades como ‘classes perigosas’, e a cidade como *locus da* desordem social e política, e da improdutividade econômica”<sup>77</sup>.

Na prática, o poder estadual centralista dominava todas as esferas que compunham e organizavam os municípios, usando as medidas legais necessárias para conter poderes locais que não estivessem de acordo com as políticas implementadas e a administração de seus expoentes. O governador podia anular atos municipais que avocasse à sua esfera de poder, cassar deliberações ou posturas municipais que entendesse às leis do Estado ou da nação ou reputasse “prejudiciais” aos interesses de seus cidadãos<sup>78</sup>. Para tanto, pautando-se em favores políticos trocados em momentos de eleição ou dissensões partidárias, indo do âmbito municipal ao nacional, caso estivesse no poder federal.

73. *Idem*, p. 49.

74. Rodolpho Telarolli, *A Organização Municipal e o Poder Local no Estado de São Paulo*, *op. cit.*, p. 119.

75. Elias Thomé Saliba, *Ideologia Liberal e Oligarquia Paulista: A Atuação e as Idéias de Cincinato Braga, 1891-1930*, *op. cit.*

76. Rodolpho Telarolli, *A Organização Municipal e o Poder Local no Estado de São Paulo*, *op. cit.*, p. 46.

77. Luiz Cesar de Queiroz Ribeiro e Aduino Lúcio Cardoso, “Da Cidade à Nação: Gênese e Evolução do Urbanismo no Brasil”, p. 58.

78. Elias Thomé Saliba, *Ideologia Liberal e Oligarquia Paulista*, *op. cit.*, p. 40.

O “fazendeiro de café, que governava o país, não se mantinha no poder pela força militar, mas se ‘eternizava’ no governo graças a uma máquina eleitoral que se estendia por todo o país, mergulhando suas raízes na terra”. O Estado paulista situava-se numa pirâmide cujos poderes se distribuíam pelo “Presidente da República, vindo abaixo o Partido Republicano Paulista (...) e, na base do arcabouço, o ‘coronel’ e sua família, parentes e dependentes”<sup>79</sup>. A precariedade em que viviam os municípios e a maneira que o Estado encontrou para angariar apoio demonstram que a constituição municipal foi erigida sobre uma mescla de liberalismo e coronelismo<sup>80</sup>.

Paralelamente, estabelecia-se o jogo de equilíbrio que o governo estadual deveria manter entre os chefes municipais e o poder central, adotando, para com aqueles, a conduta de deixar que se entredevorassem para depois apoiar o vencedor, o mais forte; para com este, o princípio do apoio constante. Se não o fizesse, corria o risco de ver o governo central dar mão forte à oposição de seu Estado, podendo derrotá-lo<sup>81</sup>. Nesse sentido, era substancial a presença dos municípios, onde se exercitava o fenômeno do *coronelismo*: carentes que eram de autonomia legal e financeira, em tudo dependiam do governo do Estado. Este, por sua vez, em nada beneficiava os municípios, a não ser pelas mãos do chefe político local, delineando o mecanismo dos proveitos recíprocos pelo qual se perpetuava no poder: “os detentores do mando estadual tinham votos garantidos pelo ‘coronel’ que, em troca, via assegurada a sua supremacia no município – que, por sua vez, só através dele se beneficiava dos recursos dos cofres estaduais.”<sup>82</sup>

Mas essa divisão de apoios e o estabelecimento dos limites possíveis para que se dessem as interferências estaduais nos “territórios municipais” foram se esgarçando a ponto de muitos chefes municipais se levantarem contra essas posições. Gradualmente, entre tensões que beiravam o rompimento constitucional, eles apoiaram, nos anos de 1920, um novo partido que se dizia representante dos anseios das cidades interioranas. Buscavam respaldo numa oposição nascida entre grupos que, mesmo identificados com os mem-

79. Rodolpho Telarolli, *Poder Local na República Velha*, p. 33.

80. Os conceitos envolvendo os termos *coronelismo*, *mandonismo* e *clientelismo* podem ser estudados em José Murilo de Carvalho, “Mandonismo, Coronelismo e Mandonismo: Uma Discussão Conceitual”, pp. 130-153.

81. Maria Isaura Pereira de Queiróz, *O Mandonismo Local na Vida Política Brasileira e Outros Ensaíos*, p. 125.

82. Rodolpho Telarolli, *O Poder Local na República Velha*, op. cit., p. 15.

bros do PRP por sua origem social, queriam “republicanizar a República” para, segundo o Partido Democrático (PD), nascido em 1926, “recolocá-la no caminho da virtude”<sup>83</sup>. Além de representar uma nova posição diante do governo perrepista, a formação do PD expressava a importância dos municípios do interior e suas respectivas comarcas. Uma vez localizado o universo social e político em que se inseria o PD, com o apoio das classes médias e dos proprietários do interior, pretendia-se minar as bases de sustentação política do PRP com os votos dos currais eleitorais das próprias forças oposicionistas locais. Afinal, quando se tratava de voto, as armas eram as mesmas usadas até então.

Nesse contexto crivado de revezes, conflitos e indecisões, o governo paulista criou inúmeras instituições para ultrapassar empecilhos ao desenvolvimento econômico em questões específicas, ao mesmo tempo que pretendia atingir um comando cada vez maior sobre todo o território estadual. Da mesma forma, os órgãos de saúde pública estenderam seu projeto no controle dos municípios, a partir de ações interventoras que logo seriam sentidas e repelidas por muitos municípios e comarcas. A implantação de saneamento básico e iluminação, o combate a epidemias e doenças crônicas articulavam-se em dispositivos que almejavam um domínio cada vez mais abrangente dos municípios e de sua população<sup>84</sup>.

#### PODER LOCAL E SAÚDE PÚBLICA: OS LIMITES DA ORDEM

A partir da criação do Serviço Sanitário, em 1891, com sua nova legislação sanitária apresentada em 1892, ressurgiram pendências alusivas à autonomia municipal, de modo a impedir que se implementasse o projeto sanitário

83. Maria Lígia Coelho Prado, *A Democracia Ilustrada: O Partido Democrático de São Paulo, 1926-1934*, p. 23.

84. O conceito de saúde pública que adotamos pode ser entendido como “uma política (social) governamental, articulada às relações entre Estado e o conjunto das classes sociais, em um dado período histórico. Mas aqui acrescenta-se a perspectiva de que aquelas políticas têm se apresentado sob forma de um modelo tecno-assistencial das ações de saúde, constituído a partir do conjunto das opções políticas, colocadas nas arenas decisórias nas quais foram produzidas – enquanto projetos de intervenção social, em sociedades concretas – as políticas sociais do governo”. Em Emerson Elias Merhy, *A Saúde Pública como Política: Um Estudo de Formuladores de Políticas*, pp. 22-23.

arquitetado, mesmo que os discursos tentassem mostrar o contrário<sup>85</sup>. Nascia, assim, um jogo de forças que gestaria, num primeiro momento, um padrão de legislação ambígua, mantendo indefinidos os limites das atribuições do Estado e de seus municípios<sup>86</sup>. Numa tentativa de dar contornos mais objetivos, numa posição claramente centralista, a reforma subsequente, de 1893, colocou as ações sanitárias municipais sob o poder estadual, provocando a eclosão de conflitos e contendas.

O debate girava em torno de dois pólos. Os municipalistas, “que se alinhavam com a defesa incondicional das prerrogativas municipais”, e os centralistas, que não viam “ofensa à autonomia municipal quando o Estado normatizava a higiene local, pois, apesar de a lei prescrever a liberdade e autonomia dos municípios, estes eram subordinados às leis federais e estaduais”<sup>87</sup>. Conforme se definiam garantias à força da centralização estadual, alterava-se a legislação atinente às atribuições municipais e estaduais, retirando, paulatinamente, dos chefes locais, o controle sobre a higiene e a organização espacial dos municípios. Com a reforma legislativa de 1896, detalharam-se essas especificações técnicas do código sanitário de 1894, materializando as posturas centralistas do governo do Estado. Explicitou-se a visão administrativa e científica dos responsáveis pelas alterações que se foram implementando, e

85. O surgimento da Inspetoria Provincial de Higiene de São Paulo revelava, por um lado, as novas preocupações com o espaço urbano e sua ameaça aos habitantes, recebendo atenção e intervenção por parte das autoridades, denotando o quanto a constituição das leis sanitárias implementadas em 1892 trazia, no bojo de suas atribuições, toda uma discussão e lutas políticas em torno da higiene urbana e de seu poder de ação no período imperial. Por outro lado, apresentava a ineficiência da constituição legal de um órgão com diretrizes científicas responsável pelo controle da higiene urbana, e a falta de recursos para sua execução. Criada em 1886, sob a direção de Marcos Arruda, a Inspetoria tinha, entre suas obrigações, grande responsabilidade no que dizia respeito a “fiscalização e controle higiênico dos diversos estabelecimentos, sobretudo os coletivos, análise química dos alimentos e bebidas, levantamento das enfermidades existentes na província e vacinação anti-variólica”. Mas os relatórios do Dr. Arruda deixavam claras as suas impossibilidades diante das “reivindicações de verbas urgentes para a concretização das medidas sanitárias”, sendo também “interessante lembrar que, nesse período, a Inspetoria de São Paulo localizava-se no consultório particular de Marcos Arruda e praticamente se sustentava com recursos particulares”. Em Marta de Almeida, *República dos Invisíveis: Emílio Ribas, Microbiologia e Saúde Pública em São Paulo (1898-1917)*, p. 43.

86. Rodolpho Telarolli Junior, *Poder e Saúde: As Epidemias e a Formação dos Serviços de Saúde em São Paulo*, p. 198.

87. *Idem*, p. 201.

que tinham, na figura do Dr. Emílio Marcondes Ribas, o condutor de toda a política sanitária, responsável por fazer de São Paulo um pólo científico e sanitário no Brasil.

A importância de Emílio Ribas, conhecido por muitos como o bandeirante sanitário<sup>88</sup>, não só reafirmava sua vinculação às elites republicanas e cafeicultoras dirigentes, como também indicava sua postura centralista nos cargos que assumiria ao longo de sua carreira. Nascido em Pindamonhangaba em 11 de abril de 1862, era filho de uma classe abastada de fazendeiros e cafeicultores. Tendo-se diplomado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1887, defendeu sua tese, *Morte Aparente dos Recém-nascidos*, no ano seguinte. Republicano convicto, participou da fundação do Clube Republicano e de toda a ebulição dos últimos momentos do Império brasileiro, pois estudava no Rio de Janeiro nessa época. Com esse histórico, não era difícil identificar, em seus discursos e nas condutas que adotou em toda a sua vida profissional, a defesa pelas instituições republicanas e paulistas.

Como médico, iniciou sua carreira como inspetor sanitário na antiga Inspetoria de Profilaxia das Moléstias Infecciosas, combatendo diversas moléstias pelo interior. Em 1896, ainda nessa função, foi designado para chefiar a Comissão Sanitária permanente de Campinas, onde sua luta contra diversas doenças, principalmente a febre amarela, carrou-lhe a nomeação, em 16 de abril de 1898, de diretor-geral do Serviço Sanitário, cargo que ocupou durante dezenove anos.

Numa avaliação do Dr. Ribas sobre a realidade sanitária dos municípios paulistas, todos estariam reprovados, com exceção apenas de Santos, de Campinas e da própria capital, patenteando como os órgãos de saúde pública privilegiaram certos municípios em detrimento de outros, criando “centros exemplares da força sanitária paulista”. Segundo ele, as outras cidades do interior estariam imersas em doenças e epidemias, frutos das dificuldades criadas pela autonomia municipal:

Do que tem esta Diretoria conseguido na Capital, em Santos e Campinas, já tivestes a ocasião de ser informado nas páginas que ficaram escritas. Cabe-nos agora

88. Termo usado pelo professor Francisco Borges Vieira e reiterado por Flaminio Fávero, em comemoração ao centenário do nascimento de Emílio Ribas: “bandeirante ele o foi, abrindo picadas e avançando, num pioneirismo impressionante, pelas selvas das nossas exigências sanitárias”. *Folha de São Paulo*, 8 abr. 1962, s/p.

deixar estampado (...) o muito que resta fazer nas outras localidades, graças aos maus resultados que (...) nos tem revelado a tão apregoada autonomia dos municípios. Vejamos, pois, os defeitos de que resentem os serviços a cargo dos poderes locais, estudando as causas que têm entorpecido, muita vez, a ação do Estado na fiscalização que lhe cabe dos serviços municipais: abastecimento de água, canalização de esgotos, de águas pluviais, enxugo do solo, arborização das ruas e praças, calçamento, irrigação das vias públicas, asseio das ruas e logradouros públicos e sua conservação, remoção e incineração do lixo, posturas sobre construção etc<sup>89</sup>.

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

uma vez que os efeitos do sufrágio universal não permitem a escolha dos mais competentes para os cargos de diretores dos negócios municipais, elevando, muitas vezes, a tais cargos, indivíduos que decidem dos magnos problemas de higiene mal sabendo assinar o próprio nome, não há outro remédio para sanar os males que deixamos apontados nas páginas anteriores, males talvez inevitáveis por muitos anos, se não forem minorados pela fiscalização severa e imediata do Estado. (...) Estamos perfeitamente habilitados a abafar o incêndio para o qual a incúria municipal tiver acumulado combustível. No que diz respeito à prevenção, estamos na contingência de quem vê o perigo, adverte o descuidado de longe e nada pode fazer para evitar o desastre<sup>90</sup>.

Esse argumento enfraqueceu, mais uma vez em 1906, a extensão dos poderes municipais sobre a higiene de seus limites administrativos. Essa postulação do Dr. Ribas não se tinha dado em sua entrada na direção do Serviço Sanitário, em 1898, sendo efetivado só em 1906, quando procurou extinguir praticamente todas as atividades municipais de saúde pública, sem que para isso tivesse que revogar a lei 432. Baseado na mesma, dividiu o Estado em distritos sanitários, localizando suas sedes justamente nas maiores ci-

89. Relatório apresentado ao Dr. Cardoso de Almeida (Secretario dos Negócios do Interior e da Justiça) pelo Dr. Emílio Ribas (Director do Serviço Sanitário), ref. 1904, São Paulo, Typ. do Diario Official, 1905, p. 21.

90. *Idem*, pp. 45-46.

dades do Estado, e delegando toda a ação sanitária local ao inspetor sanitário estadual indicado<sup>91</sup>, a quem caberia

a vacinação, observação e desinfecção dos imigrantes recém-chegados, a inspeção das condições de higiene das casas e quintais, dos hospitais, asilos e cadeias; a intervenção junto às administrações locais pelas medidas necessárias à higiene local e o bom funcionamento dos serviços de água, esgoto e saneamento do meio; a inspeção das amas-de-leite no município da capital; as visitas domiciliares, aconselhando medidas de higiene pessoal e doméstica; e a fiscalização da higiene escolar<sup>92</sup>.

Em 1911, demarcaram-se outras linhas de ação, só mais tarde realmente viabilizadas, mas desde então reafirmando uma crise do centralismo<sup>93</sup> do governo do Estado. Por essas medidas, a ação direta do Serviço Sanitário aprofundou o domínio sobre os problemas municipais de saúde pública, intervindo com mecanismos de supervisão técnica e administrativa, reunindo sua ação na capital, mantendo delegados de higiene apenas em Santos, Campinas e mais quatro cidades do interior: Ribeirão Preto, Taubaté, Guaratinguetá e Itapetininga<sup>94</sup>.

Evidentemente a reação municipal não tardou a chegar, sob diversas formas. A maior parte era o não-cumprimento das normas e leis implementadas pelos Códigos Sanitários, que pretendiam pautar as posturas dos municípios pelas do Estado. Numa posição mais radical, usou-se a violência como medida impeditiva de tais intervenções. O caso da cidade de São Simão foi emblemático: um inspetor estadual foi “jurado de morte” por ter multado um médico local que se recusava a notificar os casos de febre amarela aos poderes correspondentes. De acordo com o inspetor Affonso de Azevedo:

91. Rodolfo dos Santos Mascarenhas, *Contribuição para o Estudo da Administração Sanitária Estadual de São Paulo*, p. 57.

92. Rodolpho Telarolli Junior, *Poder e Saúde*, *op. cit.*, p. 223.

93. Ao Serviço Sanitário a cargo do Estado competia, quanto aos municípios: “1) Executar, em todo o território do Estado, quaisquer providências de natureza defensiva, como as que têm por fim a instituição de rigorosa vigilância sanitária, assistência hospitalar, isolamento e desinfecção; 2) Inspeccionar os serviços feitos pelas municipalidades; 3) Organizar ou criar nos municípios os serviços que julgar convenientes ao bem da saúde pública; 4) Chamar a si em épocas anormais, sempre que o interesse público o aconselhar, os serviços de higiene que, pela lei, forem confiados à municipalidade”. Em Carlos Reis, *Repertório da Legislação sobre o Serviço Sanitário do Estado de São Paulo*, p. 17.

94. Rodolpho Telarolli Júnior, *op. cit.*, p. 231.

Às sete horas da noite apresentou-se Dr. Amorim em casa do Dr. Juiz de Direito, à frente de populares, gente aliciada, segundo voz corrente entre o pessoal do Conde de Pinhal. Dr. Amorim, em atitude agressiva e termos insultuosos, fez ao Dr. Juiz de Direito a intimação de que ou eu seria removido, ou seria assassinado. (...) De então para cá, a cidade tem estado presa de convulsão popular. Acho-me em casa do Dr. Juiz de Direito, cercado de grande número de pessoas armadas, prontas a repelir qualquer agressão<sup>95</sup>.

A decisão do então diretor do Serviço Sanitário, Dr. Emílio Ribas, de tomar para si a responsabilidade de dirigir completamente as ações sobre a cidade de São Simão, para estancar a propagação da “amarela”, gerou uma crise institucional e encontrou óbices a sua aplicação. Apesar da desinfecção das casas e da queima de piretro e enxofre, “acossado pela fumaça, o mosquito saía e voltava quando a fumaça se extinguia. As casas não tinham forros e as paredes eram crivadas de buracos, verdadeiras peneiras”<sup>96</sup>. Assim, mesmo com ações localizadas no combate ao mosquito, interferência na arquitetura das casas, no modo de vida e na organização material e espacial da população local como entupimento de poços, proibição das tinas para lavagem de roupas e remoção sistemática do lixo, revelou-se que o movimento sanitário de cunho campanhista-policial não tinha instrumentos suficientes para o extermínio de determinadas doenças e epidemias.

Aos poucos, a centralização e o controle pretendidos com ações do porte que se iam efetuando davam sinais de ineficiência administrativa, num misto de interesses imediatos e políticos com dificuldades científicas, pois não havia um diagnóstico científico definitivo das causas da amarela. A maior expressão disso era o modo pelo qual se geriam os investimentos em saúde pública.

De acordo com Merhy, teria havido, com o passar dos anos, uma sistemática redução desses gastos não por falta de recursos, mas por interesses políticos que limitavam a organização do modelo implementado de modo a viabilizar minimamente a estruturação do capitalismo monopolista e exportador, e não obrigatoriamente em toda a extensão, como queriam as autoridades médicas:

95. Arquivo do Estado de S. Paulo, nº de ordem 6827, cx. 222 (manuscritos), *apud* Wilson Roberto Gambeta, *Soldados da Saúde: Formação dos Serviços em Saúde Pública do Estado de São Paulo (1889-1918)*, p. 101.

96. Maria Alice Rosa Ribeiro, *História Sem Fim... Inventário da Saúde Pública*, p. 82.



Investimentos em saúde pública como parte do orçamento do Estado de São Paulo por período <sup>97</sup>			
Período	Porcentagem média gasta com saúde pública	Gasto <i>per capita</i> com saúde pública (mil-réis)	Gasto <i>per capita</i> com uso militar (mil-réis)
1892-1900	23	0,87	3,19
1901-1910	15	1,03	3,70
1911-1920	13	1,45	3,33

Os resultados dessa política podem ser acompanhados na maneira como se tratavam algumas doenças e surtos epidêmicos. Em 1913, o caso da lepra<sup>98</sup> foi apontado como exemplo lapidar da falta de investimentos<sup>99</sup>. Num breve histórico, em 1886 ela já se disseminava por todo o Estado de São Paulo, sem que o raiar do regime republicano elaborasse uma lei que fizesse qualquer referência. Nas primeiras duas décadas da República vigente, os legisladores paulistas não se ocuparam absolutamente da morfêia que aos poucos, surdamente, mas à vista de todos, alargava sua ação devastadora<sup>100</sup>. Os escritos do Dr. Emílio Ribas sobre o assunto datam a partir de 1915, e uma posição institucional frente à moléstia viria em 1916, no *1º Congresso Médico Paulista*<sup>101</sup>. Só a partir de então ela passaria para os anais de encontros médicos,

97. Emerson Elias Merhy, *O Capitalismo e a Saúde Pública, A Emergência das Práticas Sanitárias no Estado de São Paulo*, p. 70.

98. A história e a disseminação da lepra em São Paulo, desde o período colonial até o século XIX, podem ser acompanhadas em Laima Mesgravis, *A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo 1599? - 1884 (Contribuição ao Estudo da Assistência Social no Brasil)*, pp. 149-168.

99. Morse descreve a situação de abandono do lazareto da cidade de São Paulo na metade do século XIX: "(...) bem ao norte do centro da cidade, na Luz, a Santa Casa mantinha um lazareto. Seus dez ou vinte internados eram mal assistidos, mal vestidos e alimentavam-se com feijão e carne, dieta inadequada para a sua doença". Em Richard M. Morse, *De Comunidade a Metrópole: Biografia de São Paulo*, pp. 28-29.

100. *Idem*, p. 97.

101. "(...) decreto dos poderes competentes, facilitando a profilaxia do mal; notificação compulsória de todos os casos de lepra; fundação de asilos-colônias, de acordo com os preceitos de higiene (...); proteção da família dos leprosos indigentes; isolamento presto dos recém-nascidos filhos de morféticos (...) criados livres das fontes de contágio; impedir a importação de casos de lepra do estrangeiro, tanto pelos nossos portos como pelas fronteiras, medidas de desinfecção terminal." Em Emílio Ribas, "A Lepra. Sua Freqüência no Estado de São Paulo. Meios Profiláticos Aconselháveis", *1º Congresso Médico Paulista*, pp. 145-172. *Apud* Maria Ines Baptistella Nemes, *A Hanseníase e as Práticas Sanitárias em São Paulo: 10 Anos de Subprograma de Controle da Hanseníase na Secretaria de Estado da Saúde (1977-1987)*, p. 40.

recebendo tratamento diferenciado e longos debates acadêmicos e científicos sobre seu controle e propagação.

O artigo “A Lepra em S. Paulo – Notas sobre a Urgência da Sua Profilaxia”, publicado primeiramente no jornal *O Estado de S. Paulo* e depois na *Revista Médica de São Paulo*, arrolou uma série de ações relacionadas à lepra que não estariam dentro dos preceitos técnicos da ciência médica e bacteriológica. Uma delas dizia respeito aos dados estatísticos, que mostravam caminhos para sua erradicação, mas que não foram considerados pela reforma sanitária de 1911<sup>102</sup>.

Em 1912, sobre casos de lepra, 106 municípios confirmaram a ocorrência da moléstia, 28 não a acusavam em seus limites municipais, 31 não forneceram dados e 10 não tinham referências sobre seu número de doentes. A falta de dados ia ao encontro dos aturdidos pedidos de algumas autoridades sanitárias, mas os poucos números recebidos acabavam mostrando que a lepra estaria em segundo plano, por não representar ameaça epidêmica. Em relatório<sup>103</sup> enviado ao presidente do Estado, Rodrigues Alves, constavam os seguintes números sobre morféia na capital:

Ano	População	Óbitos	Coeficiente por mil habitantes
1907	300 000	11	0,037
1908	300 000	11	0,037
1909	300 000	6	0,020
1910	314 000	23	0,073
1911	358 000	21	0,058
1912	400 000	22	0,060

Segundo o relatório, a ação das municipalidades, principalmente as do interior, seria responsável pelos números, que chegavam, em 1912, a 148 casos de lepra, tendo sido quase nulos a ação contra sua propagação e seu combate, o que reiterava a necessidade de um esforço profilático que favorecesse

102. “A Lepra em S. Paulo – Notas sobre a Urgência da Sua Profilaxia”, *Revista Médica de São Paulo*, 15 mar. 1913, n° 5, p. 92.

103. Relatório apresentado ao Dr. Francisco de Paulo Rodrigues Alves, Presidente do Estado de São Paulo, pelo Secretario do Interior Altino Arantes, ref. 1912, São Paulo, Typ. Brazil de Rothschild e Comp., 1913, p. 89.

a imigração e extinguisse todos os focos do surto leproso disseminado pelo Estado, de cuja existência não era mais lícito duvidar<sup>104</sup>.

Outro fator tido como responsável pela situação da morfêia era a relação entre os órgãos sanitários e as instituições filantrópicas sob a direção da Santa Casa de Misericórdia. Essa condição, ainda ligada ao período colonial e imperial, modificou-se com o surgimento de “asilos para doentes em São Paulo, Campinas e Itu que, embora recebessem auxílio do governo, eram mantidos fundamentalmente pela caridade pública”, não podendo, portanto, “incluir tais práticas sob a noção de práticas de saúde; sua execução pela sociedade civil, muito mais do que agentes profissionalizados, configuraria uma espécie de tecnologia social de exclusão, de purificação do espaço urbano”<sup>105</sup>.

O chamado Asilo de Mendicidade, o Hospital de Guapira, em funcionamento desde 1901, revelava o quadro dramático em que vivia a população pobre, a qual dependia de seus serviços. Fundado em 1885 sob a responsabilidade da Santa Casa, recebia todos os indigentes doentes, principalmente os que tinham lepra e chegavam à cidade de diversos pontos do Estado, pois era a única instituição de assistência social organizada naquele momento<sup>106</sup>. Seus números mostravam as dificuldades diárias, decorrentes do excesso de doentes e da falta de qualquer investimento. Em 1911, dispunha de apenas 29 funcionários, a saber:

Diretor	1
Médico e cirurgião	1
Religiosas	7
Empregados do estabelecimento	20

Em 1911, havia 258 leitos, mas os doentes chegavam, em alguns períodos, a 327, número superior ao que o hospital poderia suportar em todos os

104. *Idem*, p. 90.

105. Maria Ines Baptistella Nemes, *A Hanseníase e as Práticas Sanitárias em São Paulo: 10 Anos de Sub-programa de Controle da Hanseníase na Secretaria de Estado da Saúde (1977-1987)*, *op. cit.*, p. 36.

106. Sobre a história da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo no século XIX, suas divisões administrativas, instituições e vida cotidiana, ver Laima Mesgravis, *A Santa Casa Misericórdia de São Paulo*, *op. cit.*

sentidos – espaço e cuidados médicos<sup>107</sup>. Nas visitas ao Hospital de Guapira, a caridade expressa por meio de doações lembrava os “horrores da Idade Média”, “que têm, no conforto de um sorriso, o bálsamo de algumas palavras amigas ou uma lembrança material *aos que a lepra exilou em Guapira*”<sup>108</sup>. Todas as acomodações e todas as ações estavam fora dos parâmetros mínimos da higiene moderna, e inviabilizavam qualquer tratamento possível. Essa era a moldura de um quadro muito mais dramático vivido em São Paulo, e que não fazia parte das estatísticas e dos êxitos propugnados pelo Estado.

Mas e as cidades que tinham recebido as tais intervenções e gastos com a saúde pública? Teriam elas resolvido suas pendências sanitárias? Olhando mais detidamente para Campinas, como fez Ribeiro, via-se uma das cidades mais “privilegiadas”, do ponto de vista das ações de saúde pública naquele momento, notando-se, no entanto, após a erradicação da amarela, números que denunciavam o abandono das ações sanitárias do porte das anteriores. Com essa postura, Campinas erradicava a febre amarela, mas tinha outras graves doenças atingindo sua população, só que sem os recursos necessários para um combate eficaz<sup>109</sup>.

Como se vê, a partir das transformações efetuadas no sistema econômico e social, São Paulo sofria com as epidemias que acompanhavam estas mudanças, e invertiam-se as relações: o que se viu foi a presença efetiva das mãos sanitárias do Estado na preservação exclusiva da vida de seus “cidadãos-produtores”, mas com o domínio legal para qualquer intervenção que se julgasse necessária. Segundo Wilson Gambeta,

o Serviço Sanitário estadual vinha estendendo suas operações em todas as zonas, fazendo-se representar através de inspetores, desinfectadores e hospitais de isolamento, na maior parte das cidades (...) e, em caso de epidemia, o poder sanitário instaurava um

107. Dados do Relatório de 1911 apresentado à Câmara Municipal de São Paulo pelo prefeito Raimundo Duprat, ref. 1912, São Paulo, Casa Vanorden, 1912, p. 93.

108. “A Lepra em S.Paulo – Notas sobre a Urgência da sua Profilaxia”, *op. cit.*, p. 93. [grifo meu]

109. “(...) Campinas apresentou coeficiente de 13,77% dos óbitos por moléstias transmissíveis ou infecto-contagiosas, portanto abaixo da Capital (17,52%), de Santos (26,87%) e de Ribeirão Preto (16,89%). Nas décadas seguintes, as condições da cidade pioraram, (...) se excluirmos o ano da gripe espanhola, a participação dos óbitos por moléstias infecto-contagiosas no número total passou de 13,77% (1900-1909) para 15,68% (1910-1919) em Campinas.” Em Maria Alice Ribeiro, *História sem Fim...*, *op. cit.*, p. 79.

regime de exceção, um inspetor tornava-se comandante geral da remodelação urbana, cujas ordens toda a população deveria acatar, inclusive as autoridades municipais<sup>110</sup>.

O domínio e o conhecimento da febre amarela contribuíram exemplarmente para arrematar todas as discussões acerca do papel do Estado sobre os municípios, numa mistura de conflitos políticos, institucionais e, nesse caso, científicos, corroborando as idéias de Bruno Latour sobre a relação intrínseca entre o mundo social e o mundo dos laboratórios<sup>111</sup>.

Entre tantas divergências, o vetor da amarela entrava em pauta também nos foros científicos, indicando a complexidade que envolvia as questões de saúde pública naquele momento. Afinal, um dos motivos centrais para o surgimento do Serviço Sanitário era responder ao que se identificava como o maior mal que assolava o solo paulista, entrvando suas ambições econômicas: a febre amarela e/ou seu vetor. Os doutores Lutz e Ribas tentavam, entre 1902 e 1903, ratificar as experimentações sobre qual seria o real vetor da doença, as quais já vinham sendo feitas em Cuba.

Paralelamente, experiências realizadas no Hospital de Isolamento, tendo como voluntários eminentes doutores brasileiros e italianos, procuravam comprovar a transmissão por mosquito, em duas frentes de pesquisa. Na primeira, os doutores participantes receberiam sucessivas picadas de insetos vetores e, na segunda, durante onze sessões, dormiriam entre lençóis e roupas manchadas e infectadas por sangue e vômito de doentes. A prova de que a transmissão se dava apenas pelo mosquito e não pelos doentes certamente reforçou, com o tempo, a imagem heróica desses médicos. No Rio de Janeiro, cientistas franceses já tinham feito o teste, a pedido do próprio Dr. Ribas, que rapidamente fora informado dos resultados. Escreveu-lhe o Dr. Gonçalves Cruz: “verificaram a existência do germen no sangue só nos 3 primeiros dias da moléstia. Verificaram mais, que a incubação da moléstia pode ir a 10 dias. Que o soro aquecido de 10 graus a 55 graus é vacinante. Que o soro dos convalescentes é preservativo”<sup>112</sup>. No entanto, a picada do inseto levou alguns voluntários à morte e, em outros, causou sintomas como vômito preto, icterícia e albuminúria.

110. Wilson Roberto Gambeta, *Soldados da Saúde: Formação dos Serviços em Saúde Pública no Estado de São Paulo (1889-1918)*, op. cit., p. 97.

111. Bruno Latour, *Nous N'Avons Jamais été Modernes*.

112. Gonçalves Cruz, carta dirigida ao Dr. Emílio Ribas, 20 jul. 1903. [manuscrito]

Diante dessas mortes, em seu relato, o Dr. Gonçalves Cruz teve a preocupação de sublinhar a necessidade de se manter completo sigilo sobre o ocorrido: “peço-lhe a mais absoluta reserva sobre esses casos terminados pela morte, e que foram feitos sob minha exclusiva responsabilidade. Compreende o meu caro amigo como a imprensa nossa adversária exploraria o fato, se dele tivesse conhecimento”. Quanto às roupas que foram usadas pelos doentes, descartou-se a possibilidade de transmissão: “julgaram os sábios franceses serem elas desnecessárias não só à vista do que já há feito, mas sobretudo porque, pelos conhecimentos que se têm sobre a etiologia da febre amarela, não são elas cabíveis, sendo *a priori* desnecessárias, porquanto é impossível a transmissão pelas roupas, à vista do que se conhece sobre o *modus vivendi* do germen amarílico”<sup>113</sup>.

Com os diagnósticos formulados e previstos, puderam o Dr. Ribas e o Dr. Lutz analisar o que vinham registrando as pesquisas realizadas no exterior, tentando em vão aplacar os posicionamentos coléricos contra o regime de intervenções empregado:

O artigo de ontem do Adolpho Pinto foi uma magnífica introdução para o nosso relatório, revelando ao público o que a Higiene oficial de S. Paulo tem feito a bem da Ciência e da humanidade. Escrevi a ele ontem, reclamando contra a parte de inexatidão quanto à conduta da Diretoria da Higiene. Espero que ele tornará pública a minha carta. Mas, no fundo, devemos agradecer-lhe a censura, porque vem cabalmente justificar nossas experiências feitas em cidadãos prestantes. Ninguém mais poderá acusar-nos de tentativa de homicídio e, muito pelo contrário, o público agradecerá ao Diretor da Higiene Estadual os serviços prestados, o que se submeterá de bom grado a todas as contingências da guerra de extermínio aos mosquitos<sup>114</sup>.

Diante de um ato considerado tão grandiloqüente, não tardaram os aplausos e as reverências:

só pela leitura do relatório soube que tínheis, com o Dr. Lutz, vos submetido a picadas de mosquitos infeccionados; a admiração que inspirou-me esse vosso devotamento levou-me a dirigir-vos esta carta com o fim de vo-la exprimir com toda a sinceridade, assegurando-vos, ao mesmo tempo, que idêntico sentimento terão todos que se interessem pela salubridade de nossa pátria e principalmente pela higiene de São Paulo<sup>115</sup>.

113. *Idem*.

114. Carta do Dr. Pereira Barreto para o Dr. Emílio Ribas, 20 fev. 1903. [manuscrito]

115. Eduardo Lopes, carta dirigida ao Dr. Emílio Ribas, 25 fev. 1903. [manuscrito]

Entretanto, os desafetos também cresciam, pois mesmo com a descoberta do mosquito causador, o *stegomyia fasciata*, e com as imposições de Emílio Ribas, a oposição ainda repudiava a doutrina havanesa e contra ela se insurgia, aconselhando os responsáveis pela saúde pública, governos e autoridades sanitárias a não se deixarem seduzir pela nova doutrina e a permanecerem dentro do sistema antigo<sup>116</sup>. A teoria cubana, intensamente debatida dentro e fora do país, era vista como um erro por muitos.

O Dr. Fernandez Ibarra, por exemplo, foi destituído de seu cargo na comissão havanesa depois de escrever vários artigos contrários à teoria. Em São Paulo, a *Revista Médica* registrou o apoio de diversos sócios, revelando o quanto a questão era discutível. Em carta endereçada ao Dr. Ibarra, o Dr. Arthur Mendonça concordava com as proposições do colega – de que o mosquito não era o causador da amarela –, como mostravam Santos e Campinas, lugares em que, dizia, ninguém teria matado mosquitos, mas de onde, ao mesmo tempo, a febre amarela teria desaparecido. Defendendo essa posição, desabafava: “parece que acabaremos forçados a nos expatriar para poder omitir opinião”<sup>117</sup>.

Já aqueles que estavam do lado do Dr. Ribas e concordavam com a tese havanesa tentavam descobrir a fórmula para combater o mosquito e produzir o soro capaz de livrar os doentes da morte. Para isso, usava-se toda a criatividade, mesmo que não passasse de mera conjectura sem fundamento. Por que não tentar? – subentendia-se na carta do Dr. Pereira Barreto:

(...) não será conveniente mandar experimentar o soro antiofídico contra a febre amarela? Não existindo tratamento algum para essa moléstia, parece-me que devemos tudo tentar, tudo experimentar, enquanto não conseguirmos aniquilá-la pela extinção da *stegomyia*. Está lançada a idéia no domínio público; grandes esperanças estão despertadas; é, portanto, aproveitar o momento. Saberemos de pronto se é ou não eficaz o plano delineado, de onde resultará para nós todos um grande alívio de consciência.<sup>118</sup>

O próprio Dr. Ribas, estudioso da febre amarela e alinhado entre os que consideravam a picada de pernilongo a única transmissora da amarela,

116. Emílio Ribas, *A Higiene no Estado de São Paulo*, p. 4.

117. Arthur Mendonça, “Febre Amarela”, p. 222.

118. Luiz Pereira Barreto, carta dirigida ao Dr. Emílio Ribas, 31 mar. 1903. [manuscrito]

corria aos jornais de São Paulo e do Rio de Janeiro para desfazer “boatos”, esclarecendo a população sobre o que teria acontecido “de fato”, além de se defender daqueles que o reputavam homicida, pelas experiências realizadas no Hospital de Isolamento.

Providencialmente, em 1908, corriam, na cidade de São Paulo, rumores sobre a morte por febre amarela de um funcionário do Serviço Sanitário, o Dr. Bonilha de Toledo. Dizia-se que o contágio se havia dado pelo contato com roupas de doentes que estavam em Taubaté e foram enviadas para a capital<sup>119</sup>.

Segundo as declarações do Dr. Ribas, a vítima, que estaria acamada desde o dia 18 de abril, jamais tivera contato com tais roupas, que, no dia 22, permaneciam ainda em Taubaté. Para ele, em vez de prestar atenção em histórias sem fundamento, a população deveria estar “combatendo o único agente demonstrado da transmissão da febre amarela – o pernilongo rajado (*stegomya fasciata*) – que infelizmente se encontra em abundância em diversos bairros desta capital”<sup>120</sup>.

As ações campanhistas e bacteriológicas contra a amarela foram vitoriosas, assim como o Dr. Emílio Ribas e seus adeptos. Em comunicação realizada em Londres, na Society of Tropical Medicine and Hygiene, em 1909, ele expunha, em tom conciliatório, sua luta contra a amarela dentro dos melhores preceitos da civilidade, e apresentava o Brasil como um país de regras democráticas, como todos os países liberais. Em seu discurso, concorria para erigir as representações que faziam de São Paulo o novo berço da ciência e da civilidade:

Depois que os Drs. Reed Caroll Agramonte e Lazear, mais tarde Guiteras, inspirados pelas longas observações de Finlay, fizeram em Cuba as primeiras experiências sobre a transmissibilidade da febre amarela pelo *stegomya fasciata*, fiquei convencido da precisão de suas experiências e da verdade de suas deduções. (...) Julguei conveniente repetir as experiências de Havana na cidade de São Paulo, que nessa ocasião e desde alguns anos se achava isenta de qualquer epidemia de febre amarela. Resolvi ao mesmo tempo fazer ativa a campanha contra a *stegomya fasciata*,

119. Comunicação veiculada pelo Dr. Ribas aos principais jornais de São Paulo e Rio de Janeiro no dia 10 de maio de 1903, e publicada na *Revista Médica de São Paulo*, Anno VI, nº 7, 15 maio 1907, p. 186.

120. *Idem*, p. 186.



como única medida profilática eficaz contra a expansão da moléstia. (...) Tomando todo o cuidado para afastar qualquer dúvida, obtive mosquitos de larvas apanhadas na cidade de Itu, onde não grassava a moléstia, e os enviei imediatamente a São Simão, a 365 quilômetros de São Paulo, onde por eles fizeram-se picar indivíduos atacados pela febre amarela<sup>121</sup>.

Essa era uma versão científica e harmoniosa, que resumia o caminho percorrido aos tubos de ensaio e à observação dos trabalhos científicos, principalmente das pesquisas norte-americanas em Havana. Era a história que Emílio Ribas procurava aproximar da imagem do Estado de São Paulo e do Brasil republicano: a modernidade e a salubridade, com um povo ordeiro que, graças à ciência e à tecnologia médicas, teria o substrato de um homem saudável, morigerado e atento às novas perspectivas do mundo. Enfim, um país construído pelas mãos dos sanitaristas.

Entretanto, como acompanhamos, o cotidiano das investidas sanitárias e a disparidade entre o ideal – da própria ciência médica e de suas exigências, quer no espaço urbano, quer no rural<sup>122</sup> – e os resultados obtidos pelas avaliações anteriores permitiam ver que, até a década de 1920, essas ações eram limitadas, preservavam pontos fundamentais para os encaminhamentos mais urgentes, do ponto de vista político e econômico, relegando a grande maioria da população à situação de verdadeiro abandono diante de várias doenças e “finais de epidemias”. O alegado êxito totalizador do projeto sanitário paulista implementado – que teria rompido as barreiras epidêmicas, permitindo o avanço do capitalismo – deve ser nuançado por novas perspectivas, que mostrem os equívocos do projeto instaurado.

Por isso, a independência do projeto sanitário estadual paulista frente aos órgãos federais, responsáveis pela manutenção e controle da salubridade da “nação brasileira”, deve ser estudada em seu papel político de dissipar as epidemias que ameaçavam somente determinados obstáculos, mas com êxitos incertos e, em alguns casos, nulos. Mesmo se dizendo apta a, por si só, identificar e viabilizar uma normatividade capaz de regular o público e o pri-

121. Emílio Ribas, “A Extinção da Febre Amarela no Estado de São Paulo (Brasil) e na Cidade do Rio de Janeiro/The Extinction of Yellow Fever in the State of São Paulo (Brazil), and in the City of Rio de Janeiro”, *Revista Médica de São Paulo*, Anno XII, nº 10, 15 jun. 1909, pp. 198-205. *Apud* Marta de Almeida, *República dos Invisíveis*, *op. cit.*, p. 131.

122. Jurandir Freire Costa, *Ordem Médica e Norma Familiar*, p. 124.

vado<sup>123</sup>, a corporação médica se deparou, a partir dessa prerrogativa, com retrocessos e pendências insuperáveis.

A capital paulista se pretendia o modelo lapidar dessa idéia, sendo força motriz de toda representação da medicina, suas técnicas e discursos. Afinal, como afirmou um conhecido médico paulista, tratava-se da paulicéia, florescente e próspera como nenhuma outra da República, que dia a dia ampliava sua superfície habitável e, ano a ano crescia na massa de sua população e se realçava em formosura pela mão do homem, o qual tinha aprimorado e transformado tudo numa obra secular de civilização e progresso, devendo ser considerada uma cidade excessivamente salubre, verdadeiramente saudável e em que a higiene teria aniquilado os morbos que deturpavam o bom conceito de uma povoação<sup>124</sup>.

123. José Ricardo de C. M. Ayres, *Epidemiologia e Emancipação*, *op. cit.*, p. 115.

124. Rubião Meira, “As Moléstias Infectuosas e a Hygiene em São Paulo: Parallelo com outras Cidades do Brazil e algumas Cidades da América Latina”, p. 361.

## CAPÍTULO II

# A Paulicéia sob um Diagnóstico Sanitário

*Nasceram os italianinhos.*

*O Gaetaninho.*

*A Carmela.*

*Brasileiros e paulistas. Até bandeirantes.*

*E o colosso continuou rolando.*

ANTÓNIO DE ALCÂNTARA MACHADO

Os estudos sobre a capital paulistana na República Velha demarcam as alterações de uma cidade provinciana e tranqüila – cujo silêncio teria sido quebrado, somente, pelos arroubos estudantis da Faculdade de Direito<sup>1</sup> – em uma outra, de explosão urbana, crivada pela diversidade populacional, com problemas estruturais recrudescidos pelas exigências do mundo capitalista na extensão de suas relações e interesses<sup>2</sup>.

Essas inovações acabaram modificando aquela “cidade de taipa”<sup>3</sup> gerando visões diferentes sobre o significado do que chamavam progresso. Em artigo publicado em 1863 n’*O Doze de Maio*, Morse lembra a insatisfação diante das “modernidades” e novos caminhos que se abriam para a cidade de São Paulo. Segundo o jornal, “tínhamos na rua do Comércio quitandeiras a venderem suas hortaliças, suas frutas etc. O *progresso material* dispersou as

1. Vagner Camilo, *Risos Entre Pares: Poesia e Humor Românticos*.

2. Hernani Silva Bruno, *Memória da Cidade de São Paulo: Depoimentos de Moradores e Visitantes, 1553-1958*, p. 64.

3. A troca da chamada taipa de pilão, na construção de casas e edifícios, pelo uso do tijolo é significativa para o rompimento da capital no final do século XIX com a cidade construída anteriormente. Sobre as mudanças arquitetônicas e as alterações que a capital paulistana sofreu na época, ver Raquel Glezer, “Visões de São Paulo”, pp. 163-176.

quitandeiras, espalhou-as para longe em todos os rumos, e foi no lodo da várzea do Carmo construir um cisqueiro imundo a que se deu o nome de Praça do Mercado, que há de concluir-se lá para os tempos futuros”<sup>4</sup>.

Eram tempos em que desapareceriam as relações sociais fixas e cristalizadas<sup>5</sup>, num turbilhão com imenso deslocamento de pessoas a graus nunca esperados<sup>6</sup> e criando, para o caso paulistano, contornos que determinariam uma nova realidade, até então nunca vivida.

Pela própria reestruturação urbana que se ia operando – novas ruas e bairros, demolição de antigos casarões e construção de novos edifícios –, surgiam outras configurações espaciais na paulicéia, exigindo o reordenamento da multidão<sup>7</sup> e demandando a intervenção do Estado.

Para os grupos dirigentes, a modernização e a urbanização cunharam os novos ares de importância que aos poucos a capital angariava, pautada nos referenciais europeus e norte-americanos. A luz elétrica e os altos edifícios, a abertura de várias ruas e o surgimento de bairros elegantes, o tráfego dos carros e bondes ou a fundação de instituições estatais e privadas eram os ícones que orientariam as apostas da capital para um futuro promissor. São Paulo sentia-se a mais jovem amante da *belle époque*, compondo, em detalhes de sua arquitetura e na transparência de seus vitrais e luminárias, a cidade-luz que iluminaria, no final do século XIX, junto com o Rio de Janeiro e Buenos Aires, o continente apagado da América do Sul<sup>8</sup>.

Paulatinamente, assumia-se como uma cidade de serviços<sup>9</sup>, aglutinando comércio de importação e exportação e todos os seus elementos gerenciadores –

4. *O Doze de Maio*, 8 jun. 1863, apud Richard Morse, *De Comunidade a Metrópole: Biografia de São Paulo*, p. 136.
5. Karl Marx e Friedrich Engels, *O Manifesto Comunista*, p. 96.
6. Ver Eric J. Hobsbawm, *A Era dos Impérios, 1875-1914*, e *A Era dos Extremos: O Breve Século XX, 1914-1991*.
7. Segundo Cecília Helena de Salles Oliveira, “o termo ‘multidão’ exteriorizava concepções específicas acerca da atividade do trabalho e acerca da cidadania. Por um lado, aludia à abolição da escravidão e ao delineamento efetivo da figura do trabalhador livre e, por outro, vinculava a propriedade da força-de-trabalho aos direitos civis e políticos. Mas essa ‘multidão’, na fala de autoridades e cronistas, manifestava-se ora como símbolo de ‘progresso’, ora como sinônimo de ordem, apresentando perfil ambíguo”. “São Paulo nos Fins do Século Passado: Representações e Contradições Sociais”, em *São Paulo: Novas Fontes, Abordagens e Temáticas*, p. 25.
8. Acompanhar discussão em Nicolau Sevcenko, *Orfeu Extático na Metrópole: São Paulo, Sociedade e Cultura nos Frementes Anos 20*.
9. Sobre as transformações do pensamento historiográfico sobre a cidade de São Paulo e as interpretações sobre a urbe entre os séculos XIX e XX, ver Raquel Glezer, “As Transformações da Cidade de São Paulo na Virada dos Séculos XIX e XX”, pp. 17-28.

serviço de água e esgoto, novo sistema de transportes, correios e telégrafos. Cultivavam-se, ao mesmo tempo, posturas que as concepções burguesas do mundo privado definiam como prementes no arremate desse mundo urbano: a família nuclear, a intimidade do lar e a moral higiênica deveriam modelar o novo viver, obedecidas as distinções e hierarquias.

São Paulo se transformava, anunciavam seus emissários, espetacularmente, no símbolo do novo tempo, com uma população a caminho do tão esperado progresso:

A maravilhosa expansão da capital paulista nos últimos cinquenta anos desenhava aos nossos olhos um dos mais admiráveis espetáculos da civilização em terras do continente americano. Se é verdade que essa Roma americana não se fez num dia, pode-se, pelo menos, dizer que ela se constituiu em grande metrópole moderna em cinco lustros. Bem raras cidades do mundo se orgulham de haver realizado tanto em tão curto espaço de tempo (...) de 1900 a 1913, sua população quase duplicou (...) operasse, então, com a intensa corrente imigratória, uma verdadeira invasão italiana, que alargou e revolucionou completamente a antiga e acanhada capital provinciana<sup>10</sup>.

Para acompanhar esses novos princípios urbanos e sociais que se consubstanciavam, é extremamente pertinente a noção de que São Paulo não era só um espaço em transformação em face de seus novos atributos físicos, políticos e econômicos. Postulavam a cidade como emblema de ampliação e modernização nacional, a partir de um sentimento progressista e desbravador que seu povo já teria e que, *naturalmente*, herdara dos heróis bandeirantes, fundando o que Saint-Hilaire chamou de “raça de gigantes”. Assim, expressaria, por esse projeto estatal de embelezamento arquitetônico e de mudanças sociais, a identidade original de uma raça<sup>11</sup>.

A produção historiográfica sobre a cidade de São Paulo na virada do século XX aponta o auge dessa reivindicação de proeminência histórica e política paulista e paulistana, a qual extrapolaria sua riqueza e seu progresso material, prevalecendo a concepção de que “São Paulo *sempre* fora a região que tinha levado à frente a expansão do Brasil e, desde o início de sua colonização, ampliara o território, forjando a unidade do país”<sup>12</sup>.

10. *O Estado de S. Paulo*, 25 jan. 1914.

11. Ver Tania Regina de Luca, *A Revista do Brasil: Um Diagnóstico para a (N)ação*.

12. Kátia Maria Abud, “A Idéia de São Paulo como Formador do Brasil”, em Antonio Celso Ferreira et al., *Encontros com a História: Percursos Históricos e Historiográficos de São Paulo*, p. 76.

Assumindo-se como a capital civilizatória brasileira, São Paulo assistia à desagregação de seu modo de vida, começando pelas alterações que se davam entre seus habitantes. Isso porque sob a égide ideológica do Estado-Nação, a partir da década de 1870, aportaram em terras paulistanas, mascarados de italianos, os genoveses, venezianos e sicilianos; de portugueses, os portenhos, lisboetas e açorianos; de espanhóis, os madrilenos e catalães, além de imigrantes de outras “nações”, que aos poucos vivenciavam o estranhamento da “terra prometida” e da nova realidade que estampava a América por fazer. E com o passar dos anos, somava-se ainda o grupo dos nacionais pobres preterido da nova dinâmica econômica, considerado incapaz de traduzir, na força de seu trabalho e em suas atividades, as determinantes que deveriam reger a “nova era”. Se nem todos eram italianos, como bem observou Santos<sup>13</sup>, tanto nacionais como imigrantes compartilharam, em larga medida, os mesmos espaços de moradia, trabalho e exclusão dentro do modelo socioeconômico empreendido pelas elites dirigentes.

Diante da conturbada conjuntura com problemas que cresciam exponencialmente, a elite dirigente destacava a necessidade de aglutinar instituições que organizassem as prioridades e ditassem as ações mais indicadas para a obtenção dos novos elementos constitutivos da sonhada São Paulo metropolitana. Entre elas, era substancial centralizar os aparelhamentos médico e sanitário do Estado em seus limites.

As diversas instituições científicas e laboratoriais, de inspetorias de higiene, de ligas paulistanas filantrópicas e privadas<sup>14</sup> se responsabilizariam em desenvolver métodos, pesquisas e treinamento para todas as regiões e cidades do Estado. Conjuntamente, mudar a fisionomia da capital, introduzindo-lhe marcas exemplares que reiterassem a independência do Estado das esferas federais, faria parte dos objetivos traçados.

A corporação médica acreditava que esse projeto seria vitorioso se erradicasse as ameaças existentes, de modo que a nova fisionomia da paulicéia também denotasse, por meio da saúde de sua gente, uma sociedade harmônica, equilibrada e promissora. A premência dessa feição cumpria-se principal-

13. Ver Carlos José dos Santos, *Nem Tudo era Italiano: São Paulo e Pobreza, 1890-1915*.

14. Como se verá adiante, exemplo disso foi o Instituto Pasteur de São Paulo, que funcionou entre 1906 e 1916 – substancial, como instituto privado – no desenvolvimento das ciências biomédicas do país e na colaboração com as ações de saúde pública em todo o Estado de São Paulo. Ver Luiz Antonio Teixeira, *Ciência e Saúde na Terra dos Bandeirantes: A Trajetória do Instituto Pasteur de São Paulo no Período de 1903-1916*.

mente pelas novas configurações urbanísticas, bem como por ações higiênicas e sanitárias capazes de controle social e das doenças que invadiam os bairros e ruas. Com tais responsabilidades os médicos seriam os protagonistas da articulação da “nova São Paulo”, alterando-lhe as feições, medicalizando e normatizando determinados espaços, para que se constatassem, pelos números, as mudanças advindas de suas ações.

Nesses termos, esperava-se somar, à terra dos bandeirantes, as novas insígnias que dariam à paulicéia a prerrogativa do sanitarismo nacional – uma nova representação do poder estadual transformando as estratégias empregadas em máquina de submissão e em produção de instrumentos capazes de inspirar submissão. Da perspectiva da criação desse corpo simbólico e progressista, mascarava-se a realidade, em vez de pintá-la adequadamente<sup>15</sup>: no interior com a luta no sentido de extirpar a imagem do paulista doente e substituí-la pela do Jeca Tatu higienicamente restaurado, e do paulistano por meio da disciplina e adestração, com a criação de um agente capaz de implantar, por seus alegados dotes especiais, as inumeráveis potencialidades que se constituiriam em todo o país – esse era o ideal apregoado pelos apóstolos do discurso higienizador<sup>16</sup>.

Para tanto, as modificações do espaço público eram prioritárias: diversas ruas deveriam ser alinhadas e adquirir sarjetas e bueiros. As casas que não estivessem de acordo com as normas da municipalidade – não só na estrutura interna, mas em seus alinhamentos externos com a rua e o recuo da calçada – deveriam ser demolidas. Os planos previam também novos prédios, teatros, grandes avenidas e jardins, concretizando toda uma idéia de purificação dos espaços, espelhada na harmonia das ruas e na arquitetura dos edifícios.

Já o espaço privado seria abonado por preceitos higiênicos e medidas que viabilizassem, primeiramente, a saúde do morador de posses, assegurando a devida distância de pontos infectos e de doenças para que pudessem viver com saúde, em ambiente ordeiro e perfumado ao mesmo tempo que controlassem a população pobre considerada hostil e crivada de vícios. Na roupagem científica dos discursos e nas intervenções médicas, havia a obrigação de uma pujante cisão dos espaços, pois os contornos urbanos da paulicéia não

15. Roger Chartier, “O Mundo como Representação”, *Revista de Estudos Avançados da USP*, pp. 185-186.

16. Tania Regina de Luca, *A Revista do Brasil*, op. cit., p. 216.

tinham, até aquele momento, a adequada separação entre a chamada casa operária ou cortiço e o palacete<sup>17</sup>.

Os diversos grupos da sociedade seriam dispostos de acordo com regras formais que o regulamento sanitário imporia, estabelecendo onde e como cada um deveria morar e se locomover no perímetro da urbe.

Em 1900, impuseram-se medidas sanitárias às habitações de uma só família: como a poda das árvores e dos arbustos, para que o sol e o ar pudessem destruir os focos nocivos que se formassem no solo sombrio e úmido dos quintais; a cimentação das áreas, quando estas não recebessem os raios diretos do sol; janelas largamente abertas para o exterior de todos os cômodos destinados a dormitórios e nas casas já edificadas; quando não fossem possíveis essas aberturas e os cômodos não se destinassem a dormitório, seria permitido o uso de clarabóias que garantiriam, tanto quanto possível, condições de luz, ventilação e proteção contra as chuvas<sup>18</sup>.

Na regulamentação das habitações coletivas, discriminava-se uma série de excessos que levariam a surtos epidêmicos, ameaçando todos os habitantes da cidade. Na avaliação do estado de um edifício, por exemplo, tudo poderia ser resolvido por meio de uma grande reforma, que acataria os seguintes quesitos:

demolição das paredes internas que reduzem as dimensões dos aposentos, impedindo o arejamento e penetração da luz, sendo de observar que, nos dormitórios, cada pessoa necessitaria de pelo menos 14 metros cúbicos livres de ar suficientemente renovado. Reboco e caiação das casas desprovidas desses melhoramentos necessários à higiene domiciliária, arrancamento dos assoalhos velhos e esburacados debaixo dos quais se formam verdadeiros ninhos de micróbios, esconderijos de camundongos e ratos e depósito das varreduras e águas de lavagens da casa<sup>19</sup>.

E se todos esses “vícios” fossem considerados insanáveis, como em grande parte dos cortiços e “casas de cômodos”? Nesse caso, o único remédio capaz de curar esse recinto malsão era a demolição. O surto colérico do

17. Sobre as transformações arquitetônicas operadas nos casarões e palacetes das elites paulistanas de 1867 a 1918, ver Maria Cecília Naclério Homem, *O Palacete Paulistano e Outras Formas de Morar da Elite Cafeeira, 1867-1918*, p. 125.

18. Instruções Sanitárias, Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, São Paulo, 1900, p. 11.

19. *Idem*, pp. 11-12.



distrito de Santa Efigênia em 1894<sup>20</sup> criou azo a uma intensa inspeção e exames da qualidade sanitária do local<sup>21</sup>, levando o Secretário dos Negócios do Interior, Cesário Motta Junior, a demolir vários prédios e casas, destituindo seus proprietários de quaisquer possibilidades de defesa. Dos diversos motivos que teriam levado às medidas adotadas, sublinhavam-se os seguintes:

A higiene pública pode e deve, em certos casos, suprimir garantias, com a condição, porém, de ser judiciosa, sincera e eficaz. Com as leis da higiene na mão, o poder público manda demolir, retocar e reformar o que não pode permanecer sem corretivo; faz desaparecer utilidades, cria outras e nem sempre é obrigado a indenizar o que houver de condenar outra vez. Os cortiços ou estalagens, as casas de dormida, os prédios transformados em hospedarias, as vendas ou tascas, quase todas com aposentos no fundo para aluguel, os hotéis de terceira ou quarta ordem transformados em cortiços, eis o que se vê amiúde no bairro onde a epidemia mais alastrou e onde tudo nos faz crer que a tendência para tal abuso aumenta em vez de diminuir<sup>22</sup>.

Assim, os espaços privados também ganhavam a atenção dos higienistas, os quais se alarmavam com as epidemias e todas as doenças originadas nos locais onde viviam os grupos excluídos, ameaçando os bairros ricos e centrais da cidade. Sem esgoto e instalações sanitárias adequadas, diagnosticavam, devia-se conter a aglomeração dessa “gente pernicioso”.

Indo além, Raquel Rolnic observa, nessa legislação urbana e sanitária, um ponto estratégico para o efeito dessas ações, que não estaria apenas na interdição pura e simples do que era avaliado como insalubre e fora das normas higiênicas. Segundo seus argumentos, o arremate da eficácia na delimitação de um território social preciso residia no custo. Lotes grandes, amplos

20. Grande parte das instruções sanitárias de 1900 deve-se ao relatório sobre as condições e medidas tomadas nesse distrito.
21. Saliente-se que, simultaneamente a essa intervenção, o mesmo relatório propunha a construção de vilas operárias nos arrabaldes, visando o afastamento desse grupo do centro da cidade, além de apresentar a legislação sobre sua viabilidade e construção. Sobre a concretização do projeto, ver trabalho que desvenda todas as relações suscitadas pela construção da chamada Vila Maria Zélia e por seu responsável, o industrial Jorge Street. Em Palmira P. Teixeira, *A Fábrica do Sonho: Trajetória do Industrial Jorge Street*.
22. Relatório da Comissão de Exame e Inspeção das Habitações Operárias e Cortiços no Distrito de Santa Efigenia, apresentado ao Dr. Cesário Motta Junior (Secretario dos Negócios do Interior do Estado de São Paulo), 1894, p. 256.

recuos e nenhuma coabitação eram a fórmula para quem podia pagar. Ao decidir que, num determinado lugar, poderia ocorrer exclusivamente um padrão, a lei operava o prodígio de projetar uma muralha invisível, empurrando os que não tinham condições econômicas suficientes para as áreas periféricas<sup>23</sup>. As leis municipais cuidaram dessas especificidades, das quais os casos das avenidas Higienópolis e Itatiaia eram exemplares, como se observa na legislação:

Art. 1º – Nenhuma casa poderá ser edificada nas avenidas Hygienópolis e Itatiaia sem que fique entre o alinhamento e a frente da casa um espaço de seis metros, pelo menos, para jardim ou arvoredos, e bem assim um espaço não menor de dois metros de cada lado<sup>24</sup>.

Seguindo São Paulo as intervenções urbanísticas de Camillo Sitte<sup>25</sup>, a “muralha invisível” constituída pela lei era identificada na distribuição populacional e nos acessos às melhorias arroladas nos discursos e nas aplicações financeiras realizadas. O conceito de cidadania ganhava dimensões diferenciadas, denotando uma ideologia urbanística em que os “direitos de uma ‘entidade abstrata e administrativa’ chamada cidade estariam em contraposição aos direitos concretos da cidadania”<sup>26</sup>.

Nesse turbilhão de mudanças, importa frisar a maneira como as modificações foram encaradas pela multidão que lá vivia, sendo significativa a percepção do surgimento de um mundo urbano heterogêneo, desigual e contrastante entre a elite, que construía seu espaço em busca de um novo

23. Raquel Rolnic, *A Cidade e a Lei: Legislação, Política Urbana e Territórios na Cidade de São Paulo*, p. 47.

24. Leis, Resoluções e Actos da Camara Municipal da Capital do Estado de São Paulo, de 1897-1898, p. 64.

25. O engenheiro responsável pelas obras viárias, Victor Freire, defendeu a abertura de grandes avenidas, preservando partes antigas do centro, indo ao encontro das concepções urbanísticas de Sitte. Segundo Bresciani, “a fantasia de construtor e não o implacável cordel do alinhador, se de certa maneira explicita a discordância em relação ao modelo parisiense de Haussmann, é porque mantém vínculo teórico com Camillo Sitte, arquiteto austríaco, crítico das reformas de Viena executadas por Otto Bauer. Victor Freire aliava-se às opiniões contrárias (...) para as quais reformar ou embelezar uma cidade implicava impor-lhe a grelha ‘rectangular’ de Nova York”. Maria Stella Bresciani, “Imagens de São Paulo: Estética e Cidadania”, em Antonio Celso Ferreira *et al.*, *Encontros com a História: Percursos Históricos e Historiográficos de São Paulo*, p. 35.

26. Leonardo Benevolo, *As Origens da Urbanística Moderna*, p. 146.

tempo, que o capital encontrava rapidamente, e os grupos pauperizados, que cedo perceberam sua exclusão das benesses prometidas.

Entre os vários motivos aqui sublinhados que explicariam essa divisão dos espaços e dos grupos sociais na capital, é expressiva, no conjunto de normas e regras médico-sanitárias, uma nova concepção do homem e cidadão paulistano. A consideração de cunho higienista<sup>27</sup> foi formulada e aplicada na confluência de saberes e conhecimentos de outras esferas científicas como a biologia, a fisiologia, a patologia, a terapêutica e a técnica sanitária, entre outras, havendo posturas profiláticas como as práticas de isolamento, quarentenas, desinfecções, notificações compulsórias, vacinas e leis coercitivas. Os resultados desses métodos, práticas e condutas seriam recebidos como restituição do homem e de sua saúde, ao mesmo tempo em que se reavaliaria seu custo para a sociedade. O homem livre de doenças expressaria a restauração paulista, bem como um ganho econômico por sua força de trabalho, pois, afinal, todo homem teria um *valor*, designado em função de sua produção para a sociedade.

A esse respeito, em 1913, quando surgiu o primeiro compêndio didático de higiene no Brasil, escrito pelo professor da Faculdade de Medicina e também de Ciências Jurídicas do Rio de Janeiro, o Dr. Afrânio Peixoto, indicavam-se os passos que a medicina trilhava e a higiene acompanhava para, a partir deles, computar-se o valor econômico do brasileiro. Isso porque a presença do homem na sociedade passaria a ser compreendida “contando com um valor”, já que “sua vida tinha um preço”<sup>28</sup>. Daí os pobres serem tidos como entrave e ameaça a tal concepção; classificados como “classe perigosa”, eram acusados de proliferarem doenças e representarem atraso econômico e civilizatório.

O valor econômico de cada homem seria calculado por diversos meios – fração da riqueza pública, custo de criação e educação, valor indireto pelo preço da saúde, despesa com as doenças, lucros cessantes, valor ou juros de

27. Os princípios da higiene pública e privada achavam-se no Código Sanitário do Estado, podendo ser resumidos em: execução do serviço de higiene profilática e agressiva, competindo ao Estado o serviço geral das desinfecções; o serviço de higiene municipal, com ênfase nos trabalhos da polícia sanitária, inspecionando espaços insalubres, intervindo nas condutas da população no que diz respeito a sua alimentação e moradia; em quadras epidêmicas, farão observar as disposições regulamentares sobre a higiene pública e privada e as medidas extraordinárias que julgarem oportunas, quer por parte das autoridades municipais, quer por parte dos habitantes. Em Carlos Reis, *Repertório da Legislação sobre o Serviço Sanitário do Estado de São Paulo*, *op. cit.*, p. 62.

28. Afrânio Peixoto, *Higiene*, p. 10.

produção. Por essas estimativas, vários higienistas assim avaliaram o europeu e o norte-americano<sup>29</sup>:

um italiano vale	3 500 libras (2:100\$000)	Celli
um inglês vale	160 libras (2:400\$000)	Farr
um francês vale	6 000 francos (3:600\$000)	Rochard
um americano vale	3 500 dólares (10:500\$000)	Chadwick

A valorização capital da saúde dos indivíduos demonstrava o quanto as despesas com higiene redundavam num benefício público, se comparadas aos gastos com as epidemias e vidas perdidas no cotidiano de uma sociedade infecta e insalubre. No caso brasileiro, calculavam-se os números com a seguinte composição matemática: “qual seria o valor de um brasileiro? Aureliano Portugal calculou que, sendo 1\$500 o salário médio, 250 os dias de trabalho no ano, a renda seria de 375\$, juro que, à razão de 12 %, seria o de um capital de 3:000\$000, valor de um brasileiro; às mulheres, atribui dois terços deste valor, ou 2:000\$000”<sup>30</sup>. Dessa perspectiva, procurava-se elucidar, por uma lógica utilitária, que “a redenção da saúde viesse mais cedo ao mundo, pelo saneamento definitivo”<sup>31</sup>.

Sob tais pressupostos científicos e inquestionáveis, não era possível, segundo os médicos, exceção para outro diagnóstico sobre a organização de São Paulo. Como um corpo doente, precisava ser saneada, pois o determinismo viria ao encontro da prerrogativa científica de que, “em ciência, não haveria exceções. Fosse qual fosse a esfera dos fenômenos que estudássemos, encontraríamos sempre o mesmo invariável e desapiedado determinismo científico. Desde a matemática até a biologia, jamais um *hiatus*, jamais uma quebra na regularidade de ação das leis naturais”<sup>32</sup>.

Com o passar do tempo, essa concepção científica – e simbólica – ganhava caráter de uma nova tradição, sendo a expressão de uma nova sociedade que delineava um conjunto de práticas orientadas por regras tácitas ou explícitas, de natureza ritual ou simbólica, visando inculcar certos valores e normas de comportamento pela repetição<sup>33</sup>.

29. *Idem*, p. 12.

30. *Idem, ibidem*.

31. *Idem*, p. 13.

32. Carta enviada ao Dr. Emílio Ribas pelo Dr. L. P. Barreto, 10 maio 1900 [manuscrito].

33. Eric J. Hobsbawm e Terence Ranger (orgs.), *A Invenção das Tradições*, p. 9.

Para isso, elaboravam-se relatórios e discursos que representavam um controle médico e sanitário absoluto sobre todo o corpo social – os espaços público e privado –, tentando produzir resultados sempre positivos no que se dizia parte da regeneração paulista. Os números eram surpreendentes: do controle de nascimentos, mortes, principais doenças e bairros atingidos, derivavam propostas de ação e de caminhos possíveis para se debelarem doenças – confinando enfermos, derrubando pontos insalubres, higienizando ruas e casas. Por esses dados, a cidade melhoraria substancialmente, reafirmando a força de São Paulo através de sua capital, como uma cidade que congregava competência, progresso e uma história que sempre esteve nessa direção. Pela visão médica, a paulicéia transformava-se no templo da cultura do novo homem brasileiro, tão almejado, como vimos, em todo o país. Quando, depois de suas expedições pelos rincões brasileiros, o Dr. Belisario Penna chegou em terras paulistanas, em 1918, para fazer uma conferência sobre o *Parasitismo Animal e Social*, observou que, ali, o tempo do Brasil era outro.

Magnetizado diante do que dizia ser o verdadeiro lugar do progresso nacional, aludia ao que encontrara pelos sertões e às dificuldades de se levantar o brasileiro tomado por doenças e “selvagerias”. Afirmou ter achado, nas instalações médicas de São Paulo, exatamente o contrário. Segundo suas palavras, estar na paulicéia, depois de sair do interior, era um salto do século XVIII para o século XX, de um passado que deveria ser apagado pelas mãos regeneradoras do sanitarismo para uma realidade que vinha dando mostras de fundar a nação de raça superior, com um povo saudável e civilizado. Por isso aceitou o convite da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo para uma conferência em que deixava claro: “eis por que não trepidei em escolher para tema de minha conferência uma face escabrosa do problema do saneamento, a mais importante de todas, mas que só deve ser exposta e discutida nos meios de grande cultura e sólida organização política e social”<sup>34</sup>. Para ele, São Paulo podia se vangloriar da responsabilidade que lhe cabia:

na capital de um Estado que possui um departamento de higiene servido de todos os elementos de completa eficiência técnica e científica dos seus serviços; uma Faculdade de Medicina que impõe respeito pelo apuro do ensino médico, por um corpo docente notável, presidido por Arnaldo Vieira de Carvalho; um instituto de medi-

34. Belisario Penna, “Parasitismo Animal e Social”.

cina experimental como o do Butantan, que dilata dia a dia a sua ação científica, com nobre e elevado intuito de se equiparar aos melhores, e que para lá caminha, sob lúcida direção de Vital Brasil, cujo imenso valor científico se mede pela sua excessiva modéstia, enorme desprendimento e dedicação absoluta (...) eu não viria ocupar a vossa atenção com a exposição da patogenia, profilaxia, tratamento das doenças conhecidas e identificadas que infestam a população brasileira. O problema do Brasil não é apenas médico e higiênico porque é, e mais que tudo, o problema máximo nacional, econômico, social, político e humanitário, de cuja resolução depende a de todos os outros – é a existência da nacionalidade<sup>35</sup>.

Nesses termos, estudos sobre São Paulo e sua marcha sanitária na virada do século XX foram unânimes em demonstrar as melhorias conquistadas por parte da população da cidade e seu reflexo na qualidade de vida pela sensível redução da mortalidade por moléstias infecciosas. Entretanto, algumas dessas interpretações pecam por acatar os índices oficiais sem um exame mais acurado da óptica sob a qual se formularam, descuidando de elementos que pudessem questionar ou rebater esses números.

Referindo-se à capital, em clássico trabalho sobre a organização e administração da Saúde Pública no Estado de São Paulo, sintomaticamente Blount indicou uma evolução substancial na qualidade de vida de “toda” a população no decurso das intervenções em doenças epidêmicas e endêmicas. Tal melhora poderia ser resumida no quadro de mortalidade do período:

(...) entre 1894 e 1917, o coeficiente de mortalidade na cidade de São Paulo caiu de 28,09 para 16,78. Tivesse a taxa permanecido ao nível de 1894, o número total de mortos em 1917, que foi de 7,08, 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<sup>36</sup>.

Acompanhando os dados apresentados pelo autor, notamos que a estimativa partiu exclusivamente das expectativas e interpretações dos órgãos de Governo do Estado no período, para os quais quaisquer desvios seriam entendidos como detalhes relacionados aos que chegavam à cidade e que não ti-

35. *Idem, ibidem.*

36. John Allen Blount, “A Administração da Saúde Pública no Estado de São Paulo: O Serviço Sanitário, 1892-1918”.

nham tido tempo para ser absorvidos pelas técnicas e ações dos órgãos de saúde pública. Em relatório enviado ao Secretário dos Negócios do Interior sobre o ano de 1897, isso é claro:

(...) durante o ano próximo findo, reproduziram-se nesta Capital vários casos de moléstia transmissível sem que contudo atingissem um caráter epidêmico, conservando-se a salubridade da Capital em estado bastante lisonjeiro. É assim que, não obstante o aumento contínuo e extraordinário da população da capital, para o qual concorre sobremodo o elemento desaclimado da grande massa de imigrantes estrangeiros e nacionais, observa-se um decréscimo sensível da mortalidade geral no corrente ano em relação ao anterior, como se vê dos seguintes dados: 1896: obituário geral, 6 396; 1897: mortalidade, 5 719. É de esperar que essa mortalidade ainda decresça com a continuação do estudo e o emprego de meios atinentes a conseguir uma solução completa do difícil problema da saúde pública. Do obituário geral de 1897, foram de moléstias transmissíveis os seguintes<sup>37</sup>:

Tuberculose	406
Febre tifóide	223
Difteria	33
Febre amarela	28
Varíola	26

Na mesma direção, Joseph Love demonstra o quanto as zonas urbanas paulistas, com destaque para a capital, eram beneficiárias do projeto sanitário vigente, o qual teria alcançado “todas” as classes sociais. A esse respeito, São Paulo daria ao restante do país o exemplo de liderança firme<sup>38</sup>. Já sobre os avanços sanitários, mais uma vez especialmente na capital, afirmou, com base nos dados e nos números oficiais, “que a cifra de mortes por mil habitantes passaria de 23, no período de 1894-1900, para 18, entre 1901-1910; e, apesar da ligeira elevação que ocorreria na década seguinte, devido à epidemia de gripe espanhola em 1918, 6 800 habitantes morreriam e a taxa de mortalidade se reduziria a 13, em 1940”<sup>39</sup>.

37. Relatório apresentado ao senhor doutor Vice-Presidente do Estado de São Paulo, João Batista de Melo Peixoto, pelo Secretário de Estado interino dos Negócios do Interior, anno de 1897, São Paulo, 1898, p. 6.

38. Joseph Love, *A Locomotiva: São Paulo na Federação Brasileira, 1889-1937*, p. 39.

39. *Idem*, p. 93.

É fato que o combate às epidemias que mais atingiam a população demolia os altos índices de mortalidade. Barrava-se parte das principais doenças por meio de atuações diretivas, principalmente relacionadas às moléstias transmissíveis e a seus vetores. Em relatório do departamento de demografia sanitária de 1912, o obituário da cidade mostra o êxito relativo de muitas dessas ações<sup>40</sup>:

Ano	População	Óbitos	Coeficiente por mil hab.
1893	150 000	5 328	35,52
1894	158 000	4 214	28,09
1895	170 000	5 191	30,53
1896	200 000	5 779	28,88
1897	230 000	5 237	22,76
1898	260 000	5 083	19,52
1899	260 000	4 279	16,45
1900	260 000	4 109	15,00
1901	286 000	4 514	15,80
1902	286 000	5 199	18,17
1903	286 000	4 604	19,59
1904	286 000	4 922	17,20
1905	286 000	4 852	16,96
1906	286 000	5 406	18,90
1907	300 000	5 129	17,09
1908	300 000	5 760	19,20
1909	300 000	5 757	19,19
1910	314 000	6 246	19,89
1911	358 000	6 933	19,36
1912	400 000	8 585	21,46

Por sua vez, os casos de outras doenças patenteavam os empecilhos que dominavam o cotidiano das instituições médicas e sanitárias, que estavam sempre à espera de um surto epidêmico que poderia acontecer a qualquer momento:

40. Relatório apresentado ao Dr. Francisco de Paula Rodrigues Alves, Presidente do Estado de São Paulo, pelo Secretário do Interior, Altino Arantes, ref. 1912, São Paulo, Typ. Brazil de Rothschild e Cia., 1914, p. 83.



Moléstia	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	Total
Malária	984	869	750	610	840	1416	935	18 043
Varíola	-	4	448	104	44	93	1 062	1 755
Peste	17	10	15	6	6	5	8	67
Escarlatina	14	7	20	34	34	40	26	175
Tifo exantemático	-	2	3	2	1	1	-	9
Beribéri	18	5	3	7	11	5	3	52

Diante desse quadro, era lógico esperar que os resultados confirmassem as expectativas dos médicos e de suas respectivas instituições ou órgãos de saúde pública. Afinal, desde o início das campanhas e intervenções, debelavam-se epidemias, modificava-se o espaço urbano, resgatavam-se o paulistano enfermo e seu valor econômico. Pelos ofícios, narravam-se as investidas e o poder com o qual pareciam dominar toda a cidade, como o resumo de seu policiamento sanitário, pelo qual, em dez dias, teriam sido feitas 1892 visitas domiciliares, 2 324 vacinações e 43 intimações<sup>41</sup>. Mas uma cidade em mutação como São Paulo não dava garantias de que estes números representassem a afirmação do controle totalizador que se supunha, e muito menos da melhoria de vida de “toda” a população. Prova disso eram esses mesmos protagonistas da saúde, ao constatarem, no mesmo instante e contrariamente ao que previam, uma São Paulo repleta de contradições que lhes escapavam à ação.

Eram tempos diversos correndo paralelamente, e que faziam dos preceitos e das intervenções sanitárias arremedos de ações e intenções que se cumpriam em determinadas conjunturas, mas, em outras, eram impedidos por diversos fatores, dos cotidianos e simples aos complexos e inexoráveis. Aquele poder que tudo sabia e tudo dominava era uma utopia que muitas vezes se resumia aos discursos e relatórios – na prática, estava fadado aos insucessos cotidianos e às rotineiras contradições enfrentadas pelos soldados da saúde.

Como aponta a historiografia, a cidade de São Paulo desdobrou-se na desigualdade de seus espaços e da qualidade de vida de seus moradores. Situando, por exemplo, a administração de Antonio Prado (1899-1910), Maria Alice Ribeiro mostrou que seus investimentos na urbanização da cidade se deram pela arrecadação, que cresceria em sua administração, e, en-

41. Relatório do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo ao Secretário dos Negócios do Interior, São Paulo, s/ed., 1893.

tre outros motivos, por sua “racionalidade” e “disciplina” administrativas. Racionalidade que via nas questões de saúde pública entraves a sua administração.

Nesse sentido, “não foi difícil reduzir as despesas (...) pois, na prática, ele passou alguns serviços para o Estado como o da higiene e o da fiscalização das habitações. O Conselheiro, no início de sua administração, dispensou os médicos em exercício na antiga Intendência da Polícia e Higiene, que passaram a ser funcionários do Serviço Sanitário do Estado, como inspetores sanitários”<sup>42</sup>. Quanto à política urbana, o Conselheiro Prado “priorizou a região central da cidade, deixando os bairros periféricos no mais completo abandono. Não houve um planejamento, nem mesmo uma orientação geral para a condução do crescimento da cidade, apenas embelezamento da parte central”<sup>43</sup>.

Quando as responsabilidades referiam-se às modificações e intervenções das zonas periféricas, onde a população pobre vivia ou para onde fora deslocada, ficou clara a visão de um projeto corroído pela realidade. O quadro a seguir ilustra a situação das áreas que faziam parte da cidade e como seriam levadas ou não as melhorias prometidas e necessárias, segundo as autoridades da saúde. Desse modo, ficaram evidentes os limites entre o que se definia como ordem ou desordem<sup>44</sup>:

42. Maria Alice Ribeiro, *História sem Fim*, op. cit., p. 107.

43. *Idem*, p.108.

44. Em Cláudio Bertolli Filho, *Epidemia e Sociedade: A Gripe Espanhola no Município de São Paulo*, p. 58.

Grupo distrital	Distritos	Características topográficas	Classes sociais predominantes	Tipos de moradias	Benefícios existentes
Central	Sé, Consolação	Terrenos altos, colinas e patamares	Burguesia e classes médias	Mansões, sobrados e edifícios administrativos	Sistemas de água e esgoto abrangentes, luz elétrica, telefone, linhas de bondes e ruas pavimentadas e arborizadas
Intermediário	Liberdade, Bela Vista, Sta. Efigênia, Sta. Cecília	Colinas e patamares	Classes médias e principalmente proletariado	Sobrados, chalés e cortiços	Bondes, água, esgoto, luz e telefone apenas nas áreas próximas dos distritos do grupo anterior
Periférico	Bom Retiro, Brás, Moóca, Belenzinho	Terraços fluviais de baixadas relativamente enxutas e planícies sujeitas a inundações periódicas	Proletariado	Habitacões coletivas e algumas vilas operárias	Bonde e iluminação elétrica apenas nas principais vias públicas; serviços precários de água e esgoto
Suburbano	Cambuci, Santana, Lapa, Penha, São Miguel, N. S. do Ó, Butantã, V. Mariana	Colinas, patamares e terraços fluviais	Trabalhadores, principalmente engajados nas atividades agrícolas	Habitacões proletárias e ranchos	Praticamente inexistentes, telégrafo, difícil acesso à cidade

Assim se articulou a segregação dos grupos pauperizados, que foram deslocados do centro da cidade para a periferia. O estudo de Prado Júnior sobre a estruturação urbana e geográfica paulistana mostra exatamente a constituição de muitas áreas periféricas pela “grilagem”, resultando no desenho sem planejamento de ruas e bairros, os quais não vinculavam o acesso de seus moradores aos serviços municipais, às vias de comunicação ou às vias públicas, “surgindo como surgiram, da noite para o dia, ao acaso das conveniências ou oportunidades de especulação”<sup>45</sup>, deixando espaços interrompidos e abandonados. Esse arranjo acabou gerando uma relação não integrada entre serviços, comunicações e vias públicas para determinadas regiões, crescendo a urbe também pelo acaso, impedindo o projeto sanitário de coordenar as regras e normas consideradas fundamentais para a salubridade de São Paulo.

Na verdade, todo o aparato normativo pensado e posto em prática pelas autoridades médicas correspondentes ia recebendo diferentes formas de conduta e representação, conforme os rearranjos possíveis em sua execução e extensão, enquanto os discursos sobre as medidas legisladas, bem como os gráficos e desenhos apresentados a respeito, eram a tentativa de concretizar simbolicamente uma cidade ideal, que se debatia cotidianamente com um outro lugar – a cidade real<sup>46</sup>.

Um fato substancial era que o bairro do Brás, em 1894, além de aglutinar um enorme contingente populacional, sucumbia pela falta de moradia e condições de vida como saneamento básico, asfaltamento, transportes para determinadas regiões etc. Conseqüentemente, ali se difundiam diversos tipos de moléstias, incluídas doenças de infância, cólera, tifo e principalmente o avanço sistemático da peste branca.

Em 5 de dezembro daquele ano, o jornal *O Estado de S. Paulo* apontou um caso emblemático das condições sanitárias e de moradia daquela população, aliadas a uma confusa rede discursiva dos órgãos de saúde que alegava pleno controle sobre aqueles limites e as prováveis doenças.

“Espalhou-se ontem pelo bairro do Brás que um indivíduo tinha caído ao meio-dia, em plena rua do Dr. João Theodoro, fulminado por um ataque

45. Caio Prado Júnior, “O Fator Geográfico na Formação e Desenvolvimento da Cidade de São Paulo”, em *Evolução Política do Brasil e Outros Estudos*, p. 131.

46. Sobre o enfoque dado às representações urbanas, principalmente às cidades do início do século XX, ver Sandra Jatahy Pesavento, “Entre Práticas e Representações: A Cidade do Possível e a Cidade do Desejo”, em Luiz César de Queiroz Ribeiro e Robert Pechman (orgs.), *Cidade, Povo e Nação. Gênese do Urbanismo Moderno*, pp. 377-396.

de cólera (...) felizmente podemos afirmar que é falsa (...) cumpre-nos acrescentar, entretanto, que, mesmo no bairro do Brás, houve ontem três casos suspeitos.” No Hospital de Isolamento, foram diagnosticados como doentes e definidos como “pessoas absolutamente desleixadas, que se alimentam mal e que não zelam do asseio do corpo e das habitações”<sup>47</sup>. Diante do perigo de um surto colérico na região que avançasse sobre a urbe, no dia 17 do mesmo mês, ruas do bairro foram interditadas pelas autoridades sanitárias, 40 casas visitadas e, segundo a Inspetoria Sanitária, encontradas “limpas e o estado sanitário magnífico”<sup>48</sup>.

Na verdade o bairro abrigava um “apinhamento populacional” em seus cortiços, casas de cômodos e outras formas de moradia, o que acabou dando aos órgãos de saúde uma avaliação, no mínimo, prematura, que alardeavam em seus relatórios. Ao visitar esses locais e considerar “magnífico” seu estado de conservação, revelaram-se incapazes de uma investigação mais profunda e segura acerca da dimensão das doenças existentes, ao mesmo tempo que procuravam incutir a idéia de domínio sanitário sobre toda a cidade. Isso porque, no dia seguinte, quando era dada oficialmente a ausência da doença e das formas de contágio, novamente *O Estado de S. Paulo* publicava que encontraram-se “algumas casas do Brás onde se manifestaram casos de cólera e colerite”<sup>49</sup>. A realidade dessa conjuntura precária em que vivia a população pobre, “vítima” e “culpada” da proliferação de doenças e moléstias, foi apontada nos resultados do relatório demográfico-sanitário referente a novembro de 1894:

Faleceram nesse mês, na capital, 423 pessoas, das quais 26 de um mês de idade para baixo, 114 de um a doze meses, 95 de um a cinco anos, 10 de cinco a dez, 12 de dez a vinte, 34 de vinte a trinta, 48 de trinta a quarenta, 24 de quarenta a cinqüenta, 16 de sessenta a setenta, 8 de setenta a oitenta, 3 de oitenta a noventa, 3 de noventa a cem, 1 de mais de cem, 4 de idade ignorada e 25 nascidas mortas. (...) Por distrito, Norte e Sul da Sé, 83; Consolação, 122; Santa Efigênia, 93; Brás, 121; Santana, 9; Penha, 6; São Manoel, 5; Nossa Senhora do Ó, 0<sup>50</sup>.

47. *O Estado de S. Paulo*, 5 dez. 1894, p. 3.

48. *O Estado de S. Paulo*, 18 dez. 1894, p. 3.

49. *O Estado de S. Paulo*, 19 dez. 1894, p. 2.

50. *O Estado de S. Paulo*, 28 dez. 1894, p. 1.

As doenças responsáveis pelos óbitos arrolados eram várias, destacando as do aparelho digestivo, com 138 casos, a tuberculose, com 34 casos, e a cólera e colerite, que vinham mostrando um caminho ascendente, com 6 casos.

Aí aparecem as inevitáveis contradições das próprias medidas sanitárias, que teriam pontos definidos de ação. O flagrante das melhorias discutidas e das áreas preferenciais dessas ocorrências expunha a pluralidade que nascia das configurações propostas pela cidade a seus moradores. Notavam-se também os espaços destinados a sua vida e à de todas as comunidades que viviam a mesma experiência urbana de moradia e deslocamentos espaciais. Quando as instâncias médicas tentavam delinear o perfil daqueles que moravam e viviam nos pontos periféricos, descobriam a plural convivência entre operários, trabalhadores informais e desempregados de toda a ordem, numa espécie de cidadania sem direitos, com uma pobreza baseada em “atividades de poucos vinténs” e, na maior parte do tempo, de nenhum tostão.

O subemprego e o desemprego acabaram desmascarando as garantias de cidadania legisladas e a existência de grupos vivendo no mais alto grau de miserabilidade e doenças. Ressalte-se que esse problema ligava-se, antes de tudo, ao desenvolvimento da ordem capitalista de produção, de seus fluxos e refluxos: “nas conjunturas de estagnação das atividades produtivas, a deterioração social e profissional atingia não só aqueles que se situavam à margem da evolução econômica, como os operários”, mas também o desemprego consecutivo nivelava por baixo a classe operária das periferias e dos que viviam dos ínfimos ganhos do trabalho ocasional<sup>51</sup>.

Mesmo com a industrialização emergente, o trabalho formal, quando existia, não fazia com que a vida desses trabalhadores fosse muito diferente da daqueles que se dedicavam à informalidade ou que viviam desempregados. Mesmo que as regulamentações sanitárias procurassem definir as condições de trabalho e o insalubre cotidiano na fábrica, essa história estava marcada pelo descaso das autoridades frente à exploração do trabalho feminino e infantil, aos acidentes de trabalho e mesmo às horas excedidas, que avançavam conforme os desígnios dos donos das empresas<sup>52</sup>. As péssimas condições a que estavam submetidos os operários eram muitas vezes denunciadas pelas

51. Maria Inez M. Borges Pinto, *Cotidiano e Sobrevivência: A Vida do Trabalhador Pobre na Cidade de São Paulo, 1890-1914*, p. 112.

52. Esmeralda Blanco B. de Moura, *Mulheres e Menores no Trabalho Industrial: Os Fatores Sexo e Idade na Dinâmica do Capital*, p. 70.

instâncias médicas e organizações operárias – pediam melhor iluminação, higiene nos espaços e segurança, entre outras coisas –, mas nem por isso se alteravam.

Segundo a visão dos esculápios, a desordem e a doença adquiriam a dimensão de problema econômico, político e moral de São Paulo pela confluência dessas pessoas fétidas, sem hábitos regulares de higiene e morando em locais aglomerados. Ali viviam juntos os causadores e as vítimas de todo o caos e de toda a violência. Por isso, as estratégias adotadas contra esses lugares e pessoas consistiam em conter também “seus excessos”, identificando os principais motivos que os levariam a tamanhos transtornos como a violência e as conseqüentes mortes.

Avaliava-se que nesses locais – considerados antros de promiscuidade, da falta de higiene física e moral – nasciam as mais perversas atitudes, e a violência era uma das marcas características da vida desses moradores. Isso era mencionado pela saúde pública, ficando sob responsabilidade da demografia sanitária o levantamento e a identificação dos casos<sup>53</sup>, configurando-os como um problema também da saúde pública da cidade.

Com esse intento, designaram-se como mortes violentas todas as formas contabilizadas e hierarquizadas no quadro de “moléstias identificadas”, tendo a maioria desses casos sido encontrada nos locais considerados mais vulneráveis, ou seja, nos bairros periféricos em que funcionavam as fábricas e oficinas, e onde se identificaram a desestruturação social e a miserabilidade, o que se transformaria num problema crucial para os responsáveis pela organização e regeneração social.

Saltavam aos olhos exemplos dos crimes<sup>54</sup> que terminavam em tragédias e brutalidades, como em outubro de 1892, quando Antonio Vicente, morador da rua do Glicério, “ouvira gritos que partiam de um dos quartos do mesmo prédio, onde residiam Manoel José dos Santos e Euphrazia de tal, e, dirigindo-se para lá, encontrou ambos mortos, apresentando diversos

53. A idéia de que esses relatórios e dados demográficos não são apenas índices, mas uma forma de representação de uma determinada realidade, pode ser acompanhada em Geraldo José Alves, *A Contabilidade da Higiene: Representações da Mortalidade no Discurso Médico-demográfico, São Paulo – 1903-1915*.

54. O aumento da criminalidade na cidade de São Paulo nesse período e a demanda por uma reforma que dominasse esse novo contingente de criminosos são analisados por Fernando Salla, *As Prisões em São Paulo, 1822-1940* e Marco Antonio Cabral dos Santos, *Paladinos da Ordem: Polícia e Sociedade em São Paulo na Virada do Século XIX ao XX*.

ferimentos feitos com instrumento perfuro-cortante”<sup>55</sup>. Ou o caso envolvendo o filho de Maria dos Santos, moradora da vila Pompéia, que teve seu filho Paulo espancado por seu amante, no dia 29 de janeiro de 1914. O criminoso “ao entrar em casa e vendo sentado à porta o pequeno Paulo, agarrou-o estupidamente, esmurrando-o com a energia própria de um coração perverso e feroz, vindo a criança a morrer na Santa Casa de Misericórdia”<sup>56</sup>.

Dentro dessa conjuntura, usando de estatísticas demográficas e procedimentos científicos – como o número de vítimas, a nomenclatura das principais causas e das classes hierarquizadas dessas doenças –, os médicos demarcariam seu espaço de ação. Amparadas pelo Direito, a medicina legal e a higiene estendiam os limites das instâncias médicas aos chamados crimes violentos. Sob a óptica da lei, viam os esculápios uma concepção positivista de saúde, entendendo que a sociedade era comparável a um corpo que, doente, precisava ser medicalizado e tratado, para não afetar os outros órgãos. Por esse raciocínio, a medicalização e o tratamento dos males identificados estariam sob sua responsabilidade, pois fatos como os narrados seriam encarados como doenças que desequilibraram o homem e poderiam desequilibrar toda a sociedade<sup>57</sup>.

Dessa perspectiva, a anormalidade física e social em que estavam imersos determinados grupos só podia ter como consequência o desajuste e a morte, cuja incidência era permeada por violências peculiares como, por exemplo, os acidentes do trabalho<sup>58</sup>. O afã de identificar e diagnosticar esses desvios exprime-se no quadro abaixo<sup>59</sup> (até 1905, usaram-se as seguintes expressões para contabilizar os casos):

55. Relatório apresentado ao Presidente do Estado pelo Secretário dos Negócios da Justiça de São Paulo (Manoel Pessoa Siqueira Campos), Rio de Janeiro, Typ. G. Leuzinger & Filhos, 1893, pp. 10-13.
56. *O Estado de S. Paulo*, 7 ago. 1914.
57. Amâncio de Carvalho, “Medicina Pública”, *Revista da Faculdade de Direito de São Paulo*, p. 120.
58. Os acidentes de trabalho e as mortes subsequentes eram classificados pelos médicos, em suas estatísticas, como “morte violenta”, podendo ser acompanhados pelos jornais e relatórios do Departamento do Trabalho. Como exemplo, o acidente de um operário em 1912 que, “passando com um saco às costas ao pé de uma máquina, foi apanhado por uma peça da mesma, que lhe fraturou o crânio, determinando a morte”, ou a morte de um “operário encanador que trabalhava no prédio nº 42 da rua J. João, caindo do andaime em que se achava, batendo violentamente com a cabeça ao solo e quase esmagando seu crânio”. *Boletim do Departamento Estadual do Trabalho*, São Paulo, Typ. Brasil de Rothschild & Cia., anno II, nº 6, 1913, p. 139, e *O Estado de S. Paulo*, 3 jul. 1918, p. 1. Ver também Edgar Carone, *Classes Sociais e Movimento Operário*.
59. Dados dos Anuários Estatísticos de São Paulo entre 1900 e 1905.



Causas de mortes violentas			
Classe	Acidentes	Homicídios	Suicídios
Nomenclatura	imersão	arma de fogo	envenenamento
	esmagamento	instrumentos perfuro-cortantes	arma de fogo
	envenenamento	outras causas	estrangulamento
	queimaduras	-	submersão
	outras causas	-	outras causas

Os baixos números obtidos durante esse período dizem da dificuldade de definir o que seriam mortes violentas e como organizá-las.

Mortes violentas na capital entre 1900 e 1905			
1900	60 casos	1903	107 casos
1901	83 casos	1904	96 casos
1902	104 casos	1905	80 casos

Em 1906, uma nova configuração para as chamadas mortes violentas – agora designadas como “afecções produzidas por causas exteriores” ou “causas da morte” – servia-se de uma ampla terminologia, aumentando o coeficiente. Acompanhando os novos elementos que se somam ao quadro, nota-se a expressiva nomenclatura sobre os suicídios que, naquele momento, aumentavam consideravelmente na cidade:

Nova nomenclatura (a partir de 1906)	
– suicídio por veneno	– outros traumatismos acidentais
– suicídio por asfixia	– queimaduras pelo fogo
– suicídio por enforcamento ou estrangulação	– queimaduras por substâncias corrosivas
– suicídio por submersão	– insolação
– suicídio por armas de fogo	– congelação
– suicídio por instrumentos cortantes e perfurantes	– comoção elétrica

Nova nomenclatura (a partir de 1906) (cont.)	
– suicídio por precipitação de lugar elevado	– submersão acidental
– suicídio por esmagamento	– inanição
– suicídios por outros meios	– absorção de gases deletérios (exceto suicídios)
– fraturas	– outros envenenamentos agudos
– luxações	– outras violências exteriores <sup>60</sup>

A partir de então, abria-se a possibilidade de formular outras causas de morte violenta, aumentando, conseqüentemente, o número de casos, e revelando uma situação muito mais crítica do que os anos anteriores pareciam mostrar<sup>61</sup>:

Óbitos por afecções produzidas por causas exteriores (1906–1910)	
1906	120
1907	124
1908	143
1909	133
1910	140

A cidade idealmente organizada perdia-se, enfim, no “desequilíbrio físico e mental”, havendo uma clara relação, na visão dos médicos e psiquiatras<sup>62</sup>, entre a cidade e os degenerados que nela se multiplicavam, buscando

60. Anuário Estatístico de São Paulo, anno de 1906, vol. I, São Paulo, Typ. Espíndola & Cia., 1908, p. 365.

61. Dados dos Anuários Estatísticos do Estado de São Paulo entre 1906 e 1910.

62. A função dos hospícios em sua constituição a partir do século XIX, mais precisamente depois de 1850, era aprisionar os degenerados, retirando-os da sociedade, que era espelhada pelos próprios métodos e pela arquitetura construída para tais intentos: “O hospício é o espelho do mundo; o mundo, espelho da fábrica ou representado, pela psiquiatria, como sua imagem e semelhança. Nesse jogo de espelhos em que o hospício, a fábrica e a cidade se refletem mutuamente, a psiquiatria higiênica pretende ajustar o indivíduo à sua função social – como quem desenvolve a destreza manual dos gestos repetidos diante da máquina implacável, que impõe ao trabalho do homem um ritmo que lhe é estranho (...) o ritmo da vida social torna-se igual-

formas de sobrevivência em ruelas, bares, cabarés e habitações insalubres da gente pobre, escondendo-se no anonimato da multidão, produzindo o tumulto e a violência.

Com formulações dessa natureza, a corporação médica e suas instituições foram demarcando os lugares tidos como os mais violentos da cidade e, identificando os grupos preferenciais, diagnosticavam as causas dos desajustes sociais. Depois dos fatos observados, chegaram à conclusão de que as pessoas “sujas, doentes e ignorantes” transformaram a saúde da cidade na desordem constatada, posto que os diagnósticos e prognósticos dos potentes instrumentos interventores eram irrefutáveis.

Segundo os médicos, não faltavam análises sobre as condições, as quais imperavam em São Paulo. As leis e normas estavam escritas, e muitas legalmente impostas por seus representantes, que esquadriavam e até intervinham, mas com os resultados desejados alterados por dimensões que ultrapassavam seus limites de ação, num cotidiano confuso e desordenado, de acordo com aqueles que tinham exatamente a função de curar os distúrbios físicos e psicológicos de sua gente.

### RESISTÊNCIAS E RECLAMAÇÕES: A INFRAÇÃO EM PAUTA

Diante da identificação e posterior erradicação de doenças e males ameaçadores, os grupos que estariam sob a atenção dos sanitaristas traziam para o centro dos debates as diversas maneiras de acolhimento dessas posturas. As análises dessa problemática mostram a complexidade nas relações estabelecidas entre determinados grupos da sociedade paulistana e o projeto sanitário imposto. Exemplo disso eram os operários que exigiam a presença da Saúde Pública como forma de luta contra os abusos cometidos pelos industriais, quer pelas horas excedentes, quer pelas condições de segurança e higiene dentro das oficinas e fábricas<sup>63</sup>.

Mas, como essa atitude não era unânime entre a população, a queixa das autoridades médicas era que justamente a parcela desregrada e insubmissa,

mente estranho ao indivíduo pelas engrenagens de um mecanismo invisível”. Maria Clementina P. da Cunha, *O Espelho do Mundo*.

63. Ver Liane Maria Bertucci, *Impressões sobre a Saúde: A Questão da Saúde na Imprensa Operária, São Paulo, 1891-1925*.

causadora do desequilíbrio social, não atendia nem obedecia às formalizações que induziriam à cura e à restauração dos bons hábitos. Alegavam que, apesar de terem que diagnosticar e levar a efeito as medidas mais competentes para o restabelecimento da saúde e da ordem social, muitos desconfiavam e resistiam às suas intervenções, apontando incoerências em diversas posturas bem como ilegalidades praticadas por seus representantes, vistos como irresponsáveis em suas aplicações.

A idealização médica de uma população paulistana absolutamente dependente e colaboradora das políticas públicas de saúde – tão diferente do que adjetivavam como a súcia de selvagens cariocas que se levantou em 1904 contra a vacinação obrigatória liderada por Oswaldo Cruz – merece reformulações a partir dos conflitos sistemáticos, embora não necessariamente organizados, suscitados pela população da cidade<sup>64</sup>. A documentação a respeito é dispersa e variada, mas pode-se acompanhá-la em cisões que confirmavam as dificuldades cotidianas daqueles que tentavam pôr em prática o que se escrevia e se ensinava no domínio da lei e do conhecimento médico-científico.

Em vista desse comportamento, a lei deveria garantir maior repressão a partir das exigências e obrigаторiedades da população frente às determinações atribuídas. Com essa finalidade, na 64ª sessão ordinária da Câmara dos Deputados do Estado de São Paulo do ano de 1917, o Sr. Cazemiro da Rocha apresentou propostas para o novo código sanitário, em processo de reformulação. Entre as alterações sugeridas, constava que a oposição de populares às ações diárias dos órgãos de saúde seria notificada pelos deputados como um grave embaraço a ser equacionado.

Com o passar dos anos, dizia-se, muito havia a ser feito no sentido de conter manifestações cotidianas contra os órgãos de saúde, sendo necessário, a partir da nova regulamentação, refrear tais atos. Com o uso da força e da repressão legal, inicialmente poderiam debelar o que definiram como “massa ignara” ou oposições às determinações higiênicas. Por meio dessa medida repressora e das imposições médicas, ela se educaria, perderia seus traços incivilizados, e a saúde da cidade estaria assegurada. Em seu julgamento,

64. André Mota e Marco Antonio C. Santos, *Entre Algemas e Vacinas: Medicina, Polícia e Resistência Popular em São Paulo (1890-1920)*, pp. 152-168.

todas as vezes que se trata de legislar sobre assuntos de higiene, sempre se levanta uma forte celeuma contra as medidas aconselhadas, que são consideradas pelo povo como violentas e vexatórias. É a pequena luta dos interesses individuais contra o bem coletivo. E o povo assim o faz, porque ignora por completo que os conselhos de ordem higiênica são baseados em princípios e leis científicos, e que eles têm por alvo o bem individual e o bem social<sup>65</sup>.

Da mesma maneira se posicionava o Sr. Francisco Sodré, que fez um estudo minucioso de códigos sanitários de vários países, observando que, se havia algum procedimento para o reprovável comportamento de alguns grupos, esse seria a dureza do regulamento, pois,

as leis sanitárias, como todos nós sabemos, são, pela sua natureza, rigorosas, exigentes e coercitivas. Essas leis nunca foram, em tempo algum, recebidas com simpatia, porque restringem a liberdade, contrariam hábitos e modificam costumes. A severidade e o rigor na aplicação das leis sanitárias provocam antipatias, longas demandas e, às vezes, mesmo sérios conflitos. Infelizmente, depois de notáveis descobertas do sábio Pasteur, não podemos inculcar nos dispositivos de um código sanitário as branduras, as meiguices e as gentilezas de um código de bom-tom<sup>66</sup>.

Entretanto, toda essa força repressiva ficaria longe do cidadão paulistano “de bem”, já que sua índole dócil, pacífica, comedida, ordeira e morigerada era incapaz de excessos e, mesmo nos impulsos de desafronta, desconheceria a violência, pois, quando se é “nascido e educado numa sociedade austera, seguindo-o a fortuna de todos os lados, não lhe faltando compensações e esperanças, a situação sempre prospera”<sup>67</sup>. Para as autoridades, era fato que o desordeiro e o incivilizado não era o paulistano nativo, a não ser que fosse um desvirtuado de sua natureza. Por tudo isso, o Sr. Francisco Sodré ia “pedir ao Congresso do Estado que empregue todos os meios para que o serviço de higiene se realize como deve ser, permitindo assim que as gerações futuras, fortes, robustas e valorosas possam contribuir para o progresso e brilhante

65. Annaes da 64ª Sessão Ordinária de 1917 da Câmara dos Deputados do Estado de São Paulo, organizados pelos tachigraphos Horacio Belfort Sabino e Numa de Oliveira, 1918, p. 596.

66. Annaes da 84ª Sessão Ordinária de 1917 da Câmara dos Deputados do Estado de São Paulo, organizados pelos tachigraphos Horacio Belfort Sabino e Numa de Oliveira, 1918, p. 1.206.

67. Relatório apresentado ao presidente do Estado pelo Secretário dos Negócios da Justiça de São Paulo, *João Baptista de Mello Peixoto*, São Paulo, Typ. Espindola, Siqueira & Comp., 1896.

desenvolvimento do nosso Estado, não desmentindo as nossas velhas e gloriosas tradições”<sup>68</sup>.

Propôs-se, então, para a capital paulistana, o aumento de pessoal no combate às moléstias e, ao mesmo tempo, uma coerção sem precedentes contra todo resistente às posturas de saúde adotadas, numa tentativa de mudar a história tão cheia de obstáculos que se desenrolava até ali. Acompanhando alguns desses conflitos, desde o surgimento do Serviço Sanitário, percebe-se que não há mudanças significativas na realidade sanitária da população, pois os entraves eram intrínsecos ao próprio projeto articulado e à sua prática.

Merece destaque a ocorrência da Hospedaria dos Imigrantes no ano de 1892, quando a Comissão de Desinfecção<sup>69</sup> foi acionada por ter sido notificado um possível surto colérico entre 700 imigrantes que vinham de Nápoles para Santos no navio *Rei Umberto*, com destino à Hospedaria. O relatório final apresentado ao Dr. J. J. Torres Cotrim detalhava os encaminhamentos dados aos casos, descrevendo em tom heróico e enérgico os procedimentos adotados, bem como as contestações dos imigrantes.

Primeiramente, os casos de cólera seriam avaliados e diagnosticados, levando a Comissão de Desinfecções a tomar duas atitudes. A primeira era um cordão sanitário<sup>70</sup> para conter qualquer possibilidade de transmissão da moléstia, e a segunda descrevia as medidas diretivas para a desinfecção do local, objetos e pessoas.

Essas ações foram imediatamente postas em prática com “a proibição absoluta da saída não só dos imigrantes, como de todo o pessoal encarregado da administração da Hospedaria”. Para garantir o cumprimento dessa medida, “foi colocada uma força policial na parte externa do edifício, a fim de impedir a fuga dos imigrantes, além de rigorosa vigilância exercida na parte

68. *Idem*, p. 599.

69. Essa Comissão era responsável pela desinfecção de locais e objetos infectados. Esse trabalho se dava nos prédios onde estariam os casos de moléstia transmissível, sendo repetido pelo número de vezes que a autoridade sanitária julgasse preciso, conforme a natureza da moléstia. Carlos Reis, *Repertório da Legislação do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo*, *op. cit.*, p. 32.

70. “Quando for estabelecido, observar-se-á o seguinte: 1- Os passageiros serão detidos no posto quarentenário até purgar quarentena, se o inspetor sanitário julgar conveniente; 2- As bagagens, roupas servidas e mais objetos do uso serão desinfetados sistematicamente, antes de serem entregues aos proprietários.” Carlos Reis, *Repertório da Legislação sobre o Serviço Sanitário do Estado de São Paulo*, *op. cit.*, p. 28.

interna, a princípio por soldados de polícia, e mais tarde por uma turma de desinfetadores, que saiu-se perfeitamente dessa incumbência”<sup>71</sup>.

Quaisquer formas de contato com o mundo exterior se dariam por dois desinfetadores que ficariam dentro da Hospedaria, mas que não teriam nenhum contato com os possíveis contaminados. Estes não podiam se aproximar menos de dez metros das grades do pátio. O doente era “retirado da enfermaria comum para uma pequena casa, situada em um dos ângulos da casa da Hospedaria, e que era dividida em duas partes, uma transformada em enfermaria, onde os doentes esperavam o carro de remoção, e outra servia de depósito de cadáveres de todas as moléstias”<sup>72</sup>.

Os pátios da Hospedaria seriam cuidadosamente desinfetados com soluções de sulfato de cobre e grande quantidade de cal, pois a Comissão aprendera com as pesquisas sobre o cólera-morbus realizadas na Escola de Berlim que

a transmissão direta de homem a homem é possível, mas, segundo todas as aparências, ela não deve ser freqüente; ao contrário, a parte principal na direção da moléstia cabe à transformação indireta do germem colérico pelos diversos intermediários, entre os quais a água figura como um dos mais importantes. Convencidos dessa verdade, foi um dos nossos primeiros cuidados fornecer aos imigrantes água perfeitamente esterilizada<sup>73</sup>.

Os objetos foram colocados em estufas durante meia hora, a 120 graus, e transportados para os espaços já desinfetados. Quanto aos imigrantes ali retidos, ficariam sem higiene corporal, porque a Hospedaria não tinha banheiros ou locais apropriados, e também porque não havia roupas para todos. Dias depois, trouxeram as banheiras para o chamado banho anti-séptico, que todos tomariam, e “à medida que iam tomando banho, trocavam de roupa e ficavam fechados em salões perfeitamente desinfetados”, assim reclusos, “até que tivessem tomado banho todos os imigrantes e todo o pessoal do Serviço da Hospedaria”<sup>74</sup>.

71. J. Roxo *et al.*, “Relatório apresentado ao Chefe da Comissão de Desinfecções do Estado Cidadão Dr. J. J. Torres Cotrin” (anexos), em Relatório Final dos Trabalhos executados pela Comissão de Desinfecções do Estado de São Paulo apresentado pelo Dr. Joaquim José Torres Cotrin, São Paulo, s/ed., 1893, p. 285.

72. *Idem*, p. 287.

73. *Idem*, p. 288.

74. *Idem*, p. 291.

Além das medidas de isolamento e desinfecção, o relatório trazia uma última medida, que não constava dos manuais ou de leis que tratavam de momentos de perigo epidêmico como esse. Essa resolução nascera de um levante dos 700 imigrantes seqüestrados, dificilmente contidos na Hospedaria, mesmo com a presença da força pública. Diziam ter sido violentados e maltratados pela Comissão, com uma alimentação precária, e exigiam o fim imediato do seqüestro.

Segundo o jornal *O Estado de S. Paulo*, o Presidente do Estado e o Secretário dos Negócios do Interior tentaram amenizar o conflito com palavras de ânimo e, ao mesmo tempo, verificando cada passo das estratégias usadas para evitar que se ameaçasse toda a cidade<sup>75</sup>.

Diante desse impasse, a Comissão tratou de chegar a um acordo que assegurasse todas as providências tomadas. Cederia quanto à questão da comida a ser enviada, de acordo com o gosto regional de cada imigrante, visando satisfazer, segundo relato da comissão, “a certas exigências de uma coletividade seqüestrada em benefício, é verdade, de uma parte maior da sociedade, mas por isso mesmo a seqüestração é uma medida obrigatória, atacando a liberdade individual de cada um. Não é lícito aos governos privarem esses indivíduos de uma certa comodidade, de um certo conforto a que eles estavam habituados”, isto é, a uma alimentação considerada “sã e variada, procurando-se atender aos hábitos do país de cada um. Diariamente era distribuída cerveja e, de vez em quando, aguardente, quando a temperatura do dia descia muito”<sup>76</sup>.

Ironicamente, o relatório entendia que essa era a única concessão possível diante do conflito travado, do qual se poderia perder o controle, caso tamanho “abuso” não fosse atendido: “temos agora de tratar de algumas medidas suplementares que poderíamos rotular com o pomposo título de higiene alimentar, se elas não estivessem mais de acordo com os hábitos, e até mesmo com os vícios de cada imigrante”<sup>77</sup>.

Nesse sentido, os motivos dos apelos para que as leis dirigidas à saúde pública fossem mais rigorosas deviam-se também àqueles que resistiam às im-

75. Esse caso foi narrado pelo jornal *O Estado de S. Paulo*, deixando claro o levante dos imigrantes, contra o qual chamou-se a força pública como maneira de contenção dos distúrbios. *O Estado de S. Paulo*, 28 jul. 1894, p. 1.

76. J. Roxo *et al.*, “Relatório apresentado ao Chefe da Comissão de Desinfecções do Estado Cidadão Dr. J. J. Torres Cotrin”, *op. cit.*, p. 292.

77. *Idem, ibidem.*



posições e às condutas adotadas durante as fiscalizações, consultas etc. Quando se intervinha numa casa sem doentes, relatavam os inspetores sanitários, a visita era tranqüila e acolhedora; mas, se acontecesse de um cortiço visitado abrigar variolosos ou qualquer outro tipo de contagioso, certamente o relacionamento com os moradores não seria tão amistoso<sup>78</sup>. Experiência semelhante descreve o Dr. Emílio Ribas, em 1908, ao Secretário do Interior, referindo um caso de resistência à vacinação contra a varíola: “Levo ao vosso conhecimento que hoje, quando o inspetor sanitário Dr. Francisco Cavalcanti procedia à vacinação dos moradores do cortiço na avenida Celso Garcia n° 143, em cuja a vizinhança houve dois casos de varíola, encontrou obstáculo por parte do soldado do 2° Batalhão José do Prado, que não consentiu em ser revacinado, nem sua mulher e filhos”<sup>79</sup>.

Assim, em determinados bairros haveria focos de oposição e conflitos, obrigando, em muitos casos, o envolvimento da força policial para fazer valer as medidas tomadas. A ordem desdobrava-se de uma simples advertência verbal até a ponta de uma arma<sup>80</sup>. Sobre isso, o Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho conclamava, em 1899: “vacinemos, vacinemos sempre, ainda que seja necessário imitar os médicos de certa aldeia americana do Texas, que convenciam os antijennerianos com o argumento do revólver”<sup>81</sup>.

Mas, dependendo da conjuntura, a ação policial não era considerada a mais adequada, pondo em jogo outras esferas do poder instituído. Em 1915, diante de um caso diversamente problemático, o próprio Dr. Arnaldo teve que mudar sua postura de anos antes. O episódio foi na Santa Casa, quando tinha sido “recolhida uma menor que se queimara gravemente na mão esquerda. Examinada na enfermaria em que se deu a entrada, verificaram os

78. Relatório do Inspetor Sanitário no anno de 1898, pp. 123 e 126.

79. Carta expedida pela Directoria do Serviço Sanitário, n° 1.150, ao Dr. Secretário dos Negócios do Interior, 16 out. 1908.

80. As chamadas visitas sanitárias explicitavam os meios corretos de fazer valer as leis sanitárias, exemplificadas pelos casos a seguir: “O Dr. Mathias Lex, inspetor sanitário, visitou todas as casas da rua da Assembléia, encontrando algumas em mau estado de asseio, pelo que fez diversas intimações para que os respectivos inquilinos façam com urgência a necessária limpeza e procedam as desinfecções das latrinas” e “na rua Carlos Gomes, que acha-se em mau estado higiênico, devido a certos moradores despejarem águas servidas e urina na rua; convido por isso a intervenção da polícia para ser obstada a prática desse abuso”, *O Estado de S. Paulo*, 8 dez. 1894, p. 3.

81. “Relatório do Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho, Director do Instituto Vacinogênico no anno de 1899”, *apud* Antonio da Palma Guimarães, *Arnaldo Vieira de Carvalho, Biografia e Crítica*, p. 479.

médicos do estabelecimento que se tornava urgente uma intervenção cirúrgica, pois a mão da menor já apresentava sinais de gangrena. A operação indicava a amputação da mão.”<sup>82</sup>

Cientes do caso, os pais da menina rejeitaram a medida, proibindo a amputação. Os argumentos dos médicos eram que, sem essa intervenção, a morte seria iminente. Ainda assim, os pais da vítima, por não acreditarem nessa possibilidade – uma vez que só a mão fora atingida pela queimadura –, assumiram, como dizia o relatório enviado pelos médicos, esse destino trágico. Tendo sido impossível demovê-los dessa atitude, o Dr. Arnaldo, pleno de suas competências de diretor e chefe do corpo clínico do hospital, teria que pedir ao Dr. Francisco Antonio de Souza, provedor da Santa Casa, que se dirigisse ao juiz de órfãos, Dr. Luiz Ayres de Almeida Freitas, para que esse deliberasse imediatamente sobre o caso. Respondendo à urgência do apelo, o juiz emitiu o seguinte parecer:

Parece-me que não é caso de intervenção direta do juízo de órfãos, pois só aos médicos assistentes é que compete resolver sobre a necessidade inadiável e absoluta da operação cirúrgica, com única responsabilidade profissional. Se se tratar de uma operação cirúrgica, único meio para salvamento da vida da menor, é bem de ver que os pais, invocando pátrio poder, não podem absolutamente contribuir para a morte da filha, impedindo a realização desse *único meio*. É esse um incidente que só os médicos podem resolver, e agir de conformidade com a sua consciência (...)<sup>83</sup>.

Com a interpelação judicial garantida, a operação realizou-se e, segundo o Dr. Arnaldo, com o melhor dos resultados, pois a menor teria ficado “completamente boa”. O caso intentava registrar, nos anais dos estudos de direito, o poder da lei, da ciência e do que consideravam bom senso frente ao que denominaram ignorância e insensatez das pessoas envolvidas.

No entanto, a população nem sempre era refém das posturas e orientações dessas instâncias. Muitos enfrentaram os órgãos competentes, para impedir que determinadas normas e leis sanitárias se executassem ou para denunciar posturas de seus representantes que consideravam inadequadas. A regularização e a melhoria dos prédios, por exemplo, foram alvo de intensa ação sanitária. Como vimos, esses prédios estavam na mira de todas as medidas e

82. *Revista dos Tribunaes*, São Paulo, Typ. Cardozo Filho & Comp., vol. 14, 1916, p. 121.

83. *Idem*, p. 122.

instituições, as quais viam como foco das doenças identificadas e preconizavam sua interdição, reforma ou demolição, sempre em nome da higiene e da regularização de ruas e avenidas. Muitas dessas ações se transformaram em conflitos e, assim, em ações que deveriam ser levadas aos tribunais.

É o caso do capitão João Caetano Batista, dono de um prédio situado à rua São Caetano; após a diligência dos órgãos de saúde pública, toda a população que lá se instalava seria intimada a se mudar, e o proprietário, a entregar as chaves à Repartição do Serviço Sanitário, sob pena de multa de 100\$000 e demais conseqüências da lei, por encontrar-se o prédio em péssimo estado para moradia e higiene de seus moradores. Orientado por um advogado, o capitão negou-se a acatar a medida e recorreu à Justiça, pedindo um *habeas-corpus* para si e seus inquilinos. Recebeu o seguinte acórdão do Tribunal:

Acórdão em Tribunal de Justiça nega a ordem preventiva de *habeas-corpus* impetrada a favor do Capitão João Caetano Baptista e outros, pois que não se pode dizer ameaça de ilegal constrangimento à intimação feita aos mesmos pelo Inspetor Sanitário, e que consta de fls. 5 a 8 dos autos; pois que, sendo um ato emanado da autoridade administrativa e no interesse da coletividade, não pode constituir iminente perigo de violência à liberdade individual, uma vez que esse ato faz sentir às pessoas intimadas o modo de ser paga a multa e que obedece a fórmulas de processo regular. Qualquer que seja a intervenção da autoridade judicial ou policial, ela obedecendo às fórmulas processuais, oferece inteira garantia ao direito dos interessados e à amplitude dos recursos que o direito permite<sup>84</sup>.

A determinação da lei deixava claro que as medidas impetradas e interpretadas no campo jurídico “não constituem coação ilegal ao exercício do comércio ou indústria. (...) O *habeas-corpus* protege unicamente a liberdade de locomoção, sendo instrumento inadequado para garantir o exercício de qualquer função pública”<sup>85</sup>.

Quando a Justiça negava um pedido, recorria-se muitas vezes ao Serviço Sanitário como instância capaz de barrar as avaliações feitas dos prédios na cidade. Como último recurso, levava-se aos órgãos sanitários o julgamento sobre se as características consideradas seriam ou não de um cortiço. Assim endereçou-se a carta à diretoria do Serviço Sanitário:

84. *Revista dos Tribunaes*, São Paulo, Typ. Cardozo Filho & Comp., vol. 1, 1912, p. 100.

85. *Revista dos Tribunaes*, São Paulo, Typ. Cardozo Filho & Comp., vol. 15, 1915, p. 298.

Diz Carmello Romano que, tendo a necessidade de provar perante a Prefeitura Municipal, em virtude de um despacho por ela exarado em um requerimento seu, que o prédio sito à Rua Augusta nº 142 não é de habitação coletiva e como tal não poderá ser taxado para o pagamento de imposto de cortiço, visto que n'ele apenas residem o suplicante e sua família, composta de 5 pessoas e 4 camaradas, sendo 2 em cada quarto nos fundos do prédio, que, por sua vez, foi construído em conformidade com planta aprovada pela prefeitura, e que sendo a Repartição que V. Exa. mui digna e sabiamente dirige a única competente para isso atestar (...) vos requer uma vigorosa vistoria no prédio citado e que em seguida atesteis o resultado da mesma, para que se apresente à Prefeitura para que lhe seja feita justiça<sup>86</sup>.

Também eram freqüentes as denúncias que apresentavam uma outra face dessas instâncias organizativas. Trata-se de reclamações que punham os próprios órgãos de saúde e seus agentes sob suspeição, por diversos motivos. Nessas avaliações, as ações médicas e sanitárias estavam em pleno desvio de suas funções legais, cometendo arbitrariedades indiscutíveis, algumas delas entendidas como excesso da fiscalização, merecendo os reparos necessários.

Foi o caso de Vincenzo Randice, negociante de frutas que, em 1899, recebeu 75\$000 do Serviço Sanitário, por terem sido apreendidos, pela Inspetoria Sanitária que fez a desinfecção de sua casa, os gêneros de seu negócio, cabendo-lhe a indenização pelos prejuízos referidos, por ser o suplicante pobre, e de acordo com a promessa que lhe foi feita pela autoridade sanitária que fez apreensão das frutas de seu negócio<sup>87</sup>.

O abuso declarado era inegável, resultado dos desmandos daqueles que tinham a lei a seu lado, atingindo níveis de denúncia, e ao mesmo tempo mostrando as medidas tomadas, ditas higiênicas, como meros caprichos particulares dos fiscalizadores. Esse foi o caso de “um mercante que, obedecendo à intimação de um inspetor sanitário, revestira as paredes de seu estabelecimento de azulejos azuis. Estava a obra prestes a ser concluída, quando surge o funcionário sanitário e a manda sustar. Não havia determinado azulejos azuis, observa, mas azulejos brancos, e o pobre homem lá teve que fazer um serviço novo e uma nova despesa”<sup>88</sup>.

86. Carmello Romano, carta dirigida ao Diretor do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, Dr. Emílio M. Ribas, 11 nov. 1899. [manuscrito]

87. Vincenzo Randice, carta dirigida ao Diretor do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, Dr. Emílio M. Ribas, 22 nov. 1899. [manuscrito]

88. *O Estado de S. Paulo*, 17 jan. 1914, p. 2.

O despreparo de muitos desses profissionais foi extensamente apontado pelos jornais, incansáveis na denúncia de pendências semelhantes. Para alguns, todas as instâncias estavam corrompidas, inclusive a da própria saúde pública, a julgar pelo estado de muitos pontos da cidade:

Sr. Redator, os serviços públicos de São Paulo estão se tornando um verdadeiro flagelo para o mísero contribuinte. Não bastavam as exigências estapafúrdias do Serviço Sanitário, hoje codificadas de mostrengo, que o Congresso acaba de aprovar e que o presidente do Estado sancionou a bem do povo. Vêm agora as arbitrárias exigências da Repartição de Águas e da Câmara Municipal, que resolvem que a população não deve pagar menos de 5\$000 pelo consumo mensal de água, apesar de os hidrômetros acusarem gasto correspondente a muito menor quantia. O regime republicano deste país veio transformar o poder executivo em um verdadeiro fantasma para o contribuinte, sujeito sempre à prepotência e ao arbítrio dos funcionários públicos. Mais não vale dizer porque a censura não deixa. E, ao sr. Redator, desculpe a estopada. Leitor assíduo<sup>89</sup>.

A cidadania que os higienistas diziam resgatar ganhou, em função das posturas intervencionistas aplicadas, uma forte oposição. O cidadão se sentia ameaçado por essas instâncias e, quando podia, denunciava em jornais a violência de cada visita, de cada ação impetrada:

Numerosas são as reclamações que temos recebido contra o modo por que alguns médicos e auxiliares de médicos sanitários desempenham suas funções. São violentos e arbitrários, provocando assim a odiosidade do povo contra o Serviço Sanitário. Ainda ontem verificou-se um desses atos de violência, do qual foi vítima um empregado desta folha. Estava no interior de sua casa de residência quando viu surgir-lhe pela frente um indivíduo que se dizia inspetor sanitário, e que exigiu que ali sua senhora e sua filhinha de oito meses de idade lhes dessem o braço para receberem a linfa vacínica contra a varíola. A pretensão do funcionário do Serviço Sanitário foi repelida, mas com bons modos, depois de lhe ter sido explicado que a senhora e a criança se achavam doentes. Esse fato passava-se pela manhã e já à tarde aquele empregado desta folha recebia uma intimação para, sob pena de multa de 200\$000, e no prazo de 24 horas, apresentar-se com sua senhora e filha na diretoria do Serviço Sanitário para serem todos vacinados. Se já não constituísse uma irregularidade pe-

89. *O Estado de S. Paulo*, 11 jan. 1918, p. 2.

netrar numa casa sem autorização do respectivo dono, como aconteceu nesse caso, bastaria o teor da intimação para patentear um grave abuso, digno da maior atenção do Dr. Neiva, diretor da referida repartição<sup>90</sup>.

Mas os fiscalizadores e agentes sanitários não eram os únicos alvos das críticas. Se havia condutas reprováveis daqueles que “cuidavam” das questões públicas da saúde do indivíduo e da sociedade, também se reprovavam muitas das relações privadas entre o médico e seu paciente. Em jornais e revistas, crescia o número de queixas contra a atitude dos esculápios frente à própria profissão e seus interesses econômicos, em detrimento da doença e da vítima. É o que mostra um artigo de Garfield de Almeida sobre o modo como as profissões estariam se corrompendo, sendo o tirocínio médico um dos mais preocupantes, pois o médico teria sobreposto “o espírito mesquinho do ganho à majestade do seu ministério e, deixando a mira do leito do doente, entrou a revoltear o olhar cúpido pelos armários, sedas e preciosidades do lar em que penetra e, mentalmente, à medida que deve levar o doente à cura, a matemática calcula no espírito quanto o burguês apatacado ou o rico capitalista pode pagar mais do que a uma consciência digna é justo requisitar”<sup>91</sup>.

Para resguardar a corporação dessa torrente de críticas, propôs-se uma rede de proteção da profissão e o controle principalmente da formação científica. O poder delegado ao médico e a independência de sua profissão frente às outras deram margem a práticas consideradas fora dos limites da ética e da moral, e a causa disso seria o desamparo institucional. Sujeito a todos os vendavais, o médico desobrigava-se dos meios, desde que atingisse seus interesses meramente econômicos. Tratando-se de uma atividade estritamente liberal e privada, a necessidade de constituir o próprio consultório e granjear clientela fez com que descesse “às especulações inconfessáveis, desde a *réclame* escandalosa e desonesta até a promessa falaz e criminoso; desde a especulação preconcebida até a proteção escancarada, ao charlatanismo baixo”<sup>92</sup>.

90. *O Estado de S. Paulo*, 2 jan. 1918, p. 2.

91. Garfield Almeida, “A Noção de Responsabilidade”, p. 150.

92. Coriolano Burgos, “A Ordem Médica Brasileira”, p. 236.

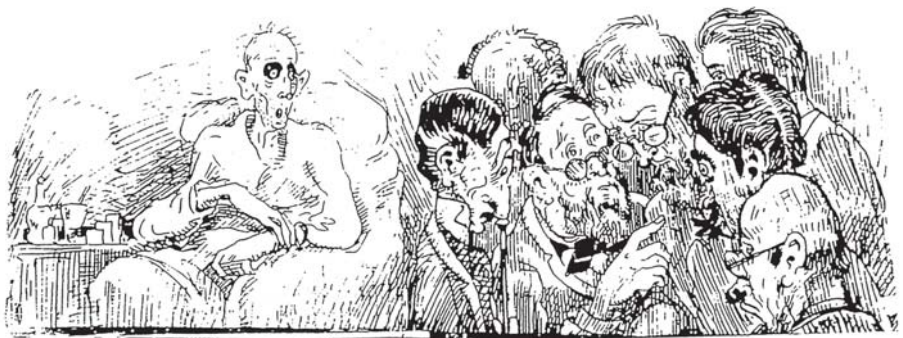


Fig. 2. Os médicos discutem seus interesses, 1920.

Fonte: *A Folha Médica*, nº 7, 1920, p. 53.

Mas como resolver as questões que envolviam esse profissional? O Dr. Burgos aponta a única forma de controle possível, baseado numa passagem de Pelissier – o diálogo entre Quesnay e o filho de Luiz XV:

- Eu não vejo, príncipe, que seja difícil governar.
- Que faríeis então?
- Nada.
- E quem governaria?
- A lei<sup>93</sup>.

Não haveria outro meio; num país “democrático”, todos deveriam curvar-se ao código de leis. E essa lei deveria abranger primeiramente as instituições representativas da corporação médica e sanitária, absorvendo seus profissionais e com isso garantindo medidas que os controlassem e ao mesmo tempo protegessem.

Mesmo imersas nessa complexidade normativa, profissional e institucional, as instâncias médicas e de saúde foram, com o tempo, tomando sob sua responsabilidade todos os desarranjos sociais, reafirmando-se detentoras dos instrumentos capazes de modificar esses desacertos, e defendiam-se atribuindo o caos a outras instâncias normativas de poder. Nesse sentido, não pouparam esforços, influenciando outras áreas nessa diligência: denunciavam a desestrutura social e posicionavam-se contra as medidas dos poderes municipais que poderiam afetar os rumos de suas ações interventoras.

A partir de então, o discurso médico impregnava-se da contradição entre o poder e os limites da profissão. Mesmo diante das pressões que sofriam e das evidências de sua freqüente inadequação, a corporação médica e suas instituições de saúde seguiam sendo uma estrutura inquestionável tida como absolutamente organizada e comprometida com a mudança da fisionomia do Brasil, e mais especialmente de São Paulo, contra um mundo desorganizado e oposto a uma sociedade saudável, disciplinada e progressista. Se havia desacertos, diziam, eram de responsabilidade de outras instâncias, que deveriam ser cobradas e reveladas como as causadoras de transtornos que recaíam sobre os órgãos de saúde pública.

93. *Idem*, p. 154.



ALÉM DO POVO, AQUÉM DA CURA: MUNICIPALIDADE *VERSUS* SAÚDE PÚBLICA

Além da crise interna da corporação, muitas das técnicas empregadas eram avaliadas como ineficientes, pelo contexto urbano e pela realidade paulistana, cujo espaço estaria em constante transformação, como por exemplo as áreas ruralizadas e pontos abandonados superpovoados que não se adequavam às exigências sanitárias. Sobre essas pendências, os relatórios e estudos da época passaram a defender o enfrentamento das questões referentes ao domínio do espaço público e privado prevendo a colaboração da administração municipal, que teria igualmente poderes na resolução de certos assuntos prioritários, segundo os próprios órgãos de saúde, para o restabelecimento da salubridade urbana.

Dentre eles, foi exemplar o problema da presença constante de animais no espaço público, alvo da fiscalização e da legislação sanitária e municipal. Em 1895, as ações referentes ao tema ainda se resumiam à lei municipal nº 143, que não permitia cães soltos nas ruas, sem estarem açaimados “e com coleira numerada que indique ter pago o imposto municipal”, e à lei nº 100, específica para os donos de bois e vacas, que proibia expressamente “o trânsito de gado pela Avenida Paulista” e penalizava os infratores com uma multa de 50\$000<sup>94</sup>.

A execução dessas medidas justificava-se por duas razões principais: o fato de sujarem o espaço público, principalmente das áreas centrais, que deveriam espelhar ordem, limpeza e salubridade, e, mais importante ainda, a existência de muitos animais infectados por diversas doenças, das quais a raiva<sup>95</sup> era a mais preocupante, quer pelo número de vítimas, quer pela ausência de qualquer forma de tratamento na cidade.

Em São Paulo, até 1903, uma vítima hidrofóbica estaria obrigada a deslocar-se ao Instituto Pasteur do Rio de Janeiro<sup>96</sup> e responsabilizar-se pes-

94. Leis, Resoluções e Actos da Camara Municipal da Capital do Estado de São Paulo, 1894-1895, São Paulo, Casa Vanorden, 1915, pp. 19 e 151.

95. “A raiva é uma doença infecciosa aguda, que causa a inflamação do sistema nervoso central. É causada por um vírus que se propaga no sistema nervoso central e atinge as glândulas salivares, nas quais também se multiplica. Em virtude da dificuldade de engolir líquidos, apresentada pelo doente em fase adiantada, é também conhecida como hidrofobia. Geralmente é transmitida ao homem por cães raivosos, embora outros animais, como os lobos e gatos também possa fazê-lo.” Luiz Antonio Teixeira, *Ciência e Saúde na Terra dos Bandeirantes*, op. cit., p. 16.

96. O Instituto Pasteur do Rio de Janeiro foi criado em 1870. Atrélava-se à Santa Casa de Misericórdia e foi instalado na Rua das Laranjeiras, nº 84. Por toda a sua existência, suas atividades consistiram no preparo e na aplicação do imunizante anti-rábico, não chegando a se

soalmente pelos custos decorrentes. Não havia, no Estado de São Paulo – nem mesmo na capital –, nenhuma forma de proteção aos indivíduos e nenhum hospital especializado. Quando ocorria um caso assim, ficavam patentes a busca da vítima por auxílio dos órgãos de saúde – em que via a fonte da resolução de sua doença – e o processo burocrático a que se submeteria para conseguir qualquer atenção das autoridades.

Num atestado de 20 de março de 1897, o Dr. Antonio Arcanjo Dias conta o ocorrido com o Sr. Silva e seus filhos:

Atesto que o sr. Joaquim da Silva, residente à Rua Santo Antonio, nº 116, e dois de seus filhos, Alberto, de 10 anos de idade, e Adelia, de 3 anos, foram mordidos, há um mês mais ou menos, por um cão apresentando sinais de achar-se atacado de hidrofobia: nessa mesma ocasião, um cão do Sr. Silva foi mordido pelo referido cão. Conservado aquele em observação, verificaram que ontem apresentou todos os sintomas da raiva, pelo que não resta dúvida de que o Sr. Silva e seus filhos foram mordidos por um cão hidrófobo<sup>97</sup>.

O Dr. Dias apurara que a vítima não tinha condições econômicas para ir com os filhos ao Rio de Janeiro e, na tentativa de ajudá-lo, enviou um pedido para que o próprio governador do Estado intercedesse – sendo o Sr. Silva homem pobre, seria de justiça que o “humanitário Governador” o ajudasse, a fim de que lhe fosse dado e a seus filhos o adequado tratamento no Instituto Pasteur. A solicitação não foi aceita e, em 22 de março, o Sr. Silva apresentava-se ao Serviço Sanitário para fazer o mesmo pedido de dois dias antes, dessa vez com o atestado aviado pelo Dr. Dias:

Diz Joaquim da Silva, residente nesta capital, à rua Santo Antonio, nº 116, e abaixo assinado que, como prova com o atestado junto, foram o peticionário e seus filhos menores, Alberto, de 10 anos de idade, e Adelia, de 3 anos, mordidos há um mês mais ou menos, por cão hidrófobo, estando portanto todos os tais em iminente perigo de serem atacados pela hidrofobia. E, como o peticionário não dispõe dos meios pecuniários para preservar a si e seus filhos da tão terrível mal, vem recorrer aos

transformar num pólo de pesquisa bacteriológica. Luiz Antonio Teixeira, *Ciência e Saúde na Terra dos Bandeirantes*, op. cit., pp. 25-27.

97. Atestado de infecção hidrofóbica, assinado pelo Dr. Antonio Arcanjo Dias para ser levado ao Serviço Sanitário, sob os cuidados do Governador do Estado, 20 mar. 1897. [manuscrito]

poderes públicos do Estado, requerendo a V. Ex. se digne, a vista das precárias circunstâncias do peticionário, ordenar as necessárias providências a fim de que o mesmo e seus filhos sejam, à custa do Governo do Estado, remetidos ao Instituto Pasteur, da Capital Federal<sup>98</sup>.

Os embaraços resultantes de ocorrências dessa natureza justificaram a criação de novos institutos, modificando a vida das vítimas na capital e, ao mesmo tempo, mantendo a mão-de-obra imigrante a salvo. Com esse objetivo, o Instituto Pasteur em São Paulo, criado em 1903, constituía-se em mais um elemento do conjunto das instituições médico-científicas que compunham o necessário aparato do Estado. As questões hidrofóbicas seriam enfrentadas com as pesquisas e as medidas profiláticas do Instituto que, além disso, identificava-se como uma alternativa aos estreitos limites das instituições bacteriológicas da época:

optando desde o início por se estruturar como uma instituição de medicina experimental relativamente independente do Estado, com auto-suficiência para atuar no campo da pesquisa biomédica, do ensino da microbiologia da produção de imunizantes e do tratamento anti-rábico, os fundadores do Pasteur imaginavam que o instituto poderia se transformar numa instituição análoga à que montara o próprio Pasteur em solo francês.<sup>99</sup>

A criação do Instituto Pasteur em São Paulo foi, sem dúvida, um alívio para moradores e vítimas, representando uma mudança significativa nas estatísticas de doenças como a hidrofobia. Participou com ponderações substanciais às medidas preventivas a serem lançadas, impedindo o crescimento de determinadas doenças e, conseqüentemente, promovendo melhora da qualidade sanitária. Contudo, nas entrelinhas que descreviam esses resultados, revelavam-se expectativas muito superiores às obtidas, quer na rapidez das resoluções, quer nos próprios números de vítimas.

Nas questões relacionadas à hidrofobia, as medidas implantadas pelo instituto tinham como objetivo central equacionar concretamente o problema, de um lado, com a vacina e, de outro, com os animais tirados das ruas. Em

98. Carta expedida por E. R. M. ao Diretor do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, 22 mar. 1897. [manuscrito]

99. Luiz Antonio Teixeira, *Ciência e Saúde na Terra dos Bandeirantes*, op. cit., p. 53.

1906, diante da necessidade do Instituto no confinamento dos animais, principalmente dos cães, a Câmara baixava a lei nº 942, na qual novamente o Dr. Antonio Prado, prefeito da cidade, proibia “expressamente (...) a exibição de toda e qualquer classe de animais bravios e selvagens, ainda que domesticados, pelas ruas, praças, largos, alamedas e avenidas da capital”<sup>100</sup>. A ação contra os cães que vagavam pelas ruas ganharia contornos de guerra deflagrada; por anos a fio, o grande número de “apreensões caninas” revelava um problema que permanecia insolúvel.

Por mais que se procurasse reduzir o número de animais, um enorme contingente, do qual faziam parte muitos transmissores de hidrofobia, continuava ocupando as ruas e fazendo vítimas. Em relatório do prefeito Antonio Prado, notam-se as dimensões do empenho: “a média anual dos cães apreendidos no decênio foi de 4 905, quando só em 1899, em mês e meio, foram apreendidos 2 551 e, nos dois anos seguintes, sete mil e tantos cães por ano”<sup>101</sup>. Esses números constam no quadro abaixo<sup>102</sup>:

Ano	1899	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	Total
Apreendidos	2 551	7 889	7 666	5 895	4 924	4 284	3 891	3 587	3 871	4 493	49 051
Sacrificados	2 313	6 587	6 064	4 711	4 415	3 941	3 716	3 323	3 398	3 886	42 354
Retirados	72	265	193	198	115	123	59	61	56	42	1 184

Para o Instituto Pasteur, entretanto, era ilógico que, ao mesmo tempo em que se festejavam sua existência e seu combate a inúmeras moléstias – inclusive a raiva –, seus trabalhos fossem obstruídos porque as outras instâncias não conseguiam executar a parte que lhes cabia; no caso, a prefeitura na apreensão completa dos cães.

Nesse sentido, as estatísticas do serviço anti-rábico do Instituto Pasteur informavam que, “durante o ano de 1913, trataram-se no Instituto Pasteur de

100. Leis e Actos do Município de São Paulo de 1906, São Paulo, Casa Vanorden, 1907, p. 54.

101. Relatório de 1908 apresentado à Câmara Municipal de São Paulo pelo prefeito, Dr. Antonio da Silva Prado, São Paulo, Casa Vanorden, 1909, p. 26.

102. *Idem, ibidem.*

São Paulo, 1 060 pessoas mordidas por animais raivosos ou suspeitos. Deram-se 162 consultas escritas e foram registradas 176 verbais. O número de pessoas tratadas é ainda maior do que o registrado no ano passado e atinge o máximo, nunca tendo-se, desde a fundação do Instituto, notado tão avultada cifra”<sup>103</sup>.

O quadro<sup>104</sup> a seguir expõe a precariedade em que vivia o Instituto a respeito do caso não apenas pelo altíssimo número de vítimas na capital, como também pela quantidade de pessoas que vinham do interior em busca de socorro médico. O discurso da cura convivia com a real falta de controle da doença:

Mordidos/ tratados	1903/ 1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913
São Paulo	98	148	76	71	257	318	93	65	85	211
Interior	369	303	205	238	359	309	327	518	834	849
Total	467	451	281	309	616	627	420	583	919	1 060

Em vista dessa contradição, o Instituto Pasteur acusava a ausência de um projeto municipal capaz de extinguir o problema. A direção do Instituto avaliava que era ocioso o êxito do órgão em produzir vacinas, diagnosticar e tratar doentes, se não havia um domínio eficaz e imediato, por parte da fiscalização municipal, para a origem do mal. A instituição chegou a sugerir várias possibilidades de apreensão dos cães, mas o fato de nunca terem sido acolhidas pela prefeitura levou o Sr. Carini, seu mais expressivo diretor, à seguinte crítica: “a prefeitura da Capital não quis até agora regulamentar a polícia canina e, a não ser a captura de cães errantes, não há aplicação de outras medidas aptas a livrar-nos das matilhas de cães que infestam as ruas da Capital e arrabaldes”<sup>105</sup>.

Com o passar do tempo, essa polêmica ganhava novos contornos, acabando por envolver a população, mas não como vítima, e sim como defensora dos animais, devido ao tratamento dado àqueles que eram apreendidos pela prefeitura. Chegavam aos jornais pedidos de melhor tratamento

103. Relatório Estatístico do Serviço Anti-rábico durante o ano de 1913 pelo Dr. Carini, Instituto Pasteur, *Revista Médica de São Paulo*, anno XVII, nº 11, São Paulo, 15 jun. 1914, p. 187.

104. *Idem, ibidem*.

105. *Idem, ibidem*.

para os cães que eram presos. Rezavam as queixas que eles eram recolhidos sem trato adequado por parte das autoridades e, segundo diziam, sem

nenhum sentimento de humanidade para com os bichos que a carrocinha ali despeja diariamente. Com um frio cortante como o que tem feito, os compartimentos são lavados a jatos d'água, conservando neles os pobres prisioneiros. Estes latem, gemem, tremendo de frio, suportando durante o dia e à noite as conseqüências da umidade. O prazo concedido para retirar os cães apanhados nas ruas é de três dias. Quase todos estão condenados a uma morte certa, porque a maioria dos donos não vai resgatá-los. Em cada compartimento, há mais de 25 bichos, grandes e pequenos, uns mansos, outros bravos. Não raro, estes se atiram àqueles, deixando-os com o corpo a escorrer sangue<sup>106</sup>.

Pululavam exemplos dessa ordem e, por sua quantidade, estabeleciam uma rede de dificuldades que deixava a cidade num permanente caos sanitário, ao mesmo tempo em que os choques entre os diversos órgãos de saúde e outras instâncias de poder eram uma constante, colocando em oposição seus mais altos representantes.

Por isso, mais uma vez, uma questão considerada aparentemente secundária, diante dos surtos epidêmicos que assaltaram a cidade nesse período, tornou-se estopim de uma crise muito maior. Havia muito se criticava a maneira como a capital paulista combatia a mosca – dileto alvo dos discursos das autoridades médicas. No entender do Serviço Sanitário, a mosca espalhava a varíola, o cólera, a febre tifóide, a desintéria, a diarréia infantil e outras moléstias perigosas, devendo ser a dona de casa cuidadosa a esse respeito, tendo orgulho em ver o seu lar livre delas<sup>107</sup>. Mas a constatação do péssimo estado higiênico e sanitário das moradias, principalmente dos grupos mais pauperizados, mostrava que essa luta seria inglória porque, em vários pontos da cidade, sua proliferação era superior a qualquer impedimento caseiro, o que também era perceptível pelas reclamações diárias aos jornais.

As más condições de saneamento são patentes na queixa do morador da rua Conselheiro Carrão de que não havia esgotos nessa via pública, e as águas empoçavam nos quintais e produziam uma estagnação perigosa para a saúde dos moradores<sup>108</sup>. Denunciavam-se também os depósitos de lixo exis-

106. *O Estado de S. Paulo*, 17 jul. 1918.

107. *O Estado de S. Paulo*, 17 set. 1914.

108. *O Estado de S. Paulo*, 11 mar. 1914.

tentes na rua Anhangüera e na Quarta Parada onde nasciam ou se criavam livremente quase todas as moscas que invadiam sem cessar a Capital<sup>109</sup>. Na rua Affonso Penna, uma cocheira acumulava grande quantidade de esterco, de mistura com moscas, mosquitos e ratos mortos<sup>110</sup>. Outras reclamações ainda se reportavam a bairros inteiros atingidos como a Lapa, “infestada de moscas e mosquitos ‘oferecendo’ má impressão aos visitantes, além de ser o foco gerador desses perigosos portadores de moléstias”<sup>111</sup>.

O problema das moscas lembrava as circunstâncias específicas de seu aparecimento – o lixo na cidade, sua coleta e destinação, considerados os elementos centrais para a proliferação dos insetos. Assim, quando o assunto foi postergado, concepções e interesses opostos colocaram em xeque o alcance da competência científica da saúde pública e de seus representantes.

Inicialmente, o destino a ser dado ao lixo suscitou o debate sobre as melhores e mais científicas saídas para o caso, pondo o Dr. Ribas, diretor do Serviço Sanitário, e o prefeito Prado no centro das discussões em 1905. A querela debatia a responsabilidade pela coleta, que, segundo a legislação, era da competência do município; aliás, não apenas o recolhimento do lixo, como também sua remoção e incineração<sup>112</sup>. Segundo a prefeitura, que alegava respeitar a lei, haveria um adendo sobre a melhor forma de eliminação dos detritos urbanos. Em lugar da incineração, muito custosa para os cofres públicos, havia outras medidas, com resultados igualmente eficazes – o uso de depósitos de lixo em pequenas camadas ou o aproveitamento dos detritos como adubo em terrenos previamente indicados.

O Dr. Ribas pensava que não deveria haver, por parte da prefeitura, distinção entre prioridades econômicas e sanitárias, e que a incineração, mesmo mais dispendiosa, era a solução para a questão do lixo, exatamente como a lei exigia. Segundo ele, as medidas alternativas poderiam ameaçar a saúde pública da cidade. Contrário a isso, o prefeito Prado rompeu com os órgãos sanitários que cuidavam das medidas a serem implementadas, entregando à

109. *O Estado de S. Paulo*, 17 jul. 1914.

110. *O Estado de S. Paulo*, 2 abr. 1914.

111. *O Estado de S. Paulo*, 1 maio 1914.

112. Essas divergências advinham de falhas da própria legislação. A remoção e incineração de lixo e imundícies na cidade seriam atribuições da prefeitura, mas também havia uma lei que permitia ao Estado, em nome do interesse público, recomendar ou mesmo chamar a si os serviços sanitários confiados por lei aos municípios. Carlos Reis, *Repertório da Legislação sobre o Serviço Sanitário do Estado de São Paulo*, *op. cit.*, pp. 19 e 65.

engenharia urbana a função de fazer valer a resolução sobre a destinação mais econômica do lixo<sup>113</sup>.

A insolúvel dissensão entre ambos desaguou na publicação, em 1906, de um estudo do engenheiro e Vice-Diretor de Obras Municipais, Eugenio Guilhem, sobre a limpeza pública em diversos países da Europa, no qual contradizia o Serviço Sanitário paulista, ratificando a eficácia das medidas da prefeitura e rebatendo argumentos sobre a ameaça de contaminação dos terrenos que serviam de depósitos, sob a alegação de que não havia estudos que os legitimassem.

Guilhem sublinhava uma diferença entre as preocupações de cada parte: “Os médicos e as autoridades sanitárias reclamam medidas radicais e vêem na incineração o termo final das diversas operações do serviço de limpeza das cidades; os engenheiros e os responsáveis pela gestão dos dinheiros municipais escrevem a equação do problema com os seus dados reais e encontram na resolução dificuldades provenientes da própria complexidade do assunto”<sup>114</sup>.

Assim, relegaram-se inteiramente as reclamações do Dr. Ribas. Na avaliação das autoridades municipais, o tratamento dado ao lixo urbano era um dos melhores do mundo. O visitante europeu, quando passava pela paulicéia, diziam, via a cidade limpa em suas visitas e podia perceber que a higiene das ruas era equiparável aos serviços de Lion, Genève, Toulouse, Bordeaux e Liège<sup>115</sup>.

Na contraparte, para os moradores dos locais atingidos, as tais mudanças não surtiram o efeito positivo alegado; pelo contrário, persistiam as reivindicações do extermínio das moscas e da limpeza dos córregos e terrenos. Porém, na visão dos reclamantes, os principais culpados pelo abandono e pela falta de interesse na resolução da contenda eram os órgãos de saúde pública. Ora, se os direcionamentos, panfletos e meios técnicos apresentados como capazes de devolver a saúde da cidade estavam nas mãos dessas instituições, se as visitas e as medidas coercitivas contra o que diziam ser insalubre, infecto e nocivo eram aplicadas por seus funcionários respaldados pela lei, por que não seria sua a responsabilidade por um problema de saúde tão evidente?

113. Segundo Almeida, “diante das indisposições com o Serviço Sanitário, o prefeito desconsiderou completamente suas sugestões e trabalhos, enveredando para um caminho diferenciado, pelo menos nesse assunto, dos rumos traçados por Ribas”. Marta de Almeida, *República dos Invisíveis: Emílio Ribas e Saúde Pública em São Paulo (1898-1917)*, op. cit., p. 126.

114. Eugenio Guilhem, *Limpeza Pública: Estado da Questão no Estrangeiro*, p. 13.

115. *Idem*, p. 34.



Os médicos tentavam mostrar que aquela situação se devia à força do poder municipal frente ao Serviço Sanitário. Afirmavam deter os meios mais eficazes para o extermínio de insetos, e usariam de seus estudos para denunciar a persistência do problema e confirmar os focos de imundície que não eram devidamente erradicados. No artigo “A Mosca Doméstica”, o Dr. Francisco Iglesias divulgava como a mosca doméstica proliferava e quais as doenças que ela produzia. Segundo ele, sua disseminação se daria pela matéria orgânica em decomposição, sendo o principal foco a esterqueira onde se acumulavam estrume de cavalo e de vaca, entre outros. Prosseguia afirmando a urgência do problema na capital, tendo em vista a quantidade de estábulos e de vacas e cavalos usados para transporte e alimentação. Indo além, o Dr. Iglesias expunha a ineficácia dos institutos subordinados à fiscalização direta da prefeitura, que nem por isso estavam dentro dos padrões de salubridade e higiene:

É deplorável que nossos institutos agrícolas, onde os fazendeiros deveriam encontrar em tudo um modelo a seguir, se tenham descuidado desse importante assunto. O Posto Zootécnico Central Carlos Botelho, por exemplo, tinha até pouco tempo, ou ainda tem, uma esterqueira detestável, um criadouro de moscas o mais aperfeiçoado que jamais temos visto! Urge que o nosso governo, que tem sido de uma incansável operosidade, lance um olhar para o estado de coisas e, aproveitando o que nos ensina a biologia, inicie o movimento de destruição das moscas: o exemplo precisa vir de cima<sup>116</sup>.

Mesmo com esse esforço, a população continuaria não relacionando o problema com a prefeitura, imputando ao Serviço Sanitário a responsabilidade de acabar com aquela ameaça. Se a distribuição de folhetos por esse órgão, sobre os males provocados pela mosca, pretendia pôr a prefeitura sob julgamento da população, o resultado foi inverso. *O Estado de S. Paulo* publicou o seguinte artigo:

A Diretoria do Serviço Sanitário, em impresso que está distribuindo a respeito da mosca, diz o seguinte: “a mosca é o mais perigoso e repugnante dos insetos; ela põe os ovos e nasce nos monturos”. Mais adiante, acrescenta que “todos devem se unir para a cruzada contra as moscas, cientificando o Serviço Sanitário dos monstros<sup>117</sup> e

116. Francisco Iglesias, “A Mosca Doméstica”, *Revista Médica de São Paulo*, p. 13.

117. Interessante alusão ao inseto que, ao ser visto como *monstro*, também dava a dimensão simbólica dos problemas causados pela sua presença na cidade.

do lixo de que tiverem conhecimento. Muito bem. Mas, Sr. Redator, ainda ontem fomos ao Hospital de Isolamento (...) dali saímos para uma visita ao estabelecimento que, por sua natureza, deveria apresentar a mais rigorosa assepsia, e encontramos moscas por todos os cantos. Parece-nos, portanto, Sr. Redator, que o Hospital de Isolamento nada tem de ‘cuidadoso’ e comete um crime, permitindo que milhares de moscas diariamente transmitam em suas patas os germens das piores enfermidades contagiosas”<sup>118</sup>.

Indo além, denunciava a remoção de lixo no centro da cidade como ineficaz e responsável pela proliferação desse vetor de doenças. Entretanto, não interpelava a prefeitura, mas os órgãos de saúde: “Nós, por exemplo, nos dirigimos ao mercado da rua 25 de Março (...) que presenciamos nós? Os carinhos de mão da Limpeza Pública a despejarem esterco e lixo, colhidos durante o dia nas ruas da cidade bem juntinho ao mercado de peixe e verduras (...) como o Serviço Sanitário não descobriu ainda esse permanente e infecto monturo? É assim que se exerce a fiscalização de gêneros alimentícios?”<sup>119</sup>

Para a prefeitura, por sua vez, qualquer referência ao destino do lixo poderia ser acompanhada em seus estudos e levantamentos. Em relatório de outubro de 1914, afirmava o êxito de suas técnicas de depositar entulho e imundície em geral nos terrenos escolhidos:

terrenos e quintais visitados, 12.886; cocheiras visitadas, 263; estábulos visitados, 65; terrenos e quintais beneficiados, 224; ruas beneficiadas, 47; monturos enterrados, 16.944; latas amassadas, 618.046; latas enterradas, 642.911; escavações feitas em terrenos para enterrar latas e lixo, 854; valetas feitas para dar escoamento às águas, 145; valetas limpas, 159; fossas aterradas, 17; fossas fixas petrolisadas, 453; ralos petrolisados, 374<sup>120</sup>.

Com esses números, suspendia-se temporariamente – ainda que não para a população vítima dos locais onde se acumulava o entulho – a discussão sobre as questões do lixo e das moscas. Havia, entretanto, muitas doenças permanentes, frutos dessas divergências entre os planos empreendidos pelo Serviço Sanitário e outras instâncias de poder. Eram lutas políticas em que a

118. *O Estado de S. Paulo*, 1 maio 1914.

119. *Idem*.

120. *O Estado de S. Paulo*, 14 nov. 1914.

“queda de braço” definia, no limite, a situação de várias localidades diante de moléstias e de disseminadores dos males. Estavam claramente demarcadas as fronteiras entre as ações efetivas de saúde pública e os resultados apresentados por seus agentes responsáveis, que não se cansavam de diagnosticar: “A saúde pública paulistana vai bem, é seu povo que vai mal”.

Significativamente, Romero lembra que no início do novecentos, muitas doenças vinham se multiplicando na cidade, como a meningite cérebro-espinhal, o tifo, a desintéria, a escarlatina, a difteria, a lepra, o sarampo, as doenças venéreas e a peste bubônica<sup>121</sup>. Há casos que foram estudados profundamente: o alcoolismo e a sífilis, por Bertucci<sup>122</sup>, as doenças da primeira infância, por Ribeiro<sup>123</sup> ou a tuberculose, por Bertolli Filho<sup>124</sup>.

Assim, conforme se deslocava a atenção para outras formas de contágio, descortinava-se uma realidade diferente da que propugnava o Serviço Sanitário, de que São Paulo caminhava sem conflitos e sem precedentes para sua realização mais importante – a restauração da saúde de seu povo. Vale lembrar que mesmo os surtos epidêmicos enquadrados nas estatísticas como “casos controlados” e até “resolvidos” reapareciam devido às condições em que vivia grande parte da população e ao fato de a capital paulistana ser porta de entrada e saída de levas de pessoas do exterior e de diversos pontos do país. Foi o caso da varíola, que serviu durante anos como baluarte do êxito das ações sanitárias. Por meio do controle da moléstia, o Serviço Sanitário chegou, em 1911, a contabilizar apenas dois casos da doença e, no ano seguinte, assustava-se com um surto epidêmico acusado por 239 ocorrências<sup>125</sup>.

Acompanhando mais detidamente o surgimento e os desdobramentos organizativos e interventores de determinadas instituições, vê-se como logriam sobreviver e mesmo ultrapassar certos obstáculos à execução de seus trabalhos.

O estudo minucioso de instituições que tentavam encontrar saídas para seus dilemas internos enquanto enfrentavam as vicissitudes da cidade de São Paulo, corroborando o pretenso êxito das instituições paulistas desde o nascimento, é de extrema importância, porque revela como foram equacionando

121. Mariza Romero, *Do Bom Cidadão: As Normas Médicas em São Paulo, 1889-1930*, p. 56.

122. Liane Maria Bertucci, *Impressões sobre a Saúde: A Questão da Saúde na Imprensa Operária, São Paulo, 1891-1925*, op. cit.

123. Maria Alice Ribeiro, *História sem Fim*, op. cit.

124. Claudio Bertolli Filho, *História Social da Tuberculose e do Tuberculoso: 1900-1950*.

125. *Anuario Estatístico do Brazil (1908-1912)*, Rio de Janeiro, Typ. da Estatística, 1916, p. 425.

problemas e levantando símbolos em torno daqueles que as representavam. A Liga Paulista contra a Tuberculose, instituição que deveria prevenir e combater a doença considerada o grande mal que se abatia sobre São Paulo, e a Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, onde se poderia concretizar o grande sonho da cidade de formar sua própria elite médica, foram escolhidas para arrematar essa idéia. Em meio a distúrbios e contradições, elas protagonizaram a ratificação da cidade de São Paulo como pólo irradiador da ciência médica e saneadora, e apresentaram projetos que lhes garantiriam a permanência institucional nas décadas seguintes.

CAPÍTULO III

## Um Projeto na Metrópole: A Liga Paulista contra a Tuberculose

*Nenhum declínio se tem feito sentir no tributo de vidas condicionado pela tremenda peste. Não se poderá esperar outra cousa, desde que o nosso arsenal antituberculoso, a nossa organiza o de assistência e preventiva continua a ser rudimentar, o nosso armamento especializado pobre e desarticulado.*

CLEMENTE FERREIRA

“Dez de julho de 1913 veio assinalar mais uma brilhante vitória para o glorioso apostolado do ilustre clínico Sr. Dr. Clemente Ferreira, que há anos tem movido um combate sem tréguas a uma das mais terríveis moléstias que flagelam a humanidade. (...) Foi em agosto de 1900 que se fundou a Liga Paulista contra a Tuberculose, que desde 10 de julho de 1904 mant m o Dispensário ‘Clemente Ferreira’. Ontem efetuou-se a inaugura o oficial do novo prédio do Dispensário, situado na rua da Consola o, n  117”<sup>1</sup>.

Festejada pelo jornal *Correio Paulistano*, a inaugura o do novo Dispensário Clemente Ferreira na capital paulista comporia a organiza o do aparelho sanitário estadual, simbolizando mais um ícone da prosperidade paulista, com habitantes em plenas condi oes de saúde. A luta contra a peste branca ganhava urgência   medida que avançava, e a popula o era lentamente consumida pelo mal.

Para assumir a coordena o de um projeto que impedisse sua propaga o, foi escolhido o Dr. Clemente Ferreira, médico carioca, formado em 1880,

1. *Correio Paulistano*, 11 jul. 1913, p. 1.

que, apesar de sua inclinação pela pediatria, produzira, em 1882, uma tese sobre a tuberculose, intitulada *Ph Thisica Pulmonar*. Tinha escrito também um ensaio a respeito dos “bons climas” de Campos de Jordão para a terapêutica da tísica, que lhe valeu prestígio junto a seus pares paulistas e um convite do Dr. Emílio Ribas para desenvolver e dirigir um plano de domínio e possível erradicação da moléstia nas terras de Piratininga.

Oriundo da Capital Federal, assumiria, em 1896, o comando desse plano, tendo primeiramente ocupado “a função de ‘médico de crianças’ e, dois anos depois, o cargo de diretor do consultório de lactantes do Serviço Sanitário Estadual. Paralelamente, foi incumbido de sensibilizar seus pares e os principais representantes da elite regional para a organização filantrópica de combate à peste consuntiva”<sup>2</sup>. Com seus conhecimentos sobre a tuberculose, buscava-se firmar um elo entre os dois médicos, Dr. Clemente Ferreira e Dr. Emílio Ribas, aliando a competência técnica e científica às leis e portarias necessárias à viabilização das ações a serem implementadas.

Algumas das primeiras estratégias adotadas pelo Dr. Ferreira em solo paulista inspiravam-se na Liga Nacional contra a Tuberculose, sediada no Rio de Janeiro, que vinha se empenhando em denunciar a ameaça da moléstia no território brasileiro, expondo, por meio de números preocupantes, o perigo que avançava sobre toda a população. Segundo seu relatório de 1902, tomando apenas as estatísticas da Capital Federal – porque desconheciam-se as dos Estados,

de 1860 a 1900, sucumbiriam, nesse período de 40 anos, 84 040 indivíduos da fatal enfermidade; e tendo sido a mortalidade, no ano de 1901, de 2 726, ficava aquela cifra elevada a 86 766. Assim, de 1860 a 1870, pereceram 17 000; de 1870 a 1880, 19 000; de 1880 a 1890, 20 000; de 1890 a 1900, 26 000, desprezadas as frações. Por esse raciocínio, se déssemos a cada um dos Estados a população apenas da Capital Federal, o que seria pouco, e a mesma mortalidade nos 40 anos, a cifra seria então mais assombrosa e atingiria 1 735 320 óbitos!<sup>3</sup>

Diante dessa realidade e a partir de uma concepção assistencial, a Liga Nacional buscava a ajuda e a participação de toda a sociedade, principalmente

2. Claudio Bertolli Filho, *História Social da Tuberculose e do Tuberculoso: 1900-1950*, pp. 142-143.
3. Manoel Rodrigues Peixoto, *Conferência Realizada na Liga Campista contra a Tuberculose, Filial da Liga Brasileira contra a Tuberculose*, pp. 6-7.

da classe médica e de grupos abastados da localidade atingida, acreditando que essa confluência de esforços seria capaz de dominar e erradicar a moléstia. O doente teria tratamento, remédios, alimentação e até o pagamento de suas contas. Sua família, igualmente assistida, aprenderia as principais formas de contágio e as medidas para evitá-lo. Além disso, a população receberia folhetos informativos, e os possíveis focos da doença seriam visitados. Enfim, a tuberculose estava com os dias contados.

Para a Liga Nacional, as dificuldades na formação de uma instituição dessa natureza ligavam-se muito mais ao empenho da coordenação do que ao dinheiro necessário. Afinal, questionavam seus membros diretores, investir o dinheiro indispensável ao combate da tuberculose não seria uma posição esperada de todo aquele que desejava a grandeza do país e a saúde da população? Dessa perspectiva, portanto, os grupos que constituíam o poder político e econômico deveriam protagonizar essa obra, não se detendo a Liga “um momento, pensando nos recursos precisos para ela: estes viriam da filantropia popular, de valiosos donativos, de favores de generosas companhias e da administração pública, pois com estes favores apenas a pia instituição iria encontrando paulatinamente os recursos para sua subsistência”<sup>4</sup>.

Em 1892, quando foi implementado o Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, o número de vítimas tísicas na capital era de 153 pessoas, chegando, no ano seguinte, a 272. A *Revista Médica de São Paulo* publicou, no ano de seu lançamento, 1898, um boletim do Instituto Bacteriológico registrando 405 óbitos. O levantamento mais preciso desses números vinha com a revolução da microbiologia e as descobertas de Koch, levando à identificação dos tuberculosos por autópsias realizadas pelo Instituto<sup>5</sup>.

Na explanação feita em 1897, o Dr. Ferreira mostrou a apreensão da Repartição de Higiene de São Paulo ao constatar que “faleceram, em 1896, nesta capital, 534 pessoas por tuberculose, o que representa 7% da mortalidade geral”<sup>6</sup>. Nesse contexto preocupante, em 1899 apresentou à Sociedade de Medicina e Cirurgia os delineamentos básicos para “a organização de uma associação vazada nos moldes da Verein für Volkheilstätten de Munich”, que

4. *Idem*, p. 23.

5. Relatório dos trabalhos do Instituto Bacteriológico durante o ano de 1897, apresentado ao Dr. Diretor do Serviço Sanitário pelo Dr. Adolpho Lutz, *Revista Médica de São Paulo*, anno I, n. 10, 15 nov. 1898, p. 182.

6. *Revista Médica de São Paulo*, anno V, no 3, 15 fev. 1902, p. 43.

“uma vez organizada, levaria a Associação Paulista dos Sanatórios Populares a constituir subcomissões locais em diversos pontos do Estado, para que se enviassem, aos clínicos dos vários municípios, circulares expondo os fins da sociedade e incitando-os a formar núcleos locais constituídos por médicos e todas as pessoas gradas das diferentes cidades”<sup>7</sup>.

A composição de uma associação paulista contra a tuberculose, também sugerida, seria centralizada pelo governo estadual, com o patrocínio e a presidência honorária do Sr. Presidente do Estado, e sua organização exercida pela Sociedade de Medicina e Cirurgia. Do ponto de vista econômico, seria constituída uma “comissão de propaganda e aquisições de donativos e uma comissão de administração e de execução”<sup>8</sup>. Ambicionava-se mobilizar a opinião pública pela imprensa, pela circulação de cartas ou panfletos através das organizações pias, administrações hospitalares, filantropos e capitalistas. Formando toda uma rede de adesão e participação para o cumprimento dos objetivos a serem alcançados, todos iriam, segundo essa posição, “prontamente prestigiar a associação, criando um sem-número de núcleos de reforço e ampliação”<sup>9</sup>.

As posturas que seriam aplicadas, expostas pelo Dr. Ferreira num artigo de 1901, sob o título “O Problema da Tuberculose em Portugal e no Brasil”, defendiam os trabalhos da Liga Nacional Portuguesa e da Liga Nacional do Rio de Janeiro, e aprovavam os passos que São Paulo realizava nessa direção. Segundo suas idéias, o Brasil só tinha um elemento adverso ao seu progresso contra a tuberculose: a distância do mundo civilizado europeu e norte-americano. Não obstante, segundo ele, havia uma fagulha de vibração e entusiasmo na luta contra a peste tísica, podendo ser encontrada nas ações do Dr. Emílio Ribas, como diretor do Serviço Sanitário, em seus esforços na emissão de relatórios minuciosos, tentando abarcar os números de doentes, e na divulgação de instruções práticas e concisas a propósito da educação higiênica e sua prevenção.

Porém, logo no início da implementação do projeto desenhado pelo Dr. Ferreira, suas medidas foram desconsideradas pelas autoridades e instâncias médicas do interior do Estado, não havendo registros, nessas cidades, do comprometimento esperado ou da adesão às resoluções que erigiriam uma liga antituberculosa. A falta de apoio financeiro por parte das empresas privadas e

7. *Idem*, p. 44.

8. Clemente Ferreira, carta de 14 jul. 1899 à *Revista Médica de São Paulo*, anno II, n. 9, 15 set. 1899, p. 275.

9. *Idem*, *ibidem*.



dos cidadãos interioranos impediu a efetivação do projeto filantrópico nessas municipalidades, levando a Liga, em 1909, a pedir ajuda aos órgãos de imprensa e aos poderes constituídos para que pressionassem por esses investimentos:

(...) nossa árdua e pesada tarefa bem longe está do seu ponto final, pois infelizmente falecem-nos as diversas armas de que não é possível prescindirmos na campanha complexa contra o terrível flagelo tuberculoso. O núcleo central está organizado, porém urge aparelhar os demais anéis da cadeia de instituições, que constituem o necessário e indispensável arsenal, capaz de nos assegurar a vitória, o completo e definitivo triunfo. (...) [E pede à imprensa paulista] poderoso elemento de orientação e impulsionador vigoroso das grandes causas sociais – a sua intervenção calorosa, tenaz, persuasiva, de modo a despertar a iniciativa privada e o concurso dos abastados, cuja interferência na magna tem sido até hoje das mais apagadas<sup>10</sup>.

Evidentemente, a luta das autoridades municipais contra a centralização dos órgãos estaduais de saúde pública criou obstáculos na execução desse projeto, principalmente pela dificuldade na obtenção do capital necessário para a construção e conservação de filiais, provavelmente pela desconfiança e franca aversão às ações do governo do Estado, representado na figura do Dr. Ferreira.

Sem esse retorno e frustrados os primeiros planos, restava aglutinar todo o aparato e os projetos a serem desenvolvidos na capital paulistana, confessando o seu diretor que, por ter ficado sem resposta o apelo feito ao corpo clínico dos diversos municípios, toda a ação da Liga se centralizaria ali<sup>11</sup>. Mas, com a legislação ainda incerta a respeito da extensão dada aos poderes municipais e aos órgãos de saúde, os propósitos do Dr. Ferreira esbararam também na prefeitura de São Paulo, que advogou como sua a responsabilidade, segundo a lei, de cuidar da tuberculose na cidade. Ao tomar conhecimento do trabalho que seria desenvolvido, o Dr. Ferreira adjetivou-o ironicamente de “benemerente”, pois referendava-se apenas na lei de 1898, que obrigava ao uso da tuberculina<sup>12</sup> nas vacas lactígenas, ao controle das condições sanitárias dos estábulos e à proteção ao comércio do leite.

10. *Revista Médica de São Paulo*, anno XII, n. 15, 15 jan. 1909, pp. 257-258.

11. *Idem*, p. 45.

12. “Líquido estéril em que estão presentes produtos de crescimento ou substâncias específicas provenientes de bacilo da tuberculose, e usado com o fim de diagnosticar essa infecção.” Aurélio B. de Holanda Ferreira, *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*, p. 1723.

Já os poderes municipais acreditavam que essa ação, mesmo isolada, teria um impacto social expressivo, especialmente sobre os altos índices de mortalidade infantil, que tinha no consumo de leite infectado e sem controle sanitário uma de suas principais causas<sup>13</sup>. O apoio a essas ações era reforçado pelos estudos médicos da época, que identificavam focos de contaminação nos animais, “ou porque esteja a doença localizada nas mamas (mastite tuberculosa), ou porque cheguem os micróbios ao leite, com as fezes do animal. É bom saber que quase todo o leite posto à venda contém fezes de vaca; ora, quando são tuberculosas, tosem, deglutem a expectoração, eliminando-se os bacilos com a mesma morfologia e as mesmas reações corantes do bacilo da tuberculose – os chamados *bacillos acido-resistentes*”<sup>14</sup>.

Segundo o Compêndio de Higiene do Inspetor Sanitário do Departamento Nacional de Saúde Pública, a inspeção deveria ser feita de maneira competente para resultar em efeitos desejados, mostrando que havia meios de evitar a infecção do leite, não só da tuberculose como de outras doenças, aplicados com rigor das ações necessárias. Por essa prescrição, os animais leiteiros deveriam ser mantidos em regime de semi-estabulação, em fazendas de criação, dispendo de boas pastagens. O estado de saúde dos animais seria freqüentemente verificado por exame veterinário. Animais tuberculosos sem sinais apreciáveis estariam submetidos à reação tuberculínica pelo menos uma vez ao ano. Sobre os locais de mugidura e de retirada de leite, “deveriam ser sempre ventilados e iluminados, com paredes impermeabilizadas até 2 m de altura, para que pudessem ser abundantemente lavadas. O chão do estábulo deveria ser elevado 15 cm do solo circunvizinho e em declive”<sup>15</sup>. Essas regras desdobravam-se na desinfecção do leite, no exame e na determinação de sua densidade, na dosagem de sua gordura e acidez, na análise microbiológica e microscópica e em sua classificação<sup>16</sup>.

Segundo o balanço de seus trabalhos entre 1892 e 1906, o Instituto Bacteriológico, ao identificar o bacilo de Koch no gênero humano, também ressaltava suas características específicas de transmissão; entre elas, a possível difusão da tuberculose bovina:

13. Sobre a mortalidade infantil na capital nesse período, ver “A Capital e a Morte de Crianças”, em Maria Alice Ribeiro, *História sem Fim... Inventário da Saúde Pública*, pp. 115-124.

14. J. P. Fontenelle, *Compendio de Hygiene: Elementar*, p. 325.

15. *Idem*, p. 327.

16. A análise pormenorizada da questão do leite, sua composição e fiscalização encontram-se na Seção IV – “Alimentos Animais: Leite e Seus Derivados”, em *idem*, pp. 317-350.

(...) já mencionamos enorme número de escarros examinados, provando a grande freqüência da tuberculose pulmonar, como também as outras formas de tuberculose humana observadas nas autópsias e os casos de tuberculose bovina verificados por preparações microscópicas diretas ou pela inoculação em cobaias. Essas moléstias não oferecem particularidades que não sejam observadas em outros lugares, mas, entre nós, nota-se raridade do lúpus e de outras formas de tuberculose localizada do gênero humano. No nosso modo de ver, estas resultam de infecção com tuberculose bovina, mas essa questão não tem sido ainda bastante estudada<sup>17</sup>.

Dentro das indicações expostas, as medidas postas em prática eram as mais apropriadas, diziam os órgãos municipais. Mas as primeiras avaliações sobre os resultados das intervenções realizadas já traziam um certo embaraço:

Desde a promulgação da lei exigindo a prova da tuberculina, têm sido inoculadas 693 vacas lactígenas, das quais 57 reagiram. As pesquisas feitas pelo médico incumbido desse serviço autorizam-no a concluir que a proporção das vacas tuberculosas é de 8,22% para as estabuladas e de 5% para as de campo. O número de vacas produtoras de leite nesta capital eleva-se a 2.522, de maneira que, por ora, nem a metade foi tuberculinizada, devido à insuficiência do pessoal<sup>18</sup>.

Estava claro que a questão não se restringia ao número de pessoal, mas antes tratava-se do rápido crescimento da cidade, que deixava sempre suspensa uma inspeção efetiva dos vendedores ambulantes de leite, levando, em 1903, a um novo ato que, mesmo sem força prática, tornava obrigatória a vacinação de todas as vacas na cidade.

Em janeiro de 1904, um adendo na lei do ano anterior decretou a obrigatoriedade da inoculação da tuberculina para identificar a presença da moléstia. O relato do fiscal sanitário Dr. Epifanio José Pedrosa tentava mostrar uma estimativa positiva dessa postura legal e do alegado rigor empregado nas vistorias: “Iniciei imediatamente o serviço de inoculação geral das vacas, percorrendo todos os estábulos da capital, um por um, e vacinei, de 9 de janeiro até hoje (31 de dezembro), 4.091 vacas, das quais 720 foram

17. Resumo dos trabalhos do Instituto Bacteriológico de São Paulo, 1892-1906, *Revista Médica de São Paulo*, anno X, n. 4, 28 fev. 1907.

18. *Revista Médica de São Paulo*, anno V, nº 3, 1902, p. 46.

verificadas tuberculosas, 497 reservadas para nova inoculação e 2874 verificadas não tuberculosas. A porcentagem de tuberculosas foi de 17,59%”<sup>19</sup>.

Embora fossem vistoriados dentro dos padrões exigidos, marcados e removidos dos estábulos, os animais contaminados continuariam sob a responsabilidade dos vaqueiros, os quais, sentindo-se prejudicados com as despesas de aluguel do posto e com a proibição da venda de leite, acabavam comercializando os animais por baixo preço nas cidades do interior, onde, portanto, se difundia a moléstia e a venda ilícita de leite e de lingüiça. Assim, enquanto a capital era de algum modo beneficiada com a fiscalização, as cidades do interior sofriam com o aumento do número de casos de tuberculose. Logo as reclamações chegaram à capital, o que levou a prefeitura a apresentar um projeto à Câmara, que seria convertido na lei nº 792 em 22 de novembro de 1904, para que, “verificada a reação febril das vacas sujeitas à inoculação da tuberculina, fossem elas abatidas e inutilizadas no matadouro. Em execução desta última lei, em 1904 foram abatidas e inutilizadas 34 das 720 vacas verificadas tuberculosas”<sup>20</sup>.

Contudo, essa redução criou a expectativa de aumento do preço, contribuindo para a entrada de muitos outros animais, muitos tuberculosos, agora vindos do interior do Estado e do sul de Minas, o que desaguou num descontrole ainda maior das vistorias. Em relatório oficial, consta que, em vez das 2 500 vacas anteriormente existentes, tiveram de vacinar 4 091, e a matrícula, que regulamentava entre 700 e 800 por ano, para substituir as que morriam e as que por secas eram removidas das fazendas e para os pastos, subiu, em 1904, para 1 538<sup>21</sup>.

A expectativa de controle esvaiu-se quando os vaqueiros começaram a recorrer à Justiça, exigindo exames judiciais dos animais condenados, o que transpunha as instâncias municipais de verificação e passava a envolver órgãos da Justiça. Esse encaminhamento que poderia ser avaliado, num primeiro momento, como mais um obstáculo aos poderes municipais, foi, contrariamente, de extremo auxílio, pois reafirmava as leis municipais, submetendo os vaqueiros também às decisões dos órgãos. Com isso, muitos foram multados por não terem apresentado seus animais e produtos à fiscalização.

19. Epifanio José Pedrosa, *Fiscalização das Vacas de Leite. Defesa contra a Tísica (Orgam Official da Liga Paulista contra a Tuberculose)*, p. 21.

20. *Idem*, p. 22.

21. *Idem*, p. 24.

A partir dessas decisões judiciais, diminuía o número de vacas vindas de outros lugares e seu valor reduziu-se a ponto de as contaminadas pela tuberculose não serem mais aceitas em nenhuma paragem. Para o Dr. Epifanio, os objetivos da fiscalização começavam a ser alcançados e os resultados eram visíveis, pois

não sairia mais à rua vaca que não tenha sido vacinada e verificado não estar afetada de tuberculose e que não esteja em perfeito estado fisiológico. A população poderia, portanto, com confiança e sem receio, usar do leite quente pela manhã, como de ordinário prescrevem os clínicos. A qualidade do leite melhorou evidentemente por meio de análises do Laboratório de Análises Químicas, e São Paulo nada tem a invejar aos países mais zelosos nesse gênero de alimentação<sup>22</sup>.

Mas afirmações dessa natureza foram desmentidas conforme passavam os anos. Outros números e fatos vinham à tona, mostrando que, com o tempo, as medida aplicadas perdiam sua força pelo quase abandono da inspeção. Em 1908, o prefeito Antonio Prado apresentou um quadro<sup>23</sup> revelando as mudanças trazidas pela lei de 1904, inclusive na redução da vacinação e revacinação dos animais:

Ano	1899	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	Total
Matriculadas	1223	914	770	554	987	1 539	1 079	1 274	752	1 633	11 025
Vacinadas e revacinadas	286	208	177	158	269	4 091	1 889	1 507	879	1 742	10 706
Tuberculose	7	8	16	18	25	720	278	268	138	247	1725

Na avaliação do prefeito, havia uma regulação da produção de leite na cidade. Por seu raciocínio, “em 1908, das 11 025 vacas matriculadas, muitas morreram, sem se dizer como e para onde seriam levadas, outras foram conduzidas para fora da capital, de sorte que cerca de 6 000 seriam as que abasteceriam com o leite para consumo diário no município. A quantidade fornecida estava regu-

22. *Idem*, pp. 30-31.

23. *Idem*, *ibidem*.

lada por uns 30 000 litros diários”. Das registradas e vistoriadas, 247 tuberculosas, 146 eram da capital, 84, do interior do Estado e 17, de Minas Gerais<sup>24</sup>.

Verificava-se o descontrole do gado que vivia nas ruas dos arredores da área central da cidade, sendo vendidos sua carne e leite. Em denúncia de um morador de Pinheiros, “havia de ver como o gado ali é vítima dos carrapatos, (...) provocando inúmeros inconvenientes na produção do leite”<sup>25</sup>. Nesse sentido, um olhar sobre os pastos da cidade bastaria para compreender toda a teia que dificultava o controle das estratégias que diziam ser efetivadas, bem como a impotente estrutura de vistoria diante da prática ilegal e daqueles que eram multados. Significativamente, na primeira quinzena de janeiro de 1914, há diversas multas por venda ilegal de leite: “Francisco Valério de Medeiros, chapa 722; Lourenço Saporito, nº 193; Sylvestre Cardoso, nº 792; Virgílio Pacheco, nº 848; e José Cardoso de Abreu, morador à rua dos Gusmões. Por vender leite ácido: Empresa Paulista de Leiteria, chapa nº 910. Por venderem leite sem licença: João Corrêa Filho e Raphaela Farnia, moradores à Av. Celso Garcia, 161.”<sup>26</sup>

No entanto, esses enquadramentos não significavam a coibição dos procedimentos ilícitos, como lembrava no jornal *O Estado de S. Paulo*, em artigo intitulado “A Saúde Pública em Perigo”. Segundo seu autor, além da multa altíssima de 50\$000, cujo pagamento era impossível, nunca houve cassação de licença nesse tipo de comércio ou por reincidência de práticas ilícitas na venda de leite, pois os próprios estabelecimentos legais – que deveriam estar sob total controle dos agentes de fiscalização – encontravam-se em total abandono:

Ouvi do funcionário incumbido da fiscalização que alguns desses produtores do leite higienizado têm infringido a lei, salvando-se somente um desses estabelecimentos, onde o leite é produzido em instalações convenientemente preparadas. Ouvi também de um médico, aliás distinto, a declaração de ter feito uma visita a um desses estabelecimentos (que não vem ao caso declarar qual seja), recebendo a pior das impressões. Bastará dizer que esse médico encontrou todos os vasilhames que contêm o leite cobertos por mosquitos!<sup>27</sup>

24. Relatório de 1908 apresentado à Câmara Municipal de São Paulo, *op. cit.*, p. 27.

25. *O Estado de S. Paulo*, 24 jan. 1918, p. 2.

26. *O Estado de S. Paulo*, 17 jan. 1914, p. 3.

27. *O Estado de S. Paulo*, 29 out. 1914, p. 2.

Anos mais tarde, um “médico conhecido” – cujo nome foi omitido pelo mesmo jornal – levou pessoalmente um caso de leite contaminado às autoridades, obtendo o seguinte resultado:

o referido médico, sabendo que grassa nos estúbulos a febre aftosa, resolveu mandar o leite ao Laboratório de Análises do Estado, pedindo que o analisassem. No laboratório, com o qual falou pelo telefone, aconselharam-lhe que se dirigisse ao Serviço Sanitário. O reclamante dirigiu-se ao Serviço Sanitário. Depois de muitas telefonadas e muito aborrecimento, que seria inútil reclamar por miúdo, declararam-lhe, da diretoria do serviço, que este nada poderia fazer sem que o facultativo lá fosse pessoalmente, apresentar uma queixa em forma!<sup>28</sup>

O problema assumiu tal proporção que já em 1905 medidas referentes à valorização da amamentação e da qualidade do leite consumido por crianças levou a Policlínica a fundar uma instituição chamada Gota de Leite<sup>29</sup>, inspirada em outras instituições na Europa com o mesmo nome, visando “combater as causas da mortalidade infantil pelo auxílio prestado, nas suas consultas, aos lactentes, e pelo fornecimento de leite em boas condições, grátis e de vários preços e, finalmente, pela sua verdadeira escola prática das mães”<sup>30</sup>.

No tempo em que a Gota de Leite funcionou, registrou-se um alto número de crianças que morriam durante o tratamento ou adoeciam devido a problemas gastrointestinais, sendo o leite contaminado a principal causa<sup>31</sup>.

28. *O Estado de S. Paulo*, 17 jul. 1918, p. 2.

29. Sobre a organização dessa instituição e das discussões em torno da puericultura no Brasil, ver Maria Hilegonda D. Novaes, *A Puericultura em Questão*.

30. F. de Queirós Mattoso, “A ‘Gota de Leite’ em S. Paulo”, *Revista Médica de São Paulo*, anno X, 30 ago. 1907, p. 465.

31. O espaço usado para o tratamento dos lactentes dividia-se em cinco compartimentos, tendo em vista uma preocupação latente com os problemas do leite contaminado: “a) sala de espera, que serve para distribuição do leite e onde as crianças são pesadas; b) gabinete de consultas dos lactentes matriculados na *Gota de Leite*, das que, não fazendo parte das crianças inscritas, aí vão a consultas médicas e direção sobre sua higiene; c) sala em que se fazem as pesagens semanais e destinadas às conferências sobre higiene infantil; d) escritório e depósito de material; e) área envidraçada e ladrilhada em que se faz a esterilização do leite. Neste compartimento, fixas às suas paredes e com revestimento de zinco que se prolongam até certa altura da própria parede, estão as mesas sobre que correm encanamentos de gás que vão ter diversos aquecedores, sobre os quais estão esterilizadores com capacidade para 50 vidros cada um. Além disso, ainda se acham aí instalados o filtro para água de todo o serviço e um lavabo”. *Idem*, p. 467.

Nas palavras do Dr. F. de Queirós Mattoso, médico da clínica pediátrica da Policlínicas, da Gota de Leite e do Asilo dos Expostos:

Nos trinta meses de funcionamento da *Gota de Leite* de São Paulo, foram matriculadas 335 crianças, algumas das quais em condições por demais precárias. Dessas 335 crianças, 65 vieram a falecer, o que dá uma mortalidade de 19,4% contra a média de 50% na mortalidade geral das crianças de 0 a 2 anos em São Paulo<sup>32</sup>.

Com o passar do tempo, o Dr. Clemente Ferreira continuaria relacionando a mortalidade infantil em São Paulo ao consumo do leite corrompido:

é assombrosa a mortalidade infantil, havendo períodos em que ela se eleva a 60% sobre o obituário total, sendo que 48% tem por *causa mortis* doenças gastrointestinais. A organização do comércio do leite em nosso meio é extremamente rudimentar, existindo uma única espécie de produto fresco exposto ao consumo. É o chamado leite comercial, o qual não é bom nem mau, apenas igual ao de toda a parte, mas está muito longe de constituir um alimento puro e de preencher mesmo as condições mais rudimentares e indispensáveis para, impune e conscienciosamente, poder ser aconselhado na alimentação láctea infantil<sup>33</sup>.

Em 1908, o trabalho publicado pela Liga Paulista contra a Tuberculose – *A Higienização do Leite Exposto ao Consumo Público* – punha em dúvida a excelência do leite paulistano, advertindo que “quando bebemos leite, nunca perguntamos se o micróbio da febre tifóide aí existe e o fato ocorre com tanta frequência, bem como a contaminação desse alimento pelos germens da tuberculose, da escarlatina, da difteria etc.”<sup>34</sup>

Além da restrição ao uso de tuberculina, tal reserva acrescentava outro componente à inspeção das vacas e da produção do leite: este deveria ser pasteurizado. De acordo com o Dr. Ferreira, a medida era necessária pois,

do ponto de vista da alimentação da infância, há um grande número de germens patogênicos que podem poluir o leite e o contaminam freqüentemente; não faltam

32. *Idem*, p. 466.

33. *A Gazeta Clinica*, anno XIX, nº 5, São Paulo, 1921, p. 54.

34. *A Higienização do Leite Exposto ao Consumo Público. Defesa contra a Tísica (Organ Oficial da Liga Paulista contra a Tuberculose)*, São Paulo, Typ. do Diario Official, anno VII, n. 1, 1908, p. 3.



documentos que provam a filiação de pequenas epidemias da febre tifóide, escarlatina, difteria, diarréias infecciosas etc. ao consumo do leite, contendo motores patogênicos dessas moléstias. Seria, portanto, uma medida higiênica de incalculável alcance a prática de pasteurização do leite, como complemento da tuberculinização das vacas lactígenas<sup>35</sup>.

Para a Liga, a falta de legislação condizente com seus anseios e, além disso, as tímidas medidas municipais e a fisionomia mutante da cidade causariam a falta de controle e conseqüente proliferação do bacilo. Assim, ficava patente, pelo rumo inicial dos cuidados da tuberculose na paulicéia, que esse era um assunto muito mais profundo e delicado do que se imaginava. De fato, essa atmosfera de procedimentos e embates institucionais abrigava outras dimensões, que devem ser levadas em conta para uma compreensão mais ampla do fenômeno: o alcance ainda limitado dos prognósticos da doença, as dificuldades em seu controle, principalmente nos novos pólos urbanos que passaram pelo súbito adensamento populacional, e todas as alterações científicas que não tinham ainda estabelecido quaisquer certezas que pudessem configurar domínio absoluto sobre a doença.

Assim, o possível controle da tuberculose ganhou foro de discussão em diversas esferas da organização social, com impasses iguais aos de outros países. Na França, significativamente, a partir das identificações de Koch em 1882, criou-se, em torno da terapêutica da tísica, um profundo antagonismo entre o corpo médico e a opinião pública, forçando a intervenção dos órgãos públicos na normatização de leis e regulamentações dos procedimentos relacionados à doença. O surgimento dos sanatórios e seu funcionamento geraram apreensões de toda sorte: a revelação da doença à vítima, a preocupação com o sigilo médico e com a honra das famílias. Cabe ainda lembrar a identificação das circunstâncias propícias à proliferação do bacilo relacionadas à miséria, às condições de trabalho e das vilas operárias, revelando a situação em que vivia, nos centros urbanos, parte da população trabalhadora e pobre francesa. Enfim, o debate era acalorado e cheio de meandros, envolvendo ética médica, segredos de família e privacidade, além dos poucos conhecimentos sobre a cura da doença<sup>36</sup>.

35. *Idem*, p. 7.

36. Ver Pierre Guillaume, "Les maladies sociales: la tuberculose et autres maux", em Marie-Agnès Bernardis (org.), *L'home et la santé*, pp. 57-65.

A Liga criada pelo Dr. Ferreira tinha, primeiramente, dificuldades em interferir nos assuntos que, se, por um lado, diziam respeito à tísica e à sua manifestação, por outro, envolviam outras instâncias corporativas e de poder que tinham uma outra interpretação sobre quais seriam os mais eficazes métodos de prevenção e cuidados com os doentes. Não havia um modelo único de medicalização, principalmente nesse período de evidente transição do campanhismo para a educação médica e preventiva<sup>37</sup>. Assim, havia, entre o Dr. Emílio Ribas e sua proposta de higiene moral e as posições de assistência médica que já vinham aparecendo nos discursos e algumas ações do Dr. Ferreira, rupturas irreparáveis.

Em 1900, criou-se uma comissão, da qual faziam parte o Dr. Ferreira e nomes ligados ao Serviço Sanitário – o Dr. Miranda Azevedo e o Dr. Victor Godinho –, com a intenção de traçar as primeiras bases para as ações de combate à tuberculose. Segundo o Dr. Ferreira, essa comissão nunca funcionou, pois os outros dois membros nunca estiveram presentes, impondo uma distância que evidenciava a posição do Serviço Sanitário com sua total centralização de poder, somada às ações de cunho higienista e campanhista, enquanto o Dr. Ferreira teria uma perspectiva descentralizadora e assistencial.

Em 1902, o Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho, partidário das idéias de Emílio Ribas, fez um pronunciamento em que já se pressentia a rivalidade com as posições do Dr. Ferreira. Referindo-se aos trabalhos da Liga, o Dr. Arnaldo afirmava que, de seu ponto de vista, pouco se havia feito contra a tísica:

Nesse período, o resultado positivo de nossos trabalhos foi nulo. Nada produzimos; nada de importante discutimos e, em nossas atas, nada arquivou-se que, com fruto, possa ser consultado por quem se interessar pelas ciências médicas em São Paulo. (...) escorregamos rapidamente sobre a questão da tuberculose; fundamos uma liga anti-tuberculosa e fixamos nossa atenção sobre a fundação dos sanatórios para tuberculosos. Quer isso dizer que empenhamos nosso pequeno esforço na realização do que, a meu ver, devia ser a última cousa a ventilar na questão da tuberculose (...) a tuberculose é um problema social e não uma questão médica. Encarando a questão como fazemos atualmente, não combatemos a moléstia; apenas perseguimos cruelmente os doentes<sup>38</sup>.

37. Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: Características Tecnológicas do Processo de Trabalho na Rede Estadual de Saúde de São Paulo*, op. cit.

38. *Revista Médica de São Paulo*, anno V, n. 6, 31 mar. 1902, pp. 117-118.

Nesse sentido, em seu minucioso estudo sobre a história social da tuberculose, diz Bertolli Filho que “a Liga Paulista contra a Tuberculose rompeu relações com o Serviço Sanitário, colocando em campos opostos os diretores de ambos os órgãos”<sup>39</sup>. Essa dissensão foi firmada num compêndio redigido em 1899 pelos doutores Victor Godinho e Guilherme Alvaro, sob a direção e aprovação do Serviço Sanitário. Marcavam uma posição diferente sobre a transmissibilidade e a curabilidade da tísica, que ia de encontro às postulações da Liga. O trabalho, intitulado *Fonte para a Educação Popular*, declarava-se uma propaganda de interesse público, e “pedia-se a todos os jornais científicos ou noticiosos que o transcrevessem”<sup>40</sup>. Aos que não dispusessem de espaço, pediam ao menos a transcrição das conclusões finais.

Na verdade, não se tratava de simples propaganda popular. Ao contrário, trazia um debate entre os cientistas e médicos da área, consistindo numa vasta pesquisa desenvolvida em países europeus, relacionada à doença, confirmando as formas de contágio e propondo formas de tratamento contrárias às recomendadas pelos dispensários antituberculosos defendidos pelo Dr. Ferreira.

Prognosticavam ao doente ora a internação nos sanatórios, ora sua adequação ao próprio lar, desde que esse lugar e seus moradores recebessem as ações higiênicas necessárias:

A tísica pode ser curada em qualquer altitude, nos climas de montanhas como à beira do mar. Cura-se mais facilmente nos sanatórios onde o doente ouve, a cada instante, conselhos dos médicos, conselhos que é obrigado a seguir à risca, e onde ele aprende por disciplina, ou pela imitação de outros doentes, a só fazer o que convém ao seu tratamento. Entretanto, o tísico pode curar-se em sua casa, desde que a transforme em um pequeno sanatório, ou desde que faça e use nela tudo o que teria de fazer e usar no Sanatório<sup>41</sup>.

Nos manuais redigidos pelo Serviço Sanitário e distribuídos gratuitamente à população, não se recomendava o uso dos nosocômios, nem eram dados como alternativa em qualquer fase da doença:

39. Claudio Bertolli Filho, *História Social da Tuberculose e do Tuberculoso: 1900-1950*, op. cit., pp. 141-156.

40. Victor Godinho e Guilherme Álvaro, *Tuberculose: Contágio, Curabilidade, Tratamento Higiênico e Prophylaxia*, p. 5.

41. *Idem*, p. 98.

(...) a tuberculose existe em todos os climas, sendo entretanto mais comum nas grandes e velhas cidades do que nas pequenas e novas, e nestas mais do que no campo. As casas velhas, sem ar, sem luz e onde moraram ou faleceram tísicos são lugares onde muitas vezes se adquire a moléstia, cujos germens resistentes muito tempo vivem no pó das paredes, dos móveis, das cortinas, das frinchas dos assoalhos. Toda casa cujo residente anterior se ignora deve ser, antes de habitada de novo, cuidadosamente desinfectada e lavada e, quando possível, completamente pintada<sup>42</sup>.

Defendendo pessoalmente essa tese, o Dr. Ribas divorciou o Serviço Sanitário da Liga, ao indicar a melhor fórmula para o controle da peste branca: “desinfecção sistemática dos domicílios em que se deram óbitos pela moléstia e das roupas e mais objetos em contato com os doentes, as instruções para evitar o contágio largamente distribuídas e a educação do público, que vai fazendo principalmente a Liga contra a Tuberculose”. Não obstante, se a Liga tinha um papel relativamente valorizado, dentre todas as medidas, segundo o Dr. Ribas, a ação efetiva no controle da tísica seria da diretoria do Serviço Sanitário: “julgamos medidas por excelência a reforma dos domicílios insalubres, no sentido de dar-lhes luz direta e franco arejamento, e a rigorosa observância dos preceitos de higiene domiciliar nas construções novas”<sup>43</sup>.

As ruas, as instituições públicas, os cinemas, os bares e a alimentação estariam na mira dos fiscalizadores, como numa

guerra de extermínio aos escarros e outros produtos de excreção do tísico; guerra às poeiras que podem conter e inocular os germens da moléstia; nunca varrer ruas nas horas de maior trânsito; fiscalização severa dos alimentos, sobretudo a carne e o leite, pelo emprego da tuberculina aos animais que os fornecem; ensinar o doente a não ser nocivo ou perigoso aos que o cercam, na família ou fora dela, constituem as bases da profilaxia social da tísica<sup>44</sup>.

Analisando mais detidamente essa polêmica, Bertolli mostra que ela também envolvia conflitos gerados em torno da construção de um nosocômio

42. *Tuberculose*, publicação sob a direção do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, São Paulo, Escola Typographica Salesiana, 1900, p. 5.

43. Relatório apresentado ao Sr. Dr. Secretário dos Negócios do Interior e da Justiça pelo Dr. Emílio Ribas, Director do Serviço Sanitário, São Paulo, Typ. do Diario Official, 1906, p. 12.

44. *Idem*, p. 10.

fora da capital paulista, com melhores condições climáticas para o tratamento, tendo sido a cidade de Campos do Jordão o centro de todas as polêmicas. Para o autor,

apesar da pouca clareza dos motivos que alimentaram o conflito entre os dois esculápios, suspeita-se de que a continuidade de atritos deveu-se principalmente à pretensão personalista do “médico de crianças”. Desde o surgimento da Associação, o clínico levantou a bandeira da campanha que visava construir um sanatório popular em Campos do Jordão, o que deveria ser financiado pelo governo estadual, mas ficar subordinado ao movimento filantrópico e não ao Serviço Sanitário<sup>45</sup>.

O Serviço Sanitário respondeu que a construção de um sanatório naquele momento era um despropósito econômico, pois o tratamento do tísico em seu domicílio lhe traria resultados benéficos. Sobre essa avaliação, escreveu o Dr. Ferreira:

E dispendiosos que fossem os sanatórios, não seria isso uma razão plausível para adiarmos indefinidamente sua construção; é um ato de justiça social, uma obra de solidariedade coletiva, um dever de assistência pública proporcionar aos indigentes tuberculosos os meios de se tratarem. Do mesmo modo que se dispendem somas avultadas na instalação de hospitais para as demais moléstias infecciosas, assim como se consagram fortes quantias na construção de nosocômios para os leprosos, os cancerosos e os sífilíticos, de hospícios para os alienados e de asilos para os alcoolistas e degenerados, não é razoável que se abandonem os tuberculosos sem tratamento apropriado, sem refúgio confortável, atirados às enfermarias anti-higiênicas dos hospitais comuns<sup>46</sup>.

A contenda em torno do nosocômio de Campos do Jordão levou o Dr. Clemente Ferreira a abrir mão dessa empreitada devido à força opositora do Serviço Sanitário, que via em sua construção um modelo que não ia ao encontro de seu modelo sanitário e um empreendimento econômico desarrazoado, pois, indo além dos prédios ou dos conceitos da terapêutica, seria preciso ins-

45. Claudio Bertolli Filho, *História Social da Tuberculose e do Tuberculoso: 1900-1950*, op. cit., p. 145.

46. Clemente Ferreira, “Tuberculose e Armamento Antituberculoso”, em Clemente Ferreira, *Discursos e Conferências (1892-1939)*, p. 2.

calar também uma linha férrea da comarca de São Bento de Sapucaí à cidade de Pindamonhangaba, e desta à cidade serrana.

Anos depois, todavia, para grande surpresa de muitos, inclusive do Dr. Ferreira, erguia-se o nosocômio e instalava-se a linha férrea<sup>47</sup> para condução dos doentes:

o Congresso Estadual aprovou o projeto, concedendo aos empreendedores o direito de explorar uma faixa de 15 quilômetros de cada lado do eixo da linha férrea, garantindo também os juros de 5% sobre o capital inicial da companhia, o qual era inicialmente de 3 mil contos, logo em seguida aumentado para 4 mil. Os concessionários da empresa organizaram então a Sociedade Anonyma Estrada de Ferro Campos do Jordão, aparecendo como principais acionistas os nomes de Emílio Ribas e Victor Godinho<sup>48</sup>.

Evidentemente, a complexidade dessa ação envolvia posições científicas e direcionamentos técnicos, mas igualmente interesses financeiros e políticos.

Na contraposição dos representantes do Serviço Sanitário, o Dr. Ferreira, em relatórios anuais da Liga Paulista contra a Tuberculose, registrava essas querelas, a partir de sua interpretação, e as medidas assistenciais que julgava mais acertadas para resolver as mazelas tuberculosas em solo paulistano. Apontava onde e como a tísica deveria ser diagnosticada e quais os mecanismos para seu combate e tratamento, ressaltando suas ações, mas quase não citando os trabalhos que paralelamente realizava o Serviço Sanitário.

47. “Após várias tentativas para conseguir uma estrada de ferro, Ribas, sem nunca desanimar, obtem, através da Lei nº 1.265-A de 28-10-1911, promulgada pelo Presidente do Estado, Manoel Joaquim Albuquerque Lins, seguida do Decreto nº 2.156 de 21-11-1911, o direito de construir por si ou empresa que organizassem, uma estrada de ferro, ligando a cidade de Pindamonhangaba a Campos do Jordão. Os trabalhos de construção já se achavam à altura da Estação Eugênio Lefevre, atualmente Santo Antonio do Pinhal, quando eclodiu a Primeira Guerra Mundial, desencadeando uma série de dificuldades financeiras. Em 28 de maio de 1915, reunia-se a Sociedade em Assembléia Geral, presidida pelo Dr. Emílio Ribas, ocasião em que Victor Godinho expôs as dificuldades da Companhia em conseguir empréstimo externo, sendo assim foi solicitada ao Governo do Estado a encampação da ferrovia, que se oficializou em 15-12-1915.” Em *Emílio Marcondes Ribas*, Secretaria de Esportes e Turismo de Campos do Jordão, s/d., pp. 2-3. [mimeo.]

48. Claudio Bertolli Filho, *História Social da Tuberculose e do Tuberculoso: 1900-1950*, op. cit., p. 150.

Nesse sentido, não poupava críticas à concepção de cidade e às intervenções no espaço urbano, destacando as dificuldades que São Paulo criava paulatinamente aos seus habitantes, bem como a necessidade de se retirar o doente de seu lugar de convívio e de sua miserabilidade: “A elevação do preço de aluguéis, que tem sido vertiginosa nestes dois anos, a redução de prédios pelo alargamento de diversas ruas e a constituição de praças representam um fator de nefasta influência para o alojamento salubre do operariado, que hoje mais que nunca se amontoa e se condensa em cortiços infectos”<sup>49</sup>.

Nessa perspectiva, os relatórios pretendiam indicar as causas da tísica a partir de um histórico dos doentes, de suas condições de trabalho e moradia. Em 1913, apresentaram-se 235 casos na capital, dos quais a maior parte desempenhava as seguintes atividades:

Domésticas	44
Costureiras	26
Empregados do comércio	15
Operários	14
Cozinheiros	11
Total	110

Apoiado nesses dados, o Dr. Ferreira alertava para o perigoso mundo das fábricas e oficinas, e a necessidade de uma atitude mais eficaz no que dizia respeito às lidadas trabalhadas e à falta de condições de saúde dos trabalhadores: “a inspeção sanitária dessas colméias de trabalho (...) deve ser exercida com maior regularidade e rigor (...) [devendo-se] regulamentá-las no tocante ao número de horas, idade, o sexo dos operários e bem assim forçar a adoção de providências”<sup>50</sup>.

As profissões assinaladas eram tidas como favoráveis à contaminação pelo bacilo, vindo acompanhadas de outros fatores que estariam articulados entre si, colaborando com as causas centrais de vulnerabilidade entre essa parcela da população. Apontavam-se também as condições insalubres de vá-

49. Relatório apresentado à Assembléia Geral da Liga contra a Tuberculose, exercício de 1912, São Paulo, Typ. Siqueira, Nagel & Cia., 19 fev. 1913, p. 23.

50. Relatório apresentado à Assembléia Geral da Liga Paulista contra a Tuberculose, exercício de 1913, São Paulo, Typ. Levy, 28 fev. 1914, p. 13.

rias regiões da cidade, precisando-lhes a localização e as más condições das moradias, dimensionando melhor a vida da população doente:

Natureza da habitação		
casas individuais	48	20%
habitações coletivas	167	71%
ignoradas	48	20%

Impressão geral da habitação		
casas boas	34	14,4%
casas medíocres	153	65%
casas más	28	11%

A reestruturação urbana e a legislação referente a ela deixavam patente a diferença de acesso às condições básicas de vida entre os moradores da cidade. A muralha invisível que separava os habitantes emergia sistematicamente à medida que se davam as alterações cotidianas, pois “um sistema de legislação urbana correspondia a esse modelo de gestão, com o objetivo de garantir níveis de qualidade e adequação aos padrões estabelecidos pelas companhias que forneciam serviços públicos, na construção e utilização da terra na zona central e em certas ruas ou bairros na zona urbana. No restante da cidade, destinado aos ‘assentamentos populares’, aos usos insalubres, um sistema de absoluto *laissez-faire* predominava”<sup>51</sup>. A Liga identificava aí um substancial entrave ao combate à tísica: a relação entre a doença e as condições de moradia, veiculada pelos órgãos de imprensa:

(...) são acordes pois os depoimentos das mais culminantes autoridades em higiene e fisiologia no processo instaurado contra as casas insalubres, úmidas, mal ventiladas e iluminadas, contra os domicílios apinhados – tipo dos alojamentos insalubres, propícios e férteis meios para a cultu-luxurosa do germen da tuberculose. É nesses antros que se encastela o cruel flagelo; é aí que ele se avigora e se robustece, para em irradiações violentas e invasoras levar suas devastações a ruas e quarteirões inteiros, estendendo seus tentáculos empolgantes e poderosos a grandes distâncias e a pontos remotos de um país, a contaminação e o morticínio pela exportação de doentes, que, em busca

51. Raquel Rolnic, *A Cidade e a Lei*, op. cit., p. 149.



de saúde e de vida, vão formar novos focos nas aldeias e nos campos até então indenes do bacilo ameaçador. E assim se realiza a tuberculose<sup>52</sup>.

O esquadramento dos locais abandonados onde a doença se difundia apontou o avanço sistemático da tuberculose sobre os moradores dos bairros periféricos:

Bairros	Doentes
Brás	68
Norte e sul da Sé	62
Consolação	45
Sta. Efigênia	27
Sta. Cecília	15

Ruas mais flageladas (julho de 1904-1913)	
Rua Carneiro Leão	54 doentes
Rua Caetano Pinto	37 doentes
Rua Sto. Antônio	34 doentes
Av. Rangel Pestana	33 doentes
Rua da Glória	27 doentes
Rua das Palmeiras	24 doentes

Diante dessas circunstâncias, o Dr. Ferreira era categórico ao apontar as condições de habitação como um dos pontos centrais para a erradicação da tísica e, ao contrário do Dr. Ribas, não acreditava ser possível construir um espaço são para o tratamento dos tuberculosos. Cortiços, cômodos em que pessoas doentes dividiam espaço com pessoas sãs, falta de saneamento básico e alimentação inadequada, se, por um lado, definiam o quadro da tísica, por outro, escapavam às ações da Liga e suas resoluções: “a crise do domicílio entre nós tem se acentuado muito, recentemente, em razão do aumento brusco da população e da demolição em massa de quarteirões inteiros, pela preocupação do embelezamento rápido da cidade, sem entender que a população pobre assim em massa deslocada vai se apinhar, se amontoar em outros bair-

52. Clemente Ferreira, “A Luta Antituberculosa pela Guerra ao Alcoolismo e à Habitação Malsã”, *O Estado de S. Paulo*, 3 abr. 1914, p. 4.

ros, em outros quarteirões já aliás bastante populosos”<sup>53</sup>. Nessas casas de cômodos, cortiços e quartos, proliferavam os germes tuberculosos, fato para o qual o Dr. Ferreira estava atento, como se vê por uma notificação de 1919<sup>54</sup>:

Número de pessoas dormindo no leito com enfermo	
97 pacientes ou 39%	sós em seus leitos
97 pacientes ou 39%	com mais uma pessoa
15 pacientes ou 6%	com mais 2 pessoas
4 pacientes	com mais 3 pessoas

O movimento do Dispensário trazia à tona o problema da habitação e a necessidade de construir novos espaços de moradia, para deixá-los de acordo com os preceitos de saúde pública. Enquanto isso fosse sendo efetivado, os doentes deveriam ser tirados dali e levados para os nosocômios que deveriam ser construídos. Para isso, a Liga carecia dos braços da legalidade, os quais estavam sob as ordens do Serviço Sanitário, único poder habilitado para esse tipo de intervenção.

Nessa pendência, convergiam as posições do Dispensário, que avaliava como prioritária a melhoria radical da moradia dos tuberculosos, mesmo dos internados – que, ao fim de certo tempo, voltavam para casa –, e do Serviço Sanitário, que, se discordava das internações em sanatórios, concordava que a crise domiciliar era de difícil solução na concretização de suas teses de domínio na difusão da tísica.

O movimento mensal das atividades do Dispensário revelava esse único elo entre a Liga Paulista contra a Tuberculose e o Serviço Sanitário, o que não acontecia sobre outros aspectos da doença: “Profilaxia e assistência domiciliares: visitas de inspeção, inquérito higiênico e de educação sanitária feitos pelos inspetores, 139; visitas médicas em domicílios, 47; casas de enfermos contaminantes, desinfetadas e renovadas por intervenção do Serviço Sanitário, sob solicitação da diretoria do Dispensário, 15”<sup>55</sup>.

53. Relatório apresentado à Assembléia Geral da Liga Paulista contra a Tuberculose, exercício de 1913, *op. cit.*, p. 25.

54. Relatório apresentado à Liga Paulista contra a Tuberculose, exercício de 1919, Secção de Obras d’ O Estado de São Paulo, p. 22.

55. *O Estado de S. Paulo*, 1 dez. 1914, p. 2.

Segundo a Liga, em 1918, o número de vítimas da tuberculose, dispersas nas ruas, foi de 614<sup>56</sup>:

Número de tuberculosos nas ruas	
Rua Carneiro Leão	69
Rua Santo Antônio	58
Rua da Consolação	47
Rua da Glória	38
Rua Visconde de Parnayba	37
Av. Rangel Pestana	37

Em 1919, o Dr. Ferreira concluiu, sobre os encaminhamentos que havia anos vinham sendo dados sob sua direção:

Infelizmente, até hoje os poderes públicos entre nós não têm encarado com a devida e merecida solicitude e com visão clara das coisas esse empolgante problema, que deveria constituir preocupação dominante da alta administração e das autoridades sanitárias, notado-se mesmo uma tal ou qual indiferença contra a endemia cruel que ceifa inexoravelmente a nossa mocidade e nos corrói a seiva, desfalcando o nosso capital vivo<sup>57</sup>.

Não surpreende que, mais uma vez, o Brás fosse o mais atingido pela tísica, uma vez diagnosticada sua existência anos antes. Não só o bairro, mas as mesmas ruas figuravam nos relatórios durante os anos de 1920. Em 1923, a mortalidade permanecia estacionária – 737 óbitos, representando um coeficiente de 11,3 sobre 10 mil habitantes. Não obstante essa aparente estabilidade, havia um aumento significativo da doença, *camuflada* em outras doenças do pulmão:

(...) a taxa obituária permanece, pois, estacionária, na hipótese otimista de serem os dados demógrafo-sanitários a expressão real do tributo pago pela população à tremenda peste. Sabemos, porém, que nem todos os casos de tuberculose são devidamente classificados, e que numerosos diagnósticos de gripe, bronquite crônica, enfisema

56. *Idem*, p. 26.

57. Relatório apresentado à Liga Paulista contra a Tuberculose, exercício de 1918, São Paulo, Typ. Levy, 1919, p. 4.

pulmonar e broncopneumonia rotulam óbitos por infecção bacilar de Koch e em pelo menos 20% deve ser majorada a percentagem, ou seja, 13,56 sobre 10 000<sup>58</sup>.

Havia ainda outra perda computada pelo pensamento higienista: o prejuízo econômico devido à mortalidade pela tísica. Sobre o obituário de São Paulo em 1918, observou o Dr. Ferreira: “o tributo mortuário pago por esta cidade por motivo da tuberculose em 1918 foi de 654 vidas, correspondendo ao coeficiente de 13,3 sobre 10 000, algarismos bem superiores aos de 1917”. Sobre o *valor* de cada indivíduo perdido: “convém reparar que, no transcurso da década de 1907-1916, faleceram de tuberculose nesta capital 4907 pessoas e em todo o Estado, 26.292. Ora, dando a cada vida a estimativa modicíssima de 4 contos de réis, teremos que as nossas perdas em capital vivo montaram, só nesta capital, a 19628 contos, e, no Estado de São Paulo, a 107848 contos, quantia superior à receita anual de São Paulo”<sup>59</sup>.

Além disso, pelo balanço dos avanços e retrocessos de outras doenças, comprovava-se o quanto a peste branca permanecia estacionária:

Cumprindo ainda ponderar, para mais acentuar a necessidade de se solucionar o problema angustioso da terrível peste branca, que, computando a mortandade produzida, de um lado, pelas seis mais freqüentes moléstias contagiosas agudas e, de outro lado, exclusivamente pela tuberculose durante as duas décadas decorrentes de 1897-1906 e de 1907-1916, vemos que aquelas – representadas pela varíola, sarampo, febre tifóide, coqueluche, crupe diftérico e escarlatina – ocasionaram, na primeira década (1897-1906), 2 579 óbitos e a tuberculose por si só, durante o mesmo período, 3 784, e, na segunda década (1907-1916), as seis infecções agudas determinaram, reunidas, 3 058 falecimentos e a tuberculose, 4 907, tendo sido pois em 20 anos – de 1897 a 1916 – de 5 637 o tributo mortuário devido às seis moléstias infecciosas agudas e de 8 691 o morticínio causado pela tuberculose só, ou mais 3 054 óbitos juntos (...) sendo que nesta cidade o coeficiente mortuário pelas seis infecções agudas já enumeradas caiu de 22 por 10 000 em 1898 a 8,8 em 1916 ou 13,2 menos, ao passo que a tuberculose declinou apenas de 22 por 10 000 em 1897 a 10,9 em 1916 ou apenas 11,1 menos<sup>60</sup>.

58. Relatório apresentado à Liga Paulista contra a Tuberculose, exercício de 1923, São Paulo, Typ. Atlas, 1924, p. 27.

59. *Idem*, p. 40.

60. *Idem*, pp. 40-41.

O relatório de 1929 confirma as mesmas ruas que durante anos foram as maiores portadoras do bacilo de Koch, e nem por isso conseguiam receber tratamento adequado para erradicar o mal. Seguiram sendo as ruas que mais vítimas fatais faziam<sup>61</sup>.

A Rua Carneiro Leão, no Brás, encabeçou a lista das mais flageladas pela tísica. Durante o período analisado, o número de infectados aumentou constantemente, sendo importante verificar que o alegado domínio sobre a tísica, se havia, não se referia aos lugares em que mais a doença grassou, o que se confirma pelos números abaixo<sup>62</sup>:

Rua Carneiro Leão (1912-1920)	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920
Número de vítimas pela tuberculose	51	54	57	59	63	65	69	71	75

A todas as questões aqui tratadas, acrescenta-se que a tuberculose era tida como incurável, e abordada pelos estudiosos apenas para controle de seu avanço. Segundo Afrânio Peixoto, as medidas tomadas deveriam fazer parte de um conjunto de regras, normas e ações, abrangendo os expedientes tanto da Liga como do Serviço Sanitário, pois “não existe ainda uma profilaxia específica da tuberculose. Embora conhecido o germem, não foi possível até agora obter meios de prevenção direta contra ele. O que existe são as regras gerais de profilaxia, modificadas pela universalidade da doença, o que torna impossível compreender todos os doentes numa campanha sanitária”<sup>63</sup>.

O isolamento do doente nos chamados sanatórios, defendido pelo Dr. Ferreira, era tido como leviano pelo Dr. Peixoto, “sem ter previamente o seguro operário, obrigatório, geral, capaz de provê-lo”. Em contrapartida, o tratamento domiciliar empreendido pelo Dr. Ribas só teria êxito, segundo o Dr. Peixoto, quando “a notificação compulsória puder ser efetiva pela educação do povo [havendo ali] por meios relativamente simples, de restringir a propagação doméstica da tuberculose”<sup>64</sup>.

61. Relatório apresentado à Liga Paulista contra a Tuberculose, exercício de 1929, São Paulo, Typ Levy, 1930, p. 17.

62. Dados levantados pelos Relatórios da Liga Paulista contra a Tuberculose entre 1912 e 1920.

63. Afrânio Peixoto e Couto Graça, *Noções de Higiene para o Uso das Escolas*, p. 594.

64. *Idem*, pp. 595-596.

Anos mais tarde, a cadeira de Higiene da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo receberia a tese do doutorando Jayme Candelária, intitulada *Questões de Assistência: A Visita Domiciliar e o Problema da Organização da Assistência em São Paulo*<sup>65</sup>, em cujo Prefácio se lê: “(...) pudemos observar que o Serviço Social em São Paulo, no que diz respeito à Medicina Pública, acha-se num estado de atraso simplesmente vergonhoso, se quisermos ter a generosidade de considerá-lo como existente entre nós”<sup>66</sup>.

Suas pesquisas mostravam as deficiências da saúde pública em pontos cruciais, para a concretização de qualquer ação assistencial efetiva de combate e tratamento dos indigentes da cidade, pois,

considerando que São Paulo contava uma população de cerca de 550 mil almas, vemos quão deficiente é a nossa assistência. A nossa população indigente, de fato, precisaria de, pelo menos, 2 500 leitos hospitalares, quando, em rigor, não dispõe de mais de 1 300. Não é só. Em geral, as instalações deixam muito a desejar quanto à higiene e ao conforto, nos hospitais como nos asilos, salvo raras exceções. Os serviços de toda a ordem obedecem a velhas rotinas, quase sempre morosos, tardos e incompletos<sup>67</sup>.

Essas afirmações corroboram as impressões que faziam o Dr. Clemente Ferreira presumir o quanto seria difícil sua tarefa de pôr em prática toda a sua planificação de controle da peste branca não apenas pelas condições a que estava submetida a população vítima da tuberculose, como também pelas lutas que os modelos divergentes de saúde pública suscitavam entre seus pares. Nesse ponto, o Dr. Clemente Ferreira concordava com o Dr. Ribas que as instituições de saúde de São Paulo eram como “peças desconjuntadas que funcionam isoladamente, sem obedecerem um plano harmônico”<sup>68</sup>.

65. Jayme Candelária, *Questões de Assistência: A Visita Domiciliar e o Problema da Organização da Assistência em São Paulo*.

66. *Idem*, Prefácio, p. I.

67. *Idem*, p. 40.

68. *Idem, ibidem*.

## AS IMAGENS DA CURA: A PROEMINÊNCIA DE UMA INSTITUIÇÃO

A construção de uma sede própria da Liga Paulista contra a Tuberculose era uma das exigências tidas como imperativas nos encaminhamentos assistenciais que ela pretendia pôr em andamento. Contudo, mesmo aprovada, um inesperado levante opositor, composto por moradores e médicos, contra a sua construção na rua da Consolação levou-a a pedir uma série de avaliações de diversas instituições no país. Essas avaliações deveriam comprovar que não havia, como argumentavam, nenhum perigo de os doentes contaminarem as pessoas sãs da localidade. Em 20 de novembro de 1908, a Sociedade de Medicina e Cirurgia se reuniu para um enfrentamento, pois seria votada a aprovação do citado dispensário com sua nova sede a ser erigida.

O Dr. Arruda Sampaio, relator da comissão de higiene, leu seu relatório e apresentou sua avaliação sobre uma instituição tão peculiar naquele local: “a explanação feita (...) deixa claramente acentuado que o dispensário modelo ‘Clemente Ferreira’ em construção à Rua da Consolação n° 95, nesta cidade, não oferece o menor perigo aos habitantes da sua zona, tanto mais quanto se acha isolado da circunvizinhança e exposto por todos os lados à luz direta do sol, que destrói o bacilo de Koch”<sup>69</sup>.

Já o Dr. J. J. Carvalho, responsável pelo apoio à comissão de vizinhos que protestavam contra a construção do dispensário, foi o signatário de vários artigos acerca dos perigos iminentes para a população local, motivados pelos doentes que por lá passassem. Esse médico foi autor do memorial ao governo contra a localização do dispensário. Nesse documento, afirma que: “(...) se fazem na Europa sanatórios, ou melhor, dispensários dentro do perímetro, não devemos por isso imitar. Os moradores da Rua da Consolação [e ele, orador] não receiam o edifício em construção; temem apenas que os tuberculosos que vão em levas pela Rua da Consolação, caminho do dispensário, disseminem a moléstia por onde passem.”<sup>70</sup>

Mas a argumentação de apoio à construção respaldava-se em estudos da Comissão de Higiene de São Paulo, nos pareceres da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, da Academia Nacional de Medicina, da Liga Brasileira contra a Tuberculose e em estudos de países europeus, incluindo diversos cientistas renomados. Não havia nenhum perigo, e os julgamen-

69. *Revista Médica de São Paulo*, anno XI, n. 23, 15 dez. 1908, p. 513.

70. *Idem*, p. 115.

tos o confirmavam, na transferência da rua Libero Badaró, onde se localizava, para a rua da Consolação.

Segundo a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, “poucas questões de higiene pública têm suscitado mais celeuma que aquela relativa à instalação de hospitais e dispensários, principalmente de dispensários antituberculosos, em centros mais ou menos populosos”<sup>71</sup>. Além disso, ao se avaliarem os quesitos ponderados como essenciais para a edificação de um dispensário, como localização, características da construção, topografia, medidas de isolamento, afirmou: “encarando, portanto, as diversas partes próprias do quesito, concluímos que não há perigo na instalação do dispensário modelo Dr. Clemente Ferreira à Rua da Consolação, 117, antes ao contrário, a soma de cautelas que vão ser postas em prática oferece melhores garantias à vizinhança; ainda mesmo que nas proximidades haja alguma habitação coletiva, nem por esse motivo há contra-indicação de sua instalação”<sup>72</sup>.

Na Academia Nacional de Medicina, a conclusão foi unânime: “o nosso desejo de corresponder amplamente à confiança dos beneméritos colegas que estão à frente do movimento antituberculosos no grande Estado de São Paulo nos levou a estudar a planta da cidade de São Paulo, e, do exame procedido, inferimos que houve acerto e escrúpulo na escolha do local para o dispensário ao qual está ligado o nome de um dos mais meritórios companheiros desta Academia”<sup>73</sup>.

Assim, com o parecer da Comissão Técnica da Liga Brasileira contra a Tuberculose, montava-se toda a rede de argumentos técnicos, científicos e políticos para a aprovação da construção da nova sede da Liga.

Para a Comissão, a oposição da vizinhança era uma reação normal; houve levantes populares em outros locais, inclusive na capital federal:

a Liga contra a Tuberculose (...) escolheu um prédio à Rua Gonçalves Dias para o seu primeiro dispensário, teve de suportar mais de uma acusação injusta e pode desfazer mais de uma crítica impensada dos que julgavam ser a romaria de tuberculosos para o

71. Parecer da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, *Defesa contra a Tísica* (Orgam Official da Liga Paulista contra a Tuberculose), anno VII, n. 1, São Paulo, Typ. Diario Official, 1908, p. 74.

72. *Idem*, pp. 82-83.

73. Parecer Unanime da Academia Nacional de Medicina sobre a Collocação do Dispensário à rua da Consolação, *Defesa contra a Tísica* (Orgam Official da Liga Paulista contra a Tuberculose), *op. cit.*, p. 86.



Dispensário um elemento decisivo de disseminação da enfermidade, que a Liga se propunha combater por uma profilaxia rigorosa<sup>74</sup>.

As observações sobre os doentes que iam ao Dispensário polarizavam com a presença de outros doentes em outras instituições médicas que, pela sua conduta, eram mais disseminadores de doenças que os tísicos:

de sorte que a romaria que para tais consultórios se estabelece não pode ser nociva ao meio por onde os consultantes transitam ou onde se demoram: pessoal que a sugestão facilmente disciplina, como já está verificado, mesmo entre nós. Se ninguém protesta contra as tão freqüentadas “policlínicas urbanas”, onde nunca pode haver essa educação exclusiva, por que mereceria oposição o Dispensário, que vela dia a dia por uma profilaxia especial, tomando conta do doente, fiscalizando desde a consulta, até o domicílio, guiando-o por completo na vida?<sup>75</sup>

O desfecho foi favorável ao dispensário: “em conclusão, o dispensário ‘Clemente Ferreira’, instalado de harmonia com os últimos dados da ciência moderna, não oferece à sua zona circundante e à sociedade o menor perigo de contágio. Este alarma, que tanto alvoroçou os habitantes da sua circunvizinhança, não tem o menor fundamento perante a ciência a que prestamos culto e veneração”<sup>76</sup>.

A votação final apoiou o projeto. Ao Dr. J. J. Carvalho restou pedir autorização para ausentar-se das votações. Terminada a sessão, o redator da ata, Dr. Ulysses Paranhos, congratulou a todos “pela serenidade e calma observadas nos debates por todos os oradores, que absolutamente não se afastaram do terreno científico”<sup>77</sup>.

A Liga, provisoriamente sediada em prédio alugado desde 1904, estabeleceu uma sede própria, com novas instalações que deveriam suprir as dificuldades dos que trabalhavam no local e dos pacientes são que reclamavam por cuidados de isolamento dos doentes graves. Esperava-se reverter os números de doentes e de óbitos pelo trabalho desenvolvido em diversas alas do prédio, bem como prestar serviços de educação médica e assistencial às vítimas da doença e a seus familiares.

74. Parecer da Comissão Technica da Liga Brasileira contra a Tuberculose, *idem*, p. 87.

75. *Idem*, p. 94.

76. *Revista Médica de São Paulo*, anno XI, n. 23, 1908, p. 514.

77. *Idem*, p. 516.

## No discurso inaugural, o Dr. Clemente Ferreira lembrou que

vencida a indiferença da multidão, debelada a inércia das massas, está realizado um prodigioso milagre, e, pois, esplêndidas esperanças alimentamos de mais próspera senda palmilhar em busca de solução do empolgante e angustioso problema da tuberculose. Foi lento e moroso o preparo deste estabelecimento, sede definitiva e expressamente aparelhada para o dispensário modelo da Liga Paulista contra a Tuberculose, tantos e tão variados foram os óbices e as dificuldades que nos pontuaram o caminho e nos tolheram o passo. E, entretanto, era urgente a transferência dos nossos trabalhos do acanhado e impróprio imóvel em que funcionava o dispensário desde 1904, em local por completo inadequado e insuficiente para uma obra eficaz e proveitosa, sem as peças indispensáveis para uma assistência ampla e racional, sem utensílios e armamento adaptados a uma intervenção mais fecunda<sup>78</sup>.

Esse edifício foi descrito pela imprensa como um grande passo nessa direção, aproximando-se, por suas inovações tecnológicas e pela concepção dos espaços, do pensamento científico e moderno dos países europeus e norte-americano. A complexidade de suas divisões, indicadas com precisão em cada andar, sancionava, em sua arquitetura, os novos tempos da higiene moderna:

O edifício do Dispensário Modelo Dr. Clemente Ferreira consta de dois andares, estando construído num excelente lugar todo ajardinado.

No segundo andar, acham-se: a sala de arquivo, a secretaria, a sala de conferências, a sala das Damas da Obra de Preservação dos filhos de tuberculosos pobres, sala do diretor e biblioteca.

No primeiro andar, o Dispensário propriamente dito, encontram-se a sala de espera fechada para os doentes de tuberculose; sala de espera aberta para doentes de tuberculose; gabinete de hematologia e de análises químicas; gabinete de bacterioscopia clínica; salas de consultas aberta e fechada para doentes de tuberculose; gabinete de otorrinolaringologia; sala de aeroterapia e ginástica pulmonar; gabinete de radiologia; gabinete para pequenas operações; salas de “toilette” dos médicos; gabinete de inscrição dos doentes, sala de entrega de alimentos; farmácia e laboratório farmacêutico.

78. Clemente Ferreira, “Discurso Pronunciado por Ocasião do Ato da Inauguração do Dispensário-modelo ‘Clemente Ferreira’, da Liga Paulista contra a Tuberculose, à rua da Consolação, em 10 de julho de 1913”, em Clemente Ferreira, *Discursos e Conferências (1892-1939)*, *op. cit.*, p. 104.

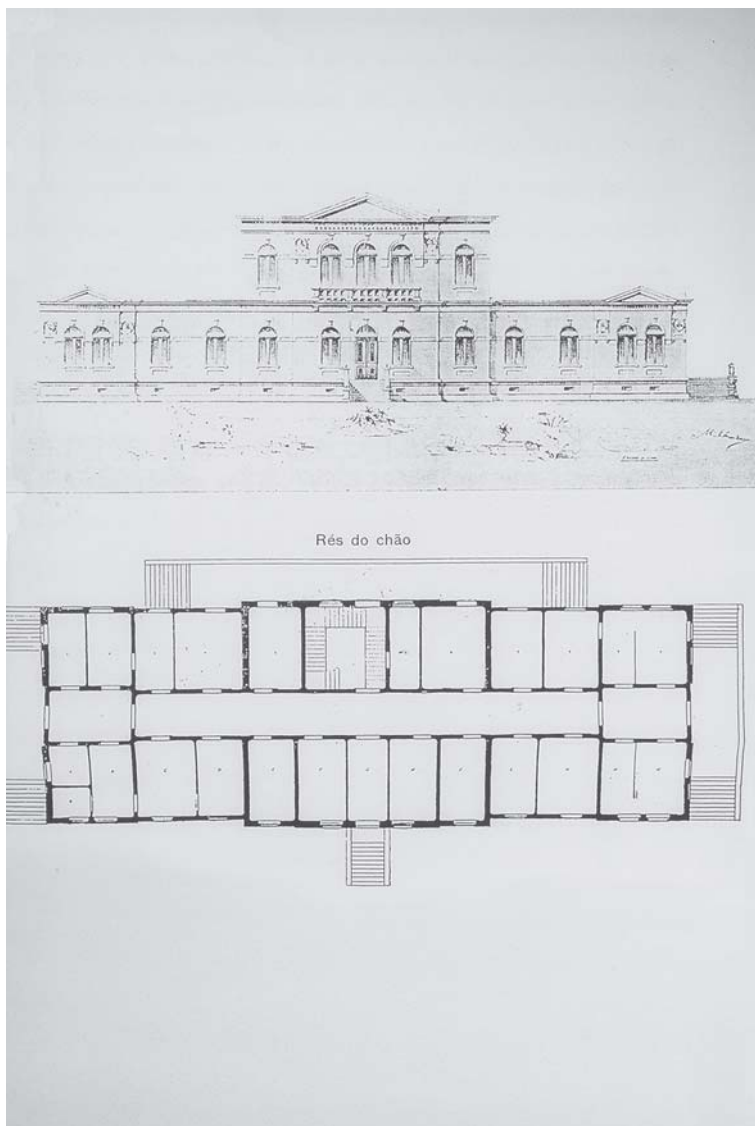


Fig. 3. Fachada principal do novo Dispensário “Clemente Ferreira”, rua da Consolação, n. 95.  
Fonte: *Defesa da Tísica* (Orgam Oficial da Liga Paulista contra a Tuberculose), n. 1, 1913, p. 57.

No pavimento térreo, finalmente: caldeiras para desinfecção diária das escarradeiras; museu; sala de fotografia; sala de esterilização do leite; almoxarifado; rouparia; e quatro compartimentos que serão aproveitados para instalações hidroterápicas.

Ao centro do pátio existe um “solarium”, para o tratamento de tuberculosos por meio da luz solar.

Pelas paredes, à entrada de todos os compartimentos, lêem-se, escritas em letras negras e gordas, as medidas higiênicas necessárias para a prevenção da tuberculose<sup>79</sup>.

O novo prédio foi adornado com bustos de bronze dos expoentes da luta antituberculosa. Com essas presenças eternizadas e sua reafirmação nos discursos, São Paulo demonstrava a civilidade de saber reconhecer e reverenciar os ícones da ciência médica, içando-se ao estatuto dos países desenvolvidos, tendo na Liga Paulista mais um de seus pilares:

Os bustos de bronze que lhe ornamentam a fachada simbolizam quatro fases memoráveis na história da tuberculose, na evolução dos conhecimentos, no desdobrar dos estudos e investigações sobre a patologia, a profilaxia e a terapêutica da moléstia. Um representa o genial Laennec, o venerando descobridor da escuta mediata, a quem visceralmente se prende o início do progresso, do aperfeiçoamento da técnica da diagnose física do mal, sendo que, ainda hoje, são os sinais físicos que muitas vezes denunciam a afeção nos seus primórdios, na fase de latência mesmo, bem antes que fale o microscópio, e portanto num período precioso para um tratamento proffcuo; o outro busto personifica o sábio Villemin, o eminente investigador e proficiente demonstrador da contagiosidade do terrível morbo que, desde os seus incomparáveis estudos e pesquisas, ficou conhecido em seu caráter de transmissibilidade, assentando-se assim as fundações de uma higiene profilática. O terceiro busto perpetua a insigne figura de Koch, o emérito descobridor do bacilo – o motor patogênico da moléstia (...); finalmente, ao quarto busto, do único sobrevivente – o Sr. Dr. Philip – de Edimburgo – cabem a imperecível glória e o irredutível mérito da fundação dos dispensários antituberculosos, que marca a fase prática do combate ao flagelo popular, a era eficiente do movimento educativo da opinião pública, do ensino preventivo e da assistência higiênica aos tuberculosos necessitados e suas famílias. A colocação de tais bustos representa, portanto, a consagração, a comemoração dos méritos e dos serviços dos

79. *Correio Brasiliense*, 11 jul. 1913, p. 3.

insignes cientistas à medicina e à sociedade, e constitui um gesto expressivo de justiça histórica<sup>80</sup>.

Num tom harmônico, tratavam de preservar a imagem e os símbolos que a Liga deveria carrear para si e para os órgãos de Saúde Pública do Estado de São Paulo. Com efeito, nos livros e catecismos destinados à população, ou em exposições e relatórios a serem apresentados fora do país, a própria Liga mudava as causas que indicava para a expansão da tísica e suas formas de combate. Sintomaticamente, informavam as características da tísica, separando grupos e identificando a melhor forma de evitar a tuberculose, sendo agora unânimes no que dizia respeito à facilidade de seu combate e de sua prevenção em terras paulistas. O consenso com que se redigiam essas instruções assegurava, em suas explicações científicas e medidas profiláticas, a certeza de que, de fato, havia uma estrutura capaz de cuidar de todos, com inteiro apoio aos doentes.

Sendo a tuberculose vista como uma moléstia evitável, mas não curável, os manuais populares procuravam interferir na vida da população, trazendo para o seu cotidiano as regras julgadas únicas para o seu domínio: “remédios, só se deve tomar os que forem prescritos pelos médicos e nunca usar dos que aconselham os leigos, que preconizam as comadres e mezinheiras e que vêm anunciados nos jornais e cartazes”<sup>81</sup>.

A transmissão era vinculada a uma série de causas que poderiam ser imediatamente evitadas e solucionadas não só pelos populares, mas igualmente por várias instâncias de poder dentro do espaço urbano. Os escarros – caso exemplar – deveriam ficar sob a mira de todos; seu controle e sua erradicação ganharam caráter de luta, com a obrigatoriedade do uso de escarradeiras pessoais, e escarradeiras coletivas nos espaços e prédios públicos e principalmente nas casas. Reprovava-se o escarro no chão como um problema moral “um costume repugnante que denota falta de educação. Aquele que escarra no chão mostra-se avesso ao asseio e é grosseiro. Escarre-se sempre no cuspidor, que deve ser instalado em todos os locais de freqüência popular”<sup>82</sup>.

80. Clemente Ferreira, “Discurso Pronunciado por Ocasião do Ato da Inauguração do Dispensário-modelo ‘Clemente Ferreira’”, *op. cit.*, pp. 106-107.

81. *Propaganda da Associação Paulista dos Sanatórios: Instruções Populares sobre a Tuberculose*, São Paulo, Typ. Magalhães, 1908, pp. 15-16.

82. *Idem*, p. 5.

Entendidas muitas das atitudes como bárbaras, grosseiras e mal-educadas, a população deveria mudar seus hábitos e costumes, que maculavam as ações de combate. Por meio de propagandas, aconselhava-se aos doentes uma série de medidas que levariam ao melhor tratamento, com pontos considerados obrigatórios e simples de seguir. Nesse material, não apareciam as críticas à crise domiciliar e suas conseqüências, muito pelo contrário: bastava acatar e praticar as disposições designadas, e o restabelecimento seria certo:

(...) não deve o tísico dormir com outras pessoas na mesma cama e nem no mesmo quarto, uma vez que ele tussa e espectore bacilos. O quarto do doente deve ser soalheiro e bem ventilado. Convém evitar as correntes de ar, os lugares úmidos e os locais onde houver poeira. Não deve o tuberculoso deixar que se varra a seco o seu aposento, porém sim fazer lavar o assoalho com pano úmido. É útil dormir sempre com a janela aberta ou entreaberta, cobrindo-se o doente bem para não se resfriar. Durante o dia, deverá repousar muitas vezes, numa cadeira de repouso, diante de uma janela aberta (...) comer várias vezes no dia, quatro pelo menos, ainda que faça pequenas refeições. Carne, leite e ovos são alimentos essenciais para os doentes de moléstia do peito. Os alimentos gelatinosos em pequena quantidade também convêm: mocotó, cabeça de vitelo, geléia de galinha, de mocotó etc. (...) deve o doente do peito evitar ocasiões de se irritar e aborrecer; lançará mão de todos os meios para se distrair e espairecer: a leitura, jogo de cartas etc.<sup>83</sup>.

Nesses termos, o tratamento consistia na mera observação das regras higiênicas, única terapêutica considerada capaz de vencer o bacilo, podendo ser resumida na “boa alimentação substancial, ar puro, de preferência do campo, exercício moderado e passeios graduados, repouso quando houver febres e escarros de sangue”. O caráter utópico dessas recomendações beirava a contradição, porque diziam curar, sem especificar, no entanto, quais eram as práticas curativas, pois, como afirmava o próprio livro de instruções, a tuberculose não tinha ainda tratamento definitivo.

O tuberculoso pobre deve recorrer logo ao Dispensário e aconselhar-se com os médicos desse estabelecimento; ele aí encontrará socorro médico, alguns remédios necessários; receberá conselhos higiênicos para se curar e preservar os seus contra a

83. *Idem*, pp. 14-15.

moléstia e, em caso de extrema indigência, o Dispensário dar-lhe-á também alimento: pão, carne, ovos e, se for possível, ajudá-lo-á ainda com algum dinheiro<sup>84</sup>.

Se, por um lado, a posição assistencial do Dispensário colaborava na execução do projeto antituberculoso, adicionando melhorias à vida do doente, por outro, expunha todas as dificuldades oriundas da miséria vivida pela população, chegando ao ponto de contribuir com dinheiro para o tratamento dos pacientes. Nessa condições, revelava seu caráter assistencialista e a dissonância de suas instruções, pela precária situação dos doentes pobres. A dotação de dinheiro era avaliada pelo chamado “inquérito social” do doente, no qual levavam-se em conta sua assiduidade e seu comportamento diante do tratamento, as condições familiares de ajuda e as possibilidades que ainda lhe restavam no mundo do trabalho.

Por essas exigências, sabia-se a quem seriam feitas as doações. No dia 11 de novembro de 1909, por exemplo, foi concedida pelo Dr. Ferreira a subvenção de 20\$000, como socorro de aluguel, à doente de nº 1534, que tinha o seguinte histórico: “trata-se de uma doente tuberculosa no segundo grau, de 20 anos de idade, solteira, sem filhos, cliente disciplinada e assídua deste estabelecimento. Mora com a mãe, velha e viúva, e uma irmãzinha, em acanhado quarto à rua do Hipódromo, nº 1 A, e não dispõe de recursos, pois a irmã de 14 anos é a única pessoa que trabalha para sustento de todos e os seus salários são de todo insuficientes”<sup>85</sup>.

Mas, segundo avaliação da inspetoria do Dispensário, não se deveria dar o auxílio de 20\$000 pleiteado pelo doente de nº 2722, porque era “solteiro e não tem pais ou encargos de família, dispõe ainda de forças suficientes para trabalhar e de fato ocupa-se de diversos serviços remunerados. Residem em sua companhia parentes que não trabalham”<sup>86</sup>.

Além dos desamparados de toda sorte, o operário era objeto de especial atenção nas disposições da Liga, por pertencer ao grupo mais vulnerável à tísica. Com base nesse argumento, em 1911, destinou-se-lhe um catecismo especial, com distribuição gratuita, em que se contemplavam cinco questões centrais: a elucidação a propósito do que era a tísica, como se disseminava, as

84. *Idem*, p. 16.

85. *Defesa contra a Tísica* (Organ Oficial da Liga Paulista contra a Tuberculose), anno IX, 1909, p. 128.

86. *Idem*, p. 127.

atitudes para evitá-la, os locais de maior propagação e o melhor tratamento. Depois, havia pequenas perguntas com respostas simples e objetivas como: “O que é a tísica? A tísica é uma moléstia contagiosa muito freqüente, espalhada por toda a parte, que destrói os pulmões; ela é transmitida pelos doentes aos sãos, principalmente pelos escarros. Devasta sobretudo as classes operárias e as casas dos pobres.”<sup>87</sup>

Ao contrário das críticas feitas pela Liga em seus relatórios internos, as ações de combate à tísica recaíam exclusivamente sobre o trabalhador. À pergunta sobre a maior suscetibilidade de algumas pessoas ou grupos ao contágio pelo bacilo, respondia-se que cabia ao trabalhador mudar esse quadro, modificando suas atitudes, seu espaços de moradia e trabalho – “Sim, as pessoas enfraquecidas por moléstias anteriores, por excessos de todo o gênero, as que se entregam ao abuso de bebidas alcoólicas, que são mal alimentadas, que habitam domicílios apinhados, sem ar e sem luz”<sup>88</sup>. O catecismo limitava-se a mostrar a simplicidade do combate ao mal: “com certeza a tuberculose evita-se facilmente”<sup>89</sup>. Mais que isso, bastava mudar as atitudes consideradas incivilizadas, para uma vida possivelmente saudável e cheia de bons modos:

(...) observar-se-á uma boa higiene, de modo a manter uma saúde rigorosa, uma forte resistência orgânica. Dever-se-á morar em locais isolados, arejados, não apinhados, limpos. Convirá alimentar-se suficientemente, usando de uma alimentação sã e variada. Evitar-se-ão excessos de todo gênero, que enfraquecem as defesas do organismo. Abster-se-á de bebidas alcoólicas. Manter-se-á o asseio do corpo tomando banhos mornos, ao menos uma vez por semana. Quando se tiver de morar em um domicílio novo, ter-se-á sempre o cuidado de mandar cair as paredes, limpando o soalho com um desinfetante (...) bastará nunca administrar às crianças e aos adultos senão leite bem fervido ou esterilizado, ou leite de vacas *tuberculinizadas*<sup>90</sup>.

Mas a tuberculose seria curável? Contrariamente aos outros relatórios e compêndios sobre a tísica, o catecismo a apontava, curiosamente, como a mais curável das moléstias<sup>91</sup>, bastando repouso, ar puro e boa alimentação.

87. Clemente Ferreira, *Catecismo sobre a Tuberculose Destinado aos Operários*, p. 5.

88. *Idem*, p. 6.

89. *Idem*, p. 8.

90. *Idem*, pp. 8-9.

91. A respeito das possibilidades de cura que eram muitas vezes divulgadas em manuais e relatórios, cabe a seguinte observação: “Dos últimos anos do século passado até a descoberta do primeiro



Quanto ao local de tratamento, além da visita ao Dispensário para receber as noções básicas de conduta, estava naquele ponto da já citada discussão, do qual o Dr. Ferreira não abria mão: “em estabelecimentos especiais, no campo ou nas montanhas, chamados sanatórios (...) [porque] o ar dos hospitais gerais não é puro, aí não se pode efetuar a cura pelo ar”<sup>92</sup>.

O catecismo terminava com um alerta ao operário, pedindo sua atenção quando ele ou um membro de sua família apresentasse sinais que pudessem ser de tuberculose. Em tal situação, deveria se dirigir “sem perder tempo, a um médico, a um dispensário, seguindo os conselhos que lhe foram dados. Nunca deverá desperdiçar tempo e dinheiro, ingerindo drogas recomendadas em cartazes ou espetaculosamente anunciadas em jornais”<sup>93</sup>. Nesse sentido, a Liga afirmava cumprir todas as suas obrigações e, se algo saísse errado, com certeza seria da responsabilidade daqueles que não souberam seguir a obviedade da prevenção e, por que não, “da cura”?

Quando transpunha os limites do Estado de São Paulo e levava os resultados desses trabalhos, a Liga expunha uma versão ainda mais distante daqueles relatórios tão cheios de críticas e inconclusões. Anunciava-se uma relação completa e harmoniosa com o Serviço Sanitário e toda a sua rede institucional de saúde, do qual teria recebido “apoio constante a todas as suas intervenções no Estado e na capital”. Pretendia-se divulgar uma perfeita integração estadual, em que a cidade de São Paulo era o ponto aglutinador de todas as experiências e métodos que se provaram mais eficientes.

Nessa perspectiva, a Liga Paulista contra a Tuberculose apresentou-se no 3º Congresso Médico Latino-Americano em Montevidéu, entre 17 e 24 de março de 1907. Segundo o informe do Dr. Emílio R. Coni, presidente da Comissão Internacional Permanente para a Profilaxia da Tuberculose na América Latina, seriam

quatro os países americanos que se distinguem entre os demais, por haver empreendido com ardor e inteligência a luta antituberculosa, a saber: a Argentina, o Uruguai, o Brasil e Cuba. Chile, Peru, Venezuela e El Salvador têm iniciado um movimento

quimioterápico específico e eficiente para o tratamento da tuberculose, tornaram-se ainda mais freqüentes as notícias do advento de drogas curativas da tísica. Muitas vezes o próprio meio acadêmico se encarregou de veicular informações sensacionalistas sobre o assunto”. Em Cláudio Bertolli Filho, *História Social da Tuberculose e do Tuberculoso: 1900-1950*, op. cit., p. 86.

92. *Idem*, p. 11.

93. *Idem*, *ibidem*.

ativo nesse sentido e é de esperar que, vencidas as primeiras dificuldades em que têm tropeçado, pronto ocuparão o lugar devido. (...) Bolívia, Equador, Colômbia, Paraguai, Nicarágua, Guatemala, Honduras e Costa Rica muito pouco ou nada fizeram nesse sentido da luta contra a tuberculose, malgrado as instâncias repetidas da comissão internacional permanente<sup>94</sup>.

Nesse informe, vários enviados do Brasil apresentaram seus trabalhos antituberculose, cabendo ao Dr. Clemente Ferreira, representante do Estado de São Paulo, a exposição de todas as medidas, ações e resultados “paulistas” contra esse mal<sup>95</sup>. Em seu balanço, indicou dois pontos essenciais das realizações da Liga. O primeiro referia-se à preservação constante daqueles que não haviam contraído a doença, lembrando os trabalhos preventivos da puericultura e da Gota de Leite, da inspeção médica escolar, da luta contra o álcool, da higiene nas habitações e nos estabelecimentos públicos, e da tuberculização das vacas, ressaltando a higiene das habitações como exemplo de irrestrito e definitivo êxito. Sobre o que definia, em tom de crítica, como obstáculo intransponível aos empreendimentos da Liga, declarou o Dr. Ferreira que, em São Paulo:

a higiene domiciliar é regularmente fiscalizada pela inspeção sanitária das habitações, exercida pelos inspetores e fiscais sanitários, que fazem freqüentes visitas domiciliares, assinalando os defeitos encontrados e intimando os proprietários a corrigi-los sob pena de multa (...) a municipalidade da capital de São Paulo e o Congresso Legislativo do Estado tratam de legislar sobre o grave problema da habitação para operários, conferindo diversos favores fiscais aos particulares e associações cooperativas que se organizarem para a construção de casas para as classes pobres<sup>96</sup>.

Sobre a assistência aos doentes, salientou a harmonia institucional paulista no que dizia respeito à hospitalização dos tísicos e, segundo suas pala-

94. Emílio R. Coni, *La Lucha Antituberculosa en la América Latina* (Informe de la Comisión Internacional Permanente para la Profilaxia de la Tuberculosis en la América Latina; 3<sup>o</sup> Congreso Médico Latino-Americano), p. 9.

95. A delegação brasileira era composta pelos seguintes presidentes das ligas contra a tuberculose: Dr. J. J. de Azevedo Lima – Rio de Janeiro; Dr. Clemente Ferreira – São Paulo; Dr. Alfredo Britto – Bahia; Dr. Octavio Freitas – Recife; Dr. Eduardo de Menezes – Juiz de Fora; Dr. Manuel Rodríguez Peixoto – Campos (Rio de Janeiro).

96. Emílio R. Coni, *La Lucha Antituberculosa en la América Latina*, op. cit., p. 50.

vas, muito havia a ser feito na luta contra a tísica, mas São Paulo tinha toda uma rede eficaz e independente, com capacidade institucional e científica para vencer os percalços que se lhe apresentavam cotidianamente:

aliás, os poderes públicos perfeitamente orientados mostram as melhores disposições para intervir eficientemente de modo a obter a solução integral de tão importante problema social. Que o Estado de São Paulo e particularmente sua capital já têm conseguido resultados apreciáveis da reação, embora deficiente, contra tremenda praga sanitária, o demonstram os dados numéricos que evidenciam o decréscimo gradativo (...) do coeficiente mortuário da tuberculose<sup>97</sup>.

Os “irretocáveis resultados” do trabalho de combate à tuberculose foram apresentados na *Exposição Internacional de Higiene Social* em Roma em 1911, onde se arrolaram todos os objetos e imagens que seriam exibidos, para que se pudessem acompanhar as conquistas da Liga e das instituições de Saúde Pública paulista<sup>98</sup>.

Num primeiro momento, exibiram-se 81 fotografias retratando as principais ruas da capital e cidades do interior que eram abatidas pela tuberculose: cortiços, casas de cômodos, ruas e diagramas com o número de óbitos pela tísica desde o final do século XIX até a data da Exposição. Pretendia-se contrastar a situação em que se encontravam os tísicos antes e como foi se transformando a sua situação, a partir dos incrementos que São Paulo ganhou em sua luta contra o bacilo, sendo a Liga apresentada como responsável por essas mudanças em todo o Estado. Assim, somavam-se fotografias de hospitais, salas da Liga, laboratórios, propagandas antialcoólicas, diplomas e medalhas recebidas. Eram algumas delas:

97. *Idem*, p. 57.

98. “A Liga Paulista contra a Tuberculose, cujo curso foi solicitado como o de uma associação que centraliza e coordena os trabalhos e esforços antituberculosos neste Estado, remeteu pelo vapor ‘Savoia’, saído de Santos a 9 de junho findo, para a Exposição de Hygiene social anexa ao 7º Congresso Internacional da Tuberculose em Roma, 5 volumes contendo 81 fotografias diversas de estabelecimentos e obras antituberculosas, 24 diagrammas, e 2 235 publicações diferentes, entre as quais várias comunicações e memórias elaboradas pelo seu Presidente, Dr. Clemente Ferreira, como concurso Científico ao referido Congresso e a 10ª Conferência da Associação Internacional contra a Tuberculose.” Em *Defesa contra a Tísica* (Órgão Oficial da Liga Paulista contra a Tuberculose), anno X, n. 1, 1910, p. 65.

(...) sala de consultas para mulheres, sala de consultas para homens, Laboratório de Microscopia, 3 do prédio da Liga Paulista, 8 de ensinamentos antialcoólicos, 7 de diplomas recebidos, 3 da rua Caetano Pinto, grupo de meninos da Casa de Preservação dos filhos de tuberculosos da rua Celso Garcia, Pavilhão do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Mogi das Cruzes, galeria de repouso de Sanatório São Luiz na cidade de Piracicaba, Dispensário Modelo em construção<sup>99</sup>.

Havia também uma série de diagramas, gráficos, murais e planos de diferentes cidades do Estado em plena luta contra a moléstia, perfazendo vinte elementos que compunham a nova estruturação estadual no combate à tísica. O trabalho mostrava a tuberculose como um tema cientificamente arquitetado e plenamente exercido. Essa mostra de materiais não poderia ser finalizada sem a apresentação de todas as publicações – a propaganda dirigida aos operários, estudantes e cidadãos, além dos Relatórios da Liga de 1903 até 1910, com 340 exemplares, e 600 exemplares do catecismo para o trabalhador. Assim se encerrava a presença paulista numa exposição de trabalhos e buscas científicas no combate ao mal que devastava o mundo todo.

Esses eram os símbolos presentes nos discursos oficiais e na apresentação do aparato médico e sanitário paulista. Em função dessas representações, São Paulo, como diziam os médicos, não tinha um hiato que se pudesse questionar, nada que colocasse sob suspeição suas formulações médicas e sanitárias, principalmente na capital. Afinal, não era apenas uma Liga contra a Tuberculose que tinha sido implantada e que se eternizaria pela sua competência e trajetória histórica sempre ascendente. Com ela, mais uma vez, ter-se-ia confirmado a força da “raça paulista”, de suas instituições e, mais do que isso, de sua independência médico-sanitária frente ao Brasil. Não havia troços a narrar, mas apenas a firmeza de passos rumo ao progresso de sua gente e, cada vez mais, de toda a nação brasileira.

Mas, entre as vitórias conquistadas e a tentativa de concretizar os anseios dos médicos na definição de seu espaço de ação e controle, havia uma pendência a sanar. Desde o final do século XIX, propalava-se como mais uma prioridade na constituição do aparato médico-sanitário a criação de uma instituição que desenvolvesse sua própria formação médica em solo paulista.

99. Elenco de objetos apresentados na *Esposizione d'Igiene antituberculosa a Roma – Lega Paulista contro la Tuberculosis e Dispensario Antituberculoso “Clemente Ferreira”*, Roma, 1911.

Surgiria uma Faculdade de Medicina que demonstraria, desde seus primórdios, sua importância no jogo das forças políticas vigentes, concomitante aos seus anseios e planos de modificar o ensino médico no Brasil. Para isso, ofereceria uma formação que, segundo sua direção, expressaria os tempos modernos vividos pela República brasileira, que tinha em São Paulo seu maior representante.



CAPÍTULO IV  
**A Casa de Arnaldo:  
Sobre a Criação de uma  
Faculdade de Medicina em São Paulo**

*Se não bastassem esses tropeços citados, para o bom funcionamento do curso médico, mais alguns poderíamos apresentar a V. Exa., dignos de atenção, de muitíssima atenção.*

ARNALDO VIEIRA DE CARVALHO

Como vimos, o Estado de São Paulo esforçava-se para granjear uma estrutura médica e sanitária que movesse a engrenagem estatal e possibilitasse o desenvolvimento da cafeicultura, com uma rede de proteção sanitária de parte da mão-de-obra imigrante, erradicando alguns dos principais focos epidêmicos tanto no campo como na cidade. Mesmo quando não obtinha o controle sanitário que pretendia, o Estado – independente do Governo federal – apresentava simbolicamente suas atividades, no tocante ao aparelhamento técnico e científico<sup>1</sup>, como sendo a grande ação da regeneração nacional. No caso específico da capital, o empenho nesse projeto assegurava-lhe o lugar de “capital sanitária” de São Paulo, pelo menos nos discursos e nas representações erigidas em revistas médicas e jornais.

Indo além das conquistas proclamadas, os grupos dirigentes, principalmente os médicos e cientistas, ainda sentiam falta de uma faculdade de medicina paulista que formasse seus próprios “doutores” e, ao mesmo tempo, fosse um pólo criador e irradiador de novas técnicas, baluarte do poder que uma escola dessa natureza conferiria.

1. Gilberto Hochman, *A Era do Saneamento*.

Nos primeiros anos da República, a legislação federal concernente à criação das faculdades de medicina, tema central de nossas discussões, remodelou as leis que definiam o ensino médico no Brasil a partir de duas faculdades já existentes, na Bahia e no Rio de Janeiro. As novas disposições conferiam poder de ação social à medicina em razão de sua capacitação científica. Estabeleceram-se novas regulamentações dos cursos, exames, docentes e procedimentos para os médicos estrangeiros que aqui chegavam com seus diplomas, porque, no século XIX, a ciência médica e laboratorial ganhara impulsos que deveriam transformar não apenas os estudos científicos, mas igualmente o ensino<sup>2</sup>.

O curso de Medicina teria duração de 6 anos, nos quais se distribuiriam 26 cadeiras<sup>3</sup>, e o exame para a obtenção do diploma de doutor em Medicina teria três etapas. Primeiramente, uma prova escrita, “sob fiscalização da comissão examinadora em tantos dias quantas as matérias, tendo o examinando, para cada uma delas, hora e meia”. Depois, uma prova prática e oral, que consistia “na execução de uma preparação ou experiência, seguida de arguição de até meia hora sobre o objeto dela e também sobre outros quaisquer assuntos da cadeira”. Finalmente, a chamada defesa de tese: “uma dissertação acerca de assunto importante de qualquer das cadeiras, à escolha dos candidatos, e de três proposições relativas a cada cadeira”<sup>4</sup>. A partir do decreto federal nº 3.902, de 12 de janeiro de 1901, o Código dos Institutos Oficiais de Ensino Superior e Secundário procurava contemplar também o alto grau de alcance da faculdade de medicina na estruturação da ciência médica e de suas áreas afins, como era o caso das Faculdades de Farmácia, de Obstetrícia e de Odontologia, que ficariam sob sua tutela e diplomação.

2. Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, *Medicina e História: Raízes Sociais del Trabajo Médico*, op. cit. e Blima Schraiber, *O Médico e Seu Trabalho: Limites da Liberdade*, op. cit.
3. “Capítulo II – Organização Docente. Art. 4º O ensino se distribuirá por 26 cadeiras, a saber: química médica, história natural médica, matéria médica, farmacológica e arte de formular, anatomia descritiva, anatomia médico-cirúrgica, histologia, psicologia, anatomia e psicologia patológica, bacteriologia, obstetrícia, patologia cirúrgica, patologia médica, operações e aparelhos, terapêutica, higiene, medicina legal e toxicologia, clínica propedêutica, clínica cirúrgica (1ª cadeira), clínica cirúrgica (2ª cadeira), clínica médica (1ª cadeira), clínica médica (2ª cadeira), clínica obstétrica e ginecológica, clínica pediátrica, clínica oftalmológica, clínica dermatológica e sifilográfica, clínica psiquiátrica e de moléstias nervosas.” Em *Collecção das Leis da Republica dos Estados Unidos do Brazil de 1901*, vol. I, Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1901, pp. 123-124.
4. *Idem*, pp. 135-136.



Nesses termos, uma faculdade de medicina tinha como uma de suas missões mais importantes ampliar seu espaço formador e irradiador de posturas hierarquizantes, interferindo na organização social e política do mundo urbano e rural. O médico seria o “orquestrador” de uma sinfonia que ajudaria a “terminar” de aperfeiçoar a nação brasileira, “formatando higienicamente” seu povo.

Uma instituição de ensino médico superior teria essa marca, simbolizando a idéia de avanço científico e de força corporativa, da qual as faculdades do Rio de Janeiro e da Bahia eram exemplos frisantes. São Paulo, por sua vez, colocando-se como o construtor do novo Brasil republicano, lutava por sua própria escola médica, para formar a “sua gente”, acreditando poder chegar a um pensamento médico “originariamente e naturalmente paulista”<sup>5</sup>. Sua instauração na paulicéia marcaria a posição da cidade perante o país – não mais como o burgo dos estudantes, mas o laboratório do progresso econômico, intelectual e científico.

Para a concretização desse sonho ambicioso, era preciso, além de cumprir as necessárias exigências legais, articular essa instituição aos hospitais, às escolas secundárias formadoras dos futuros doutores e às instâncias estaduais ou privadas responsáveis pelo investimento para a construção de prédios, laboratórios, contratação de professores etc. A escolha da capital paulista como lugar ideal para essa realização atrelava o andamento do projeto, antes de tudo, à organização da cidade – de sua estrutura material, intelectual e da força política dos atores envolvidos. Essas ressalvas ganhavam sentido à medida que se indicavam grupos políticos e suas respectivas propostas relativas ao ensino superior e suas características no Brasil.

Nessa direção, as ponderações de Maria Ligia Coelho Prado sobre as instituições universitárias da América Latina nos séculos XIX e XX tocam em dimensões importantes para a análise das instâncias acadêmicas brasileiras de nível superior. Segundo a autora, para acompanhar a organização de uma instituição dessa natureza, é preciso buscar as concepções filosóficas que a informam e legitimam e confrontá-las com as vicissitudes políticas, enlaçando-as com a sociedade em que surgem e da qual dependem<sup>6</sup>.

5. Circe Bittencourt, *Pátria, Civilização e Trabalho: O Ensino de História nas Escolas Paulistas, 1917-1939*.

6. Maria Ligia Coelho Prado, “Universidade, Estado e Igreja na América Latina”, em *América Latina no Século XIX: Tramas, Telas e Textos*, p. 94.

Assim, é preciso acompanhar, no nosso caso, as idéias que definiam as particularidades educacionais, o cenário político e social do país na segunda metade do século XIX e perceber como se vão traçando os primeiros lineamentos do ensino superior brasileiro. Nesse sentido, já em 1870, o grupo positivista e adeptos de uma parcela liberal e católica reprovavam qualquer ação que objetivasse criar universidades estatais, por acreditá-las manifestações anti-históricas e centralizadoras, instituições do passado, suplantadas pelas necessidades e aspirações do presente. Para esses grupos, delegar o ensino superior aos cuidados do Estado confirmava um aspecto conservador, ligado a uma mentalidade arcaica de centralização estatal e pensamento imperial<sup>7</sup>. A predisposição contra a intervenção do Estado em todos os níveis de educação formal preconizava a necessidade de afastar as estruturas oficiais para ampliar as oportunidades das instituições privadas de ensino.

Naquele momento, o ensino estatal de São Paulo, principalmente da capital, era insistentemente criticado pelos grupos que apoiavam o ensino livre e privado. Chamavam-no “velharia”, e o bacharelismo era atacado como ultrapassado, ineficiente para a formação dos estudantes de medicina, capaz de afetar, inclusive, o desenvolvimento do Estado e o progresso nacional:

(...) a nossa é a nação de doutores. Eles saem a mancheias das faculdades; entretanto, não são muitos os que vencem, apenas com o esforço pessoal, a luta pela vida. E prova disso temos em que, a despeito de viver numa atmosfera de doutorice, mandamos buscar no estrangeiro arquitetos para reformarem as nossas cidades, agrônomos para cultivarem nossos campos, químicos para garantirem a pureza dos nossos alimentos, bacteriologistas para dirigirem os nossos laboratórios e até banqueiros para assegurarem nossas finanças. É verdadeiramente fenomenal!... Mas a culpa não é nem dos doutores nem do Brasil, a culpa é do péssimo ensino que todos nós recebemos e da rotina que o perpetua<sup>8</sup>.

A partir de 1890, com a república em vigor, os positivistas que então passaram a controlar a política educacional, unidos a Benjamim Constant, Ministro da Instrução Pública, Correios e Telégrafos, instituíram medidas que permitiam a particulares fundar escolas em todos os níveis, principalmente

7. *Idem*, p. 108.

8. “Universidade de São Paulo, Fundação da Universidade de São Paulo”, *apud* Luiz Antônio Cunha, *A Universidade Temporã: O Ensino Superior da Colônia à Era Vargas*, p. 183.

no ensino superior. Para Luiz Antônio Cunha, esse movimento acabou gerando mudanças quantitativas e qualitativas nas escolas superiores. Tanto os governos estaduais como pessoas e entidades particulares abriram escolas: “No período que vai da *Reforma Benjamin Constant*, em 1891, até 1910, ano imediatamente anterior ao da Reforma Rivadávia Corrêa, foram criadas no Brasil 27 escolas superiores: 9 de medicina, obstetrícia, odontologia e farmácia, 8 de direito, 4 de engenharia, 3 de economia e 3 de agronomia”<sup>9</sup>.

Contudo, esse movimento de desoficialização do ensino tornou imperativa a promulgação de uma lei que sistematizasse os encaminhamentos possíveis nessa direção. Assim, em 5 de abril de 1911, nascia a chamada Lei Rivadávia Corrêa, que legitimava a organização e a criação do ensino livre e particular no Brasil<sup>10</sup>. Entre as conseqüências práticas dessa ação, havia a proliferação, em todo o Estado, de escolas privadas de todos os níveis<sup>11</sup>, florescendo a troco de alguns mil-réis, alguma freqüência e nenhum saber, oferecendo diplomas os mais diversos<sup>12</sup>. O comércio de certificados, mesmo com uma ação relativamente rápida do Estado em sua anulação, era tão grande que a veiculação pela imprensa de anúncios oferecendo com agilidade os seus serviços era uma constante.

Não devendo ser confundida com a instituição estatal de mesmo nome, fundada em 1934<sup>13</sup>, no dia 19 de novembro de 1911, criou-se a Universidade de São Paulo, a única instituição privada a sair do papel e a receber contornos institucionais. O responsável pelo encaminhamento do projeto foi o Dr. Eduardo Augusto Guimarães, médico, deputado constituinte em 1891 e positivista militante que fazia campanha aberta pelo ensino privado no país. Já em 1888, suas posições sobre o assunto eram claras: “direito e dever da família, a educação pertence à sua alçada; interesse exclusivo da sociedade, o ensino, sob todas as formas, primário, superior e profissional, cabe à esfera da iniciativa individual. Deve submeter-se à lei geral da concorrência. Só

9. *Idem*, p. 157.

10. “A Constituição Republicana de 24 de fevereiro de 1891 garantia o ‘livre exercício da profissão de qualquer profissão moral, intelectual e industrial’ (...) o que viria a permitir a continuidade da participação da iniciativa privada no domínio da educação.” Heladio César Gonçalves Antunha, *A Reforma de 1920 da Instrução Pública no Estado de São Paulo*, p. 50.

11. Elza Nadai, *Ideologia do Progresso e Ensino Superior: São Paulo, 1891-1934*, pp. 266-267.

12. *Idem*, *ibidem*.

13. Sobre a formação desta, seu contexto histórico, político e cultural, ver Irene Arruda Ribeiro Cardoso, *A Universidade da Comunhão Paulista: O Projeto de Criação da Universidade de São Paulo*.

assim pode atingir seu maior desenvolvimento, só assim oferece a máxima eficácia social”<sup>14</sup>.

Respalhada pela Lei Rivadávia e sob a liderança do Dr. Guimarães, uma sociedade composta por onze médicos, quatro farmacêuticos, três dentistas e dois advogados, unida a Luiz Antônio dos Santos, o “sócio capitalista”, fundou-se a Universidade de São Paulo. Como aponta Cunha, o capital investido da sociedade consistia no aparelhamento dos laboratórios de física, química e história natural, entre outros, de uma farmácia, de um gabinete de clínica dentária e de um consultório veterinário financiados pelo “sócio capitalista”. Em troca, ele receberia parte da renda da sociedade e financiaria o déficit, caso existisse<sup>15</sup>.

No seu primeiro ano de funcionamento, a Universidade recebeu 466 alunos. Além dos principais cursos, planejava oferecer atividades gratuitas de extensão a todos os interessados, procurando adotar métodos inovadores de ensino, buscando, segundo diziam, a realização da experiência, a apresentação do fato.

Legalmente, a Universidade tinha habilitação para seu funcionamento inicial, mas lidava com pendências como, por exemplo, os laboratórios que não estavam prontos e o estabelecimento de uma relação de trabalho com um hospital. Entretanto, havia as dependências para as aulas teóricas e, em 1912, na rua Senador Queiroz, começaram as aulas dos cursos de medicina, direito, belas-artes, comércio, engenharia, odontologia e farmácia. O primeiro – e mais concorrido – enfrentou graves problemas desde o começo.

A princípio, por parte da corporação médica, houve uma forte oposição contra os organizadores da instituição. Para a maioria dos escúlianos, os profissionais de outras áreas – da farmácia, por exemplo – eram ineptos para a organização do conhecimento médico, fosse científico, fosse prático. E mais ainda, inúmeros médicos envolvidos, como o Dr. Ulysses Paranhos, que organizou vários cursos, e seu diretor, o Dr. Antônio Carini, foram tachados de despreparados para tais funções.

Do ponto de vista político, os opositores afirmavam que a disposição mais correta era incumbir os foros do Estado dessa responsabilidade, pois este

14. “Universidade de São Paulo, Fundação da Universidade de São Paulo, Inauguração oficial. Início dos cursos superiores etc.”, Casa Duprat, 1917, vol. 1, *apud* Luiz Antônio Cunha, *A Universidade Temporã: O Ensino Superior da Colônia à Era Vargas*, op. cit. p. 179.

15. *Idem*, p. 178.

daria o conhecimento científico almejado aos grupos a que ele interessava e, paralelamente, valorizaria aspectos importantes da conformação e estruturação das instâncias políticas republicanas. Se era importante que houvesse uma faculdade de medicina, ela deveria estar exclusivamente sob o poder do Estado e da classe médica. Nesse sentido, reprovavam-se não só a Faculdade de Medicina, mas também seus futuros formandos, os quais viriam ameaçar a hegemonia da autoridade científica dos egressos das academias oficiais<sup>16</sup>. Esse movimento foi conquistando mais adeptos à medida que a força positivista perdia espaços de ação política, tanto no âmbito federal como no estadual, aquecendo o debate em torno da necessidade de se criarem instituições privadas ou estatais de ensino superior<sup>17</sup>.

Nesse sentido, desfechavam-se dia a dia novas ofensivas contra a faculdade privada: acusavam-na de irresponsabilidade, de vaidade, de incompetência e de falta de apoio corporativo. O tom mordaz de uma dessas menções, numa pequena publicação, permitirá perceber o nível das contestações:

Em dois tempos, na execução decidida de uma medida reclamada pela urgência de uma situação inatural, anunciou-se e fundou-se nesta Capital uma Faculdade de Medicina. Foi num ápice. O público leu o primeiro consta e já o calcanhar dessas alvíssaras sentia a raspadela da nova notícia da organização e da nomeação do corpo docente, escolhido, escovado, preparado e diplomado por um comitê de farmacêuticos oficiosos e intrometidos em seara alheia. Zás-trás! Rapidamente, expeditamente, sem entraves, fez-se a Faculdade do pé para a mão, sem conferências fastidiosas com as corporações que representam a intelectualidade médica, sem enervantes observações e empeços, sem necessidade mesmo de uma entente com os hospitais, de cujos serviços dependem todas as faculdades médicas. O ponto principal para os azafamados fundadores era organizar o corpo docente e garantir cada qual o seu lugar no estado maior. Ora, já a Guarda Nacional dá exemplo constante de corporações em que só existe a luzida oficialidade e isso vai entrando definitivamente nos nossos hábitos, de modo que não foi insólito o exemplo da nova faculdade, que só foi fundada para nomear alguns candidatos a função catedrática. Não importa que ela não tenha surgido com nenhum elemento material de vida, que não tenha ainda nem casa, nem laboratórios onde seu corpo docente possa deslumbrar os ouvidos da puber-

16. Luiz Antônio Teixeira, *Ciência e Saúde na Terra dos Bandeirantes: A Trajetória do Instituto Pasteur de São Paulo no Período de 1903-1916*, op. cit., pp. 133-140.

17. *Idem*, p. 110.

dade sequiosa com os surtos da sua ilustração decretada, já que ela possui o corpo docente, única razão de ser de sua fundação. O quartel, o campo de manobras, os soldados, o vil metal para custeá-los, são todos meros acessórios, sem importância capital para o assunto. O essencial, o imprescindível, o que era necessário garantir desde já, era luzida oficialidade, empenachada à gaulesa, rutilante e garbosa: *Qui épate et fait trembler!*<sup>18</sup>

Ao ser escolhido diretor do curso de medicina, o Dr. Carini recebeu a seguinte advertência do Dr. Bacellar: “Exmo. Sr. Diretor, farmacêuticos não podem entrar, por maior que seja sua ilustração, como no caso, em congregação da Faculdade de Medicina, constituírem-se professores de futuros médicos, julgarem-nos em defesa das teses, com os mesmos direitos e as mesmas prerrogativas que a lei só concede aos doutores de medicina”<sup>19</sup>.

Para responder a essas críticas e atrair as grandes expressões da medicina paulista, a Faculdade de Medicina da USP convidou para fazer parte de seu corpo docente médicos e professores, dentre eles, os que se opunham à concepção e implementação de um projeto universitário privado, como os doutores Arnaldo Vieira de Carvalho, Rubião Meira, Luiz Pereira Barreto e Diogo de Faria. Estes, em tom de repúdio, negavam qualquer possibilidade de participação, alegando estar a instituição fadada ao fracasso, por sua organização, direção e métodos de ensino. O Dr. Rubião Meira, membro da Sociedade de Medicina e Cirurgia, em carta dirigida ao diretor da nova faculdade, arrolou as causas de sua recusa:

Se aqui deixo estampados os motivos por que entendo não poder acompanhar V. Exa. nessa gloriosa tarefa, é porque se faz mister que na classe médica de S. Paulo se faça ouvir protesto solene contra o modo pelo qual se vai erguer a Faculdade de Medicina, e protesto que melhor cabido fica na boca de quem foi para ela convidado que na de outrem. Este seria taxado de estar dominado pelo despeito, enquanto o meu procedimento só pode ser ditado pela sã razão e pela obediência aos preceitos de honorabilidade que governam minha vida pública. Tolere-me V. Exa., a quem tributo o mais sincero respeito – seja dito em homenagem à verdade – que eu exponha os motivos de minha formal recusa a colaborar, com a insignificância de meus présti-

18. N. Bacellar, *Sobre a Creação de uma Faculdade de Medicina em São Paulo (Ducha Escosseza em Quatro Jactos de Língua Viva, Dois Quentes e Dois Frios)*, p. 2.

19. *Idem*, p. 19.

mos, na organização dessa Faculdade, que pelo vício de origem, será talhada a vida inglória. De fato, oriunda em sessão da Congregação da Escola de Farmácia, teve a Faculdade de Medicina, em seu nascimento, composição que não pode permanecer íntegra se quiser ter existência longa, que há de ser modificada se não quiser ser enxovalhada pelo ridículo. [Quanto aos lentes escolhidos] eles terão de passar por concursos – e, médicos sofrerão, entenda bem V. Exa. e compreendam bem os meus colegas, o julgamento, em sua provas, de farmacêuticos, em assuntos de clínica, em matéria de histologia, anatomia, fisiologia e patologia!<sup>20</sup>

Os ventos, que não sopravam a favor dessa primeira escola médica, pelas críticas que vinham de parte expressiva da própria corporação, voltaram-se para um novo debate que tentava arrematar o argumento segundo o qual o empreendimento privado era desprovido de condições materiais, políticas e legais. Nesse momento, surgiu a figura do Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho, com sua força biográfica e profissional, para sufocar o que se tentava realizar no campo do ensino médico superior e garantir que suas expectativas de dirigir uma faculdade de medicina oficial não fossem frustradas.

Expressamente contrário à Faculdade de Medicina da USP, o Dr. Arnaldo recusou-se a ser professor nessa escola, o que apresentou como elemento indiscutível para reforçar seu ponto de vista opositor: negou qualquer apoio das instituições médicas da cidade de São Paulo e, ao mesmo tempo, fundou, sob os poderes do Estado, outra faculdade de medicina. Alguns de seus dados biográficos ajudarão a compreender o desequilíbrio de forças que sua presença representou para a efetivação desse empreendimento.

Nascido em 5 de janeiro de 1867, era filho de Carolina Xavier de Carvalho e de Joaquim José Vieira de Carvalho, advogado formado pela Faculdade de Direito de São Paulo, onde lecionou várias disciplinas, até ser empossado lente catedrático de Economia Política em 1881. Além disso, foi Juiz Municipal em Campinas, deputado provincial pela União Conservadora, segundo vice-presidente da província de São Paulo do governo Rodrigues Alves e primeiro vice-presidente do governo de Francisco Antonio Dutra Gonçalves. Com a República, foi deputado estadual e senador.

Arnaldo Vieira de Carvalho sentiu a influência de seu sobrenome desde sua volta a São Paulo, depois de sua diplomação, em 1888, pela Faculdade

20. Carta enviada pelo Dr. Rubião Meira ao Diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, *apud* N. Bacellar, *op. cit.*, p. 18.

de Medicina do Rio de Janeiro e pelos cargos a que logo foi designado: entre 1888 e 1889, foi assistente voluntário da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e médico responsável pela Hospedaria dos Imigrantes, da qual se demitiu em 1889. Nesse mesmo ano, foi médico adjunto, médico cirurgião e vice-diretor clínico da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Entre 1893 e 1913, foi diretor do Instituto Vacinogênico; em 1894, foi chefe da clínica e diretor do hospital da Santa Casa e, entre 1895 e 1920, fundador e sócio da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo.

Esse histórico explica sua participação e influência na organização da capital. Escrevendo no jornal *O Estado de S. Paulo* sob o pseudônimo de Epicarnus, entrou em várias polêmicas sobre os rumos da cidade, do Estado e do país, no que dizia respeito a questões de saúde e de organização médica. Via a capital paulistana como um local de agregação de sua corporação, mas profundamente desorganizado e com problemas sociais gravíssimos – considerava que a medicina era capaz de intervir e solucionar esse impasse, inclusive formando seus próprios profissionais: “Esse ideal somente será atingido quando os médicos forem parte ativa da solução dos nossos problemas sociais, que, como todos os problemas sociais, são problemas de fisiologia – ciência básica de nossa profissão. Remodelar esse ponto de nossa organização social é tema sedutor”<sup>21</sup>.

Tal trajetória permite compreender a legitimidade atribuída à sua recusa em fazer parte do corpo docente da Faculdade de Medicina da USP, ao mesmo tempo que a impedia de qualquer vinculação com instituições que estivessem sob sua influência. Significativamente, a Santa Casa de Misericórdia, considerada fundamental para cadeiras centrais como as de anatomia e clínicas foi a primeira porta que se fechava para o ensino médico privado. Para isso, Dr. Arnaldo enviou uma carta para o Dr. Eduardo Guimarães, negando-lhe o uso do espaço e do acompanhamento dos doentes, apontando as dificuldades vividas pela Santa Casa como argumento suficiente para impedir a entrada dos alunos em suas dependências:

Penso que as condições atuais de superlotação do nosso Hospital, superlotação que nos obriga a ter doentes em colchões sobre os assoalhos das enfermarias, não poderemos, sem grave dano para os infelizes enfermos, admitir a invasão dessas enfermarias pelos numerosos estudantes que naturalmente se matricularão nos cursos de

21. *Gazeta Clínica*, São Paulo, dez. 1916, p. 142.



sua Escola de Medicina. O amigo bem compreende o que haveria de desumano, de bárbaro em acrescentar às dores dos enfermos o receio de serem pisados pelos inúmeros ouvintes dos ilustres professores<sup>22</sup>.

Mas ainda faltava um arremate, pelo qual o Dr. Arnaldo foi responsável direto: dar contornos institucionais a uma faculdade oficial de medicina, como aprovara a legislação de 1891. Num jogo político encabeçado por ele e seus pares, um ano após o surgimento da USP, em 19 de dezembro de 1912, surgia, paralelamente, a oficial Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, cujo primeiro diretor era justamente o Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho.

Diante da existência de duas faculdades de medicina, a elite médica, aglutinada na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, entrou numa crise interna, dividindo-se entre os que apoiavam e os que se opunham à escola privada. Exemplarmente, em sessão da Sociedade<sup>23</sup> do dia 16 de janeiro de 1914, o Dr. Francisco Eiras colocou em votação a seguinte moção:

A Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo aplaude, sem reservas, a alevantada iniciativa que coube à Universidade de São Paulo, conseguindo revalidar pelo governo federal os seus diplomas, implantando, dentro das normas do mais inofismável direito, a sua Escola de Medicina (...) rejubila-se, pois, com essa realidade que, de acordo com sua velha e conhecida aspiração, vem tornar o novo estabelecimento de ensino mais um padrão de cultura e adiantamento do Estado de São Paulo<sup>24</sup>.

A proposta provocou contestação. O Dr. J. J. Carvalho afirmou que a Sociedade não deveria tomar parte em temas estranhos aos seus estatutos. Segundo a relatoria, “essa moção de congratulação com a Universidade pelo reconhecimento oficial de seus diplomas foi rejeitada por 29 votos contra 8”<sup>25</sup>.

22. Rascunho escrito pelo Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho e endereçado ao Dr. Eduardo Guimarães em 9 de fevereiro de 1912, *apud* Antonio da Palma Guimarães, *Arnaldo Vieira de Carvalho: Biografia e Crítica*, p. 740.

23. Segundo estudo de Luiz Antônio Teixeira sobre o surgimento e cotidiano da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo entre 1895 e 1913, essa discussão não aparece nos foros da Sociedade. Gostaríamos de indicar, entretanto, que, ainda que tais contendas não tenham sido registradas “oficialmente”, os embates envolvendo os membros da Sociedade foram relevantes e decisivos. Sobre o surgimento da Sociedade e seus contornos institucionais, ver Luiz Antônio Teixeira, *A Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, 1895-1913*.

24. *Revista Médica de São Paulo*, anno XVI, nº 6, 31 mar. 1914, p. 95.

25. *Idem, ibidem*.

Na sessão seguinte, em 2 de fevereiro, novamente o Dr. Eiras pediu a palavra e, em seu nome e no de seus colegas, colocou a moção antes rejeitada em pendência, argumentando que havia um histórico para que se felicitasse a Faculdade de Medicina. Lembrou que, na sessão de 1º de agosto de 1912, o então presidente da Sociedade, Dr. Napoleão Moraes Barros, propôs e aprovou unanimemente uma moção de aplauso à idéia da fundação de uma Faculdade de Medicina em São Paulo. Sendo assim, achava o Dr. Eiras que não se podia deixar de louvar com veemência ainda maior a realização prática de sua aspiração, isto é, uma Faculdade de Medicina já instituída de fato, sob os auspícios supremos da Justiça Federal, cuja égide manteria todos os Estados da Federação Brasileira<sup>26</sup>.

A nova moção felicitaria a Faculdade de Medicina pelo reconhecimento de seus diplomas pelo governo federal e congratularia seu diretor, o Dr. Carini, também membro da Sociedade de Medicina e Cirurgia. Na votação, emergiu uma indisposição entre os membros da Sociedade que divergiam quanto ao teor da proposta.

O primeiro a levantar-se contrariamente foi o Dr. Rubião Meira, pedindo a prorrogação da votação, porque, na sessão seguinte, apresentaria seus motivos por escrito e justificados. O Dr. J. J. Carvalho acatou o reconhecimento dos diplomas, pois também via como um disparate a entrada da Sociedade numa luta que, segundo ele, confrontava a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo com a Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, instituição oficial que nascia ao mesmo tempo. Contudo, indignava-se com a atitude do Dr. Meira – como podia esse moço inteligente e cheio de vivacidade deixar de render homenagens ao Dr. Carini, reconhecidamente um notável cientista?<sup>27</sup> Segundo a relatoria, houve apartes acalorados de vários membros antes da votação, que acabou se dando em duas etapas: naquela sessão, aprovaram-se os parabéns ao Dr. Carini, com o voto contrário do Dr. Rubião Meira; as congratulações à Faculdade transferiram-se para a sessão seguinte<sup>28</sup>.

As considerações do Dr. Meira não foram apresentadas pela relatoria da Sociedade nas sessões subseqüentes; se houve qualquer explicação para o fato na carta expedida ao diretor da Faculdade de Medicina da USP, não se

26. *Idem*, p. 96.

27. *Idem*, p. 97.

28. *Revista Médica de São Paulo*, anno XVI, n. 7, 15 abr. 1914, p. 117.

registrou nos Anais da Sociedade. O que se encontrou foi a nota da sessão da Sociedade de Medicina e Cirurgia do dia 16 de março, quando o secretário leu um ofício dos doutores Francisco Eiras, a favor da Faculdade privada, e Rubião Meira, contrário a ela, apresentando cada qual seu desligamento da Sociedade<sup>29</sup>.

Para o Dr. Eduardo Guimarães, a criação de uma faculdade de medicina oficial era vista como um imenso obstáculo à continuidade de toda a USP, mesmo já tendo ela obtido do governo federal o reconhecimento de seus diplomas, descritos e discutidos nos foros médicos. Por isso, queixava-se:

(...) não obstante o quase sobre-humano esforço para corresponder à confiança depositada pela sociedade paulista na Universidade de São Paulo, que traduz a série ininterrupta de criações e melhoramentos supramencionados, tivemos inevitável desgosto de ver tolhida em sua marcha progressiva, gravemente afetada na sua vitalidade econômica, em consequência da inesperada criação da escola de Medicina do Governo de São Paulo, só no começo deste ano levada a efeito, mas desde julho p. p. anunciada na mensagem do Exmo. Sr. Dr. Francisco de Paula Rodrigues Alves, digníssimo Presidente do Estado<sup>30</sup>.

Ficava patente como o debate político em torno do ensino superior livre e privado era tema polêmico, permitindo que os Estados fizessem as suas próprias interpretações sobre sua existência, o que no caso paulista teve uma inversão significativa às posturas privatistas que podemos constatar da seguinte maneira:

Identificadas as posições quanto à competência do Estado em matéria de ensino, vislumbra-se que a menos aceita pelos congressistas era a que insistia no dever puro e simples de o Estado organizar o ensino superior. No entanto, foi essa a vencedora em São Paulo. Como isso foi possível? O exame dos debates sobre as instituições de ensino é altamente indicativo das hesitações e contradições que levaram à aceitação de uma medida aparentemente contestada. Existe um descompasso entre a teoria da

29. *Idem, ibidem.*

30. "USP. Inauguração Oficial. Início dos Cursos Superiores. Memorial do Reitor aos Governos Federal e Estadual. Abertura e Encerramento dos Anos Lectivos. Comemoração e Recepções. Documentos e Notas". 1º vol. São Paulo, Casa Duprat, 1917, pp. 7-8, *apud* Elza Nadai, *Ideologia do Progresso e Ensino Superior: São Paulo, 1891-1934, op. cit.*, p. 269.

não-participação do Estado e a prática da dominação da classe. Se, por um lado, o Estado não deve interferir preferencialmente, por outro, a dominação é tão incontestável que dele se utiliza. Dessa forma, toda a população arcava com o ônus de um sistema de ensino que atendia quase exclusivamente a elite<sup>31</sup>.

Sobre essas mudanças na legislação, em carta endereçada ao jornal *O Estado de S. Paulo*, o reitor Guimarães fez o necrológico de sua Universidade, protestando contra essa modificação, que levaria sua instituição a fechar as portas definitivamente em 1917. Segundo suas conclusões, “o que foi julgado pelo Conselho Superior de Ensino não foi o caso da Universidade de São Paulo, mas o regime de organização escolar livre com ensino oficial pela Nação, adotado pelo decreto nº 11.530 de 18 de março de 1915, instituído exclusivamente para realizar, desenvolver e garantir. Mas o Conselho Superior de Ensino não quis, não quer e revogou essa lei”<sup>32</sup>.

Era uma discussão cujo final desvendou a pluralidade de forças envolvidas no debate sobre a implementação de uma Universidade em São Paulo, indicando a dimensão do personalismo nas disputas em torno do tema. A vida curta da primeira Universidade de São Paulo deveu-se, entre outras causas a serem investigadas, a dois pontos centrais: primeiro, ao surgimento de uma faculdade de medicina estatal, encabeçada pela força política estadual que o Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho representava; depois, à mudança da legislação que em 1915 reavaliou o ensino livre no país, inclusive a existência dessa universidade.

Na voz de muitos, a primeira Universidade de São Paulo funcionava de acordo com seu regimento e com as mais sinceras esperanças de êxito, sendo seu fechamento lembrado com pesar, até mesmo pela literatura. Hilário Tácito, em seu *Madame Pommery*, registrou a frustração dessas expectativas:

(...) dois Palácios da Luxúria, duas Maisons Tellier apontavam-se então entre os mais cotados conventilhos, pois neles se albergavam, de costume, as artistas de Variedades, Cafés-Concertos e outras artes anexas. Eram estes o antigo 1º da rua Formosa e o Hotel dos Estrangeiros; ambos reformados, e hoje extintos. Do último, foi notável e

31. Elza Nadai, *Ideologia do Progresso e Ensino Superior: São Paulo, 1891-1934*, op. cit., p. 41.

32. *O Estado de S. Paulo*, 8 ago. 1917, pp. 10-12, apud Antonio da Palma Guimarães, *Arnaldo Vieira de Carvalho: Biografia e Crítica*, op. cit., pp. 549-550.

famosa a evolução que o transformou em Universidade, cujo infausto desenlace tão lastimado tem sido pelos tristes estudantes que lá despenderam inutilmente fazenda, tempo e juízo. Pois se consolem com o exemplo dos veteranos no curso anterior daquela casa fatídica, aos quais a mesmíssima cousa aconteceu<sup>33</sup>.

#### A FACULDADE DE MEDICINA E CIRURGIA DE SÃO PAULO: TROPEÇOS E IMPASSES

Desde 1891, a legislação aprovara o surgimento de uma faculdade oficial de medicina. Pela lei estadual nº 19, sancionada pelo Dr. Américo Brasiliense de Almeida Mello, determinou-se a criação de uma escola médica em São Paulo chamada Academia de Medicina e Farmácia. Finalmente, em 19 de dezembro de 1912, decretava-se o surgimento da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo.

Segundo Elza Nadai, a principal razão para a Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo não ter sido instalada em 1891 deve-se à ideologia do progresso e da modernização. Naquele momento, uma faculdade de medicina não era vista como prioritária para o projeto que se arquitetava, sendo as escolas de engenharia, agricultura e comércio avaliadas como as mais urgentes para a organização e manutenção da política vigente. Segundo essa interpretação, na medicina, “já existia então, em São Paulo, uma série de institutos de profilaxia, de caráter preventivo, que se responsabilizavam por dar atendimento coletivo às classes populares, garantindo, assim, o suprimento de mão-de-obra, seja para o campo, seja para a cidade, o que significava a plena realização dos objetivos sociais do poder”<sup>34</sup>.

Quanto à rápida aprovação e fundação da faculdade oficial em 1912, devemos nos remeter à política estadual; aos desacordos criados desde o governo de Américo Brasiliense, seu apoio a Deodoro da Fonseca, a conciliação em torno do então presidente do Estado, Rodrigues Alves, que procurou aglutinar

33. Hilário Tácito, *Madame Pommery*, p. 42.

34. Elza Nadai, *Ideologia do Progresso e Ensino Superior: São Paulo, 1891-1934*, op. cit., p. 272. Sobre os confrontos políticos entre os membros do PRP, quer com o governo federal, quer em suas próprias divergências e dissidências internas, ver o capítulo 4, “Política Estadual: Figuras, Eventos e Estruturas”, em Joseph Love, *A Locomotiva: São Paulo na Federação Brasileira, 1889-1937*, pp. 149-213.

as correntes divergentes do PRP a fim de garantir, entre outros pontos, saldo positivo para as eleições de 1913. Nesse contexto, a escola médica estatal teria sido fruto de barganha sua, “visando promover a pacificação interna da classe dominante, buscar apoio da classe média e neutralizar simultaneamente o movimento das classes populares; a harmonia deveria ser ostentada”<sup>35</sup>.

Com essas determinações, os médicos que apoiavam, ou passaram a apoiar, a faculdade estatal diziam ter todos os recursos humanos necessários, que viriam da Santa Casa de Misericórdia ou da Sociedade de Medicina e Cirurgia, lugares que reuniam os grandes da medicina paulista e brasileira. Se outros nomes houvesse, seriam do exterior; não de outras faculdades e, principalmente, não da de Farmácia. Assim, o primeiro regulamento foi redigido em 7 de janeiro de 1913 e o “zás-trás” da implantação de medidas criadas em 1891 mereceu apontamentos importantes dos estudos historiográficos.

Elza Nadai aponta várias circunstâncias que permitem compreender tanto a oposição política de alguns congressistas, retardando o surgimento da entidade, mesmo sendo aprovada em lei desde 1891, como a presteza de sua abrupta e imprevista criação em 1912.

Diante dos acordos e do jogo político entabulado, São Paulo, tendo ganho independência e força política pelo sistema sanitário implantado, via em sua escola médica o núcleo fundador de um ensino voltado para os interesses do Estado, mas com repercussão em todo o país, a partir dos encaminhamentos pretendidos no âmbito da pesquisa e do ensino<sup>36</sup>.

A escola médica estatal organizaria seus cursos e indicaria professores dentro dessa proposta de modernização, havendo um curso preliminar de um ano e mais outro geral de cinco anos, com um total de 28 cadeiras, estando todos de acordo com as normas legais, oferecendo, em suas divisões, duas cadeiras que não existiam nas cláusulas federais: a clínica oftalmológica e a clínica otorrinolaringológica. As aulas começariam em 15 de março e se encerrariam em 10 de novembro de cada ano, sendo permitida a entrada de ambos os sexos, com a exigência do diploma conferido pelos ginásios oficiais do Estado ou de aprovação em exame de admissão<sup>37</sup>.

35. Elza Nadai, *Ideologia do Progresso e Ensino Superior: São Paulo, 1891-1934*, op. cit., p. 276.

36. Acompanhar os desdobramentos dessas ações nos anos de 1930 em Márcia Regina Barros da Silva, *Construindo uma Instituição: Escola Paulista de Medicina (1933-1956)*.

37. Leis e Regulamentos referentes à Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, São Paulo, Typ. do Diário Oficial, 1913, pp. 26-27.

O diligente diretor da nova instituição, Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho, protagonizaria a elaboração e o aperfeiçoamento do ensino médico paulista, e seria de singular importância para os encaminhamentos cotidianos da faculdade. Segundo sua orientação, o ensino deveria ter base científica e experimental, com destaque para a pesquisa e os estudos laboratoriais, em contraposição ao modelo que predominava nas outras faculdades de medicina do país, com aulas teóricas e ênfase na clínica<sup>38</sup>.

Para a consecução desse projeto, São Paulo deveria dispor de um aparato físico e intelectual correspondente a essas exigências, com prédios e laboratórios, alunos com preparo escolar à altura dos exames aplicados e corpo docente organizado para o ensino de suas cadeiras, além da luta, em âmbito federal, pelo reconhecimento dos diplomas. Posta a derrocada da faculdade privada de medicina, era preciso colocar na pauta todo o arsenal necessário para não macular a faculdade estatal nascente, e a elite médica paulista alegava ter todos os predicados para o intento, como atestavam a organização sanitária do Estado e o *staff* de profissionais aglutinados na capital e preparados para cunhar mais esse símbolo: uma formação médica dita originariamente paulista.

A dúvida que pairava entre os médicos era se, na realidade, a faculdade oficial de medicina estaria sendo construída dentro dos padrões de qualidade e conforme as exigências colocadas por eles próprios. Frise-se que os primeiros anos dessa instituição enfrentaram, pelos ofícios enviados por seu diretor, o Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho, ao Secretário dos Negócios do Interior<sup>39</sup>, problemas graves e com conseqüências desastrosas. Grande parte das dificuldades que se antepunham ao andamento da Faculdade apareciam inexoravelmente no seu dia-a-dia, colocando o diretor frente a desacordos, falta de aparelhamento, problema na formação do corpo docente, má preparação dos alunos ingressantes etc. Os ofícios enviados<sup>40</sup> sobre os rumos dessa escola revelavam um verdadeiro drama nos seus bastidores.

A primeira sede provisória da Faculdade de Medicina e Cirurgia foi instalada em 1913, na Escola de Comércio Álvares Penteado, no Largo São

38. Maria Gabriela S. M. C. Marinho, *O Papel da Fundação Rockefeller na Organização do Ensino e da Pesquisa na Faculdade de Medicina de São Paulo, 1916-1931*, pp. 50-51.

39. Os ofícios aqui interpretados foram compilados por Antônio da Palma Guimarães, *Arnaldo Vieira de Carvalho: Biografia e Crítica*, op. cit., pp. 825-872. [Anexos]

40. *Idem, ibidem*. [Anexos]

Francisco, cedida por sua diretoria. Um ano depois, parte dos cursos foi transferida para a rua Brigadeiro Tobias, que seria a sede até 1930. Tudo parecia resolvido, com a benevolência dos administradores, que gentilmente cederam locais para o início das aulas. Mas quando o curso começou a desdobrar-se em novas turmas, surgiu o problema: os espaços eram insatisfatórios, quer pelas péssimas instalações, quer pelo tamanho reduzido das salas.

Diante das condições precárias em que se trabalhava, o diretor solicitou novo prédio às autoridades estaduais:

a casa atual, apesar de velha, é insuficiente para abrigar os cursos em exercício. Ela não poderá receber as novas cadeiras a serem estreadas no ano escolar de 1916 (...) para poder V. Exa. ajuizar quanta razão assiste às nossas considerações, basta dizer que mais de cem contos – bem mais – já foram consumidos em menos de quatro anos de existência de nossa Escola. É um capital completamente perdido para todos os efeitos, exceto para o de servir de argumento capcioso, mas de impressionar, contra nós, em se tratando de analisar o custo do ensino médico em São Paulo<sup>41</sup>.

Em ofício de 25 de abril de 1917, essa questão das instalações já assumia proporções alarmantes, a ponto de se inviabilizarem cursos: “chamo para isso a melhor atenção de V. Exa. – que este ano as duas novas cadeiras (patologia geral e terapêutica) não puderam ser dotadas de laboratórios. Tivemos que aproveitar os laboratórios de microbiologia e fisiologia para neles serem dados os cursos práticos recém-criados. Os estudos práticos sofrem com isso, em ambas as disciplinas, que funcionam no mesmo laboratório”<sup>42</sup>.

Uma das cadeiras restringidas pelas dificuldades de acomodação era a de Clínica Pediátrica, cujo professor responsável, o Dr. Pinheiro Cintra, na exposição de seu programa, advertiu: “O ensino da Clínica depende do material ao acaso das entradas, mas, na cadeira da clínica pediátrica e na parte principal, que diz respeito ao lactante, em rigor se poderia estabelecer um programa mais ou menos fixo. Nesse ponto, aliás essencial, nada podemos indicar de antemão, por falta absoluta de instalações adequadas para consultas e tratamento de lactantes”<sup>43</sup>.

41. Ofício n. 181, 22 dez. 1916, *apud* Antônio da Palma Guimarães, *op. cit.*, p. 830.

42. Ofício n. 94, 25 abr. 1917, *apud idem*, p. 833.

43. Programmas, horários, coeficientes e lista de matriculados para o Anno Lectivo de 1917, *op. cit.*, p. 123.



Além das instalações impróprias, do dinheiro gasto em reformas e da total dispersão física da faculdade – com estudantes espalhados pela cidade, em prédios alugados e emprestados –, havia um tópico que envolvia questões éticas. Dada a precariedade das edificações, a população começou a “participar” das deficiências vividas, assistindo e protestando, horrorizada, à entrega de cadáveres humanos e de animais para diversas aulas.

A direção da Faculdade avaliava o fato como gravíssimo, por envolver toda uma “leitura particular extramuros”, ou seja, a participação da população, dizendo-se ofendida por deparar com cadáveres em pleno espaço público. Um dos motivos para pleitear um novo prédio era a possibilidade de construírem-se túneis que ligassem as clínicas ao hospital ou o necrotério municipal às alas da faculdade responsáveis pelo recolhimento de cadáveres para estudo. Ainda em 1918, o Dr. Arnaldo reportava-se à falta de um prédio apropriado:

Pondere V. Exa. no que de anormal há em distribuímos cadáveres para três casas diversas; julgue V. Exa. quanto me custa fazer isso com as devidas cautelas, para não ofender as suscetibilidades do público, sempre propenso a ver nos estudos anatômicos graves desrespeitos aos mortos e às respectivas famílias. Imagine também V. Exa. quão difícil é fazer também esse serviço com o devido asseio, para não melindrar a dignidade da Faculdade e a compostura dos cargos administrativos que ocupamos. Mas nem somente com o serviço de cadáveres se dão dessas coisas desagradáveis. Com o serviço de animais, com os três biotérios que possuímos, mais ou menos a mesma coisa acontece. Não pode haver um depósito de forragens e há, forçosamente, um aumento de serventes para que não pereçam o asseio e a higiene. Além do mais, não podemos nos ocultar da vista do público, que hipocritamente alardeia comiseração pelos animais empregados na biópsia<sup>44</sup>.

Os professores reiteravam cotidianamente esses pedidos. Queixavam-se das goteiras, dos encanamentos velhos e perfurados, do alagamento por esgotos, os quais estragavam os poucos livros e mapas existentes, e das aulas muitas vezes interrompidas pelo tropeço dos professores em assoalhos desgastados ou pelo excesso de alunos<sup>45</sup>. Na diminuta e incompleta biblioteca – que contava com apenas 124 títulos, grande parte doada por professores, alunos e algumas

44. Ofício n. 94, *apud idem*, p. 837.

45. *Idem*, p. 839.

instituições da cidade –, um único volume era perda considerável. Em 1916, a lista de assuntos e de doações<sup>46</sup> resumia-se a algumas revistas científicas, trabalhos produzidos pelos professores da Faculdade, obras literárias, relatórios oficiais do governo do Estado, dicionários e almanaques, livros de história do Brasil, leis e decretos do município e do Estado de São Paulo etc.

Ao lado de todas essas pendências, que desaguavam nos pedidos de construção de um prédio apropriado, havia também a urgência da construção das chamadas “clínicas”, que viabilizariam a observação, a pesquisa e os estudos concernentes a diversas cadeiras. Enquanto isso não acontecia, usavam-se as dependências da Santa Casa de Misericórdia. Nesse sentido, em 1913, o Dr. Arnaldo preocupava-se com um curso importante para a Faculdade – a clínica médica –, porque não existia, nas instalações da Santa Casa, lugar apropriado em que se o ministrasse segundo o regulamento:

Artigo 120. As clínicas serão lecionadas em duas conferências semanais e quatro aulas práticas, como exemplifica o art. seguinte; as demais disciplinas serão lecionadas em seis preleções semanais ou três preleções e três aulas práticas, conforme exija o assunto. Artigo 121. O estudo das clínicas consistirá na observação diária de doentes hospitalizados ou ambulantes, transportados para o anfiteatro sempre que não houver nisso inconveniente. Conduzido o doente para o anfiteatro, o lente chamará para junto de si um ou mais alunos, para fazerem os exames necessários ao diagnóstico e, quando for o caso, auxiliarem nas operações. O lente ou assistente guiará o aluno nos exames, interrogando-o, esclarecendo-lhe as dúvidas, e terminará sempre com uma preleção sobre o caso observado<sup>47</sup>.

Na falta de lugar apropriado para esse curso, mesmo com todas as observações e empecilhos, os alunos foram alocados na Santa Casa de Misericórdia, única saída possível, respaldada nas faculdades de medicina do Rio de

46. Doações de: Dr. E. Brumpt, Ulysses Silva, Dr. Oswaldo Cruz, Jayme Candelária, Horácio Figueiredo, Benjamim Reis, Livraria Alves, Livraria Magalhães, Cassio Malta, Faculdade de Ciências Jurídicas do Rio, Centro Universitário, União Pharmaceutica, Casa Vallardi, Grêmio Politécnico, Dr. Alfonso Bovero, Joaquim Queiroz, Anthero Galvão, Ernesto de Souza Campos, Sebastião Antunes e professor Rubião Meira. Alguns exemplos: *Revista de Manguinhos*, *Revista da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*, *Os Sertões*, *Relatórios Oficiais do Governo do Estado*, dicionários, almanaques, livros de história do Brasil, leis e decretos do município e do Estado de São Paulo.

47. Ofício n. 129, 4 out. 1913. *apud* Antônio da Palma Guimarães, *op. cit.*, pp. 845-846.

Janeiro e da Bahia que inicialmente haviam feito o mesmo. O poder político e institucional – afinal, o Dr. Arnaldo era também diretor da Santa Casa de Misericórdia – fazia valer o uso dessas dependências como um projeto viável, apesar das seguintes ressalvas:

Com o aumento da população, cresceu o número de doentes necessitados em nossa Capital. Todos eles encontram abrigo somente no único hospital que possuímos – o Hospital da Santa Casa. Resulta de aí um acúmulo de enfermos em suas enfermarias que ultrapassa tudo quanto permitem o bom senso, a higiene e a prudência. Compelidos pela necessidade, tivemos de colocar em nosso hospital camas em cômodos destinados a depósitos, em passagens, águas furtadas, porões e corredores, e de estender colchões pelos assoalhos. (...) [A solução seria a] criação das clínicas indispensáveis ao curso médico e a fundação de mais um hospital reclamado pela população<sup>48</sup>.

Nesse ano, o movimento da Santa Casa mostrava a precariedade de seu cotidiano. Segundo o próprio Dr. Arnaldo, os 480 leitos cumpriam as condições mínimas, mas, no dia-a-dia, o número de doentes internados e consultados excedia o número de vagas. O registro abaixo traz as ocorrências de abril de 1913:

Internações	
Existiam em tratamento em 1º de abril de 1913	798
Entraram durante o mês	1 098
Tiveram alta	945
Faleceram	80
Existem em tratamento	871

Em 1914, depois de enviar vários ofícios sobre a situação da Santa Casa, sem receber nenhuma resposta satisfatória, o Dr. Arnaldo, em tom de embate, mandou fotografias confirmando suas necessidades e reforçando suas solicitações:

48. Leis e Regulamentos referentes à Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, *op. cit.*, pp. 28-29.

Para ver V. Exa. não haver exagero em minhas afirmações, remeto junto fotografias das enfermarias da Santa Casa tiradas justamente no momento do serviço médico. Por aí verá V. Exa. o ponto a que chegamos, atingindo quase as raias do crime, consentindo tal aglomeração de doentes<sup>49</sup>.

Contudo, pedidos, ofícios e fotografias não foram suficientes para mobilizar as autoridades estaduais em prol do problema crônico que vivia o hospital ou remover as barreiras ao funcionamento de alguns cursos, com a criação das clínicas. A Santa Casa acabou acolhendo grande número de estudantes, o que esgotou, como era esperado, a capacidade didática do professor da cadeira e molestou muitos doentes que, tendo sido escolhidos como objeto de estudo de alguns cursos<sup>50</sup>, foram maltratados pela quantidade de alunos que os observavam e interferiam em seu estado.

Somava-se a esse quadro o encerramento da faculdade privada de medicina, o que agravou a superlotação nos cursos, com a grande procura desses alunos pela Faculdade de Medicina e Cirurgia, extrapolando a capacidade que já era exígua:

(...) a mocidade que, iludida em parte e em parte seduzida pelas facilidades oferecidas e acoroçadoras da preguiça, mas toda ela inebriada pelo fetichismo da carta – como se carta dispensasse saber –, compreende atualmente o logro em que caiu, e se volta para as casas onde o ensino é uma realidade, e como nesse número está a Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, bate numerosa à nossa porta<sup>51</sup>.

Para equacionar tanto as questões referentes à Santa Casa como as ao aumento do número de alunos, recorreu-se à última possibilidade – reduzir o corpo discente.

49. Mappa do movimento do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo no mez de abril de 1913, *Revista Médica de São Paulo*, anno XV, n. 11, 15 jun. 1913, p. 222.

50. O programa de clínica oftalmológica do professor catedrático J. P. Cruz Brito, por exemplo, deixava claro que o funcionamento de seu curso dependia dos ambulantes e indigentes que eram recolhidos na Santa Casa: “as aulas dependerão dos doentes e ambulantes que serão apresentados aos alunos, os quais, de acordo com os artigos 120 e 121 do Regulamento da Faculdade, serão guiados para os exames necessários ao diagnóstico, prognóstico e tratamento”. Em Programmas, horarios, coeficientes e lista de matriculados para o anno lectivo de 1917, aprovados em sessão da Congregação de 14 de novembro de 1916, São Paulo, Casa Duprat, 1917, p. 99.

51. Ofício n. 129, 4 out. 1913, *apud* Antônio da Palma Guimarães, *op. cit.*, p. 847.

Traz isso inconvenientes manifestados nas aulas de clínicas, onde a carência de espaço e acomodação embarça o ensino e maltrata os doentes em observação. Não há meios de melhorar as condições atuais na Santa Casa, que fez muitíssimo recebendo-nos como hóspedes. O remédio único para o caso seria construir os prédios indispensáveis para nossa Faculdade, coisa também difícil no momento que passa. Assim sendo, como remédio de ocasião, para evitar acúmulo, torna-se necessário limitar o Governo o número de alunos a recebermos anualmente. Esse número deve ser de cinquenta para o Ano Único do Curso Preliminar<sup>52</sup>.

Tais circunstâncias estavam a cargo do Dr. Arnaldo, que tentava, ao mesmo tempo, viabilizar o ensino médico em sua Faculdade e abrir as portas para a realidade que vivia a Santa Casa de Misericórdia, igualmente sob a sua direção. No caso da cadeira de Higiene, os problemas não eram visíveis apenas nos corredores superlotados, mas também nas páginas de seus manuais, os quais determinavam o respeito total às regras médicas e científicas ali assinadas, para alcançar os objetivos aspirados: a medida exata dos hospitais e suas dependências, bem como do número de doentes e do tratamento adequado. O rigor das técnicas e tecnologias ditadas pela higiene punha em questão as condições médicas, higiênicas e principalmente de cura da Santa Casa de São Paulo. Das dependências de um hospital exigiam-se, por exemplo, quatro a seis leitos por 1 mil habitantes, distância entre os doentes, separação da gravidade das doenças por pavilhões, mobiliários e peças particularmente pensados no âmbito da higiene. Tudo exatamente ao contrário da realidade vivida pelos doentes, médicos e estudantes<sup>53</sup>.

Ora, se a cidade sofria um “inchaço urbano”, com um enorme contingente populacional vivendo numa periferia assolada por doenças, falta de saneamento básico e de qualquer rede social de proteção, é possível relacionar parte das dificuldades enfrentadas pelo Dr. Arnaldo quanto à superlotação da Santa Casa de Misericórdia com a situação de grande parcela dos pacientes que para lá acorriam em busca da cura de seus males. Enfim, assistia-se ao entrecruzamento de vários interesses em torno da realidade complexa de um hospital dessa natureza.

52. Ofício n. 56(a), 19 mar. 1919, *apud* Antônio da Palma Guimarães.

53. Afrânio Peixoto e Graça Couto, *Noções de Higiene para Uso das Escolas*, *op. cit.*, pp. 507-509.

Diante dessas exigências estruturais, formalizadas para garantir que os cursos fossem ministrados dentro das linhas mestras propostas por cada lente, a direção da Faculdade tinha a preocupação de procurar docentes competentes para estabelecer e viabilizar as propostas de seus programas. No momento da formação dessa escola, os professores escolhidos representavam um dos grandes obstáculos a transpor, não só pelas dificuldades de sua formação, mas também pelas pressões políticas que sobreviriam em consequência de sua indicação. A forma da escolha refletia bem as condições em que o Dr. Arnaldo assumia a direção da Faculdade – as nomeações eram de sua responsabilidade direta. Assim, o poder de sua caneta era criticado pela falta de concursos, que fazia com que os docentes designados permanecessem sob seu controle. Sua presença nesse cargo atendia aos propósitos dos poderes estaduais – essa árdua tarefa era para um nome indiscutível não só na esfera médica e científica, como também na ordem administrativa e política do Estado. Nenhum outro seria tão modelar – suas incursões para imprimir constância e consistência ao curso apoiavam-se em sua biografia e sua trajetória profissional<sup>54</sup>.

Empossado até 1919, o corpo docente compunha-se principalmente de nomes da Santa Casa de Misericórdia, da Sociedade de Medicina e Cirurgia e de universidades estrangeiras. Procuravam-se médicos e cientistas de produção reconhecida, capazes de ampliar todas as aptidões da primeira elite médica de Piratininga, mesmo que nem todos os escolhidos e nomeados pudessem assumir imediatamente a cadeira. Os dois primeiros nomes vindos do exterior, os doutores Alfonso Bovero e Lambert Mayer, tiveram problemas ao chegar da Europa, devido à I Guerra Mundial, e assumiriam seus cursos somente em meados de abril. Em 5 de agosto, também em virtude da guerra, os professores Emílio Brumpt e Lambert Mayer voltaram para seus países.

Outras ausências ilustram o hiato entre idealização e concretização. No desenvolvimento de certos cursos, houve uma seqüência de substituições

54. Nadai defende essa idéia ao relacionar o Dr. Arnaldo, por seu histórico, sua produção científica, jornalística e política, à facilidade na arrecadação para a formação e o desenvolvimento da Faculdade: “considerado homem de forte personalidade, de segura ilustração, não vinculado à Universidade de São Paulo particular, o poder público nele encontrou a pessoa indicada para levar adiante seu projeto de escola médica. Desfrutando de grande prestígio junto à classe médica, junto ao poder com o conagraçamento do PRP e a conseqüente recondução do grupo dos Mesquita ao situacionismo, não teve dificuldades em amealhar para a recém-fundada instituição os melhores recursos de que pode dispor”. Em Elza Nadai, *Ideologia do Progresso e Ensino Superior: São Paulo, 1891-1934*, op. cit., pp. 279-280.

– a grande circulação de professores dava clara noção da desorganização que grassava. O episódio dos lentes de Fisiologia foi emblemático: a cadeira não tinha um professor específico, ao mesmo tempo em que outros cursos também sofriam alterações decorrentes dessas faltas. Entre 1914 e 1917, o problema ainda não tinha sido sanado<sup>55</sup>, levando a Faculdade a uma busca incessante de substitutos.

Esse fato, que poderia sugerir apenas a falta de opções para a condução de vários cursos encontraria, paralelamente, um movimento que nascia dos gabinetes de outros políticos influentes, os quais viam a Faculdade como mais um espaço para alocar suas indicações. Se a Faculdade de Medicina e Cirurgia era resultado da força política de determinados grupos de São Paulo, e o Dr. Arnaldo, uma de suas expressões, ele não era o único que se sentia apto a conduzir os rumos dessa escola. Ao mesmo tempo em que detinha o poder das escolhas, as cartas enviadas por outras autoridades desenhavam o movimento de diversas figuras que tentavam apadrinhar seus professores.

Exemplarmente, houve o pedido do Dr. Oscar Rodrigues Alves, recomendando insistentemente a nomeação do Sr. Raul Carvalho para a assistência de Clínica Cirúrgica. A resposta negativa revelava também as pressões de outros políticos, redundando em desgostos e inimizades. Segundo o Dr. Arnaldo, uma nomeação dessa natureza acarretaria a desconfiança de muitos e, por isso, deveria entender o Dr. Rodrigues Alves que:

55. “1914, março a abril: Inicia e está com o curso o substituto da 6ª secção, Dr. Ovidio Pires de Campos. 1914, abril a agosto, 11: Voltando para França em virtude da grande guerra o Prof. Lambert Mayer, reassume o curso substituto da secção, Dr. Ovidio Pires de Campos. 1917, janeiro, 17: Deixa a cadeira o lente catedrático Dr. Ovidio Pires Campos, transferido para a 2ª cadeira da Clínica Médica, sendo nomeado em substituição o Dr. Etheocles de Alcântara Gomes (decreto de 17 de janeiro de 1917). Fica em lugar deste, como substituto da 6ª secção, o Dr. Cantidio de Moura Campos, nomeado por decreto da mesma data; como preparador, é nomeado o Dr. Antonio Paula Santos. 1917, fevereiro, 15 a abril, 1: Assume a regência de cadeira (1ª parte) o Dr. Cantidio de Moura Campos. 1917, abril, 1 a julho, 16: Está com a regência da cadeira (1ª e 2ª partes), por impedimento do catedrático em licença, o Dr. Cantidio de Moura Campos, auxiliado pelo Dr. J. Garcia Braga, nomeado substituto interino, ficando em lugar deste, como preparador interino, o Dr. Raul Margarido da Silva, preparador efetivo da cadeira de Terapêutica. 1917, julho, 17: Reassume suas funções o catedrático Dr. Etheocles de Alcântara Gomes. Obtém licença o preparador Dr. J. Garcia Braga. Em sua substituição continua até o fim do ano letivo, como preparador da 2ª parte, o Dr. Raul Margarido da Silva.” Em *Ofício n. 308*, 9 dez. 1918, *apud* Antônio da Palma Guimarães, *op. cit.*, pp. 855-856.

(...) a intenção do amigo de nomear o Raul, intenção que enche de reconhecimento e, em força à eterna gratidão, vem manchar o muro de integridade onde me abrigo das calúnias e anular a altura com que respondo sempre a meus detratores. A intenção envolvendo o amigo será interpretada como um ato de filhotismo cuja autoria me será atribuída inteira. Nestas, como ficarei desmoralizado perante meus detratores – eles são muitos; todos médicos que não estão na Faculdade e alguns pouquíssimos, é verdade, que lá estão. Será, pois, difícil, em tais conjunturas, me manter na direção da Faculdade, onde só julgo possível minha permanência enquanto contra minha integridade moral se quebrarem os dentes da caniçalha. E a nomeação de Raul vem tornar suspeita essa integridade. Vê, pois, o amigo a posição em que me colocará sua generosidade<sup>56</sup>.

A resposta a essas ponderações dá a medida da indisposição gerada, constituindo mais um obstáculo diante daqueles que não aceitavam seus argumentos:

o amigo não tem razão nas considerações que faz a propósito da nomeação de Raul Carvalho para a assistência da clínica cirúrgica. Moço preparado e com desejo de trabalhar, o Dr. Raul seria uma magnífica aquisição para a Faculdade. Em todo o caso, não posso e nem devo forçar meu amigo a quebrar as normas de administração que traçou na Faculdade e lastimo apenas que a nossa Escola fique privada do concurso de tão competente auxiliar<sup>57</sup>.

Delineavam-se, assim, as primeiras contendas da Faculdade de Medicina e a busca incessante de soluções para tantas demandas. Mas, além dos prédios e dos professores, havia outras raízes em toda essa problemática, pois ainda não se falou dos alunos, os quais tinham características peculiares de formação, ou mesmo anuência da Faculdade que estava em marcha.

Quando a Faculdade foi fundada, pretendia-se, por meio de seu exame de admissão, formar classes homogêneas e de bom rendimento. No entanto, isso não acontecia “porque também estabelecia-se a possibilidade da dispensa desses exames aos portadores de diplomas dos Ginásios oficiais do Estado, das

56. Carta do Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho endereçada ao Dr. Oscar Rodrigues Alves, 9 jan. 1916. [manuscrito]

57. Carta de Oscar Rodrigues Alves endereçada ao Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho, 10 jan. 1916. [manuscrito]



Escolas Normais Secundárias, das escolas superiores oficiais, bem como aos candidatos que apresentassem certificados provenientes das bancas examinadoras e dos antigos Ginásios equiparados ao Ginásio Nacional<sup>58</sup>. Os exames de admissão ocorreram entre os dias 14 e 21 de fevereiro de 1913, com 160 candidatos inscritos e apenas 72 aprovados<sup>59</sup>.

Enalteceu-se a presença de mulheres, pois sua admissão no ensino superior fora pleiteada anteriormente pela própria classe médica. O Dr. Victor Godinho, para quem “as mulheres devem ter direitos iguais ou pelo menos quase iguais aos homens”, culpou a história passada pela criação de barreiras à emancipação feminina, glorificando “Lucrécia, a esposa fiel, e Cornélia, a mãe venturosa, cuja ventura consistiu em rejeitar o trono oferecido por Ptolomeu para dedicar toda a sua solicitude à educação de seus filhos, fazendo deles cidadãos mais prestantes da antiga Roma. Mas hoje, apesar de todas as senhoras serem Lucrécias e Cornélias, não conseguem mais atravessar os umbrais da imortalidade”<sup>60</sup>.

Esperavam-se, então, dessa primeira turma formada por homens e mulheres, os primeiros frutos da medicina paulista. Entretanto, ao deparar com a verdadeira formação e postura desses alunos, queixou-se o Dr. Arnaldo ao Secretário do Interior: “se não bastassem esses tropeços citados, para o bom funcionamento do curso médico, mais alguns poderíamos apresentar a V. Exa., dignos de atenção, de muitíssima atenção”<sup>61</sup>.

Nesses termos, era enfático ao referir-se à péssima qualidade do ensino secundário, desde a formação dos alunos até a presença duvidosa de diversas instituições particulares que vendiam diplomas falsificados, principalmente na capital<sup>62</sup>. Segundo ele, os alunos mal conheciam as quatro operações básicas da

58. Elza Nadai, *Ideologia do Progresso e Ensino Superior: São Paulo, 1891-1934*, op. cit., pp. 286-287.

59. “As matrículas se abriram a 26 de fevereiro, e encerraram-se a 11 de março. Matricularam-se 180 alunos, dos quais não falta um número com exame de admissão de todas as séries, pelo Ginásio do Estado, 16; diplomados em ciências e letras, 9; bacharéis em direito, 20; diplomados em ciências e letras por ginásios equiparados, 103; diplomados pela Escola Normal da capital, 22; transferidos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 8; e diplomados pela Escola Politécnica, 2.” Em *Memória Histórica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*, op. cit., p. 13.

60. Victor Godinho, “A Mulher nas Escolas Superiores”, *Revista Médica de São Paulo*, 31 maio 1906, n. 10, p. 202.

61. Antônio da Palma Guimarães, op. cit., p. 838.

62. Essa contenda foi particularmente significativa na cidade de São Paulo, em cujas instituições o ensino secundário traduzia, por meio de suas regulamentações e posturas cotidianas, traços

matemática e tinham quase nenhuma formação na língua de Camões. O Secretário do Interior, Altino Arantes, depois de ter recebido a carta e os protestos do diretor da Faculdade, relatou ao Presidente do Estado, Rodrigues Alves:

(...) não tenho, todavia, razão para acreditar ter sido muito pessimista, afirmando não ser preparada a generalidade dos alunos matriculados. Um fato, que repercutiu escandalosamente na sociedade – a falsificação de diplomas –, autoriza-me a assim pensar. Como V. Exa. sabe, em consequência desse incidente, de todo o ponto deprimente para o nosso ensino secundário, recusei, como de nenhum valor, títulos de bacharéis em ciências e letras por determinados estabelecimentos de educação. Essa medida de caráter um tanto largo veio apanhar em suas malhas um certo número de candidatos à matrícula, dizendo-se portadores de diplomas legítimos<sup>63</sup>.

Com a autorização de Rodrigues Alves, constituiu-se uma banca especial de exames para os que se diziam prejudicados pelo procedimento. A partir dos resultados desta, concluiu Altino Arantes: “Pois bem, esses bacharéis em ciências e letras foram encontrados em tão ruins condições de preparo científico como quaisquer dos examinados reprovados. Tanto assim que nenhum deles logrou vencer os obstáculos à admissão, apesar, insisto, da benevolência das mesas”<sup>64</sup>.

Questionavam-se, além disso, a própria orientação intelectual e os programas oferecidos, que, baseados na formação bacharelesca de seus alunos, não priorizavam as áreas necessárias ao curso médico, como a química,

que recrudesciam o embate sobre a fundação de uma faculdade de medicina. Em seu trabalho sobre o ensino de História nas primeiras décadas do século XX em São Paulo, Bittencourt salienta as mazelas criadas pelo ensino privado no nível secundário, o que compreendia as instituições ginásiais e os primeiros anos preparatórios, pois, se a cidade de São Paulo crescia vertiginosamente em população, com finalidades cosmopolitas, não seriam a quantidade ou o investimento de escolas públicas o espelho das mudanças ocorridas – entre os anos de 1920 e 1930; enquanto os colégios particulares chegavam a 40, havia um único ginásio oficial. A péssima qualidade de ensino devia-se à presença de determinadas escolas que lutavam contra a idéia de ensino seriado, visando aos lucros que adviriam dos exames parcelados. Mesmo com a reforma de 1901 de Eptácio Pessoa, obrigando as escolas a se equipararem à seriação indicada pelo Colégio Pedro II, os exames parcelados continuaram sendo adotados. Em Circe Bittencourt, *Pátria, Civilização e Trabalho: O Ensino de História nas Escolas Paulistas, 1917-1939*, *op. cit.*

63. Relatório apresentado ao Dr. Francisco de Paula Rodrigues Alves (Presidente do Estado de São Paulo) pelo Secretario do Interior Altino Arantes, ref. 1912, *op. cit.*, p. 19.

64. *Idem, ibidem.*

a física e as ciências naturais. Alunos educados em escolas equiparadas ou em escolas normais e secundárias eram vistos como incapacitados, por “não oferecerem garantias suficientes de preparo científico para a matrícula na Faculdade”<sup>65</sup>. A capital constatava o desnível entre o sonho da obtenção das “melhores cabeças”, para que em solo paulista nascessem os melhores médicos, e a realidade de uma elite despreparada para os anseios civilizatórios.

Mesmo assim, cultivava-se o sonho. A escolha do sistema de notas e de avaliações efetivou-se a partir do regulamento da Escola Politécnica, trazido por seu diretor, Antonio Francisco de Paula Souza, da Suíça, onde havia estudado. Pretendia-se o maior rigor em todo o processo avaliativo, para garantir a boa formação dos alunos da Faculdade, bem como a respeitabilidade decorrente desse procedimento.

Nos dias 16, 17 e 18 de julho, aplicaram-se os exames parciais, compostos por quatro provas anuais em diferentes cadeiras. Os graus alcançados seriam somados à classificação das avaliações do final do ano. Segundo a direção da Faculdade, os resultados teriam revelado muito pouco estudo, pois, apesar da benevolência de muitos professores nas correções, as notas foram baixas. Em 11, 12 e 13 de agosto, procedeu-se ao segundo exame parcial e, nas palavras do Dr. Arnaldo, uma série de confusões tomara conta dos corredores e das salas de aula, devido aos alunos que, “tendo consciência das notas de que eram merecedores nas provas pela segunda vez apresentadas, resolveram, antes de conhecer o julgamento dos últimos exames parciais, manifestar seu descontentamento para com os professores que não premiavam com boas notas provas ruins”<sup>66</sup>.

Para Ernesto Souza Campos, aluno da primeira turma, outras razões moveram os alunos contra o regime de provas. Mesmo defendendo as atitudes da Faculdade e desaprovando as ações que geraram uma crise institucional, o estudante lembrou:

(...) os dois primeiros exames parciais de física e química processaram-se irregularmente. Os alunos foram concentrados em pequena sala da Escola de Comércio, onde mal podiam caber. Em bancos comuns e carteiras exíguas, comprimiam-se uns contra os outros, como as andorinhas sobre um fio de telefone. Improfícua qualquer tentativa de

65. *Idem*, p. 20.

66. Ofício n. 118, 17 set. 1913, *apud* Antônio da Palma Guimarães, *op. cit.*, p. 862.

fiscalização. Edmundo Xavier, professor experimentado nas lidas estudantinas, retirou-se para uma sala vizinha. Deixou os moços entregues a seu preparador, jovem médico recém-formado, que nada poderia fazer para manter a disciplina (...) resultou dessa circunstância que a grande massa da turma ficou classificada abaixo da nota 5 para um máximo de 20, quer dizer, 2,5 para o sistema atual, em que a nota mais alta vale 10<sup>67</sup>.

Pelo sistema de notas, apenas um zero em qualquer cadeira reprovaria o aluno em toda a série, sem dependências. Muitos professores da própria Faculdade questionavam ou não compreendiam a regra, que podia ser assim resumida:

A aprovação não era considerada por cadeiras. Só em conjunto. Poderia o estudante obter notas brilhantes em determinada disciplina e não ser nela aprovado se lhe faltasse, ao final, a soma necessária dos pontos para ser aprovado no total da série escolar. Os pontos atingiam o máximo de mil. Seiscentos podiam ser conseguidos durante o ano e quatrocentos no fim do curso, como resultados dos exames orais, que eram obrigatórios. Para a aprovação, exigiam-se seiscentos pontos e fração. Assim, o aluno que alcançasse o máximo durante o ano, ainda dependeria de uma fração para ser aprovado. Por outro lado, não podia ser dispensado de qualquer exame escrito, prático ou oral<sup>68</sup>.

Esse sistema avaliativo teria suscitado o levante de grande parte dos alunos, que criticavam o professor Xavier e o Dr. Arnaldo. Estes, por sua vez, reiteravam seus propósitos, decidindo que as aulas deveriam voltar ao normal. No entanto, no dia 14 de agosto, o Dr. Arnaldo relatou que os alunos, “ao entrarem em aula dos professores Bourrol e Brumpt, prorromperam numa assuada que não teve maiores conseqüências por, segundo depoimento posterior de alunos, ser uma das vítimas das vaias, estrangeiro e acanharem-se os vaiantes”. Contudo, “não se deu a mesma coisa com o Dr. Edmundo Xavier, que, naturalmente por ser *brasiles*, podia ser desacatado impunemente por alunos nacionais”<sup>69</sup>.

De acordo com Ernesto de Souza Campos, os “alunos rebeldes” teriam sido insuflados pelos dirigentes da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que, em oposição à Faculdade de Medicina oficial, acreditavam ser possível arruinar essa escola. Independentemente dos verdadeiros

67. Ernesto Souza Campos, *História da Universidade de São Paulo*, p. 353.

68. *Idem, ibidem*.

69. Ofício, n. 118, 17 set. 1913, *apud* Antônio da Palma Guimarães, *op. cit.*, p. 862.

articuladores desses levantantes, o Dr. Arnaldo foi obrigado a cerrar as portas durante alguns dias, não apenas devido às vaias contra o Dr. Xavier, mas também à violência dos alunos que, dirigindo-se à sua clínica particular, depredaram-na, ameaçando a liberdade de ir e vir do professor – “certa vez, em que o referido se encontrava no prédio da Escola de Comércio, não podia sair diante das ameaças de agressão”<sup>70</sup>.

Entre 16 e 21 de agosto, com as atividades da Faculdade paralisadas, o Dr. Arnaldo tentou apurar os culpados, mas não conseguiu nenhum nome que justificasse uma ação dentro do regulamento da Faculdade, cujo regime de punição era claro. Dizia o capítulo XVI:

Artigo 209. As penas disciplinares que poderão ser impostas aos alunos, conforme a gravidade do caso, são as seguintes: a) advertência reservada; b) advertência feita em aula; c) suspensão por tempo determinado; d) eliminação. Artigo 210. São competentes para imposição das penas: 1<sup>ª</sup>) o secretário-bibliotecário à advertência reservada; 2<sup>ª</sup>) os lentes e professores, quanto às de advertência reservada e em aula; 3<sup>ª</sup>) o diretor, quanto a estas e à de suspensão; 4<sup>ª</sup>) a congregação, quanto a todas elas<sup>71</sup>.

Enquanto os alunos condenavam o sistema de avaliação, uma lista com onze nomes foi levada à diretoria pelos bedéis, que ajuizaram serem aqueles os responsáveis pelos transtornos. A dificuldade era dupla: havia dúvidas quanto aos verdadeiros responsáveis pelos acontecimentos, e também o sobrenome que ostentavam muitos daqueles alunos<sup>72</sup>. O enigma persistiria, pois a estratégia dos alunos consistia em cada acusado apresentar quatro colegas de classe que jurassem sua inocência. Diante disso, decidiu-se não punir ninguém e voltar ao ritmo normal das aulas a partir do dia 23.

O retorno às aulas trouxe novas vaias aos professores Brumpt e Xavier, o que levou a diretoria, já atordoada, a fechar a Faculdade e a convocar a Congregação, que, a 3 de setembro, de acordo com o artigo 210 do regula-

70. Ernesto Souza Campos, *História da Universidade de São Paulo*, *op. cit.*, p. 354.

71. Leis e Regulamentos referentes à Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, *op. cit.*, pp. 38-39.

72. Eram eles: Francisco Antonio Dell'ape, Afonso Mariano Fagundes Junior, Jovino Soares, Octavio Silveira da Motta, Arthur Costa Filho, Mario Florence Teixeira, J. de Toledo Mello, Antonio Leopoldino dos Passos Junior, Francisco de Paula Palmerio, Gaudencio Quadros Filho, J. Candido Pinto. Em Ofício n. 118, 17 set. 1913, *apud*, Antônio da Palma Guimarães, *op. cit.*, p. 863.

mento, suspendeu por um ano todos os alunos presentes à aula em que se tinham dado as perturbações. Puniram-se 95 alunos, dos quais 59 recorreram à Congregação. No dia 16, os resultados das provas parciais geraram novos conflitos em sala com o Dr. Xavier e mais 34 suspensões, bem como a proibição de entrada aos alunos. Àquela altura, alguns deles, considerados pelo Dr. Arnaldo os “melhores da Faculdade”, que não participaram dos acontecimentos, apresentaram-se à diretoria para repudiar os atos ocorridos e colocarse ao lado da instituição<sup>73</sup>.

O número total de matriculados em 1913 foi 180, mas “mantiveram-se apenas 70, perderam o ano por faltas 58, e 52, por indisciplina. Nos exames finais, só seriam promovidos 34, e reprovados, 36”<sup>74</sup>. Em seu relatório, o Dr. Arnaldo dá as cores do desfecho diante do número de suspensões e conseqüentes reprovações no ano inaugural da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo: “os alunos castigados pela Diretoria organizaram enterros simbólicos em que, dando asas aos seus instintos de desordeiros e arruaceiros, quebraram placas dos escritórios dos professores e provocaram outras desordens até caírem sob a repressão policial”<sup>75</sup>.

Esse desfecho teria sido fruto do apoio não apenas da Congregação, mas também do Centro Acadêmico Oswaldo Cruz (CAOC), fundado em meados de 1913. Inicialmente, esse centro acadêmico contou com alunos que fizeram oposição às posturas dos professores e da direção, sendo, por isso, desligados da Faculdade e, conseqüentemente, do CAOC. Os que lá permaneceram foram exatamente aqueles que se posicionaram favoravelmente à instituição<sup>76</sup>.

73. “Eram eles: Benedicto Oscar de Carvalho Franco; Benjamim Reis; J. Ferreira dos Santos; Odette dos Santos Nora; Jayme Candelaria; S. Comparato; Henrique Dante de Castro; Luiz Fortunato de Arruda Botelho; Antonio Furlan Junior; Flaminio Favero; S. dos Santos Bonfim; Austin Ribeiro Vilella; Ernesto de Souza Campos; Floriano Smith Bayma; Arnaldo Meira Cassinelli; Getulio M. Coelho de Castro; Edmundo Venturelli; J. Passos da Silva Cunha; Orlando Meirelles Pinto; Antonio Cyrino Filho; Herculano da Silva Macuco; Antonio Cerveira Gomes; Annibal Ortiz Patto; J. Verissimo de Oliveira; Raphael Fighera; Ernesto de Campos; Philemon Marcondes; J. Baptista Brasileiro; Messias Fonseca; Pedro Basile; S. Osorio de Azevedo Antunes; J. Carlos Gomes; M. Vicente Euryster Lofiego; João Procopio; Gennarino Berardinelli e J. de Toledo Mello.” *Idem*, pp. 869-870.

74. Ernesto de Souza Campos, *História da Universidade de São Paulo*, *op. cit.*, p. 354.

75. Ofício, n. 118, 17 set. 1913, *apud* Antônio da Palma Guimarães, *op. cit.*, p. 872.

76. “Presidente: Ernesto de Souza Campos, Vice-Presidente: Synesio Rocha, 1º Secretário: Sebastião Antunes, 2º Secretário: D. Odette dos Santos Nora, 1º Tesoureiro: Benjamim Reis, 2º Tesoureiro: J. Ferreira Santos, 1º Orador: J. Passos Cunha, 2º Orador: Renato de Lacerda.” *Idem*, p. 5.

Assim, o CAOC ganhou a missão de colaborar com a diretoria e os desígnios imputados pela escola, de modo a torná-la mais um exemplo de força e poder. Veja-se o caso envolvendo um professor contratado<sup>77</sup> e uma mobilização discente que se organizava contra ele na ocasião da declaração de guerra do Brasil contra a Alemanha, pois o professor, de nacionalidade austríaca, tinha formação alemã e, mais que isso, considerava-se um alemão. A manifestação tornou-se passeata pela cidade, por intermediação do CAOC, que levou aos seus líderes o pedido de demissão do Dr. Arnaldo, caso houvesse confronto nas dependências da Faculdade. O grupo manifestante acatou essas considerações e deslocou seu protesto para o centro da cidade, sem maiores incidentes. Também coube ao CAOC exigir a demissão do mesmo professor, por suas referências, em sala de aula, contra uma grande personalidade de São Paulo, sendo por isso exonerado<sup>78</sup>.

Em meio às turbulências entre alunos, professores e a direção da Faculdade, o Centro Acadêmico lançou uma revista e, em julho de 1916, exibia em suas primeiras páginas, pelas palavras do catedrático de Fisiologia, o Dr. Ovidio Pires de Campos, a obrigação de se retirar das mãos daqueles que promoviam e acirravam as lutas internas entre os alunos e a Faculdade qualquer participação na entidade. O material aludia à importância da transferência do Centro Acadêmico para a responsabilidade dos que apoiassem e ajudassem a edificar o nome da Faculdade de Medicina. Assim, o CAOC não era apenas um órgão representativo dos alunos, mas também veículo dos professores e de suas discussões de foro político e científico:

É muito para louvar-se este belo empreendimento dos seus dirigentes, que, assim, e ainda uma vez, dão evidentes mostras de como nítida e claramente souberam compreender, interpretar e tornar efetivos os verdadeiros intuitos do grêmio – a cuja superintendência emprestam boa parte do seu esforço e da sua atividade, e o seu natural ardor –, obstando a que, das elevadas cogitações de ordem científica, pudesse o “Centro” resvalar, e despenhar-se, e vir achatá-lo nos baixios infrutuosos das lutas e competições pessoais. Ao “Centro” lhe não bastaram as primícias de, pela sua tribuna, haver inaugurado e solidamente estabelecido a obra altamente meritória de vulgarizar as boas doutrinas e de disseminar por entre os seus associados aqueles dos princípios que os devem guiar e a que se deve jungir no exercício da sua futura profissão:

77. Seu nome não foi divulgado.

78. Ernesto de Souza Campos, *História da Universidade de São Paulo*, op. cit., p. 348.

quis ir além, decidindo, com raro acerto, que, nas páginas desta revista, essa mesma obra – assim tão auspiciosamente levada a cabo – se continuasse, mais ampla e mais intensa, e se perpetuasse, irmanando, na mais completa e perfeita comunhão de ideais, mestres e discípulos<sup>79</sup>.

Contudo, diante da precariedade da formação dos alunos, da falta de estrutura oferecida pela cidade no aparelhamento físico dos prédios e até da estabilidade política universitária pretendida pelo Dr. Arnaldo, a relação que nasceria com a Fundação Rockefeller apareceu como uma possível saída. De acordo com um estudo de Maria Gabriela Marinho, a Fundação era uma agência internacional com poderes modelares sobre instituições locais, buscando atingir um espaço de intervenção científica para obter resultados na implantação de modelos de ensino e pesquisa em áreas estratégicas como a física e a genética<sup>80</sup>. Com esse objetivo, agindo como órgão de caráter filantrópico, mas “atuando privadamente em setores de interesse público, agiu no sentido de selecionar pesquisadores, apoiar grupos de pesquisa e fornecer recursos para compra de equipamentos e instalação de infra-estrutura destinada à pesquisa científica”<sup>81</sup>.

A Fundação Rockefeller se pretendia representante da ciência e do bem da humanidade e buscava adesão a seus propósitos filantrópicos pragmáticos e conservadores. Assim, com a intenção de fincar suas posições científicas e ideológicas por meio desse apoio, em 1915, depois de estudar as condições gerais de saúde pública e do ensino médico na América Latina, enviou uma comissão para visitar o Equador, o Peru, a Venezuela, a Colômbia e o Brasil, país finalmente escolhido para sua atuação.

Segundo Marinho, a aliança entre a Fundação Rockefeller e a Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo começou um pouco antes de o pedido ser formalizado pela direção da Faculdade, mas a vinculação formal data de 1916, com a solicitação, do próprio Dr. Arnaldo, de apoio para o estabelecimento de duas cadeiras – Higiene e Patologia –, com trabalhos a serem iniciados em 1918. Os motivos alegados pela Fundação Rockefeller para a

79. *Revista de Medicina* (Órgão do Centro Acadêmico Oswaldo Cruz da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo), n. 1, ano 1, jul. 1916, pp. 3-4.

80. Maria Gabriela S. M. C. Marinho, *Norte-americanos no Brasil: Uma História da Fundação Rockefeller na Universidade de São Paulo (1934-1952)*, p. 52.

81. *Idem*, p. 34.



escolha dessa escola médica foram a aproximação do Brasil e dos Estados Unidos a partir da I Guerra Mundial e a base intelectual e científica que o Estado de São Paulo já tinha e proclamava com sua Faculdade de Direito, com a Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz (1901), com o Instituto Bacteriológico (1893) e o Instituto Agrônômico (1887)<sup>82</sup>. Aos motivos apresentados, somou-se o fato de ser uma escola jovem, sem vícios ou tradições que obstassem os planos da Fundação.

Todos os avanços implementados no cotidiano da Faculdade e a preponderância das posturas da Fundação na retificação do estatuto existente, na organização de novas cadeiras, normas e linhas científicas evidenciariam que, mais do que participar, a Fundação praticamente reorganizaria a instituição, como mostraram a criação do departamento de higiene, a formação de estudantes em universidades e instituições norte-americanas, o financiamento para a construção de prédios e laboratórios adequados e o expressivo aumento da carga horária de algumas cadeiras.

Também foi de extrema importância a introdução de inúmeras publicações na biblioteca – *Journal of Morphology*, *The Journal of Comparative Neurology*, *The American Journal of Anatomy*, *The Anatomical Record*, *The Journal of Experimental Zoology*, *Bulletin of The Wistar Institute* e *Memoirs of Wistar Institute*, entre outras. O pensamento médico norte-americano ganhava terreno em solo paulistano e trazia aos doutorandos as novas linhas de pesquisa que seriam implantadas a partir dessas produções científicas.

Ao mesmo tempo, os trabalhos e pesquisas desenvolvidos em São Paulo deveriam ser enviados para as instituições norte-americanas, a fim de que elas apreendessem toda a produção referente às doenças tropicais no Brasil e na América Latina. Entre 1918 e 1925, mesmo havendo questões a serem articuladas e sanadas nesse projeto, principalmente a partir da morte do Dr. Arnaldo, em 1920, a Fundação organizou a Faculdade segundo uma outra estrutura, por meio de quatro especialistas enviados para acompanhar as mudanças:

(...) pode-se afirmar que eles, em graus diferenciados, monitoraram o processo de adequação institucional da estrutura existente na escola até então ao modelo da Fun-

82. Maria Gabriela S. M. C. Marinho, *O Papel da Fundação Rockefeller na Organização do Ensino e da Pesquisa na Faculdade de Medicina de São Paulo, 1916-1931*, op. cit., p. 58.

dação Rockefeller. Assim, podem ser identificados como responsáveis diretos pelo acompanhamento das reformas que foram se sobrepondo à estrutura acadêmica anterior, participando e intermediando os ajustes e negociações empreendidos pelas duas instituições. Foram eles: Samuel Taylor Darling (1918 a 1920) e Wilson G. Smillie (1921 a 1923) para a cadeira de anatomia e histologia patológica e Robert Archibald Lambert (1923 a 1925) em substituição a Klotz<sup>83</sup>.

Esse empreendimento resolveu grande parte das questões surgidas nos primeiros anos da Faculdade, apontando novos caminhos para a pesquisa e para o ensino médico, mesmo que essas mudanças tenham ocorrido a partir de tensas relações geradas na intermediação entre a Fundação Rockefeller, que impunha suas normas de maneira autoritária e abrupta, e as autoridades do Estado de São Paulo que, vendo-se intimidadas, obstruíam muitas dessas articulações. Entretanto, os relatórios da Fundação mostram, entre as tarefas que se iam desenvolvendo entre críticas e desacordos, uma interpretação “muito peculiar” do Estado de São Paulo, como um lugar “atípico” no país, pois tinha uma “raça superior” e progressista:

(...) presentemente a população [do Brasil] se compõe de negros incapazes, brancos parasitas de origem portuguesa e uma grande porcentagem de seus descendentes híbridos, com traços aqui e ali de características indígenas (...) o Brasil Sul, começando no Estado de São Paulo, foi colonizado por portugueses destemidos e autoconfiantes que desde o começo cruzaram com índios nativos, desenvolveram uma estirpe brasileira resistente, estabeleceram-se nas estreitas margens costeiras de Santos e logo passaram a explorar e conquistar o interior (...) tais Estados do Sul, tendo a vantagem de um clima mais frio e mais variável e uma população muito mais viril, têm sob sua conta o futuro do Brasil. É o homem branco autoconfiante que está expandindo a fronteira e deitando as fundações de uma civilização mais progressista. O Estado de São Paulo é o centro e a alma desse movimento, com o Rio Grande do Sul prometendo se tornar um importante segundo lugar. A esperança do Norte reside na liderança do Sul e no sangue novo desses Estados e da Europa<sup>84</sup>.

83. *Idem*, p. 73.

84. Maria Gabriela S. M. C. Marinho, *Norte-americanos no Brasil: Uma História da Fundação Rockefeller na Universidade de São Paulo, 1934-1952*, op. cit., pp. 55-56.

## A CASA DE ARNALDO: A CONSTRUÇÃO DE UMA TRADIÇÃO

Mesmo diante de todas as demandas consubstanciadas no dia-a-dia dos seus primeiros anos, a Faculdade de Medicina não deixou de criar seus emblemas e erigir seus símbolos, e neles respaldar a força que deveria representar. Exatamente nesse contexto, no momento em que não tinha a sonhada independência – unindo-se à Fundação Rockefeller –, as idealizações de sua imagem se ergueram pelos simbolismos de uma tradição que ela já alegava possuir.

A Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo era, antes de tudo, parte de um centro formador das elites e, como tal, deveria aliar-se a outras instituições escolares, faculdades e centros de estudo para formar o cidadão que lá ingressava e, ao mesmo tempo, socializar, em seus conteúdos, os feitos das elites, agentes únicos na construção e coesão nacionais<sup>85</sup>. Se essa postura era visível nas escolas primária e secundária, não o era menos nas escolas de ensino superior e, em especial, na Faculdade de Medicina, onde se cultivavam diariamente as insígnias republicanas – a bandeira, o hino nacional e o escudo das armas –, inclusive com uma seqüência de atos patrióticos que a Faculdade deveria exercitar semanalmente. Isso porque a reafirmação desses símbolos nacionais e republicanos a serem incorporados pelo conjunto da população também se dava nos centros formadores, que deveriam conhecer suas insígnias pátrias, dedicando-lhes manifestações de consideração e solenidade.

Na cidade de São Paulo, as festas cívicas contavam com a presença da classe médica e de todas as suas instituições. Dessa forma, em 1920, o Dr. Rezende Puech defendeu a presença obrigatória de sua corporação nas celebrações do centenário da Independência<sup>86</sup>. Para ele, a classe médica espelhava a gênese da nação brasileira, cujo solo fundante seria solenizado pelos escúlpios

85. Por esse projeto republicano e nacional para as instituições de ensino, particularmente as paulistas, postulava-se como missão da escola o "(...) ensino das tradições inventadas, preferencialmente a coesão nacional em torno do passado único, construtor da nação, justificava a preocupação na organização das atividades cívicas criadas para reforçar a memória. As tradições nacionais não poderiam, dentro deste contexto, ser tratadas apenas pelos livros didáticos acompanhados de preleções dos professores em sala de aula. As festas e comemorações, discursos e juramentos tornaram-se partes integrantes e inerentes da educação escolar". Em Circe Bittencourt, *Pátria, Civilização e Trabalho*, op. cit., p. 167.

86. Sobre o período compreendido entre 1922 e 1925, a partir da refundação da memória nacional, com reflexões sobre a memória da proclamação da independência do Brasil, ver importante trabalho de Noé Sandes, *A Invenção da Nação entre a Monarquia e a República*.

e estudantes de medicina. São Paulo e seu povo eram exaltados como os “autênticos” representantes desse novo Brasil, cabendo aos médicos, por meio de sua presença legitimada, reafirmar essa posição. Da capital, esperava-se que, “por todas as grandiosas manifestações de sua operosidade, [demonstrasse] que não foi por simples obra do acaso que o Ipiranga recolheu o grito de *independência ou morte!*”. Com esse impulso, a paulicéia se provava merecedora do que o Dr. Puech chamou de desígnios da providência<sup>87</sup>.

A própria Faculdade consubstanciava essas práticas, participando dos desfiles nas comemorações oficiais, mostrando sua distinção institucional não só pelo culto patriótico, mas de suas próprias alegorias. Criava-se internamente a identidade de um grupo que se somaria aos símbolos pátrios, com um diferencial: as insígnias de paulistanidade.

Entre os emblemas forjados com traços constitutivos dos símbolos nacionais e as insígnias de uma faculdade de medicina, o estandarte seria paradigmático. Logo em 1916, o CAOC buscou recursos para sua confecção, por contribuições no chamado Livro de Ouro, visando a adesão dos próprios membros do centro acadêmico e também da Congregação, pois esse estandarte representaria toda a Faculdade. Sobre sua criação, disse a *Revista de Medicina*:

Os trabalhos de pintura do estandarte deverão ser entregues ao distinto pintor Sr. Oscar Pereira da Silva; os de marcenaria, ao Liceu de Artes e Ofícios e os de escultura, ao conhecido Sr. Julio Starace, que se ofereceu para fazer gratuitamente esse trabalho. Sendo o Estandarte do Centro o mesmo da Faculdade de Medicina, a diretoria submeteu o projeto à aprovação da Congregação, que nomeou os senhores doutores Ovídio Pires de Campos, Guilherme B. Milward e Adolpho Lindemberg para darem parecer<sup>88</sup>.

Assim viabilizou-se sua construção, contando inclusive o Sr. Ramos de Azevedo:

Já a diretoria anterior havia, para esse fim, depositado a importância de 60\$000 na Caixa Econômica. A diretoria conseguiu importantes donativos tanto de alunos

87. Rezende Puech, “Discurso em Comemoração do 25º Aniversário da Fundação da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo e Inauguração da Nova Sede e da Posse da Nova Directoria”, *Gazeta Clínica*, anno XVIII, n. 3, São Paulo, 1920, p. 41.

88. *Revista de Medicina*, anno 1, n. 1, *op. cit.*, p. 53.



Fig. 4. Estandarte da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, 1913.  
Fonte: Berta Ricardo Mazzieri, *Símbolos da Medicina*, p. 25.

como de lentes da Faculdade. O total colhido entre os alunos monta a 1:570\$000. Procurando dar execução aos seus propósitos, a diretoria entendeu-se com o insigne engenheiro Dr. Francisco Ramos de Azevedo e pediu-lhe elaborasse um projeto do estandarte. Aquele cavalheiro, com a requintada gentileza que o caracteriza, prontificou-se ao desempenho do trabalho, prometendo-o em breve<sup>89</sup>.

Meses mais, e estava pronto o estandarte da Faculdade, assim composto:

(...) o inspirado pintor paulista, Oscar Pereira da Silva, traçou o painel em que tomou como elemento dominante da composição a figura de Higéia, caminhando para o primeiro plano, ainda não alcançado, e onde folhas de louros forram a estrada. O fundo da composição é ocupado pelo sol que ilumina o templo de Esculápio e a estrada que dali parte. O templo, sob a forma de frontão e colunas dóricas, ergue-se em Epidaurus, na proximidade do oceano, onde se deram as primeiras manifestações de vida animal registrada pela ciência. Ao longo da estrada palmilhada por Higéia, vêem-se as reproduções simbólicas de Hipócrates, Galeno e Bichat, os grandes gênios da medicina, este último pelo seu tratado de anatomia geral, publicado um ano antes de sua morte, ocorrida em 1801 (...) estavam, pois representadas a história antiga e contemporânea<sup>90</sup>.

Cumprir observar que os símbolos presentes no estandarte buscavam um passado remoto e sua adequação atualizada naquele momento, abrindo a possibilidade para novas formulações. Como bem indicou Hobsbawm, essas “tradições inventadas” consistiam em adaptações que conservavam velhos costumes em novas condições, com a intenção de formular novos fins: “Instituições antigas com funções estabelecidas, referências ao passado e linguagens e práticas rituais podem sentir necessidade de fazer tal adaptação”<sup>91</sup>.

Sintomaticamente, o estandarte demarcava justamente a conexão entre o passado longínquo da prática médica e a modernidade de sua ciência que, representada na iluminação da cabeça da Higéia, ultrapassa os tempos, carregando a sabedoria rumo às mudanças. Mas havia outros ele-

89. *Idem*, p. 9.

90. Berta Ricardo Mazzieri, *Símbolos da Medicina*, p. 24.

91. Eric J. Hobsbawm e Terence Ranger, *A Invenção das Tradições*, *op. cit.*, p. 13.

mentos da imagem que a Faculdade cunhou pela aproximação dos símbolos da pátria brasileira republicana: o estandarte era bordado em tecido amarelo com orlas e franjas verde-amarelas e um semicírculo azul no centro, inequívoca referência à bandeira republicana. Trazia o nome da Faculdade de Medicina e Cirurgia em evidência e São Paulo no lado direito, acima do templo dórico.

Todas as insígnias deveriam estar ali, expressando uma tradição pela comunhão entre o passado imemorial dos primeiros animais, o berço do homem do ocidente, e os avanços da ciência médica moderna – compondo o que Marilena Chauí chama de *mito fundador*:

(...) ao falarmos de mito, nós o tomamos não apenas em seu sentido etimológico de narração pública de feitos lendários da comunidade (isto é, no sentido grego da palavra *mythos*), mas também no sentido antropológico, no qual essa narrativa é solução imaginária para tensões, conflitos e contradições que não encontram caminhos para se resolverem no nível da realidade (...) se dizemos mito fundador é porque, à maneira de toda *fundatio*, esse mito impõe um vínculo interno com o passado como origem, isto é, com um passado que não cessa nunca, que se conserva perenemente presente e, por isso mesmo, não permite o trabalho da diferença temporal e da compreensão do presente enquanto tal<sup>92</sup>.

Dados os descaminhos e empecilhos vividos pela Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, é sugestivo um estandarte com símbolos pelos quais se pretendiam solver os contratemplos que subtraíam à Faculdade justamente aquilo por que ela mais lutava: respeito institucional e tradição de autoridade científica na formação de seus doutorandos.

A essa afirmação nacionalista somavam-se as tradições universitárias e suas alegorias, símbolos de tradição, hierarquia e distinção vistas no dia da formatura, com o recebimento do diploma, solenidade que também encerrava esses emblemas e que era mais uma vez ritualizada pelas esferas mais importantes da política estadual. A representação que envolvia a figura do médico ganhou ainda a coloração das reminiscências e da atemporalidade, pelas alternativas, ornamentos e movimentos que caracterizavam a colação de grau como ápice da “sacralização de sua imagem”.

92. Marilena Chauí, *Brasil: Mito Fundador e Sociedade Autoritária*, p. 9.

A primeira turma colou grau em 28 de dezembro de 1918, no salão nobre da Escola Politécnica, com a presença de vários membros da política paulista: Altino Arantes, presidente do Estado; Cândido Rodrigues e Oscar Rodrigues Alves, representantes do Sr. Secretário da Justiça, do Gal. Barbedo, do Secretário da Agricultura, do comandante geral, da Força Pública, a Congregação da Faculdade de Medicina e grande número de familiares dos formandos.

Os lentes eram os primeiros a investir-se do cerimonial, por meio de seus paramentos, regulamentados pelo Governo Federal e delineados pela Faculdade:

a beca dos lentes e substitutos trará sobre o braço direito, bordadas a ouro, duas palmas em semicírculo e ligadas inferiormente. Sobre a beca, cobrindo o ombro esquerdo, usarão os lentes e substitutos uma murça verde, a dos lentes, orlada de arminho. A murça do diretor será vermelha e, no mais, como a dos lentes. Os lentes e substitutos terão o anel mencionado, sendo, porém, cercado de brilhantes e esmeralda<sup>93</sup>.

A cerimônia dos formandos constava de várias proeminências. Do juramento de Hipócrates à colação de grau, em latim, mas que podia ser lida em português<sup>94</sup>. Após o juramento, feito individualmente diante do diretor da Faculdade, este respondia: “Ide e meditai as obras do pai da medicina, regule-se a vossa vida pela dele e os homens cobrirão de bênçãos o vosso nome. Recebei este anel como símbolo do grau que vos confiro.”<sup>95</sup>

93. *Idem*, p. 139.

94. “Ego (N. N.) promitto me in exercenda medendi arte, fidelem semper exhibiturum honestatis, charitatis, scientiaeque praeceptis. Lares ingressus, oculi mei tamquam coeci erunt, muntunque os ad commissa secreta rite servanda, quod pro munere honoris praecipuo habebō : nunquam etiam disciplinam medicam ad mores corrumpendes, fovendave crimina utar.” [“Prometo que, ao exercer a arte de curar, me mostrarei sempre fiel aos preceitos da honestidade, da caridade e da ciência. Penetrando no interior dos lares, meus olhos serão cegos, minha língua calará os segredos que me forem revelados, o que terei como preceito de honra; nunca me servirei da minha profissão para corromper os costumes ou favorecer o crime. Se eu cumprir este juramento com fidelidade, goze eu a minha vida e a minha arte com boa reputação entre os homens e para sempre; se dele me afastar ou infringir, suceda-me o contrário.”]

95. Arnaldo Vieira de Carvalho, “Discurso do Paranympo na Cerimônia da Colação de Grau”, *Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia*, São Paulo, 1918, p. 91.



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE MEDICINA



CAPELO



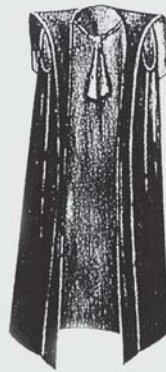
BORLA



BARRETE



BECA



CAPA

GATEDRÁTICO: BORLA, CAPELO, BECA, CAPA  
DOCENTE-LIVRE: BARRETE, BECA, CAPA

Fig. 5. Componentes do vestuário cerimonial, segundo conhecimento médico, s/d.  
Fonte: Berta Ricardo Mazzieri, *Símbolos da Medicina*, op. cit., p. 80.

O “anel de doutor” em formato de serpente<sup>96</sup> com uma esmeralda ladeada por dois brilhantes<sup>97</sup>, a beca e a borla aprovadas pelo governo, o capelo e todos os movimentos ideados para o recebimento do título<sup>98</sup> compunham uma aura que envolvia sua efígie e, mais que conferir o diploma de uma profissão, elevavam esse ato ao que Chartier chamou de “teatralização da vida social”.

A sessão solene selou-se por palavras do Dr. Arnaldo, associando a profissão médica às mais eloqüentes exaltações pátrias, com os paulistas rumo à construção de um Brasil higiênico e moderno:

Tendes sobre as outras classes nacionais uma imensa vantagem; o domínio médico, vosso domínio, portanto, é ardentemente desejado pela população do Brasil. Pois de outra forma se não compreende o fato de, na Terra de Santa Cruz, cientistas e ignorantes, mestres e discípulos letrados e analfabetos, políticos e indiferentes, proclamarem a invalidez nacional, classificarem a pátria de imenso hospital, de trecho pestilento das Américas, cujo saneamento urgente imploram aflitos, como se pedissem vida e pão para filhos famintos. Todos reduzem nossos variados problemas nacionais a uma só coisa – ao restabelecimento da saúde da nação!<sup>99</sup>

Nação que, como mostravam muitos médicos, precisava das mãos saneadoras desses profissionais, principalmente no interior. O paraninfo reiterava a mensagem. Em suas palavras, o nosso caipira era:

96. “A serpente, representação terapêutica de Esculápio, deus romano da medicina, subsiste até hoje como símbolo da profissão médica. Trata-se originalmente de uma serpente não venenosa que vivia em árvores; assim como a vemos hoje, enrolada no bastão do deus da medicina, parece representar uma espécie de mediação entre a terra e o céu.” Joseph L. Henderson, “Os Mitos Antigos e o Homem Moderno”, em Carl G. Jung (org.), *O Homem e Seus Símbolos*, p. 154.
97. “Simbolizando o compromisso com a profissão, o anel com esmeralda significa fidelidade ao juramento, tornando pessoa e profissão inseparáveis. Na Idade Média, atribuíam-se à esmeralda poderes de cura, clarividência, fertilidade e imortalidade. Ela aparece ainda como renovação da natureza, símbolo de primavera e de vida.” Em Berta R. Mazzeri, *Símbolos da Medicina*, op. cit., p. 79.
98. “O vestuário da cerimônia era repleto de símbolos medievais: a beca reproduzia a roupa clerical da época em que a Igreja detinha parte do saber e ligava-se à Universidade. Túnica longa, preta, capa curta jogada sobre ela; a borla, barrete doutoral colocado sobre a cabeça do doutorando, enquanto ele faz o juramento, signo de dignidade, distinção e doutoramento.” *Idem, ibidem*.
99. *Idem*, p. 95.

um eterno faminto, nunca saciado, não sabendo comer como deve, impedido de comer como precisa. Ele vive a iludir o estômago com enorme volume de mandioca pouco nutritiva e compensadas cargas de feijão inerte que, graças aos maus dentes e à péssima mastigação, transita-lhe pelos intestinos retendo aparentemente nas couraças intactas da episperma os tesouros da proteína, privando-o assim de alimentos plásticos para constituição do arcabouço (...) O prêmio é tentador, meus jovens colegas. Disputai-o com ardor. A vitória vos espera. E em que serão por vossas glórias honrados confiam os vossos mestres. Parti confiantes!<sup>100</sup>

A partir desse mesmo ano e com a presença ativa da Fundação Rockefeller, a Faculdade de Medicina e Cirurgia, sediada em um novo edifício a ser construído, ganharia novos campos de pesquisa e ensino. Em 1920, lançou-se a pedra fundamental da sede oficial. No discurso do diretor, era mais uma obra representativa do avanço paulista e de seu governo:

(...) o edifício especialmente construído para a Escola Médica paulista, que já é um dos elementos mais eficientes do progresso do nosso Estado, que será sua mais fulgente glória e cuja organização foi inapreciável honra a mim conferida. Os edifícios que se iniciam são segurança de duração, fecunda e autonomia da instituição fundada pelo Estado. Sem casa própria não pode funcionar bem uma escola, como sem esqueleto logicamente armado não há organismo bem adaptado ao meio e ao fim, e sem boa adaptação não há função eficaz<sup>101</sup>.

Ainda segundo o Dr. Arnaldo, esse novo teto ultrapassaria seu objetivo mais elementar e assumiria a expressão, mais uma vez reiterada, da força estadual. A Faculdade seria como um templo de saber e glória, de ciência e poder:

Inaugurai as novas construções, Sr. Presidente, rematai vossa obra, e rematai-a certo de juntar mais um aos muitos louros do nosso estado. O novo edifício será o templo da nascente religião avassaladora do mundo, dessa síntese de medicina e higiene, única que consagra a igualdade, pratica a fraternidade e redimirá a humanidade, criando um homem sadio, o homem bom<sup>102</sup>.

100. *Idem*, p. 96.

101. Arnaldo Vieira de Carvalho, "Discurso Realizado no Lançamento da Pedra Fundamental do Novo Edifício da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo", *A Gazeta Clínica*, anno XVIII, n. 3, 1920, p. 35.

102. *Idem*, p. 36.

Por sua trajetória profissional e política, e por palavras como essas, o Dr. Arnaldo fez jus a uma homenagem que pretendia firmar sua perenidade – um busto em bronze. Mas esse tributo seria frustrado pela sua morte repentina em 5 de junho de 1920 por septicemia. Diante desse fato inesperado, realizou-se uma série de atos póstumos no dia 17 do mesmo mês, inclusive com o próprio busto, que seria colocado nas novas dependências da Faculdade de Medicina. Professores, alunos e o novo diretor da instituição reportaram-se com deferência a sua imagem que, a partir de então, simbolizaria a origem da medicina paulista e a reputação da escola.

O novo diretor, Dr. Ovídio Pires de Campos, eternizou a presença do Dr. Arnaldo não apenas pela inauguração oficial, mas pelas palavras que proferiu quando recebeu o busto em sua homenagem:

não queria que a cerimônia daquele momento ultrapassasse os trâmites protocolares e, assim, pedia permissão para, declarando oficialmente inaugurado o busto em bronze de Arnaldo Vieira de Carvalho, que deveria ser colocado na entrada do futuro edifício da Faculdade, no Pavilhão “Arnaldo Vieira de Carvalho”, ler o discurso que o pranteado diretor escrevera para pronunciar quando lhe fosse oferecida a peça”<sup>103</sup>.

No mencionado discurso, o Dr. Arnaldo agradecia pela consideração ao seu trabalho e ao de vários médicos que, como ele, fizeram de sua trajetória profissional uma obediência “às leis do civismo, que mandam prestarmos à pátria os serviços de que seus filhos nos julgam capazes; é, em suma, o cumprimento de um dever (...) Riscai, pois, meus amigos – eu vos peço – do marco hoje erigido o referente a minhas ações e, em seu lugar, permiti que se inscrevam vossos nomes e vossos cargos. Que o bronze perene registre vossos atos”<sup>104</sup>. Dentre todos os pedidos, esse seria negado; muito pelo contrário, a nova Faculdade ficaria conhecida como “a casa de Arnaldo”.

Para os esculápios da época, seu enterro foi memorável para o cidadão paulistano que se orgulhava daquele que parecia ter ultrapassado todos os impedimentos sem deslizes e cheio de glórias. Na *Revista de Medicina*, o dia de sua passagem figurou como um marco da história da Faculdade e de toda a cidade de São Paulo. O cortejo fúnebre atraiu a população, que se juntava à

103. *A Gazeta Clinica*, anno XVIII, n. 3, 1920, p. 85.

104. *Idem*, p. 90.

classe médica presente. À frente, o estandarte ostentava a estima e a harmonia reinantes em toda a instituição.

No discurso de um aluno, os votos eram de que a Faculdade prosseguisse com feitos que espelhassem os êxitos de uma jornada já encetada e os frutos dessa tradição. Comparava a escola “a uma grande árvore de selva exuberante, galhos fortes e entrelaçados. A idade já lhe deu desenvolvimento às raízes, hoje profundas, abraçando um quinhão de terra generosa e fértil; os ramos folhudos bracejam, procurando o espaço azul sem limites; o tronco já suportou a impiedade de muitos invernos (...) que nesta grande árvore não morram suas folhas – as tradições que ela, embora nova, já representa”<sup>105</sup>.

Segundo alguns doutores, durante meses o culto à sua lembrança parecia revivê-lo nos corredores de seu trabalho e nas ruas da capital por onde andava, envolvendo todos os seus habitantes: “increspa-se ao povo desta terra o timbre do bairrismo, tão bem marcado na nobilíssima família dos Andradas; mas regionalismo não é o reivindicarmos para São Paulo Arnaldo Vieira de Carvalho como o médico mais genuinamente brasileiro e paulista, pois não teve a sua arte cirúrgica aprendizagem estrangeira: formou-se exclusivamente em nosso meio. Ele é nosso – *noster est!*”<sup>106</sup>

Em 1922, dois anos após o choque causado pelo falecimento do Dr. Arnaldo, a *Revista de Medicina* publicou um número especialmente dedicado a ele. Vários amigos escreveram sobre seu trabalho, sua vida particular e sua enfermidade, ora tentando ratificar seu lugar de herói da medicina paulista, ora listando os problemas por ele enfrentados, evidenciando desacertos e procurando compreender determinadas posições.

A Santa Casa era uma delas – durante todo o tempo em que esteve à frente da instituição e principalmente quando assumiu a Faculdade de Medicina, teriam sido dele, Dr. Arnaldo, as maiores solicitações para ampliar os pavilhões e reformar alas do hospital. Jamais logrou esse intento, mas vezes o isentaram da responsabilidade por aquela conjuntura precária:

Se nas enfermarias ainda é objetável o acúmulo de doentes em manifesta desproporção com a cubagem das salas, se é gritante o contraste da sua superlotação com as exigências da moderna higiene hospitalar, se é condenável a promiscuidade em que se mantêm operados limpos, assépticos, e casos supurados, é porque, nesses deta-

105. *A Gazeta Clinica*, anno XVIII, n. 7, 1920, p. 89.

106. *Idem, ibidem*.

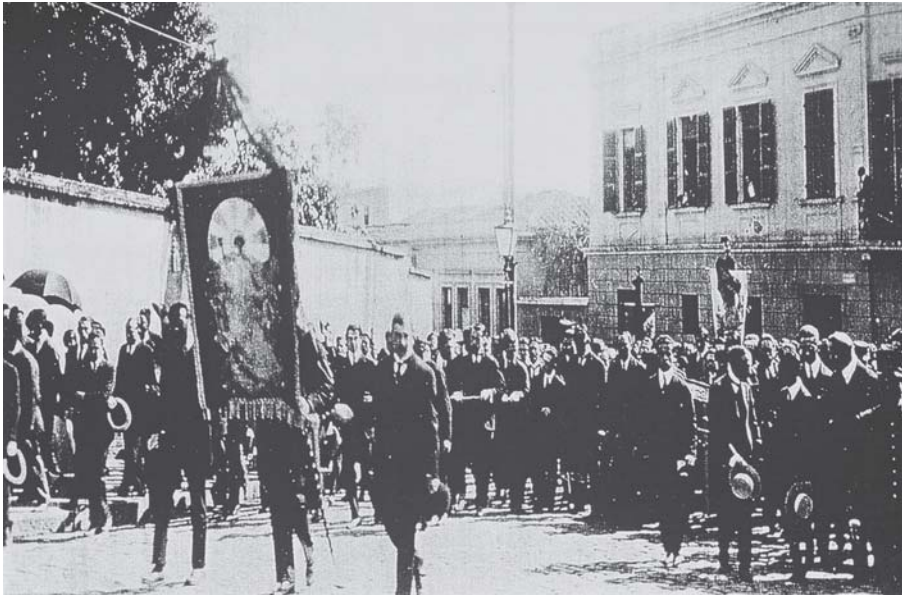


Fig. 6. Cortejo do Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho. À frente o estandarte, símbolo da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, 1920.

Fonte: Berta Ricardo Mazzieri, *Símbolos da Medicina*, *op. cit.*, contracapa.

lhes, a ação de Vieira de Carvalho sofreu entrave das circunstâncias irremovíveis que zombaram do seu esforço, por isso que o mal apresentava raízes inacessíveis à mais violenta terapêutica. Sabe Deus quando será possível extirpá-las! Nem por isso constitui menos essa casa um atestado imperecível da operosidade tenaz, da atuação bem orientada e do espírito progressista de seu pranteado diretor<sup>107</sup>.

Nas considerações sobre seus predicados de diretor da Faculdade de Medicina, era lembrado em todos os artigos como o benemerente, audacioso e heróico diretor. Pelo amor à profissão, não temia nada; nem a morte. Era a imagem do médico que enfrentara, junto com seus alunos, a gripe espanhola em 1918:

Quando, em 1918, a gripe nos bateu à porta, ele foi dos primeiros a se movimentar em favor dos desprotegidos, organizando e dirigindo hospitais, encorajando alunos da Escola no cumprimento da divina missão de mitigar a dor alheia – a morte? Mas que importa morrer, se com isso temos o nosso dever cumprido? E foi assim que aquele punhado de moços partiu quase alegre para a luta contra o mal, que tomara proporções espantosas. Uns, não mais retornaram do combate; outros, se debateram por muito tempo, presos da moléstia, triunfando afinal; todos cumpriram sua obrigação<sup>108</sup>.

Em seu trabalho como cirurgião, era equiparado aos melhores do mundo, revolucionando pela quantidade e qualidade de intervenções realizadas:

Sim, era um verdadeiro e santo furor cirúrgico, essa ânsia de espancar todas as trevas, esse empenho intenso em remover para sempre de nosso campo operatório todas as possibilidades de uma infecção das feridas. A idéia da nossa completa emancipação no mundo das bactérias toldava-nos o espírito. Acreditávamos piamente que fazíamos obra meritória, cada vez que o sucesso operatório correspondia plenamente aos nossos planos preconcebidos sem pôr em risco a vida dos pacientes, embora não respeitando funções fisiológicas normais. Como todos os grandes cirurgiões contemporâneos, Arnaldo, em plena mocidade, havia já praticado cerca de 4 mil laparatomias, extirpando ora o útero, ora as trompas, ora os ovários. Foi uma época de delírio, foi uma época de sangue!<sup>109</sup>

107. Nicolau de Moraes Barros, “Arnaldo Vieira de Carvalho: Lição Inaugural da Clínica Ginecológica”, *Revista de Medicina*, anno VI, n. 21, 1922, p. 19.

108. *Idem*, p. 6.

109. Luis Pereira Barreto, “Arnaldo Vieira de Carvalho: Um Detalhe Biográfico”, *Revista de Medicina*, São Paulo, anno VI, n. 21, 1922, p. 8.

Nas palavras do Dr. Vergueiro Steidel, o Dr. Arnaldo era o médico dos desprovidos, aquele que se inquietava com a dor dos pacientes da Santa Casa. Revoltava-se contra a pobreza, mesmo no momento em que agonizava em seu leito e, horas antes de sua morte teria dito “à sua amantíssima esposa, quando ela velava sua cabeceira, que novos e magníficos argumentos lhe acudiam ao espírito, sobre essa questão social”. Por esse empenho desmedido, no dia de seu falecimento, pessoas de todos os cantos da cidade foram prestar-lhe sua homenagem: “vimos acorrer à sua casa desconhecidos e pobres que vinham de longe para contemplar pela última vez o rosto inanimado de seu benfeitor, comovendo, com suas lágrimas sinceras, os que tinham a felicidade, única naquele momento, de contemplar semelhante espetáculo”<sup>110</sup>.

Finalmente, a revista compôs uma nova divisa, vinculando a formação dos futuros médicos ao vulto do Dr. Arnaldo. Ser formado pela Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo era compartilhar os valores de seu fundador e a tradição de uma escola. A partir de então, sua bênção era obrigatória para todos aqueles que por ela passassem: “Atendei e meditai na vida e obra do Pai desta Faculdade. Modele-se a vossa vida pela dele, e os homens cobrirão de bênçãos o vosso nome”<sup>111</sup>.

Mas não eram esses sentimentos de gratidão ou de lisonja que ocupavam o pensamento do Dr. Arnaldo pouco antes de sua morte. Num de seus últimos manuscritos, intitulado *Memórias*, ele fez um balanço de sua vida. O que poderia ter sido um espaço para celebrar sua trajetória profissional e política revelava, ao contrário, amargura e ressentimento. Nas primeiras linhas, chega a duvidar da importância de escrever sobre sua vida:

E para quê escrever? Para ser útil à humanidade? Para elevar a pátria? Para alçar-se a gente em pedestal glorioso? São sonhos róseos de uma noite apenas – aquela em que, emocionados por um juramento solene, recém-vestidos de um sacerdócio, adormecemos embalados por visões suaves de um porvir risonho, convencidos sinceramente de aos novos encargos assumidos corresponder à sociedade, deles usufruir com algum reconhecimento. Puro engano. Ao despertar na manhã seguinte, já

110. F. Vergueiro Steidel, “Arnaldo Vieira de Carvalho”, *Revista de Medicina*, São Paulo, anno VI, n. 21, 1922, p. 14.

111. *Revista de Medicina*, anno VI, n. 21, *op. cit.*, p. 6.



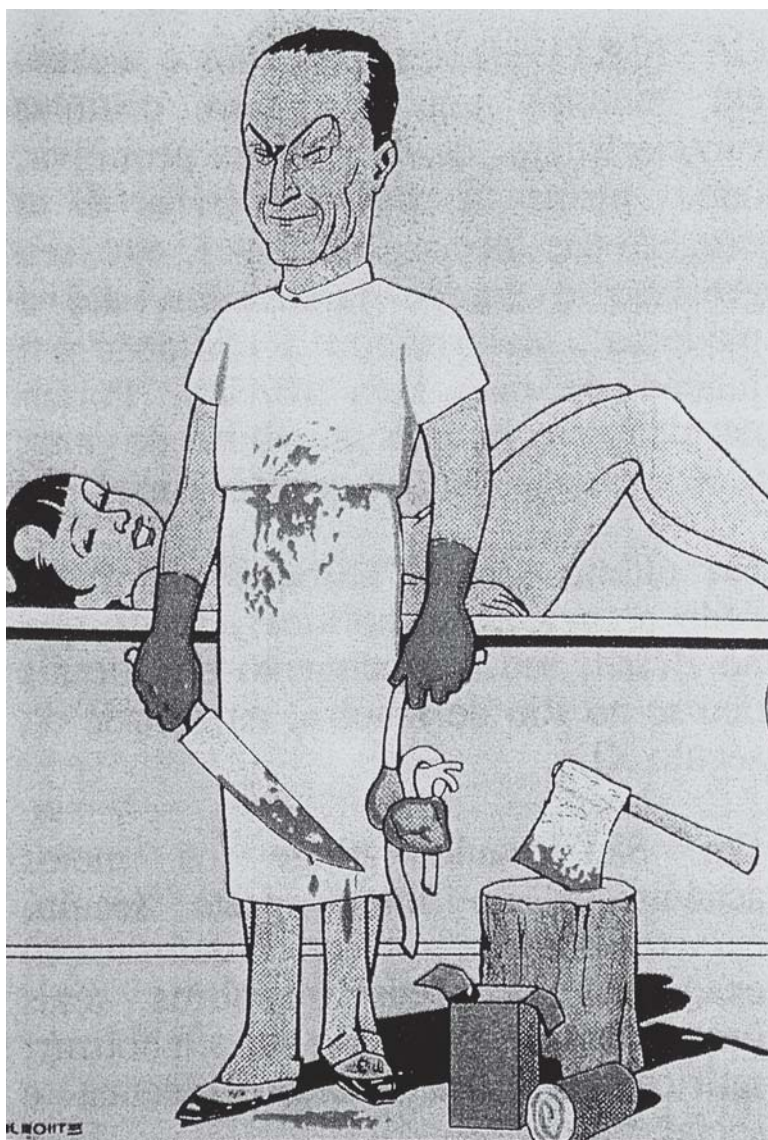


Fig. 7. “Foi uma época de Sangue!”, Caricatura, 1920.

Fonte: Berta Ricardo Mazzieri, *Símbolos da Medicina*, op. cit., p. 30.

sentimos pungir os primeiros espinhos da concorrência pérfida e desleal, o amargar da ingratidão e do pouco caso<sup>112</sup>.

Essas mágoas envolviam sua carreira profissional e toda uma gama de circunstâncias que o acompanharam desde os primeiros anos de formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro<sup>113</sup> e, mais tarde, durante seu estabelecimento em São Paulo. Naquele tempo, a prática médica tinha contornos desconhecidos para o recém-formado doutor. Todavia, foi surgindo a compreensão do jogo de forças políticas que determinaria os caminhos das instâncias médicas e dos próprios médicos. Em suas palavras, sua presença logo foi sentida e incorporada aos meios médicos e políticos, sofrendo, desde cedo, o peso de seu sobrenome:

Muito cedo senti quanto é grande a deslealdade dos colegas. Quando recebi o grau, meu pai ocupava um dos lugares de vice-presidente da província – foi isso em 1888 – consideração essa dispensada pelos conservadores de então a um correligionário digno de alto valor moral e científico. Por essa razão, fui pelos conservadores nomeado médico da Imigração, em substituição de um colega idoso a quem a moléstia prostrava e vagorosamente matava. (...) Essa nomeação era um cumprimento ao membro da União Conservadora e não um prêmio a meu mérito. Quem meu filho beija, minha boca adoça – eu bem compreendi<sup>114</sup>.

No mundo político em que viveu, era claro para ele que, na direção de qualquer instituição médica, enfrentaria problemas tanto de ordem técnica como política, e que a constituição da Faculdade de Medicina certamente lhe daria ocasião para reafirmar essa posição.

Em suas *Memórias*, afirmava que, quando as tentativas de viabilizar seus projetos pareciam tê-lo, enfim, levado a uma saída honrosa, surgia um embaraço particular, referido de modo reticente e considerado insolúvel. Segundo suas divagações, esse obstáculo inscrevia-se no próprio homem, que

112. Arnaldo Vieira de Carvalho, *Memórias*, pp. 2-3. [manuscrito]

113. Sobre o passado inocente a que se refere, note-se que sua tese de doutorado foi aprovada com distinção pela cadeira de Clínica Médica e Cirurgia de Crianças. Sob o título *Da Coxalxia, Fórmulas Clínicas, Diagnóstico Diferencial e Tratamento*, foi defendida em 17 de dezembro de 1888, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

114. *Idem*, pp. 10-11.

não alterava suas atitudes ou vícios pelo aprendizado, não observava as cantigas da sobrevivência, com os terríveis exemplos narrados pelos moralistas e pela família: “assim é o homem – sempre presumido, sempre vaidoso, julga alheios insucessos e desastres, consequência da pouca inteligência de seus semelhantes e, por isso, repete sempre a imensa série de tolices e asneiras”<sup>115</sup>. Pensava do homem que era como um peixe que, durante toda a experiência de sua vida, via a isca fingar seus iguais, mas nem com isso aprendia a lição.

115. *Idem*, pp. 8-9.



## Considerações Finais

*Pugnamos constantemente pelos princípios tidos universalmente como os mais moderados e os mais racionais. Fomos das primeiras nações que aboliram a pena de morte em sua legislação, depois de a termos abolido muito antes na prática. Modelamos a norma de nossa conduta entre os povos pela que seguem ou parecem seguir os países mais cultos, e então nos envaidecemos da ótima companhia. Tudo isso são feições bem características do nosso aparelhamento político, que se empenha em desarmar todas as expressões menos harmônicas de nossa sociedade, em negar toda espontaneidade nacional.*

SÉRGIO BUARQUE DE HOLANDA

A forma pela qual as elites dirigentes do país estruturaram e erigiram em símbolo a figura do médico por todo o território nacional revela a espécie de alicerce com que se esperava neutralizar os obstáculos ao êxito da marcha do capitalismo. Na avaliação dos médicos, a construção da nacionalidade enfrentaria o óbice que representava a “degeneração física e moral de seus filhos”. Mesmo fugindo das peias das teorias raciais que vigoravam no século XIX, a evidente situação de abandono e o predomínio das enfermidades que avançavam sobre a população colocavam *sub judice* qualquer vinculação entre a excelência da natureza do país e seu povo. O presente estava em discussão, mas o futuro parecia comprometido.

A medicina e seu rigor científico pretendiam não só garantir a erradicação das endemias mais urgentes, mas também definir o futuro do Brasil e dos brasileiros. Nas mãos dos esculápios reuniam-se as competências que operariam a transformação daquele doente e de toda a sua descendência. Assim nasceria um Brasil com um povo ativo e um território em plena manifestação civilizatória, pois, afinal:

(...) não só pelo indivíduo se interessa a Higiene, senão também, e ainda por ele, a sua ascendência, de onde ele virá, e a cuja semelhança será feito. Porque a herança é a memória da descendência, e, como a espécie é contínua, será cada ser uma reminiscência dos que o precederam. É que há alguma coisa de eterno no ente efêmero, caduco, contingente, que é o indivíduo: é a capacidade de criar, como foi criado, o “depósito” ou o “legado” de vida que não viverá só, mas que deve transmitir a outras criaturas<sup>1</sup>.

As instituições médico-sanitárias e seus representantes, por sua vez, encontravam nessa missão regeneradora as especificidades que dariam delineaamentos ímpares às suas condutas nos locais visitados, na realidade encontrada. Nessa “cruzada nacional”, perceberam que a diversidade populacional e as histórias que permeavam a vida dessas localidades influenciavam os diagnósticos, demandavam posturas estranhas à ciência médica e lançavam incertezas sobre o rigorismo técnico a ser aplicado. Neste trabalho, procuramos apontar os elementos que devem ser priorizados no estudo da organização e implementação das instituições médicas e sanitárias instauradas no final do século XIX.

Assim, a discussão científica e os encaminhamentos práticos empregados por essas instâncias também devem ser analisados a partir das polêmicas e divergências que desaguavam em respostas e prioridades muito mais plurais do que os discursos médicos e científicos declaravam, não sendo difícil acompanhar as dissensões em torno de projetos a serem implementados e choques entre instâncias de posturas divergentes. Era a busca dos esculápios por legitimidade profissional e poder institucional: “Como é doloroso, como é deprimente para nossa própria dignidade profissional que, para a solução de um problema científico, seja quase necessário que cada um de nós apresente primeiro uma certidão de folha corrida e um atestado autêntico de probidade pessoal!”<sup>2</sup>

No caso paulista, a reafirmação do Estado como referência para o Brasil – também pelos seus dispositivos médicos e sanitários – era corroborada pelos discursos e posturas que se formulavam paralelamente ao cenário político central. A discussão do “paulistanismo” – sempre proclamado como fonte de poder e domínio paulista – era incrementada com argumentos dos órgãos

1. Afrânio Peixoto, *Higiene*, *op. cit.*, p. 20.

2. *Revista Médica de São Paulo*, n. 14, 31 jul. 1904, p. 328.

médicos e de saúde pública. A propalada “excepcionalidade sanitária” nada mais era do que a ratificação dessa concepção, ou seja, as instituições médicas e seus representantes lograram, por meio do discurso científico e dos relatórios oficiais, instituir São Paulo como o Estado que viabilizaria o projeto civilizador e progressista que se tentava implantar e que, de antemão, era objeto de avaliações positivas e calorosas.

Os médicos responsáveis pela restauração de São Paulo julgavam conhecer bem a realidade a ser modificada, pois os resultados de suas ações e seus ímpetus progressistas começavam a ser reconhecidos nas cidades do interior e na capital (graças à medicina e ao sanitarismo) como decorrência de uma força maior – os originais impulsos bandeirantistas, que animaram a missão de arrematar a grande obra desbravadora e progressista do povo de Piratininga.

Figuras ilustres como Emílio Ribas e Arnaldo Vieira de Carvalho afirmavam a competência técnica e a ilibada origem. Seus discursos públicos conduziam sempre à idéia de que todo o aparato médico e sanitário instituído levaria à erradicação de epidemias e ordenaria tanto o mundo rural como o urbano – evidentemente, em São Paulo esses discursos adquiriam coloração especial. Em congressos e encontros entre especialistas, mostravam uma alegada harmonia entre as instituições que representavam, as instâncias do poder público e a própria população. O efeito dessa convergência seriam os resultados positivos alcançados, afirmavam.

Mas havia problemas. O caminho era muito mais árduo e tortuoso do que se dizia. A “medicina bandeirante” tinha seus limites, seus impasses e uma imensa dificuldade em fazer de São Paulo, e principalmente da capital, a locomotiva sanitária do país. Na paulicéia, a idéia de uma medicalização totalizadora e controladora do tecido urbano não passou, em muitos casos, de mero arremedo, devido à conjuntura de várias doenças e seus vetores. Por maior que fosse o esforço pessoal ou tecnológico, empecilhos desvirtuavam prognósticos e invertiam a ordem que se desejava estabelecer e que deveria ser cientificamente possível.

Além do mais, as instituições médicas e sanitárias aglutinadas em solo paulistano enfrentaram dificuldades internas para sua formação. Os confrontos entre instâncias municipais e estaduais interferiram na organização e no direcionamento dos projetos a serem implementados, o que acabava por comprometer a saúde de seus habitantes. Paralelamente, tinham que fazer valer suas prerrogativas frente a essa mesma população, que nem

sempre correspondia às exigências postuladas, mas que queria ser atendida em suas necessidades. Enfim, a trajetória da “desbravadora medicina paulista”, como bem resumiu um médico do início do século, “não correu sem tropeços”<sup>3</sup>.

3. Arthur Mendonça, “Relatório do Anno de 1913 da Associação Médica Beneficente de São Paulo”, *Revista Médica de São Paulo*, 31 mar. 1913, p. 98.



## Locais de Pesquisa

Arquivo Nacional do Rio de Janeiro

Arquivo do Estado de São Paulo

Biblioteca da Faculdade de Direito - USP

Biblioteca do Departamento de História-Geografia, FFLCH – USP

Biblioteca da Faculdade de Medicina – USP

Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública – USP

Instituto Clemente Ferreira

Museu Histórico da Faculdade de Medicina – USP

Museu de Saúde Pública Emílio Ribas



# Fontes

## I - ANUÁRIOS E MAPAS ESTATÍSTICOS

Anuário Estatístico do Estado de São Paulo de 1900 a 1914.

Annuario Estat. do Brazil (1908 a 1912), Rio de Janeiro, Typ. da Estatistica, 1916.

Relatório Estatístico do Serviço anti-rábico durante o anno de 1913 pelo Dr. Carini, Instituto Pasteur. *Revista Médica de São Paulo*, anno XVII, n. 11, São Paulo, 15 jun. 1914.

Mappa do Movimento do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo no mez de Abril. *Revista Médica de São Paulo*, anno XV, n. 11, 15 jun. 1913.

## II - DISCURSOS, CRÔNICAS E PARECERES

ALMEIDA, Garfield. “A noção de responsabilidade”. *Revista do Brazil*, anno I, vol. III, São Paulo, Propriedade de uma Sociedade Anonyma, set./dez. 1916.

ALMEIDA, Miguel Ozório de. “A Mentalidade Científica no Brasil”. *Folha Médica*, Rio de Janeiro, anno I, n. 15, 16 set. 1920.

ALMEIDA JUNIOR, Antonio Ferreira de. *O Saneamento pela Educação*. São Paulo, tese apresentada à Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, 1922.

- BACELLAR, N. *Sobre a Creação de uma Faculdade de Medicina em São Paulo (Ducha Escosseza em Quatro Jactos de Língua Viva, Dois Quentes e Dois Frios*. São Paulo, s/ed., s/d.
- BARBOSA, Rui. “Oswaldo Cruz”. *Revista do Brasil*, Anno II, vol V, São Paulo, Propriedade de uma Sociedade Anonyma, 1917.
- BARRETO, Luis Pereira. “Arnaldo Vieira de Carvalho: Um Detalhe Biográfico”. *Revista de Medicina*, São Paulo, anno VI, n. 21, 1922.
- BARROS, Nicolau de Moraes. “Arnaldo Vieira de Carvalho: Lição Inaugural da Clínica Ginecológica”. *Revista de Medicina*, São Paulo, anno VI, n. 21, 1922.
- BURGOS, Coriolano. “A Ordem Médica Brasileira”. *Revista Médica de São Paulo*, anno IV, n.14, 1901.
- CANDELÁRIA, Jayme. *Questões de Assistência: A Visita Domiciliar e o Problema da Organização da Assistência em São Paulo*. São Paulo, tese apresentada à Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, Typ. Levi, 1921.
- CARVALHO, Amâncio de. “Medicina Pública”. *Revista da Faculdade de Direito de São Paulo*, São Paulo, Typ. Siqueira, annos de 1914-1925, vol. XXII, 1925.
- CARVALHO, Arnaldo Vieira de. *Da Coxalxia, Fórmias Clínicas, Diagnóstico Diferencial e Tratamento*. Rio de Janeiro, tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Typ. Leuzinger & Filhos, 1888.
- \_\_\_\_\_. “Discurso do Paranympo na Cerimônia da Collação de Grau”. In: *Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia*, São Paulo, 1918.
- \_\_\_\_\_. “Discurso Realizado no Lançamento da Pedra Fundamental do Novo Edifício da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo”. *A Gazeta Clinica*, anno XVIII, n. 3, 1920.
- \_\_\_\_\_. *Memórias*. São Paulo, s/d. (manuscrito)
- CONI, Emílio R. *La Lucha Antituberculosa em la Ammérica Latina*. “Informe de la Comisión Internacional Permanente para la Profilaxia de la Tuberculosis em la América”. *3º Congreso Médico Latino-Americano*. Buenos Aires, Imprenta Y Casa Editora de Coni Hermanos, 1907.
- COUTO, Miguel. “Discurso Proferido aos Doutorandos em Medicina de 1916 da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro”. *Revista do Brasil*, anno II, vol. IV, São Paulo, Propriedade de uma Sociedade Anonyma, 1917.
- ELLIS, Guilherme. “Discurso Proferido à Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo”. *Revista Médica de São Paulo*, 15 mar. 1899.
- ELMASSIAN et URIZA, R. *Note sur une maladie sphacellaire des bovidés du Paraguay*. *Annales de L’Institut Pasteur*, année XX, n. 11, Paris, Masson et Cie. Editeurs, 1906, pp. 969-975.
- FERREIRA, Clemente. *Catecismo sobre a Tuberculose Destinado aos Operários*. São Paulo, s/ed., 1911.
- \_\_\_\_\_. “Discurso Pronunciado por Ocasião do Ato de Inauguração do Dispensário-modelo ‘Clemente Ferreira’ da Liga Paulista contra a Tuberculose, à Rua da Conso-

- lação, em 10 de julho de 1913". In: *Discursos e Conferências (1892-1939)*. São Paulo, Typ. Rossolilo, s/d.
- \_\_\_\_\_. "Tuberculose e Armamento Antituberculoso". In: *Discursos e Conferências (1892-1939)*. São Paulo, Typ. Rossolilo, s/d.
- \_\_\_\_\_. "A Luta Antituberculosa pela Guerra ao Alcoolismo e Habitação Malsã". *O Estado de São Paulo*, 03 abr. 1914.
- FONTENELLE, J.P. *Compendio de Hygiene Elementar*. 2ª. ed., Rio de Janeiro, Propriedade do Autor, 1925.
- GODINHO, Victor. "A Mulher nas Escolas Superiores". *Revista Médica de São Paulo*, 31 maio 1906.
- GODINHO, Victor & ALVARO, Guilherme. *Tuberculose: Contágio, Curabilidade, Tratamento Hygienico e Prophylaxia*. São Paulo, Escola Typographica Salesiana, 1899.
- GUILHEM, Eugenio. *Limpeza Pública: Estado da Questão no Estrangeiro*. São Paulo, Prefeitura de São Paulo, 1906.
- IGLESIAS, Francisco. "A Mosca Doméstica". *Revista Médica de São Paulo*, anno XVII, n. 1, 15 jan. 1914.
- LEAL, Bagueira. *Notice historique sur la question de la vaccination obligatoire ao Brésil*. Rio de Janeiro, Apostolat Positiviste du Brésil, 1911.
- LOBO, Bruno. "Saneamento Rural". *A Folha Médica*, Rio de Janeiro, anno I, n. 12, 1920.
- MATTOSO, F. de Queirós. "A 'Gota de Leite' em S. Paulo". *Revista Médica de São Paulo*, anno X, 30 ago. 1907.
- MEIRA, Rubião. "As Moléstias Infectuosas e a Hygiene em São Paulo: Parallelo com outras Cidades do Brazil e Algumas Cidades da América Latina". *Gazeta Clinica*, annos III-VII, São Paulo, Typ. Espindola, Siqueira e Comp., 1905.
- \_\_\_\_\_. *A Profissão do Médico*. São Paulo, Typ. Brazil de Rothschild & Comp., 1916.
- MENDONÇA, Arthur. "Febre Amarela". *Revista Médica de São Paulo*, anno VI, n. 11, 15 jun. 1903.
- PEDROSA, Epifanio José. *Fiscalização das Vacas de Leite. Defesa contra a Tísica (Organ Official da Liga Paulista contra a Tuberculose)*. São Paulo, Typ. do Diário Official, anno III, n. 1, 1904.
- PEIXOTO, Afrânio. *Higiene*. 2ª ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves & Cia., 1917.
- PEIXOTO, Afrânio & COUTO, Graça. *Noções de Hiygene para o Uso das Escolas*. Rio de Janeiro, s/ed., 1914.
- PEIXOTO, Manoel Rodrigues. *Conferência Realizada na Liga Campista contra a Tuberculose*, Filial da Liga Brasileira contra a Tuberculose. Rio de Janeiro, Typ. do Jornal do Commercio de Rodrigues & Comp., 1902.
- PENNA, Belisário. *Exército e Saneamento*. Rio de Janeiro, Typ. Revista dos Tribunaes, 1920.
- \_\_\_\_\_. "Parasitismo Animal e Social". Conferência realizada em São Paulo a 5 de agosto de 1918 a convite da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. *O Estado de São Paulo*, 10 ago. 1918, p. 2

- PESTANA, Paulo R. *Guia Illustrada da Cidade de S. Paulo por Occasião do Sexto Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia*. São Paulo, Typ. Brazil de Rothschild & Comp., 1907.
- PUECH, Rezende. “Discurso em Commemoração do 25º. Aniversario da Fundação da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo e Inauguração da Nova Sede e Posse da Nova Directoria”. *Gazeta Clinica*, anno XVIII, n. 3, São Paulo, 1920.
- REIS, Carlos. *Repertório da Legislação sobre o Serviço Sanitário do Estado de São Paulo*. São Paulo, Typ. do Diário Official, 1907.
- RIBAS, Emílio. *A Hygiene no Estado de São Paulo*. Comunicação Apresentada ao IV Congresso Medico Latino-americano, São Paulo, Typ. Brazil de Rothschild & Comp., 1909.
- \_\_\_\_\_. “A Lepra. Sua Frequência no Estado de São Paulo. Meios Profiláticos Aconselháveis”. *1º Congresso Médico Paulista*, Annaes, vol. 1, São Paulo, 1916.
- STEIDEL, F. Vergueiro. “Arnaldo Vieira de Carvalho”. *Revista de Medicina*, anno VI, n. 21, 1922.

### III - CORRESPONDÊNCIAS

- ALVES, Oscar Rodrigues. Carta dirigida ao Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho, 10 jan. 1916. (manuscrito.)
- BARRETO, Luiz Pereira. Carta dirigida ao Dr. Emílio Ribas, 10 maio 1900. (manuscrito.)
- \_\_\_\_\_. Carta dirigida ao Dr. Emílio Ribas, 31 mar. 1903. (manuscrito.)
- CARVALHO, Arnaldo Vieira de. Carta dirigida ao Dr. Oscar Rodrigues Alves, 09 jan. 1916. (manuscrito.)
- CRUZ, Gonçalves. Carta dirigida ao Dr. Emílio Ribas, 20 jul. 1903.
- DIAS, Antonio Arcanjo. Carta dirigida ao Governador do Estado de São Paulo, 20 mar. 1897.
- FERREIRA, Clemente. Carta dirigida à *Revista Médica de São Paulo* em 14 jul. 1899, anno II, n. 9, 15 set. 1899.
- GUIMARÃES, Eduardo Augusto R. Carta dirigida ao Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho, 18 dez. 1911. (manuscrito.)
- LOPES, Eduardo. Carta dirigida ao Dr. Emílio Ribas, 25 fev. 1903. (manuscrito.)
- RANDICE, Vicenzo. Carta dirigida ao Diretor do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, Dr. Emílio M. Ribas, 22 nov. 1899. (manuscrito.)
- RIBAS, Emílio. Carta dirigida ao Dr. Pereira Barreto, 20 fev. 1903. (manuscrito.)
- \_\_\_\_\_. Carta dirigida ao Dr. Secretário dos Negócios do Interior pela Directoria do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, 16 out. 1908.
- RODHAIN, J.; PONS, C. & BRANDEN, F. V den. *Estais de traitement de la fièvre recurrent d'Afrique par l'arsenobenzol (606), Reaction meningée de la tick fever chez l'homme*. Anales de l'Institut Pasteur, année XV, n. 7, Paris, Masson et Cie. Editeurs.

ROMANO, Carmelo. Carta dirigida ao Diretor do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, Dr. Emílio M. Ribas, 11 nov. 1899. (manuscrito.)

#### IV- JORNAIS

*Correio Paulistano*, 11 jul. 1913

*O Estado de São Paulo*, 1894 a 1918 (vários meses).

#### V - REVISTAS (EDITORIAIS)

*A Gazeta Clinica*, 1905 a 1920.

*Revista de Medicina* (Orgam do Centro Acadêmico Oswaldo Cruz da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo), 1916.

*Revista Médica de São Paulo*, 1900 a 1916.

*Revista dos Tribunaes*, São Paulo, Typ. Cardozo Filho & Comp., 1912, 1915 e 1916.

#### VI – ANAIS, DECRETOS, RELATÓRIOS, ETC.

Annaes da 64<sup>a</sup>. Sessão Ordinária de 1917 da Câmara dos Deputados do Estado de São Paulo, organizados pelos tachigraphos Horacio Belfort Sabino e Numa Oliveira, 1918.

Annaes da 84<sup>a</sup>. Sessão Ordinária da Câmara dos Deputados do Estado de São Paulo, organizados pelos tachigraphos Horacio Belfort Sabino e Numa Oliveira, 1918.

Collecção das Leis da Republica dos Estados Unidos do Brazil de 1901, vol. I, Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1901.

(Estado) Relatório do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo apresentado ao Secretário dos Negócios do Interior, São Paulo, s/ed., 1893.

(Estado) Relatório Final dos Trabalhos executados pela Comissão de Desinfecções do Estado de São Paulo apresentado pelo Dr. Joaquim Torres Cotrin, São Paulo, s/ed. 1893.

Relatório apresentado ao Presidente do Estado pelo Secretário dos Negócios da Justiça de São Paulo (Manoel Pessoa Siqueira Campos), Rio de Janeiro, Typ. G. Leuzinger & Filhos, 1893.

(Estado) Relatório da Comissão de Exame e Inspeção das Habitações Operárias e Cortiços no Districto de Santa Ephigenia apresentado ao Dr. Cesário Motta Junior. (Secretario dos Negócios do Interior do Estado de São Paulo), São Paulo, 1894.

(Estado) Relatório apresentado ao Presidente do Estado pelo Secretário dos Negócios da Justiça de São Paulo, João Baptista de Mello Peixoto, São Paulo, Typ. Espindola, Siqueira & Comp., 1896.

- (Estado) Relatório apresentado ao (Dr. Vice-Presidente do Estado de São Paulo) João Batista de Melo Peixoto, pelo Secretário do Estado Interino dos Negócios do Interior, ref. 1897, São Paulo, Typ. Espindola, Siqueira & Comp., 1898.
- (Estado) Relatório dos trabalhos do Instituto Bacteriológico durante o anno de 1897, apresentado ao Director do Serviço Sanitário pelo Dr. Adolpho Lutz. *Revista Médica de São Paulo*, anno I, n. 10, 15 nov. 1898.
- (Estado) Relatório apresentado ao Dr. Cardoso de Almeida (Secretario dos Negócios do Interior e da Justiça) pelo Dr. Emílio Ribas (Director do Serviço Sanitário), ref. 1905, São Paulo, Typ. do Diário Official, 1904.
- (Estado) Relatório apresentado ao Dr. Cardoso de Almeida (Secretario dos Negócios do Interior) pelo Dr. Emílio Ribas (Director do Serviço Sanitario), ref. 1904, São Paulo, Typ. do Diário Official, 1905.
- (Estado) Relatório apresentado ao Sr. Dr. Secretario dos Negócios do Interior e da Justiça pelo Dr. Emílio Ribas, Director do Serviço Sanitário, São Paulo, Typ. do Diário Official, 1906.
- (Estado) Resumo dos trabalhos do Instituto Bacteriológico de São Paulo, 1892-1906. *Revista Médica de São Paulo*, anno X, n. 4, 28 fev. 1907.
- (Estado) Boletim do Departamento Estadual do Trabalho, anno II, n. 6, São Paulo, Typ. Brazil de Rothschild & Comp. 1913.
- (Estado) Relatório apresentado ao Dr. Francisco Rodrigues Alves (Presidente do Estado de São Paulo) pelo Dr. Altino Arantes (Secretario do Interior), ref. 1912, São Paulo, Typ. Brazil de Rothschild e Comp. 1913.
- (Estado) Relatório apresentado ao Dr. Francisco de Paula Rodrigues Alves, Presidente do Estado de São Paulo, pelo Secretário do Interior, Altino Arantes, ref. 1912, São Paulo, Typ. Brazil de Rothschild e Comp. 1914.
- (Município) Relatório de 1908 apresentado à Câmara Municipal de São Paulo pelo prefeito Dr. Antonio da Silva Prado, São Paulo, Casa Vanorden, 1909.
- (Município) Relatório de 1911 apresentado à Câmara Municipal de São Paulo pelo Prefeito Raimundo Duprat, ref. 1912, São Paulo, Casa Vanorden, 1912.
- (Município) Relatório de 1914 apresentado à Câmara Municipal de São Paulo pelo prefeito Washington Luis Pereira de Sousa, São Paulo, Casa Vanorden, 1916.
- Leis e Regulamentos referentes à Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, São Paulo, Typ. do Diário Official, 1913.
- Leis, Resoluções e Actos da Câmara Municipal da Capital do Estado de São Paulo, 1894-1895, São Paulo, Casa Vanorden, 1915.
- Leis, Resoluções e Actos da Câmara Municipal da Capital do Estado de São Paulo de 1896, São Paulo, Casa Vanorden, 1916.
- Leis, Resoluções e Actos da Câmara Municipal da Capital do Estado de São Paulo, de 1897-1898, São Paulo, Casa Vanorden, 1916.
- Leis e Actos do Município de São Paulo de 1906, São Paulo, Casa Vanorden, 1907.



## Bibliografia Geral

- ABUD, Kátia Maria. *O Sangue Intimorato e as Nobilíssimas Tradições: A Construção de um Símbolo Paulista: O Bandeirante*. São Paulo, tese de doutoramento, Depto. de História, FFLCH-USP, 1985.
- . “A Idéia de São Paulo como Formador do Brasil”. In: FERREIRA, Antonio Celso et al. *Encontros com a História: Percursos Históricos e Historiográficos de São Paulo*. São Paulo, Fapesp/Anpuh/SP, 1999, p. 76.
- ADORNO, Sérgio. *Os Aprendizes do Poder: O Bacharelismo Liberal na Política Brasileira*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1988.
- ALMEIDA, Marta de. *República dos Invisíveis: Emílio Ribas, Microbiologia e Saúde Pública em São Paulo (1898-1917)*. São Paulo, Dissertação de Mestrado, Depto. de História, FFLCH-USP, 1998.
- ALMEIDA FILHO, Naomar. *A Clínica e a Epidemiologia*. Salvador, APCE/Abrasco, 1992.
- ALONSO, Angela. *Idéias em Movimento: A Geração 1870 na Crise do Brasil-Império*. São Paulo, Paz e Terra, 2002.
- ALVES, Geraldo José. *A Contabilidade da Higiene: Representações da Mortalidade no Discurso Médico-Demográfico: São Paulo, 1903-1915*. São Paulo, dissertação de mestrado, Depto. de História, FFLCH-USP, 1999.

- ANDERSON, Benedict. *Nação e Consciência Nacional*. Trad. Lólio Lourenço de Oliveira. São Paulo, Ática, 1989.
- ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. *Medicina, Leis e Moral: Pensamento Médico e Comportamento no Brasil (1870-1930)*. São Paulo, Unesp, 1999.
- ANTUNHA, Eladio César Gonçalves. *A Reforma de 1920 da Instrução Pública no Estado de São Paulo*. São Paulo, tese de doutorado, Faculdade de Educação-USP, 1967.
- ARAÚJO, Alceu Maynard. *Medicina Rústica*. 3ª. ed. São Paulo, Ed. Nacional, 1979.
- AYRES, José Ricardo de C. M. *Epidemiologia e Emancipação*. São Paulo, Hucitec, 1995.
- BARROS, Maria Paes de. *No tempo dantes*. São Paulo, Paz e Terra, 1998.
- BASTOS, Sônia. *Na paulicéia por conta própria 1870 – 1886*. São Paulo, Dissertação de Mestrado, PUC-SP, 1996.
- BENCHIMOL, Jaime Larry. *Dos Micróbios aos Mosquitos: Febre Amarela e Revolução Pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro, Fiocruz/ UFRJ, 1999.
- BENEVOLO, Leonardo. *As Origens da Urbanística Moderna*. Trad. Conceição Jardim e Eduardo L. Nogueira. Lisboa, Editorial Presença, 1994.
- BERNARDIS, Marie-Agnès. (org.). *L'homme et la santé*. Paris, Editions du Seuil, 1992.
- BERTOLLI FILHO, Claudio. *Epidemia e Sociedade: A Gripe Espanhola no Município de São Paulo*. São Paulo, Dissertação de Mestrado, Depto. de História, FFLCH-USP, 1986.
- \_\_\_\_\_. *História Social da Tuberculose e do Tuberculoso: 1900-1950*. São Paulo, Tese de Doutorado, Depto. História, FFLCH-USP, 1993.
- BERTUCCI, Liane Maria. *Impressões sobre a Saúde: A Questão da Saúde na Imprensa Operária, São Paulo 1891-1925*. Dissertação de Mestrado, Depto. de História da Universidade Estadual de Campinas, 1992.
- BITTENCOURT, Circe Maria F. *Pátria, Civilização e Trabalho: O Ensino de História nas Escolas Paulistas (1917-1939)*. São Paulo, dissertação de mestrado, Depto. História FFLCH/USP, 1988.
- BLAJ, Ilana. *A Trama das Tensões: O Processo de Mercantilização de São Paulo Colonial (1681-1721)*. São Paulo, Humanitas/Fapesp, 2002.
- BLOUNT, John Allen. "A Administração da Saúde Pública no Estado de São Paulo: Serviço Sanitário, 1892-1918". *Revista de Administração de Empresas*, Rio de Janeiro, 1972, pp.40-48.
- BRESCIANI, Maria Stella. "Imagens de São Paulo: Estética e Cidadania". In: FERREIRA, Antonio Celso et al. *Encontros com a História: Percursos Históricos e Historiográficos de São Paulo*. São Paulo, Ed. Unesp/Fapesp/Anpuh, 1999, pp. 11-45.
- BRUNO, Ernani Silva. *Memória da Cidade de São Paulo: Depoimentos de Moradores e Visitantes, 1553-1958*. São Paulo, Secretaria Municipal de Cultura, 1981.
- \_\_\_\_\_. *Histórias e Tradições da Cidade de São Paulo*. 4ª ed. São Paulo, Hucitec, 1991, vol. 3.

- BYNUM, W. F. *Science and the Practice of Medicine in the Nineteenth Century*. Cambridge, Cambridge University Press, 1994.
- CAMILO, Vagner. *Risos entre Pares: Poesia e Humor Românticos*. São Paulo, Edusp/Fapesp, 1997 (Ensaio de Cultura; 13).
- CAMPOS, Cristina. *São Paulo pela Lente da Higiene: As Propostas de Geraldo Horácio de Paula Souza para a Cidade, 1925-1945*. São Paulo, Rima/Fapesp, 2002.
- CAMPOS, Ernesto Souza. *História da Universidade de São Paulo*. São Paulo, USP/Comemorações do IV Centenário da Fundação da Cidade de São Paulo, 1954.
- CANDIDO, Antonio. *Os Parceiros do Rio Bonito*. 8ª ed. São Paulo, Ed. Duas Cidades, 1998.
- CAPELATO, Maria Helena. *Os Arazos do Liberalismo: Imprensa Paulista, 1920-1945*. São Paulo, Brasiliense, 1989.
- CARDOSO, Irene Arruda Ribeiro. *A Universidade da Comunhão Paulista: O Projeto de Criação da Universidade de São Paulo*. São Paulo, Ed. Cortez/ Autores Associados, 1982.
- CARONE, Edgar. *Classes Sociais e Movimento Operário*. São Paulo, Ática, 1989.
- CARVALHO, José Murilo de. *A Formação das Almas: Um Imaginário da República no Brasil*. São Paulo, Cia das Letras, 1990.
- \_\_\_\_\_. *Os Bestializados: O Rio de Janeiro e a República que Não Foi*. São Paulo, Cia. das Letras, 1991.
- \_\_\_\_\_. *Pontos e Bordados: Escritos de História e Política*. Belo Horizonte, UFMG, 1998.
- CHALHOUB, Sidney. *Cidade Febril: Cortiços e Epidemias na Corte Imperial*. São Paulo, Cia. das Letras, 1996.
- CHALHOUB, Sidney; MARQUES, Vera Regina B.; SAMPAIO, Gabriela dos Reis & SOBRINHO, Carlos Roberto Galvão (orgs.). *Artes e Ofícios de Curar no Brasil*. São Paulo, Ed. da Unicamp, 2003.
- CHARTIER, Roger. "O Mundo como Representação". *Revista de Estudos Avançados da USP*, São Paulo, vol. 5, n. 11, jan./abr./ 1991. pp. 173-191.
- CHAUÍ, Marilena de S. *Brasil: Mito Fundador e Sociedade Autoritária*. São Paulo, Ed. Fundação Perseu Abramo, 2000.
- COSTA, Emília Viotti da. *Da Monarquia à República: Momentos Decisivos*. 7ª. ed. São Paulo, Ed. da Unesp, 1999.
- COSTA, Jurandir Freire. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro, Graal, 1983.
- COSTA, Nilson do Rosário. *Lutas Urbanas e Controle Sanitário: Origens das Políticas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, Vozes, 1985.
- CRESPO, Regina Aída. *Messianismos Culturais: Monteiro Lobato, José Vasconcelos e Seus Projetos para a Nação*. São Paulo, tese de doutorado, Depto. de História, FFLCH-USP, 1997.
- CUNHA, Euclides da. *Os Sertões: Campanha de Canudos*. 35ª ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1991.
- CUNHA, Luiz Antonio. *A Universidade Temporã: O Ensino Superior da Colônia à Era Vargas*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira/UFC, 1980.

- CUNHA, Maria Clementina P. da. *O Espelho do Mundo*. São Paulo, tese de doutorado, Depto. de História, FFLCH-USP, 1985.
- DANTES, Maria Amélia. “Os Positivistas Brasileiros e as Ciências no Final do Século XIX”. In: HAMBURGER, Amélia Império *et al.* *A Ciência nas Relações Brasil-França 1850-1950*. São Paulo, Edusp/Fapesp, 1996.
- DALMASO, Ana Sílvia W. *Estruturação e Transformação da Prática Médica: Estudo de Algumas Características do Modelo de Trabalho Médico na Segunda Metade do Século XIX e Início do Século XX*. São Paulo, dissertação de mestrado, Depto. de Medicina Preventiva, FM/USP, 1991.
- DEAN, Warren. *A Industrialização de São Paulo*. São Paulo/Rio de Janeiro, Difel, s/d.
- DECCA, Edgar Salvadori de. “Euclides e Os Sertões: Entre a Literatura e a História”. In: FERNANDES, Rinaldo de. *O Clarim e a Oração: Cem Anos de Os sertões*. São Paulo, Geração Editorial, 2002.
- DIAS, Maria Odila L. da Silva. *Cotidiano e Poder: Em São Paulo no Século XIX*. São Paulo, Brasiliense, 1984.
- DONNANGELO, Maria Cecília F. *Medicina e Sociedade: O Médico e Seu Mercado de Trabalho*. São Paulo, Livraria Pioneira Editora, 1975.
- DONNANGELO, Maria Cecília F. & PEREIRA, Luiz. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, Duas Cidades, 1976.
- ELLIS JUNIOR, Alfredo. *Raça de Gigantes: Civilização no Planalto Paulista*. São Paulo, Editorial Hélios Ltda., 1926.
- FACIOLI, Valentim. “Euclides da Cunha: Consórcio de Ciência e Arte (Canudos: O Sertão em Delírio)”. In: BRAIT, Beth (org.). *O Sertão e os Sertões*. São Paulo, Arte e Ciência, 1998, pp. 35-59.
- FAUSTO, Boris (dir.). *História Geral da Civilização Brasileira: O Brasil Republicano III*. 5ª ed., Rio de Janeiro, Ed. Bertrand do Brasil, 1989.
- FERRAZ, Márcia Helena M. *As Ciências em Portugal e no Brasil (1772-1822): O Texto Conflituoso da Química*. São Paulo, Educ/Fapesp, 1997.
- FERREIRA, Antonio Celso. *A Epopéia Bandeirante: Letrados, Instituições, Invenção Histórica (1870-1940)*. São Paulo, Ed. da Unesp, 2002.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo Dicionário Aurélio de Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1986.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. 5ª ed., São Paulo, Graal, 1985.
- FRANCO, Maria Sylvia de Carvalho. *Homens Livres na Ordem Escravocrata*. 4ª ed. São Paulo, Ed. da Unesp, 1997.
- GAMBETA, Wilson Roberto. *Soldados da Saúde: Formação dos Serviços em Saúde Pública no Estado de São Paulo (1889-1918)*. São Paulo, dissertação de mestrado, Depto. de História, FFLCH-USP, 1988.
- GLEZER, Raquel. “Visões de São Paulo”. In: BRESCIANI, Maria Stella (org.). *Imagens da Cidade*. São Paulo, Anpuh/Fapesp/Marco Zero, 1994, pp. 163-176.

- \_\_\_\_\_. “As Transformações da Cidade de São Paulo na Virada dos Séculos XIX e XX”. In: *Cadernos de História de São Paulo*. São Paulo, Museu Paulista da USP, vols. 3-4, 1994/1995, pp. 17-28.
- GOLDFARB, Ana Maria & BELTRAN, Maria Helena Roxo (orgs.). *Escrevendo a História da Ciência: Tendências, Propostas e Discussões Historiográficas*. São Paulo, Educ/Livr. Física/Fapesp, 2004.
- GUIMARÃES, Antônio da Palma. *Arnaldo Vieira de Carvalho: Biografia e Crítica*. São Paulo, Faculdade de Medicina da USP, 1967.
- HARDMAN, Francisco F. *Trem Fantasma: A Modernidade na Selva*. São Paulo, Cia. das Letras, 1988.
- HENDERSON, Joseph L. “Os Mitos Antigos e o Homem Moderno”. In: JUNG, Carl G.(org.). *O Homem e Seus Símbolos*. 5ª. ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, s/d.
- HERSCHMANN, Micael M. (org.) *A Invenção do Brasil Moderno: Medicina, Educação e Engenharia nos Anos 20-30*. Rio de Janeiro, Rocco, 1994.
- HOBSBAWM, Eric. *A Era dos Impérios, 1875-1914*. Trad. Sieni Maria Campos e Yolanda Steidel de Toledo. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1988.
- \_\_\_\_\_. *A Era dos Extremos: O Breve Século XX, 1914-1991*. São Paulo, Cia das Letras, 1995.
- \_\_\_\_\_. *Nações e Nacionalismo (Desde 1780)*. Trad. Maria Celia Paoli e Anna Maria Quirino. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1990.
- HOBSBAWM, Eric J. & RANGER, Terence. *A Invenção das Tradições*. São Paulo, Paz e Terra, 1997.
- HOCHMAN, Gilberto. “Logo Ali no Final da Avenida: Os Sertões Redefinidos pelo Movimento Sanitarista da Primeira República”. *História, Ciência e Saúde*, vol. 5, Rio de Janeiro, Fiocruz/Casa Oswaldo Cruz, 1998, pp. 217-235.
- \_\_\_\_\_. *A Era do Saneamento. As Bases da Política de Saúde Pública no Brasil*. São Paulo, Hucitec/Anpocs, 1998.
- HOLANDA, Sérgio Buarque de. *Raízes do Brasil*. 26. ed. São Paulo, Cia das Letras, 1996.
- HOMEM, Maria Cecília Naclério. *O Palacete Paulistano e Outras Formas Urbanas de Morar da Elite Cafeteira, 1867-1918*. São Paulo, Martins Fontes, 1996.
- HUTTER, Lucy Maffei. *Imigração Italiana em São Paulo de 1902 a 1914; O Processo Imigratório*. São Paulo, IEB/CESP, 1986.
- IYDA, Massako. *Cem Anos de Saúde Pública: A Cidadania Negada*. São Paulo, Ed. da UNESP, 1994.
- JANCSÓ, István (org.). *Brasil: Formação do Estado e da Nação*. São Paulo, Fapesp/Hucitec, 2003.
- JANOTTI, Maria de Lourdes Mônaco. *Os Subversivos da República*. São Paulo. Ed. Brasiliense, 1986.
- \_\_\_\_\_. “O Diálogo Convergente: Políticos e Historiadores no Início da República”. In: FREITAS, Marcos Cezar (org.). *Historiografia em Perspectiva*, São Paulo, USF/Contexto, 1998.

- LAJOLO, Marisa. *Monteiro Lobato: Um Brasileiro sob Medida*. São Paulo, Ed. Moderna, 2000.
- LATOUR, Bruno. *Nous N'Avons Jamais été Modernes*. Paris, Éditions la Découverte, 1991.
- LIMA, Nísia T. & HOCHMAN, Gilberto. "Condenado pela Raça, Absolvido pela Medicina: O Brasil Descoberto pelo Movimento Sanitarista da Primeira República". In: MAIO, Marcos Chor & SANTOS Ricardo V. (orgs.). *Raça, Ciência e Sociedade*, Rio de Janeiro, Fiocruz/ Centro Cultural Banco do Brasil, 1996, pp. 15-22.
- LIRA, José Tavares Correia de. "O Urbanismo e o Seu Outro: Raça, Cultura e Cidade no Brasil (1920-1945)". *Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais*, n. 1, 1999, pp. 47-78.
- LOVE, Joseph. *A Locomotiva: São Paulo na Federação Brasileira, 1889-1937*. Trad. Vera Alice Cardoso da Silva. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1982.
- LUCA, Tania Regina de. *A Revista do Brasil: Um Diagnóstico para a Nação*. São Paulo, Ed. da Unesp, 1999.
- LUZ, Madel T. *Natural, Racional, Social: Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna*. Rio de Janeiro, 1988.
- MACHADO, Roberto et al. *Danação da Norma: A Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1978.
- MARINHO, Maria Gabriela S. M. C. *O Papel da Fundação Rockefeller na Organização do Ensino e da Pesquisa na Faculdade de Medicina de São Paulo, 1916-1931*. São Paulo, dissertação de mestrado, Instituto de Geociências/Unicamp, 1993.
- . *Norte-americanos no Brasil: Uma história da Fundação Rockefeller na Universidade de São Paulo (1934-1952)*. Campinas, São Paulo, Fapesp/USF/Autores Associados, 2001.
- MARTINS, Ana Luisa. *Os Gabinetes de Leitura da Província de São Paulo (1847- 1890)*. São Paulo, dissertação de mestrado, Depto. de História. FFLCH-USP, 1990.
- MARX, Karl & ENGELS, Friedrich. *O Manifesto Comunista*. In: LASK, Harold J. *O Manifesto Comunista de Marx e Engels*. Trad. Regina Lúcia F. de Moraes. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1978.
- MASCARENHAS, Rodolfo dos Santos. *Contribuição para o Estudo da Administração Sanitária Estadual de São Paulo*. São Paulo, tese de livre-docência para a cadeira de Técnica de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública – USP, 1949.
- MAZZIERI, Berta Ricardo. *Símbolos da Medicina*. São Paulo, Museu da Faculdade de Medicina da USP "Professor Carlos da Silva Lacaz", 1995.
- MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. *Medicina e História: Raízes Sociais del Trabajo Médico*. México, Siglo Veintiuno Editores, 1984.
- . *Tecnología e Organización Social das Práticas de Saúde: Características Tecnológicas do Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo, Hucitec/Abrasco, 1995.
- MERHY, Emerson Elias. *A Saúde Pública como Política: Um Estudo de Formuladores de Política*. São Paulo, Ed. Hucitec, 1992.

- \_\_\_\_\_. *O Capitalismo e a Saúde Pública: A Emergência das Práticas Sanitárias no Estado de São Paulo*. Campinas, Papirus, 1985.
- MESGRAVIS, Laima. *A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo 1599?-1884 (Contribuição ao Estudo da Assistência Social no Brasil)*. São Paulo, tese de doutorado, Depto. de História, FFLCH-USP, 1972.
- MORSE, Richard M. *De Comunidade a Metrópole: Biografia de São Paulo*. Trad. Maria Aparecida M. Kerbeg. São Paulo, Comissão do IV Centenário da Cidade de São Paulo, Ed. Gráfica Irmãos Andrioli S/A, 1954.
- MOTA, André. *Quem é Bom já Nasce Feito: Sanitarismo e Eugenia no Brasil*. Rio de Janeiro, Ed. DP&A, 2003.
- MOTA, André & SANTOS, Marco Antonio C. *Entre Algemas e Vacinas: Medicina, Polícia e Resistência Popular em São Paulo (1890-1920)*. São Paulo, *Novos Estudos Cebrap*, n. 65, 2003, pp. 152-168.
- MOURA, Esmeralda Blanco B. de. *Mulheres e Menores no Trabalho Industrial: Os Fatores Sexo e Idade na Dinâmica do Capital*. Petrópolis, Vozes, 1982.
- NADAI, Elza. *Ideologia do Progresso e Ensino Superior: São Paulo, 1891-1934*. São Paulo, tese de doutorado, Depto. História, FFLCH-USP, 1981.(mimeo.)
- NAXARA, Márcia Regina C. *Estrangeiro em Sua Própria Terra: Representações do Brasileiro, 1870-1920*. São Paulo, Anna Blume/Fapesp, 1998.
- NEMES, Maria Ines Baptistella. *A Hanseníase e as Práticas Sanitárias em São Paulo: 10 Anos de Sub-programa de Controle da Hanseníase na Secretaria do Estado da Saúde (1977-1987)*. São Paulo, dissertação de mestrado, Depto. de Medicina Preventiva, FM/USP, 1989.
- NOVAES, Maria Hilegonda D. *A Puericultura em Questão*. São Paulo, dissertação de mestrado, Depto. de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina- USP, 1979.
- ODALIA, Nilo. *As Formas do Mesmo: Ensaio sobre o Pensamento Historiográfico de Varnhagen e Oliveira Vianna*. São Paulo, Unesp, 1997.
- OLIVEIRA, Cecília Helena de Salles. "São Paulo nos Fins do Século Passado: Representações e Contradições Sociais". In: *São Paulo: Novas Fontes, Abordagens e Temáticas, Cadernos de História de São Paulo*. São Paulo, Museu Paulista da USP, vol. 5, 1996, pp. 21-30.
- OLIVEIRA, Lúcia Lippi. *A Questão Nacional na Primeira República*. São Paulo, Brasiliense/CNPq, 1990.
- \_\_\_\_\_. "A Conquista do Espaço: Sertão e Fronteira no Pensamento Brasileiro". *História, Ciência, Saúde: Manguinhos*, vol.5, Rio de Janeiro, Fiocruz/Casa de Oswaldo Cruz, 1998.
- PEREIRA NETO, André de Faria. *Ser Médico no Brasil: O Presente no Passado*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2001.
- PERISSINOTTO, Renato M. "Classes Dominantes, Estado e Conflitos Políticos na Primeira República em São Paulo: Sugestões para Pensar a Década de 1920". In: DE LORENZO, Helena Carvalho & COSTA, Wilma Peres da. *A Década de 1920 e as Origens do Brasil Moderno*. São Paulo, Unesp/Fapesp, 1997, pp. 37-69.

- PERROT, Michelle. *Os Excluídos da História: Operários, Mulheres, Prisioneiros*. Trad. Denise Bottmann. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1988.
- PESAVENTO, Sandra Jatahy. “Entre Práticas e Representações: A Cidade do Possível e a Cidade do Desejo”. In: RIBEIRO, Luiz Cesar de Queiróz & PECHMAN, Robert (orgs.). *Cidade, Povo, Nação. Gênese do Urbanismo Moderno*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1996, pp. 377-396.
- PINTO, Maria Inez Machado Borges. *Cotidiano e Sobrevivência: A Vida do Trabalhador Pobre na Cidade de São Paulo, 1890-1914*. São Paulo, Edusp/Fapesp, 1994.
- PRADO, Maria Lígia Coelho. *América Latina no Século XIX: Tramas, Telas e Textos*. São Paulo, Edusp/Edusc, 1999.
- \_\_\_\_\_. *A Democracia Ilustrada: O Partido Democrático de São Paulo, 1926-1934*. São Paulo, Ática, 1986.
- PRADO JÚNIOR, Caio. *Evolução Política do Brasil e Outros Estudos*. 7ª ed., São Paulo, Brasiliense, 1975.
- QUEIROZ, Maria Isaura Pereira de. *O Mandonismo Local na Vida Política Brasileira e Outros Ensaios*. São Paulo, Ed. Alfa-Omega, 1976.
- RAGO, Margareth T. *Os Prazeres da Noite: Prostituição e Códigos da Sexualidade Feminina em São Paulo, 1890-1930*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1991.
- \_\_\_\_\_. *Do Cabaré ao Lar: A Utopia de uma Cidade Disciplinar, Brasil, 1890-1930*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1997.
- RIBEIRO, Márcia Moisés. *A Ciência dos Trópicos: A Arte Médica no Brasil do Século XVIII*. São Paulo, Hucitec, 1997.
- RIBEIRO, Maria Alice R. *História sem Fim... Inventário da Saúde Pública*. São Paulo/Rio de Janeiro, Hucitec/Unesp/Abrasco, 1993.
- RIBEIRO, Luiz Cesar de Queiroz & CARDOSO, Adauto Lúcio. “Da Cidade à Nação: Gênese e Evolução do Urbanismo no Brasil”. In: RIBEIRO, Luiz Cesar de Queiróz & PECHMAN, Robert (orgs.). *Cidade, Povo e Nação. Gênese do Urbanismo Moderno*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1996, pp. 53-78.
- ROLNIC, Raquel. *A Cidade e a Lei: Legislação, Política Urbana e Territórios na Cidade de São Paulo*. São Paulo, Studio Nobel/Fapesp, 1997.
- ROMERO, Mariza. *Do Bom Cidadão: As Normas Médicas em São Paulo, 1889-1930*. São Paulo, dissertação de mestrado, Depto. de História, FFLCH-USP, 1995.
- ROSEN, George. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo/Rio de Janeiro, Unesp/Hucitec/Abrasco, 1994.
- SAES, Flávio de Azevedo Marques de. *As Ferrovias de São Paulo*. São Paulo, Hucitec, 1981.
- SAID, Edward W. *Cultura e Imperialismo*. São Paulo, Cia. das Letras, 1995.
- SALIBA, Elias Thomé. *Ideologia Liberal e Oligarquia Paulista: A Atuação e as Idéias de Cincinato Braga, 1891-1930*. São Paulo, tese de doutorado, Depto. de História, FFLCH/USP, 1981.



- \_\_\_\_\_. *Raízes do Riso: A Representação Humorística na História Brasileira: Da Belle Époque aos Primeiros Tempos do Rádio*. São Paulo, Cia. das Letras, 2002.
- SALLA, Fernando. *As Prisões em São Paulo, 1822-1940*. São Paulo, Anna Blume/Fapesp, 1999
- SALLES Maria do Rosário Rolfsen. *Médicos Italianos em São Paulo (1890-1930)*. São Paulo, Editora Sumaré/ Fapesp, 1997 (Série Imigração).
- SAMARA, Eni de Mesquita. *As Mulheres, o Poder e a Família (São Paulo, Século XIX)*. São Paulo, Marco Zero, 1989.
- SANDES, Noé. *A Invenção da Nação entre a Monarquia e a República*. São Paulo, tese de doutorado, Depto. de História, FFLCH-USP, 1997.
- SANTANA, José Carlos Barreto de. *A Contribuição das Ciências Naturais para o Consórcio da Ciência e da Arte em Euclides da Cunha*. São Paulo, tese de doutorado, Depto. de História, FFLCH-USP, 1998.
- SANTOS, Carlos José Ferreira dos. *Nem Tudo era Italiano: São Paulo e Pobreza, 1890-1915*. São Paulo, Anna Blume/ Fapesp, 1998.
- SANTOS FILHO, Lycurgo. *História Geral da Medicina Brasileira*. 2ª ed. São Paulo, Hucitec/Edusp, 1991, vols. I– II.
- SANTOS, Marco Antonio Cabral. *Paladinos da Ordem: Polícia e Sociedade em São Paulo na Virada do Século XIX e XX*. São Paulo, tese de doutorado, Depto. de História, FFLCH-USP, 2004.
- SCHRAIBER, Lilia Blima. *O Médico e Seu Trabalho: Limites da Liberdade*. São Paulo, Hucitec, 1993.
- SCHWARCZ, Lilia M. *O Espetáculo das Raças: Cientistas, Instituições e Questão Racial no Brasil (1870-1930)*. São Paulo, Cia. das Letras, 1993.
- SEVCENKO, Nicolau. *Literatura como Missão: Tensões Sociais e Criação Cultural na Primeira República*. 3ª ed. São Paulo, Brasiliense, 1989.
- \_\_\_\_\_. *Orfeu Extático na Metrópole: São Paulo, Sociedade e Cultura nos Frementes Anos 20*. São Paulo, Cia das Letras, 1992.
- SILVA, James Roberto. *Fotogenia do Caos. Fotografia e Instituições de Saúde. São Paulo, 1880-1920*. São Paulo, dissertação de mestrado, Depto. de História, FFLCH-USP, 1998.
- SILVA, Márcia Regina Barros de. *Construindo uma Instituição: Escola Paulista de Medicina (1933-1956)*. São Paulo, dissertação de mestrado, Depto. de História, FFLCH-USP, 1992.
- SILVA, Marcos Antonio da. *Prazer e Poder do Amigo da Onça, 1943-1962*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1989.
- SINGER Paul. “O Brasil no Contexto do Capitalismo Internacional, 1889-1930”. In: FAUSTO, Boris (org.). *História da Civilização Brasileira: O Brasil Republicano III*. 5ª. ed., Rio de Janeiro, Ed. Bertrand do Brasil, 1989.
- SMITH, Antony D. “O Nacionalismo e os Historiadores”. In: BALAKRISHNAN, Gopal (org.). *Um Mapa da Questão Nacional*. Rio de Janeiro, Ed. Contraponto, 2000, pp. 185-208.

- STARR, Paul. *La Transformación Social de la Medicina en los Estados Unidos de América*. México, Fondo de Cultura Económica, 1991.
- STERN, Bernhard J. “A Saúde das Cidades e o Primeiro Movimento de Saúde Pública”. In: NUNES, Everardo Duarte Nunes. *Medicina Social: Aspectos Históricos e Teóricos*. São Paulo, Global, 1983.
- TÁCITO, Hilário. *Madame Pommery*. 5ª ed. Campinas, Fund. Casa de Rui Barbosa/Ed. da Unicamp, 1997.
- TEIXEIRA, Luiz Antônio. *Ciência e Saúde na Terra dos Bandeirantes: A Trajetória do Instituto Pasteur de São Paulo no Período de 1903-1916*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1995.
- \_\_\_\_\_. *A Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, 1895-1913*. São Paulo, tese de doutorado, Depto. de História, FFLCH-USP, 2001.
- TEIXEIRA, Palmira P. *A Fábrica do Sonho: Trajetória do Industrial Jorge Street*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1990.
- TELAROLLI, Rodolpho. *Poder Local na República Velha*. São Paulo, Ed. Nacional, Col. Brasileira, vol. 364, 1977.
- \_\_\_\_\_. *A Organização Municipal e o Poder Local no Estado de São Paulo, na Primeira República*. São Paulo, tese de doutorado, Depto. de História, FFLCH-USP, 1981.
- TELAROLLI JUNIOR, Rodolpho. *Poder e Saúde: As Epidemias e a Formação dos Serviços de Saúde em São Paulo*. São Paulo, Ed. da Unesp, 1996.
- VENTURA, Roberto. *Estilo Tropical: História Cultural e Polêmicas Literárias no Brasil*. São Paulo, Cia. das Letras, 1991.





<i>Título</i>	<i>Tropeços da Medicina Bandeirante: Medicina Paulista entre 1892-1920</i>
<i>Autor</i>	André Mota
<i>Produção</i>	Silvana Biral Fabio Kato
<i>Projeto Gráfico</i>	Gerson Oliveira de Souza
<i>Capa</i>	Alexandre Santana Franco
<i>Editoração Eletrônica</i>	Gerson Oliveira de Souza
<i>Editoração de Texto</i>	Alice Kyoko Miyashiro
<i>Revisão de Texto</i>	Tania Mano Maeta
<i>Revisão de Provas</i>	Helena de Moraes Achcar Fabiane Rodrigues Zorn
<i>Divulgação</i>	Regina Brandão Bárbara Borges Taciana Vaz
<i>Secretaria Editorial</i>	Eliane dos Santos
<i>Formato</i>	16 x 23 cm
<i>Tipologia</i>	Goudy 11/15
<i>Papel</i>	Off-set Linha d'Água 90 g/m <sup>2</sup> Cartão Supremo 250 g/m <sup>2</sup>
<i>Número de Páginas</i>	248
<i>Tiragem</i>	1500
<i>Fotolitos</i>	Liner
<i>Impressão e Acabamento</i>	Gráfica e Editora Alaúde