



*Boletim do Instituto de Saúde*

*nº 38 - Abril de 2006*

*ISSN 15184812 / On line 1809-7529*



# Memória e História da Saúde em São Paulo

# Sumário

|  |    |
|--|----|
| ❖ Editorial .....  | 3  |
| ❖ Historiografia Recente da História da Saúde Pública em São Paulo.....  | 4  |
| ❖ Prontuários Médicos e a Memória da Saúde Brasileira .....  | 12 |
| ❖ Coleção Papéis Avulsos: fontes de pesquisa para a história da saúde<br>dacidadedeSãoPaulo .....                                | 16 |
| ❖ Projetos Republicanos para a Saúde: o ensino livre de medicina .....   | 20 |
| ❖ Farmacêuticas em São Paulo (1901-1919) .....   | 24 |
| ❖ Médicos Italianos e a Prática Médica no Estado de São Paulo no Período<br>da Grande Imigração .....                            | 28 |
| ❖ Alguns Apontamentos sobre a Atuação de Geraldo Horácio<br>de Paula Souza no Serviço Sanitário de São Paulo (1922 - 1927) ..... | 32 |
| ❖ "A Saúde pela Pátria": um apelo que vem do céu! .....  | 36 |
| ❖ Do Direito Inalienável à Alienação do Direito: uma discussão<br>sobre poder do Departamento de Profilaxia da Lepra .....       | 40 |
| ❖ O Museu de Saúde Pública "Emílio Ribas": recortes de uma memória vivida .....  | 47 |

**BIS – Boletim do Instituto de Saúde  
Nº 38 – Abril de 2006**

**ISSN 1518-1812 / On line 1809-7529**

Publicação Quadrimestral do Instituto de Saúde

Tiragem: 2.000 exemplares

Rua Santo Antônio, 590 – Bela Vista

CEP: 01314-000 – São Paulo/SP

Contato: [editora@isaude.sp.gov.br](mailto:editora@isaude.sp.gov.br)

Site: [www.isaude.sp.gov.br](http://www.isaude.sp.gov.br)

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo

Luiz Roberto Barradas Barata

Coordenadora de Ciência, Tecnologia  
e Insumos Estratégicos de Saúde

Maria Cecília Marchese da Mota Azevedo Correa

Diretor do Instituto de Saúde

Alexandre Domingues Grangeiro

Expediente

Editoras: Maria Lucia Mott e Yara Nogueira Monteiro  
Comissão Editorial: Lenise Mondini, Marisa Feffermann, Olga Sofia F. Alves, Regina Figueiredo, Sandra Maria Greger Tavares, Sílvia Bastos

Colaboradores: Claudio Bertolli Filho, Cristina de Campos, Heloísa Helena Pimenta Rocha, Jandira Lopes de Oliveira, Márcia Regina Barros da Silva, Maria Alice Rosa Ribeiro, Maria do Rosário Rolfsen Salles, Olga Sofia F. Alves, Sênia Bastos

Revisão Bibliográfica: Carmen C. Paulenas

Revisão de texto: Fernando Fulanetti e Marcelo Rouanet

Apoio logístico: Núcleo de Informática – IS

Responsável administrativa: Vânia Feres

Divulgação: Núcleo de Documentação e Informação – IS

Editoração: Assessoria de Comunicação – SES/SP

Foto de capa: Centro de Memória da Saúde do Instituto de Saúde - SES/SP. Autor: Elaine Galdino

CPT, impressão e acabamento: **imprensaoficial**

É autorizada a reprodução total ou parcial do conteúdo desta edição, desde que mantidos os créditos e as instituições autoras.



SECRETARIA  
DA SAÚDE

GOVERNO DO ESTADO  
DE SÃO PAULO

# Editorial

Maria Lucia Mott  
Yara Nogueira Monteiro<sup>1</sup>

O Boletim do Instituto de Saúde (BIS) publica, pela primeira vez, um número especial sobre Memória e História da Saúde. O momento é oportuno por coincidir com o final da reforma do prédio do antigo Desinfectório Central, na Rua Tenente Pena, nº 100, bairro do Bom Retiro em São Paulo, onde, desde 1985, funcionou o Centro Técnico de Preservação da Memória da Saúde: Museu da Saúde Pública Emílio Ribas. Deve ser destacado que não foi uma simples reforma. O projeto incluiu a reorganização do espaço, ampliação das propostas e até mesmo mudança do nome - doravante denominado Centro de Memória da Saúde.

O Centro de Memória da Saúde tem uma meta ambiciosa, mas necessária: tornar-se referência na área de preservação da Memória e da pesquisa em História da Saúde em São Paulo; um espaço de preservação, de informação, de produção do conhecimento, com os elementos necessários para promover a equidade no direito à informação e ao conhecimento em Saúde.

Depositário dos mais importantes e significativos acervos documentais da Saúde do Brasil, o Centro de Memória visa trazer para discussão questões críticas sobre a preservação dos acervos da área de Saúde, as transformações no tempo do conceito de saúde-doença, em suas dimensões biológicas, culturais e sociais, as respostas sociais e estatais face aos problemas de saúde-doença da população e os diferentes tipos de formação e processos de trabalho em Saúde.

Pode-se dizer que a publicação do BIS sobre Memória e História da Saúde se insere neste processo de transformação do Centro de Memória. A coletânea se inicia com um balanço da produção historiográfica acadêmica das úl-

timas três décadas sobre a Saúde Pública no Estado de São Paulo; reúne artigos que apontam para os problemas de preservação da Memória, chamam a atenção para novos acervos e fontes, discutem a exclusão e o estigma vividos por doentes, informam sobre a história da formação e dos trabalhadores da Saúde, colocando em destaque as práticas sanitárias e as condições de vida e saúde da população paulista em sua diversidade, nos séculos XIX e XX.

Gostaríamos de ressaltar que a resposta à convocação de artigos foi grande, porém, devido às limitações editoriais, só parte foi publicada. Felizmente, estamos em fase de finalização de um livro, no qual os textos recomendados pela comissão editorial e que não estão aqui presentes serão incorporados.

---

<sup>1</sup>Editoras responsáveis por esta edição.

# Historiografia Recente da História da Saúde Pública em São Paulo

Maria Alice Rosa Ribeiro<sup>1</sup>

Este texto pretende realizar um balanço da produção historiográfica da história da saúde pública no estado de São Paulo. Trata-se de avaliar a historiografia acadêmica – livros, artigos, teses e dissertações –, produzida nos últimos anos, mais precisamente nas três últimas décadas, analisando as perspectivas temáticas empregadas e a utilização de fontes, os seus limites e lacunas.

O objetivo é indicar uma agenda de pesquisas, apontando os campos abertos às novas investigações de temas e fontes ainda pouco exploradas. Para se atingir esse propósito foi feito um recorte da historiografia paulista da história da saúde pública, no qual foram contemplados seis tópicos a saber: a política de saúde pública; a institucionalização das ciências; a formação dos profissionais; a biografia de médicos, cientistas e outros profissionais; a história das epidemias e das doenças e a saúde pública e a urbanização.

Nas últimas duas décadas se produziu uma coleção e um volume considerável de trabalhos sobre a história da saúde pública de São Paulo que justificam a realização de uma revisão e uma análise do que foi produzido e o que falta ser pesquisado.

A historiografia sobre a história da saúde pública no estado de São Paulo vem abordando a saúde pública, por meio de diferentes óticas. Um rastreamento nos trabalhos produzidos nos últimos 20 anos permite vislumbrar a diversificação no tratamento dado ao tema. Percebe-se, desde logo, que o entendimento da saúde pública ganhou uma perspectiva bem mais ampla, envolvendo desde a definição da política de saúde, como parte das políticas sociais do Estado, à institucionalização das ciências microbiológicas, à incorporação dos princípios das ciências modernas, à organização de institutos de pesquisa científica e de produção de medicamentos (vacinas, soros, etc.), à presença da população como elemento-chave das campanhas contra epidemias e outras doenças; a difusão de conhecimento no campo das ciências correlatas à saúde pública, por meio das sociedades de médicos e cirurgiões e da formação de pessoal para o setor: médicos, enfermeiros, parteiras, cientistas, químicos, farmacêuticos, educadoras sanitárias etc., por meio das faculdades, escolas e hospitais.

O campo da saúde pública é constituído por uma vasta rede de hospitais, entidades filantrópicas, centros de saúde, serviço sanitário, inspetorias sanitárias, institutos de pesquisa biomédica, indústria farmacêutica e bioquímica, laboratórios de análise, escolas e sociedades de médicos e cirurgiões etc. Para proceder à revisão aqui proposta va-

mos nos ater a instituições de caráter público ou de utilidade pública sem fins lucrativos. Dessa forma, empresas e organizações privadas com fins lucrativos estão excluídas. Quanto à periodização foram selecionados trabalhos que estudaram do período colonial até a primeira metade do século XX (1554 a 1950). Quanto ao espaço geográfico, os trabalhos escolhidos contemplam o espaço ocupado pela capitania de São Paulo que dará lugar à província de São Paulo, depois estado de São Paulo, com foco para as cidades do interior, do litoral e para a cidade de São Paulo. Uma vez delimitado o critério de escolha dos trabalhos de história da saúde pública, cabe uma última ressalva: serão considerados estudos feitos por cientistas sociais, historiadores, sociólogos, economistas, arquitetos, médicos e sanitaristas, privilegiando abordagens beneficiadas pelas diferentes formações acadêmicas dos autores.

## **Política de Saúde Pública: sentido e perspectivas**

Vamos começar o balanço pelo tema da definição da política social de saúde pública. Nesse tema vamos encontrar os trabalhos que tratam a saúde pública de uma forma mais ampla, abordando as mudanças estruturais e os diferentes sentidos dados à política de saúde em cada momento histórico.

Sem medo de errar pode-se citar como um dos primeiros trabalhos o de Emerson Mehry “O capitalismo e a saúde pública” (1985). No livro, o autor busca os motivos do surgimento das práticas sanitárias no estado de São Paulo. Demarca como início das práticas sanitárias a criação do Serviço Sanitário, em 1892, com os primeiros momentos do regime Republicano.

Em relação aos estudos até então produzidos, com uma clara referência ao clássico trabalho de Rodolfo dos Santos Mascarenhas, “Contribuição para o estudo da administração sanitária estadual em São Paulo” (1949), a proposta de Mehry é inovadora, pois pressupõe as práticas sanitárias como constitutivas de relações sociais e da formação do Estado burguês capitalista nos fins do século XIX e início do XX. A contribuição do trabalho é trazer uma interpretação para as práticas sanitárias no âmbito da formação do Estado capitalista, fugindo dos estudos descritivos e daqueles que não encontram nenhuma questão para ser investigada e problematizada na saúde pública.

<sup>1</sup> Bacharel em Ciências Econômicas, Mestre em História, Doutora e Livre Docente em História Econômica e Professora Adjunta do Departamento de Economia da Faculdade de Ciências e Letras da UNESP, Campus de Araraquara. Contato: marr@terra.com.br

Até então, os estudos sobre saúde pública foram marcados por estudos ora descritivos ora comemorativos e apologéticos, concebendo a saúde pública, como um mero arrolamento de datas, de acontecimentos sucessivos e de nomes de médicos considerados quase sempre como os grandes benfeitores do povo.

Com foco na formação histórica brasileira e nas ideologias de mudança na saúde pública originadas não de movimentos populares, mas dos centros do poder, vale dizer, das oligarquias, Luiz Antonio de Castro Santos<sup>2</sup> aborda, no seu artigo "A Reforma Sanitária 'Pelo Alto'..." (1993), a reforma sanitária dos fins do século XIX e começos do século XX como uma experiência que marca o pioneirismo da elite paulista no campo da saúde pública. Segundo o autor os aparelhos de Estado tiveram uma participação destacada no processo de modernização que passa a ser controlado por cima pelas classes dominantes. Para o autor a própria ausência de uma Revolução Burguesa à européia é o elemento chave para explicar a apropriação dos aparelhos do Estado pela oligarquia rural que impôs uma modernização autoritária. A consolidação das atividades de saúde pública em São Paulo serve de caso concreto de análise para ilustrar a especificidade do Estado forjado pela classe dominante.

Outro estudo que se inscreve nas preocupações da formação do Estado liberal e da política da saúde pública é o de Massako Lyda, "Cem anos de saúde pública: a cidadania negada". Nele a autora privilegia a dimensão política, analisando a formação dos serviços de saúde no âmbito da formação do estado capitalista, adotando uma perspectiva mais abrangente.

Dentro do contexto da formação dos serviços de saúde pública há o trabalho de Rodolfo Telarolli Jr. intitulado "Poder e Saúde. As epidemias e a formação dos Serviços de Saúde em São Paulo". No livro o autor busca as relações entre a formação dos serviços sanitários e a sociedade da época, privilegiando as relações entre o estado da arte, ou seja, o conhecimento científico disponível sobre as patologias, e o modelo de organização dos serviços sanitários. Sem deixar de considerar o papel político do Estado republicano na gestão da saúde pública, o autor percorre as práticas sanitárias estabelecidas entre 1889 e 1911, definindo o último ano como sendo o de encerramento do "modelo campanhista-policial" adotado pela política de saúde pública. A febre amarela aparece com o fio condutor da formação dos serviços sanitários. O autor traz à luz aspectos da vida material e da dimensão política relacionados à formação dos serviços de saúde. Compõe o contexto histórico por meio da caracterização do complexo cafeeiro, da expansão das ferrovias e da imigração. Ressalta o modelo político da Primeira República, como sendo o da configuração do Estado liberal na economia e autoritário nas práticas políticas. A saúde pública refletiu o modelo oligárquico na relação entre o poder estadual e os municípios. A forma de política baseada na troca de

favores levou a formação do que o autor chama de "pacto coronelista" na gestão da saúde pública.

Um trabalho pouco citado e merecedor de atenção é o de Wilson Roberto Gambeta "Soldados da saúde. A formação dos serviços de Saúde Pública em São Paulo. 1889-1918", dissertação defendida em 1988 e que não foi publicada. Gambeta aborda a eclosão da febre amarela, a formação do que ele chamou de um "exército sanitário" e os espaços visados pela estratégia sanitária – campo e cidade. O próprio título da dissertação já denota a visão do autor sobre a formação dos serviços de saúde pública, como sendo a constituição de um contingente de pessoal técnico especializado para combater a invasão da doença, no caso específico, a febre amarela. A utilização da metáfora da formação da corporação militar perpassa o texto de Gambeta. A batalha vencida resultou da estratégia de cerrar fileiras, de impor disciplina higiênica e de criar o 'Estado Maior Sanitário'. O sentido maior dado à organização do Serviço Sanitário pelo autor é o de novo instrumento de controle social empregado por meio da vigilância, do isolamento, das demolições de prédios, da reforma sanitária da cidade, dos expurgos dos habitantes dos cortiços e das incinerações dos pertences dos imigrantes. Na eclosão da epidemia de varíola, o autor sintetiza o sentido maior que dá à política de saúde como ações mais de caráter militar do que educativa. A contribuição de Gambeta é trazer para a história da saúde pública a população que muitas vezes cumpria passivamente as determinações dos inspetores sanitários e outras vezes reagia com revoltas e protestos.

Muito embora a metáfora usada pelo autor seja criativa e adequada, ela também é simplificadora, não permite perceber outros componentes da organização dos serviços de saúde pública. Não se pode reduzir a definição de uma política de saúde pública de caráter permanente e amplo, como se processou no estado de São Paulo à formação de um instrumento de controle da população pobre exclusivamente.

Ao estudarmos a política de saúde nos fins do século XIX percebe-se que pela primeira vez o Estado é colocado frente às questões de saúde pública de uma forma ampla. O Estado assume a responsabilidade pelas condições da saúde coletiva. Porém suas ações não se resumiram às campanhas contra as epidemias de febre amarela, varíola, febre tifóide, cólera e outras, as quais envolveram os serviços de isolamento hospitalar, de desinfecções e de vacinação e outras ações empreendidas muitas vezes contra a vontade da população, mas que, por outro lado, seguiam as orientações e o conhecimento das causas e das terapias das doenças da época.

Ao lado das ações sanitárias e higiênicas, uma das mais significativas mudanças foi a construção de uma vasta organização representada pelas instituições responsáveis pela pesquisa em saúde pública, sendo que algumas existem até hoje. Sem dúvida, os institutos científicos e a seção de demografia e estatística sanitária exerceram um papel fundamental, tanto quanto as campanhas, e representaram uma verdadeira mudança de sentido conferido à saúde pública.

Os institutos ligados ao Serviço Sanitário, Instituto Vacina

<sup>2</sup> Luiz Antonio de Castro Santos é autor de uma tese inédita entre nós defendida em 1987 na Universidade de Harvard intitulada "Power, Ideology and Public Health in Brazil 1890-1930". O artigo citado corresponde ao quarto capítulo da referida tese, no qual o autor aborda a experiência paulista.

nogênico, Instituto Adolfo Lutz, Instituto Butantan, Instituto Pasteur, representaram a incorporação das ciências e da tecnologia às atividades exercidas pelo Estado e foram fundamentais para a institucionalização das ciências e de sua difusão. Eles propiciaram a absorção do pensamento e do comportamento baseados nos modernos conhecimentos nos campos das ciências médicas (microbiologia, bacteriologia, anatomia, fisiologia etc.) e das ciências químicas e farmacêuticas. Concretizaram o processo de urbanização com as reformas urbanas de caráter sanitária, assim como abriram campo de oportunidades para o acesso de uma crescente classe média urbana às novas ocupações e profissões e ao ensino médico, farmacêutico etc, por meio da instalação da Escola de Farmácia e Odontologia (1898) e da Faculdade de Medicina (1913).

### **Institucionalização das Ciências**

Um segundo conjunto de trabalhos compõe um outro tema constituído pela atuação das instituições de pesquisa – institutos de pesquisa biomédica: neste campo, a história da saúde pública acaba por trazer sua contribuição mais significativa à história das ciências, ou seja, as histórias se cruzam. Cabe apontar como trabalho seminal desta linha de abordagem o de Maria Amélia M. Dantes publicado no livro organizado pelo professor Shozo Motoyama intitulado: “História das Ciências no Brasil” (1980).

Outro estudo que antecede em alguns anos o período aqui analisado, mas mesmo assim merece referência, pois foi um marco inaugural nos estudos das instituições de pesquisa científica no Brasil foi o de Nancy Stepan, “Gênese e evolução da ciência no Brasil”, publicado em 1978, no qual a autora dedica um capítulo ao Instituto Bacteriológico e à atuação de Adolfo Lutz.

A produção científica biomédica paulista esteve até a década de 1930, ligada aos institutos públicos de pesquisa e não à universidade. Somente após este período a pesquisa começa a dar seus primeiros passos na Universidade. No caso de São Paulo, os institutos públicos de pesquisa estavam ligados diretamente à administração pública estadual, dentre eles sobressaem: Instituto Adolfo Lutz, Instituto Butantan, Instituto Pasteur e o Instituto Biológico.

Logo, os institutos de pesquisa constituíram-se os centros formadores dos cientistas paulistas e brasileiros, os transmissores dos métodos científicos, da concepção da pesquisa empírica - experimental, dos conhecimentos científicos e os divulgadores dos produtos de alto conteúdo científico por eles descobertos e fabricados tais como vacinas, soros etc. Eles foram os formadores das primeiras gerações de cientistas e pesquisadores conhecidos no país e no âmbito internacional.

Alguns estudos sobre os institutos de pesquisa científica voltada para a saúde pública devem ser destacados. O Instituto Adolfo Lutz, criado como Instituto Bacteriológico em 1892, foi objeto de pesquisa da dissertação de mestrado de Ana Maria Faccioli Camargo intitulada “Os impasses da pesquisa microbiológica e as políticas de saúde pública em São Paulo, 1892 a 1934” (1984). A autora recupera a trajetória de avanços e recuos da instituição diante do eterno problema de falta de recursos financeiros e de téc-

nicos para a execução das atividades de pesquisa básica e aplicada, serviços técnicos e científicos, assessoria, formação de recursos humanos e difusão de conhecimentos nos campos da medicina, da saúde e do saneamento, especificamente na área de Saúde Pública.

Um trabalho de caráter coletivo que deve ser citado dada a qualidade dos textos reunidos é o livro comemorativo dos 100 anos do Instituto Bacteriológico, de José Leopoldo Ferreira Antunes e outros, intitulado: “Instituto Adolfo Lutz. 100 anos do Laboratório de Saúde Pública” publicado em 1992.

Sobre o Instituto Butantan a coleção de pesquisas é bem mais significativa. Cabe mencionar Jaime Benchimol e Luiz Antonio Teixeira como autores da mais expressiva leva de trabalhos sobre o Instituto Butantan. A originalidade do livro, cujo título já encerra a natureza do tema abordado, “Cobras, lagartos & outros bichos”, está na vivacidade imposta pelos autores às disputas entre as instituições, a concorrência entre Manguinhos e o Instituto Butantan, e entre os cientistas, Arthur Neiva e Vital Brasil etc. Uma verdadeira “fogueira de vaidade” permeia a atividade dos cientistas e das instituições. Em meio às disputas, o conhecimento científico vai sendo forjado. O cotidiano da pesquisa científica é recheado por brigas, disputas e vaidades, mas também, por descobertas e por avanços no conhecimento de áreas da ciência até então inexploradas como o ofidismo e a produção de vacinas contra venenos de cobras e de outros bichos peçonhentos.

Há ainda outro trabalho, a dissertação de mestrado de Regina Cândida Gualtieri defendida na Faculdade de Educação da USP intitulada “O Instituto Butantan e a Saúde Pública (São Paulo: 1901-1927)”, (1994), cuja perspectiva é voltada para a questão da educação, mais especificamente, para avaliar as contribuições dos serviços prestados pelo Instituto Butantan para o ensino das ciências.

Sobre o Instituto Pasteur de São Paulo, o único instituto formado por parte da iniciativa privada e depois encampado pelo estado de São Paulo, há os trabalhos de Wilson Roberto Gambeta e outros e o de Luiz Antonio Teixeira. No primeiro “Instituto Pasteur de São Paulo 75 anos de atividades 1903-1978” (1979), os autores procuram acompanhar a trajetória da instituição criada para produzir a vacina anti-rábica à semelhança de outros Institutos Pasteur espalhados pelo mundo. No segundo, “Ciência e Saúde na terra dos bandeirantes: a trajetória do Instituto Pasteur de São Paulo no período de 1903-1916”, publicado em 1995, seu autor destaca a presença da pesquisa científica desenvolvida por Antonio Carini, um dos principais dirigentes do Pasteur, até a instituição ser encampada pelo estado em 1916. A tônica desses trabalhos é mostrar como os institutos difundiram um modelo de instituição científica, influenciando o desenvolvimento da microbiologia no Brasil<sup>3</sup>.

Um outro estudo sobre a difusão da ciência no Brasil, em especial em São Paulo, é o realizado por Luiz Antonio

<sup>3</sup> Há outro trabalho sobre o Instituto Pasteur elaborado pela autora desse artigo. Da mesma autora, há outro trabalho sobre o Instituto Biológico que embora fosse vinculado à Secretaria da Agricultura do Estado de São Paulo trouxe contribuições para a saúde pública.

Teixeira sobre a Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo – “A Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo: 1895-1914” (2001). Criada no auge da crise da epidemia de febre amarela, a sociedade reunia médicos clínicos, cirurgiões e inspetores sanitários para debaterem questões ligadas quer à clínica médica quer à saúde pública. Um dos momentos mais importante da atuação da sociedade foi quando da realização das famosas experiências que tiveram lugar no Hospital de Isolamento para comprovar a forma de transmissão da febre amarela.

### **Formação dos Profissionais Ligados à Saúde Pública**

Ao lado das instituições públicas de pesquisa estão os estudos sobre a formação do pessoal ligado à saúde pública: médicos, pessoal de enfermagem, educadores sanitários etc. Há poucos estudos sobre o tema. Ressalto o trabalho clássico de Elza Nadai “Ideologia do progresso e o ensino superior (São Paulo, 1891-1934)” (1987) no qual um dos capítulos é dedicado à fundação da Faculdade de Medicina e o trabalho de Carlos Lacaz e Berta R. Mazzieri “A Faculdade de Medicina e a USP” (1995) que procura preservar o registro da memória da escola.

Há outros trabalhos importantes para a história da saúde pública sobre a formação de médicos e cientistas, em geral, fruto da pesquisa que serviu de base para teses ou dissertações de mestrado. Sobre a Faculdade de Medicina de São Paulo depois incorporada à Universidade de São Paulo, há os trabalhos de Lilia B. Schraidber “Contribuição ao estudo da educação médica” (1980) e o de Gabriela S. M. C. Marinho “O papel da Fundação Rockefeller na organização do ensino e da pesquisa na Faculdade de Medicina de São Paulo” (1993), no qual a autora procura traçar a influência da Fundação Rockefeller na pesquisa em saúde pública e higiene desenvolvida na escola de medicina desde 1916 até a fundação do Instituto de Higiene, em 1918, mais tarde, Escola de Saúde Pública de São Paulo.

Sobre a Escola Paulista de Medicina há um conjunto maior de trabalhos o que demonstra um possível melhor acesso às fontes documentais e o maior interesse por essa escola que inovou no ensino médico com a construção de um hospital-escola e com o ensino orientado para a pesquisa básica. Como exemplos cito os trabalhos de Mara Helena de Andréa Gomes “Tradição e Progresso Técnico. A medicina e o ensino médico na Escola Paulista de Medicina” (1992); o de Regina C. R. Stella “Desempenho da Escola Paulista de Medicina e do Hospital São Paulo na formação e qualificação de pessoal na área da saúde” (1990); e o de Márcia Regina Barros da Silva “Construindo uma instituição: Escola Paulista de Medicina (1933-1956)” (1998).

Nos últimos anos, começaram a ser produzidos trabalhos sobre o pessoal ligado ao atendimento direto à população que, até então, estavam ausentes da história da saúde pública em São Paulo, a qual se restringia à atuação dos médicos. Penso, em especial, nos estudos que têm sido feitos sobre parteiras, pessoal de enfermagem, visitadoras sanitárias, educadoras sanitárias, o pessoal que atuava nos hospitais, Santa Casa de Misericórdia, Hospital de Isolamento e nos centros de saúde instalados

na segunda metade dos anos de 1920, depois da Reforma do Serviço Sanitário, Reforma Paula Souza, até os anos de 1950.

Dentre eles há o estudo sobre a formação de educadoras sanitárias de Heloísa Helena P. Rocha “A Higienização dos Costumes: educação escolar e saúde no projeto do Instituto de Higiene de São Paulo (1918-1925)” (2003). O processo de criação do Instituto de Higiene faz parte de um acordo entre o governo do estado de São Paulo e a Fundação Rockefeller e dele resultou a formação de educadoras sanitárias e de médicos sanitaristas.

Um dos poucos estudos sobre a história da enfermagem em São Paulo é o de Maria Lucia Mott “Revendo a História da Enfermagem em São Paulo (1890 a 1920)” (1999). A autora percorre o processo de construção do perfil da profissão que implicou na colagem da profissão à condição feminina. Assim, na passagem do século XIX para o XX, os primeiros cursos de enfermagem orientavam a profissão ao gênero. Ainda no século XIX, na Santa Casa de Misericórdia antes da chegada das irmãs de São José para cuidar dos serviços de enfermagem, a profissão era exercida por homens e mulheres sendo cada um responsável pela enfermagem do sexo correspondente. O introdutor do serviço de enfermeiras em São Paulo foi o Hospital Samaritano da comunidade presbiteriana que criou o primeiro curso de enfermagem em 1894 (p.339). A questão que a autora se propõe a responder com sua pesquisa é: quais as razões que imperaram na transformação da enfermagem numa profissão essencialmente feminina na virada do século? A autora pesquisou a documentação dos acervos da Santa Casa de Misericórdia, do Hospital São Joaquim, da Sociedade Portuguesa de Benemerência, do Hospital Samaritano.

A mesma autora, Maria Lucia Mott, vem contribuindo com estudos sobre as parteiras. No seu artigo “As Parteiras e a assistência ao Parto em São Paulo nas Primeiras Décadas do Século XX” (2002), propõe-se a estudar as transformações nas formas de assistência ao parto nas primeiras décadas do século passado. Ainda no início do século, o parto era realizado predominantemente em casa. Somente mulheres pobres recorriam aos hospitais. A partir dos anos 1930, os médicos começaram campanha pró-parto nos hospitais, como sendo o lugar mais seguro para sua realização. O artigo busca responder a pergunta: “Qual o papel e o lugar das parteiras na sociedade paulista nas primeiras décadas do século face às mudanças ocorridas na assistência ao parto?”. Além da atuação das parteiras, o estudo aborda a fiscalização e o ensino referente à prática obstétrica.

### **Biografias de Médicos, Cientistas e Pessoas Ligadas à Saúde Pública.**

Correlatos à formação acadêmica do pessoal ligado à saúde pública há os estudos biográficos que começaram a despontar entre nós nos últimos anos. Deixando de lado o tom hagiográfico, esses estudos têm trazido contribuição importante para o entendimento da sociedade paulista. Destaco o trabalho de Maria do Rosário Rolfsen Salles “Médicos Italianos em São Paulo (1890-1930)” (1997),

embora o estudo não possa ser considerado uma biografia propriamente dita, ele retrata o papel dos médicos italianos na difusão do pensamento, do ensino e da pesquisa científica. Nos anos vinte, um grupo de cientistas perseguidos pelo regime fascista (italiano) veio para São Paulo, reforçando com seus conhecimentos em ciências médicas básicas a comunidade científica local. Muitos eram professores e pesquisadores de universidades e institutos de pesquisa italianos, como Dino Vannucci, Archimede Busacca e Carlo Foá.

Outros dois estudos biográficos que merecem referências são os de Cristina de Campos "São Paulo pelas Lentes da Higiene: as propostas de Geraldo Horácio de Paula Souza para a cidade de São Paulo" (2002) e o de Marta de Almeida "A República dos Invisíveis: Emílio Ribas, microbiologia e saúde pública em São Paulo 1898-1917" (2003). Ambos os estudos assumem enfoques distintos, com base na atuação dos dois mais importantes diretores do Serviço Sanitário de São Paulo: Emílio Ribas, um dos seus primeiros diretores entre 1898 e 1916 e Geraldo Horácio de Paula Souza entre 1922 e 1927. O enfoque sobre a atuação de Ribas privilegia seu papel na institucionalização das ciências microbiológicas, no reforço aos diagnósticos produzidos nos laboratórios bacteriológicos com emprego de instrumental de análise da ciência mais moderna da época. Já o trabalho de Cristina de Campos retrata a influência norte-americana na saúde pública, influência que se fez presente pela atuação de Paula Souza, como professor da Faculdade de Medicina, como fundador do Instituto de Higiene e como diretor do Serviço Sanitário e criador dos Centros de Saúde. Paula Souza e Borges Vieira foram os primeiros brasileiros agraciados com bolsa de estudos pela Fundação Rockefeller para estudarem saúde pública na Universidade de Johns Hopkins no Baltimore.

Ainda no tópico das biografias, há alguns estudos sobre a atuação feminina na saúde pública como o de Heloísa H. P. Rocha no artigo: "A Educação sanitária como Profissão Feminina" (2005). O estudo concentra-se na figura de Maria Antonieta Mendes de Castro uma das primeiras educadoras sanitárias de São Paulo, ligada intimamente à implantação da Reforma Paula Souza a partir de 1927, quando assume o cargo de educadora sanitária-chefe da Inspeção de Educação Sanitária e Centros de Saúde. Com base nos documentos da biografada, a autora procura traçar a trajetória dessa professora primária, responsável pela difusão de uma nova ocupação no campo da saúde pública - a educadora sanitária .

A trajetória de Maria Antonieta Mendes de Castro acaba por cruzar com a de Pérola Byington por conta das ocupações do Serviço Sanitário com as elevadas taxas de mortalidade infantil em São Paulo, que se traduziram em iniciativas voltadas para a proteção à infância e à maternidade. Maria Lucia Mott destaca, em seu artigo "Estudos Biográficos e Filantropia: uma reflexão a partir da trajetória de vida de Pérola Byington" (2003), que Pérola Byington trouxe sua experiência adquirida na Cruz Vermelha americana e brasileira, essa última criada por Maria Renotte, para promover a organização da Cruzada Pró-Infância. Há nos estudos de Mott uma nova interpretação do papel das

mulheres da elite na criação de associações filantrópicas e do papel dessas entidades na prestação de serviços à população pobre

Numa época em que a política de saúde pública orientava-se para o estudo da prevenção e o atendimento das doenças infecto-contagiosas de caráter epidemiológico e, ao mesmo tempo, abria novos campos para a educação sanitária, muitos aspectos da saúde pública acabavam recebendo menor atenção. Em especial, o acompanhamento clínico individualizado de algumas moléstias, a própria intervenção cirúrgica e a obstetrícia não estavam no foco da saúde pública e passaram a receber atendimento de clínicos em consultórios, hospitais privados e entidades filantrópicas, como a Policlínica de São Paulo e a Cruzada Pró- Infância, que prestavam assistência médica à população pobre. No caso da Cruzada, fundada em 1930, sua organização foi motivada para combater às elevadas taxas de mortalidade infantil, por meio da assistência educacional e médica à criança e às mães. Do problema da mortalidade infantil, a obra de Pérola Byington estendeu-se à criação da Casa Maternal em 1939, pois não bastava apenas tratar um lado do problema era preciso ensinar princípios de higiene às mães e acompanhar o período de gestação e pós-parto. O estudo de Mott sobre a ação filantrópica de Pérola Byington baseou-se na documentação do arquivo da Cruzada Pró-Infância para o período de 1930 a 1963 (MOTT, BYINGTON, ALVES, 2005).

Outro trabalho que se insere também nos estudos das obras filantrópicas lideradas por mulheres no campo da saúde pública é o que, ao trazer a biografia de Maria Renotte, aborda o papel dessa professora belga como uma das primeiras mulheres a exercer a medicina em São Paulo. O artigo de Mott, "Gênero, Medicina e Filantropia: Maria Renotte e as mulheres na construção da nação" (2005), acompanha a formação profissional no Woman's Medical College of Pennsylvania (WMCP) e atuação de Maria Renotte como médica da Maternidade São Paulo e da Santa Casa de Misericórdia e como fundadora da Cruz Vermelha Brasileira, ressaltando seu papel na assistência médica à população pobre da cidade de São Paulo nos anos finais do século XIX e nas duas primeiras décadas do século XX.

Com respeito às fontes, esses novos estudos estão incorporando à história da saúde fontes documentais, até então, pouco exploradas ou mesmo sequer exploradas como a correspondência privada de pessoas ligadas às obras filantrópicas, a documentação das instituições hospitalares privadas, das entidades filantrópicas e as estatísticas de atendimento da população sem recursos nessas instituições.

## **História das Epidemias e das Doenças**

Há poucos estudos sobre a história das doenças focando o inventário de idéias sobre as causas, profilaxias e os impactos sobre as condições de vida da população em suas dimensões culturais e materiais.

A febre amarela é uma das epidemias que recebe uma atenção especial, pois está associada à própria criação do Serviço Sanitário de São Paulo, assim sendo diversos estudos sobre saúde pública em São Paulo acabam por fazer



uma referência mais prolongada sobre a epidemia, cujos surtos ocorrerem entre 1889 e 1904. Entretanto, os estudos focados exclusivamente nela são raros. Um deles é o de Lycurgo de Castro Santos Filho e José Nogueira Novaes "A Febre Amarela em Campinas, 1889-1900" (1996).

A epidemia mundial de Influenza, não poderia privar a cidade de São Paulo de sua presença. Em 15 de outubro de 1918, a cidade de São Paulo foi declarada pestilenta. Sua trajetória foi semelhante à percorrida em outras tantas cidades daqui e da Europa. As rotinas desapareceram, cedendo lugar às improvisações. Muita gente morreu. Não se tem na memória da saúde pública uma epidemia que tenha feito maior número de vítimas em tão curto espaço de tempo. O período de maior intensidade foi de 23 de outubro a 30 de novembro de 1918, quando as delegacias de saúde pública atenderam cerca de 29.164. Arthur Neiva, diretor do Serviço Sanitário na época, e Washington Luís, Prefeito Municipal, determinaram as medidas possíveis diante da pandemia. Colégios, escolas, clubes, fábricas e instituições de caridade foram fechados e transformados da noite para o dia em hospitais e postos de saúde improvisados para atender os doentes.

A gripe espanhola tem sido objeto de vários estudos que recuperam os acontecimentos, as concepções para o seu combate e toda sorte de imagens e idéias que a população forjou sobre a epidemia. Um exemplo é o livro de Claudio Bertolli Filho "A Gripe Espanhola em São Paulo, 1918: epidemia e sociedade" (2003) que trata de todos os acontecimentos que se seguiram a outubro de 1918 até o seu desfecho em janeiro de 1919.

No livro "Saúde: arma revolucionária. São Paulo 1891-1925" (1997), Liane Maria Bertucci trata também da pandemia de Influenza e de algumas outras epidemias pontuais: peste bubônica, em 1899; varíola, em 1908 e de doenças consideradas como ameaças permanentes: a tuberculose e o alcoolismo. A autora procura recuperar, por meio da imprensa operária, como fonte documental básica, o embate entre militantes operários das mais variadas tendências políticas e as autoridades sanitárias.

A hanseníase foi estudada por Yara Monteiro na sua tese de doutoramento "Da Maldição Divina à Exclusão Social: um estudo da hanseníase em São Paulo" (1995). O isolamento de São Paulo durante o período colonial preservou sua população do "mal de Lázaro" que já era endêmico em cidades como Recife, Salvador e Rio de Janeiro. Somente com a corrida para as minas de ouro de Cuiabá a doença foi introduzida tornando-se logo endêmica em virtude da precariedade das condições higiênicas da população. Os primeiros portadores viveram de esmolas, indo de cidade em cidade, como nômades até que os primeiros governadores iniciaram a construção dos lazaretos. A situação dos portadores, os estigmas que carregaram o seu isolamento em asilos-cidades, tais como o asilo-colônia de Santo Angelo em Mogi das Cruzes, é o tema que Yara Monteiro percorre em seu estudo.

Outras doenças estão ainda à espera de estudos como sífilis, e as causas da alta mortalidade infantil na capital paulista dentre outras.

## Saúde Pública e Urbanização

Entrecruzar dois temas de forma equilibrada: a reforma da saúde pública e o urbanismo é um dos campos que tem empolgado principalmente arquitetos e sociólogos. Ressalto o trabalho de Carlos R. de Andrade "A Peste e o Plano", (1992) sobre Santos e a reforma urbanista de cunho sanitário empreendida por Saturnino de Brito. O trabalho de Laura M. de M. Bueno "O saneamento na urbanização de São Paulo" (1994), também, procura resgatar a ligação entre a saúde pública e a construção da cidade moderna. Para outras cidades do interior do estado de São Paulo, há trabalhos sobre São Carlos e Rio Claro com o enfoque voltado para a explicitação das relações entre os problemas sanitários e as reformas urbanas. Cito o trabalho de Marili P. Junqueira "São Carlos em Tempos de Epidemia: imigração, saúde pública e urbanização (1877-1900)" (2004).

## Conclusão

Desse balanço ainda incompleto, pois evidentemente não se esgotou e nem se tinha tal pretensão, pode-se retirar algumas conclusões. Os estudos sobre a história da saúde pública ampliaram suas perspectivas. Com novos temas e acesso às novas fontes primárias de documentação, como as mantidas por famílias, por hospitais, além daquelas existentes em acervos públicos. Há uma clara abertura de novas pesquisas sobre temas pouco explorados ou já explorados, mas agora sob a perspectiva de novas fontes.

Apesar do avanço constatado, há muita coisa a ser feita em quase todos os tópicos aqui abordados. Para encerrar, gostaria de sugerir uma breve agenda de pesquisa. Faltam estudos sobre a saúde pública ou questões ligadas à saúde e à doença da população no período colonial principalmente focando a atuação das Câmaras e de todos os que atuavam no exercício da cura. Os viajantes são uma das fontes importantes para esses estudos e, até agora, foram pouco explorados. A primeira metade do século XIX também se conhece muito pouco, depois de 1822 os relatórios dos presidentes da Província e relatos de viajantes poderiam auxiliar no mapeamento de doenças e métodos de tratamento. Doenças como varíola, hanseníase, dentre outras, estão pouco estudadas e o mesmo sobre a vacinação contra a varíola e os lazaretos e isolamentos. Há um outro período obscuro é a passagem do primeiro inspetor de higiene de São Paulo (1884) para a criação do Serviço Sanitário (1891/92). Outro período que se ressentir da falta de pesquisa é aquele dos anos de 1940 aos anos de 1950, justamente o processo de 'metropolização' da capital e de expansão das cidades do interior, crescimento das cidades com mais de 100 mil habitantes e migração campo-cidade. Há pouca coisa sobre a história da saúde pública. Nesse período há uma revolução na medicação com a entrada em cena dos medicamentos oriundos das sínteses químicas produzidas por grandes empresas farmacêuticas: os antibióticos. O confronto entre a tradição, "a farmácia do lar", "conselheiro médico do lar", o costume, até então em vigor, e a inovação tecnológica é exacerbado, entretanto conhecemos muito pouco disso. Com respeito ao tema gênero e saúde pública também há poucos trabalhos, principalmente, sobre o papel das educadoras sanitárias, de

enfermeiras, de parteiras, médicas e das cientistas. Pouco se sabe também sobre as endemias rurais como amarelo, malária, tracoma etc. Em contraste com a cidade, a saúde da população do campo se conhece muito pouco.

Enfim, nos próximos anos os historiadores da saúde pública poderão se dedicar à pesquisa e aos estudos, pois novos temas, velhos problemas e novas fontes de documentação não faltam.

### Referências Bibliográficas:

ALMEIDA, M. **A república dos invisíveis**: Emílio Ribas, microbiologia e saúde pública em São Paulo. 1988. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo.

ANDRADE, C. R. M. **A peste e o plano**. 1992. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, São Paulo.

ANTUNES, J.L.F. (Org.). **Instituto Adolfo Lutz. 100 anos do Laboratório de Saúde Pública**. São Paulo: Letras & Letras, 1992.

BENCHIMOL, J.L.; TEIXEIRA, L. A. **Cobras, lagartos & outros bichos**: uma história comparada dos Institutos Oswaldo Cruz e Butantan. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/1993.

BERTOLLI FILHO, C. **A gripe espanhola em São Paulo, 1918**: epidemia e sociedade. São Paulo: Paz e Terra, 2003. (Coleção São Paulo, 5)

BERTUCCI, L. M. **Saúde**: arma revolucionária, São Paulo – 1891-1925. Campinas: CMU/ Unicamp, 1997.

CAMARGO, A. M. F. **Os impasses da pesquisa microbiológica e as políticas de saúde pública em São Paulo (1892 a 1934)**. 1984. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

CAMPOS, C. **São Paulo pelas lentes da higiene. As propostas de Geraldo Horácio de Paula Souza para a cidade de São Paulo**. São Paulo: Rima/FA-PESP, 2002.

CASTRO SANTOS L. A. O pensamento sanitário na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 28, n.2, 1985.

CASTRO SANTOS, L. A. A reforma sanitária "Pelo Alto": o pioneirismo paulista no início do século XX. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 36, n.3, 1993.

CASTRO SANTOS, L. A. Estado e saúde pública no Brasil 1889-1930. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 1980.

GAMBETA, W.R. **Soldados da saúde. A formação dos serviços de Saúde Pública em São Paulo. 1889-1918**. 1988. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo.

GOMES, M.H.A. **Tradição e Progresso Técnico. A medicina e o ensino médico na Escola Paulista de Medicina**. 1992. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

GUALTIERI, R.C.E. **O Instituto Butantan e a saúde pública ( São Paulo: 1901-1927)**. 1994. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo.

IYDA, M. **Cem anos de saúde pública a cidadania negada**. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1994.

JUNQUEIRA, M.P. **São Carlos em tempos de epidemia**: imigração, saúde pública e urbanização (1877-1900). 2004. Tese (Doutorado) - Faculdade Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Araraquara.

LACAZ, C.S.; MAZZIERI, B.R. **A Faculdade de Medicina e a USP**. São Paulo: Edusp, 1995

MARINHO, G.S. M.C. **O papel da Fundação Rockefeller na organização do ensino e da pesquisa na Faculdade de Medicina de São Paulo**. 1993. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Geociências, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

MEHRY, E. **O capitalismo e a saúde pública**. Campinas: Papirus, 1985.

MONTEIRO, Y. N. **Da maldição divina à exclusão social**: um estudo da hanseníase em São Paulo. 1995. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Letras, Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo.

MOTT, M.L. Gênero, medicina e filantropia: Maria Renotte e as mulheres na construção da nação. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 24, p. 41-68, jan./jun.2005.

MOTT, M.L. As parteiras e a assistência ao parto em São Paulo nas primeiras décadas do século XX. **Revista do Instituto Histórico Geográfico de São Paulo**, v.163, n.415, p. 67-84, abr./jun. 2002.

MOTT, M.L. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital. **Projeto História**, v. 25, p.197-219, dez. 2002.

MOTT, M.L. Estudos biográficos e Filantropia: uma reflexão a partir da trajetória de vida de Pérola Byington. **Gênero, Revista de Estudos Transdisciplinar de Estudos de Gênero**, v. 3, n.2, p. 21-42, 2003.

MOTT, M.L. Revendo a história da enfermagem em São Paulo (1980-1920). **Cadernos Pagu**, n.13, p.327-55, 1999.

NADAI, E. **Ideologia do progresso e ensino superior (São Paulo 1891-1934)**. São Paulo: Ed. Loyola, 1987.

RIBEIRO, M.A.R. A cidade de São Paulo e a saúde pública (1554-1954). In: \_\_\_\_\_. **História da cidade de São Paulo**. A cidade no Império 1823-1889. São Paulo: Paz e Terra, 2004. V.2, p. 307-349

RIBEIRO, M.A.R. Lições para a história das ciências no Brasil: Instituto Pasteur de São Paulo. **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 3, n.3, p.467-84, 1997.

RIBEIRO, M.A.R. **História sem fim... inventário da saúde pública. São Paulo (1880-1930)**. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1993.

RIBEIRO, M.A.R. **História, Ciência e Tecnologia**: 70 anos do Instituto Biológico de São Paulo na defesa da Agricultura 1927-1997. São Paulo: Instituto Biológico de São Paulo, 1997.

ROCHA, H.H.P. A educação sanitária como profissão feminina. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 24, jan./jun, 2005

ROCHA, H.H.P. **A higienização dos costumes: educação escolar e saúde no projeto do Instituto de Higiene de São Paulo (1918-1925)**. Campinas:

Mercado de Letras, 2003.

SALLES, M.R.R. **Médicos italianos em São Paulo (1890-1930)**. São Paulo: Sumaré, 1997. (Série Imigração)

SANTOS FILHO, L.C.; NOVAES, J.N. **A febre amarela em Campinas, 1889-1900**. Campinas: Centro de Memória da Unicamp, 1996. (Coleção Campiniana, 2)

SCHRAIBER, L.B. **Contribuição ao estudo da educação médica**. 1980. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SILVA, M.R.B. **Construindo uma instituição: Escola Paulista de Medicina (1933-1956)**. 1998. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SILVA, M.R.B. **Estratégias da ciência: a história da Escola Paulista de Medicina (1933-1956)**. Bragança Paulista: EDUSF, 2003.

STELLA, R.C.R. **Desempenho da Escola Paulista de Medicina e do Hospital São Paulo na formação e qualificação de pessoal na área da saúde**. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, 1990.

TEIXEIRA, L.A. **A Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo: 1895-1914**. 2001. Tese (Doutorado) Departamento de História, Faculdade de Filosofia, Letras, Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo.

TEIXEIRA, L.A. **Ciência e Saúde na terra dos bandeirantes: a trajetória do Instituto Pasteur de São Paulo no período de 1903-1916**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

TELAROLLI JR. R. **Poder e saúde. As epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo**. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1996.

# Prontuários Médicos e a Memória da Saúde Brasileira<sup>1</sup>

Claudio Bertolli Filho<sup>2</sup>

O renovado movimento que, nas últimas décadas, atingiu tanto as Ciências Humanas quanto as Ciências Médico-Biológicas colocou em destaque, dentre outros, os profissionais da saúde, os doentes e as doenças enquanto “personagens” dotados de potenciais explicativos não só dos processos biológicos e psicológicos, mas também de múltiplas instâncias da vida social. Com isso, os arquivos médicos ganharam nova importância, alargando as perspectivas de análise, não só por se apresentarem como fontes originais para o estudo das atividades das instituições e dos agentes da saúde, mas também por permitirem, como quer Lain Entralgo (1984), uma melhor compreensão das experiências individuais e coletivas com a enfermidade, os estigmas, a dor e a morte.

Nesse contexto, o objetivo deste artigo é discutir um dos segmentos constitutivos dos arquivos médicos: os prontuários dos pacientes. A amplitude do tema soma-se à peculiaridade documental, aconselhando a necessidade de definições claras e recortes específicos. Em resultado, o primeiro desafio constitui-se na definição dos próprios prontuários para, em seguida, analisar-se a potencialidade de tais documentos, tomando-se por estudo de caso as fontes produzidas pelo Hospital-Sanatório São Luiz Gonzaga, instituição dedicada ao isolamento e tratamento de tuberculosos, patrocinada pela Irmandade de Misericórdia da Santa Casa de São Paulo e que funcionou na zona norte paulistana no período de 1932 a 1968.

Ressalte-se que as idéias aqui apresentadas são frutos de uma tentativa de releitura parcial das fontes trabalhadas pelo autor por mais de uma década, sendo que muitas das informações aqui registradas foram anteriormente veiculadas por diferentes publicações (BERTOLLI FILHO, 1992; 1996 a e b; 2001).

## A Especificidade dos Prontuários Médicos

A medicina e as instituições médico-hospitalares são, por essência, organizações produtoras de uma multiplicidade de discursos que compreendem, desde os prontuários médicos, até textos técnico-administrativos, de instrução aos diferentes agrupamentos profissionais e de panfletos de orientação da sociedade, abrangendo não só questões de saúde e enfermidade, mas também um amplo espectro de contingências, ideais e necessidades sociais. A diversidade das mensagens, a pluralidade de objetivos a serem atingidos e os perfis dos envolvidos instruem, em conjunto, a condição polifônica da documentação médica, mesmo que a tendência desta seja apresentar-se coerente e cimentada

por uma verdade pretensamente única, porque ancorada em pressupostos científicos. Em resultado, no plano das fontes documentais, qualquer aspecto das instituições e dos personagens aproximados pela doença e pela saúde só ganha maior clareza mediante o cruzamento das informações e sentidos propostos em cada uma das peças produzidas pela pena médica e, frequentemente, também por outras fontes externas ao poder hipocrático.

Restringindo-se exclusivamente aos prontuários médicos, um observador proveniente das Ciências Humanas necessariamente os observa enquanto texto cultural, no qual estão registrados segmentos selecionados sobre as circunstâncias e os possíveis resultados de um duplo encontro:

a) primeiramente, o do saber médico, isto é, de um conhecimento teórico sofisticado e que tende a se auto-representar enquanto plenamente capacitado para a identificação e tratamento das doenças, com um objeto concreto que guarda em sua opacidade um enigma que o especialista, munido de um saber qualificado, buscará decifrar e, a partir disso, planejará estratégia que objetiva a recuperação da saúde do enfermo ou, pelo menos, o alargamento temporal de sua sobrevivência; e b) em outra instância, o prontuário também é o território alimentado pelo encontro entre dois personagens humanos e os possíveis elos de sociabilidade instituídos entre ambos.

Para além dos parâmetros de classe social e cultura grupal, médico e paciente encontram-se em situações opostas e complementares: o paciente ostenta e destaca um corpo adoentado ou que busca proteção para não adoecer e, apesar da intimidade e conhecimento que nutre em relação ao próprio corpo, ele, o paciente, mostra-se incapacitado de saber ‘o que está acontecendo’ com seu corpo, necessitando da assistência de um especialista. O médico, por sua vez, é aquele que desaparece corporalmente em prol de sua fala, tornando-se uma espécie de ‘entidade’ cuja voz é a da ciência e que é instruída pela realidade emblemática pelo corpo do outro. Nesse encontro, que em um primeiro momento é avaliado como um encontro técnico, as dimensões sócio-culturais ganham relevância, humanizando a dimensão técnica e dimensionando em maior ou menor grau a produção e registro da anamnese e as possibilidades de continuidade de um possível acompanha-

<sup>1</sup>Este texto constitui-se em um resumo da exposição do autor realizada no âmbito do I Encontro de Arquivos Médicos: políticas, práticas e inovação, realizada no Arquivo Nacional (Rio de Janeiro), em setembro de 2005.

<sup>2</sup>Especialista em História e Filosofia da Medicina e da Saúde pela Indiana University, em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Docente na Universidade Estadual Paulista (UNESP) - Campus de Bauru. Contato: cbertolli@uol.com.br

mento do paciente pelo clínico (LAIN ENTRALGO, 1983).

Ao se assumirem as condicionantes do que denomine de “duplo encontro”, enquanto elementos possibilitadores da produção prontuária, outro elemento a ser levado em consideração refere-se às condições de produção do discurso inscrito nesta fonte documental. A primeira delas refere-se ao processo de seleção ou ‘filtragem’ das informações que serão anotadas no prontuário. Esta operação começa com o encontro entre o paciente e o médico, enquanto momento de teatralização da vida, no qual cada um dos atores sabe o que pode ser compartilhado através das palavras e o que deve ser calado, sob o risco de produzir uma disfunção desnecessária para o bom andamento do próprio encontro (BRITTO, 1988, p.114). Em outra instância, cada vez mais o paciente se vê calado pelo médico em prol das informações que podem ser extraídas do seu corpo, o que permitiu a constituição da clínica médica (FOUCAULT, 1977). No desenrolar dessa tarefa, que ao exaltar as mensagens do corpo desqualifica em larga dose as palavras do paciente, as informações registradas no prontuário instruem o que pode ser avaliado enquanto peça factual, imperativa ao pretender ser única e indiscutível, pois legitimada por pressupostos científicos representados por aquele que registra porque “sabe” frente a um outro que vê o teor de sua fala cada vez menos valorizada, porque supostamente “pouco ou nada sabe” (CLAVREUL, 1983, p.122).

Frente a tais observações, pode-se entender o prontuário médico como registro codificado de informações selecionadas e oriundas de duas situações complementares: a primeira delas do embate entre a teoria médica vigente e um corpo concreto e, em seguida, de um personagem adoentado ou sob risco de adoecer e um especialista na “arte da cura”, e a segunda, como registro de informações que reivindica para si mesmo a condição de discurso verdadeiro e neutro, porque amparado na ciência e com função de elucidar um “caso clínico”, estabelecer estratégias de encaminhamento para que o objeto de inquirições recupere a saúde e, após isto, ser preservado enquanto acervo do saber para servir de guia para o procedimento de outros médicos.

### **O Acervo do Sanatório**

Tido pelos fisiologistas e pelos pacientes como “porta de entrada” para a rede sanatorial paulista, o Hospital-Sanatório São Luiz Gonzaga, ou simplesmente Sanatório do Jaçanã, produziu, durante seu tempo de vida, mais de 10 mil prontuários médicos, respondendo às necessidades de uma medicina que criava espaços específicos para o confinamento e tratamento de diferentes patologias.

A instalação do sanatório para o tratamento de físicos deveu-se a algumas circunstâncias: desde o início do século passado, a medicina européia e, principalmente, sua vertente francesa, passou a advogar que a reeducação dos enfermos do peito era tão ou talvez até mais importante que as determinantes climáticas na recuperação da saúde ou, pelo menos, na ampliação da sobrevida do tuberculoso, sendo por isso, recomendada a construção de sanatórios nas periferias dos grandes centros urbanos, decisão que implicava inclusive na diminuição dos gastos com o isolamen-

to e tratamento dos infectados. No contexto brasileiro, tal medida não obteve o apoio da maioria dos médicos, que inclusive investiam substanciais recursos na construção de casas de saúde especializadas nas chamadas cidades-sanatórios que, no caso de São Paulo, tinham como destaque Campos do Jordão e São José dos Campos.

O primeiro sanatório urbano localizado em uma capital foi o do Jaçanã, por motivos bem específicos. Em primeiro lugar, o Hospital Central da Santa Casa, localizado nas cercanias da área central da capital paulista, convivia, no final da década de 1920, com dois dilemas: o primeiro era o acúmulo crescente de pectários em suas enfermarias, que diminuía a disponibilidade de leitos para enfermos acometidos de outras patologias, abrindo oportunidades para a disseminação da Peste Branca no próprio ambiente nosocomial. Em segundo lugar, no transcorrer da década de 1920 havia sido deflagrado um conflito aberto entre os médicos da instituição. Parte deles, considerada “tradicional”, estava comprometida com as propostas da medicina francesa, guardando ideais humanitários de análise e acompanhamento integral dos pacientes, o que se refletia na produção dos próprios prontuários clínicos, extensos e prolíficos em informações sobre a trajetória social do enfermo, os motivos alegados para o enfermamento e a percepção médico-social do paciente, comportando ainda fragmentos algumas vezes extensos da fala do doente. Em oposição, avolumou-se na década mencionada o número de médicos seguidores da tendência representada pela medicina norte-americana, considerada “moderna”, inclusive porque prescrevia consultas rápidas, conferindo maior importância ao que o corpo enfermo podia revelar do que à voz do personagem adoentado. Como resultado, os prontuários preenchidos pelos “americanizados” mostravam-se avessos ou totalmente silenciosos sobre a trajetória social do paciente, limitando-se ao registro do nome e da idade do infectado e ocupando todo o espaço com a avaliação física e laboratorial do físico.

A luta pela supremacia de uma das linhas médicas, o que implicava em disputa pelo domínio das atividades clínico-cirúrgicas da Santa Casa, acabou sendo favorável aos “modernos”, condenando o núcleo “tradicional” praticamente à expulsão do Hospital Central, sendo a eles destinado o Sanatório do Jaçanã, anteriormente ocupado pelo leprosário paulista, também mantido pela Santa Casa e transferido, em 1927, para Mogi das Cruzes sob a alegação de que, vizinho aos mananciais da cidade, facilitaria aos morféuticos, intencionalmente ou não, a contaminação das águas consumidas pela população.

Pelo menos a metade dos mais de 10 mil prontuários do Sanatório do Jaçanã foram elaborados até 1950, período limite estudado pelo autor e momento em que os primeiros quimioterápicos específicos e eficientes contra a tuberculose passaram a ser empregados em larga escala no Brasil. A linha médica francófila também perdia força e representatividade na instituição anexa à Santa Casa.

A profusão de informações registradas nesses prontuários encanta o pesquisador, e o núcleo documental mostra-se quase que como uma exceção frente aos demais arquivos médicos. Sua preservação deveu-se ao fato de

a comissão médica encarregada de decidir, anualmente, qual documentação deveria ser descartada ser composta por velhos médicos, que tinham sido treinados ou iniciado suas atividades profissionais no Jaçanã e, também, devido ao empenho de dois serventes que, por problemas de saúde, passaram a ser responsáveis pelo Arquivo Central da Santa Casa e que, segundo eles próprios, achavam uma “judieira” lançar ao fogo ou vender, enquanto papel velho, os documentos antigos que, além do arquivo do Sanatório do Jaçanã, contavam com algo em torno de um milhão de prontuários das várias unidades e enfermarias mantidas pela Santa Casa.

A possibilidade de o autor explorar a documentação sanatorial deveu-se, em parte, ao acaso e, em parte, à permissão dos “arquivistas” para o autor permanecer por anos lendo e fichando os documentos, já que o mordomo, então responsável pela unidade do Jaçanã, não o havia permitido sob a alegação de que o requerente não era médico e que não via qualquer vinculação entre as informações dos prontuários e um pesquisador da área das Ciências Sociais. Assim, pude, durante quatro anos, ingressar e pesquisar ilegalmente no Arquivo Central, aventura descrita em outros textos (BERTOLLI FILHO, 1996b e 2001).

Ressalta-se ainda que, em 1990, quando o autor finalizava suas pesquisas sobre o Jaçanã, a Irmandade de Misericórdia resolveu construir um novo prédio no terreno do antigo Sanatório, que desde a década de 1970 tem sido parcialmente ocupado por um pronto-socorro municipal e por um pequeno hospital geral. O edifício, além de ser considerado impróprio para acolher a volumosa documentação produzida por todo o complexo da Santa Casa desde a sua inauguração, apresentava vãos que permitiam a entrada de pessoas e animais e com goteiras no teto, ameaçando a preservação dos documentos.

Pouco depois, soube-se que a Santa Casa contatara o Arquivo Público do Estado de São Paulo para doar parte de seu acervo, mas este também, por falta de espaço e funcionários, nada pode transferir para seu setor de preservação de documentos históricos. Como resultado, soube-se também que a maior parte dos documentos antigos, inclusive os do São Luiz Gonzaga, foi vendida na condição de papel velho e o dinheiro utilizado para financiar uma festa de confraternização dos funcionários. Com o descarte dessas preciosas fontes de informação, parte da memória histórica da saúde paulista foi “transformada em papel higiênico”.

### **O Teor da Documentação**

Os registros prontuariais do Jaçanã representam documentação ímpar por vários motivos: além de conterem anotações de docentes e estagiários de três escolas médicas (Faculdade de Medicina da USP, Escola Paulista de Medicina e, nos últimos anos, da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa), viabilizam uma surpreendente comunicação entre profissionais renomados e jovens estudantes das escolas médicas locais. Também trazem exposições de sensibilidades de profissionais da saúde e pacientes, movendo até o mais tarimbado dos pesquisadores.

A seguir, apresentam-se fragmentos de um único prontuário, ilustrando o potencial da documentação, como

exemplo da “apresentação” do paciente aos médicos que o acompanhariam por anos: o prontuário 3.894, do interno Adolfo Korche, iniciado em 28 de julho de 1940:

“O paciente chegou a este hospital faz poucas horas”. Como está chovendo muito e ele chegou a pé, suas roupas estavam encharcadas. Vestia terno barato preto, gravata preta, camisa branca surrada e sapatos em frangalhos. Parece bem pobre e aparenta TB avançada. Logo foi acometido por uma hemoptise, onde perdeu cerca de meio copo de sangue. Trazido ao consultório, parecia assustado, olhos esbugalhados e saliva escorrente pelos cantos da boca. (...) Sua figura causa constrangimento pela pobreza e feiúra. (...) carregava nas mãos um crucifixo barato. Quando questionado, informou que tinha 32 anos, mas aparenta bem mais, deve estar mentindo. Disse que nasceu nesta Capital, mas viveu desde a infância em S.J. do Rio Preto, trabalhando na roça. Aos 15 anos transferiu-se para a cidade e lá começou a levar vida imprópria, bebendo muito e jogando apesar de ser bom trabalhador numa selaria. Aos 22 anos casou-se com uma moça de família e teve dois filhos, um menino e uma menina. Parou de beber e jogar depois que casou e só bebia um pouco no fim de semana, quando também jogava bola depois de ir à missa. (...) Em maio 1937, quando estava trabalhando e já se sentindo fraco, sofreu a primeira hemoptise, sendo levado pelo patrão a um curandeiro que lhe deu um chá. Ficou bem durante dois meses quando teve novamente hemoptise e desmaio. Começou a ir todos os dias à missa e em meados de 38 sua mulher fugiu levando os filhos. Livre de obrigações, o doente abandonou o trabalho e foi para Campos do Jordão, vivendo num albergue e sendo tratado pelo Dr. Paranhos. Como não conseguiu vaga em sanatório, sem dinheiro foi para São José dos Campos dormindo na rua até conseguir abrigo numa casa. Foi tratado caritativamente pelo Dr. Dorya. Passou a acreditar mais em Deus e diz ter perdoado a mulher pelo abandono. Há cerca de dois meses veio para São Paulo, conseguindo ser tratado pelo Dr. Ferreira, mas não conseguindo hospitalização. Fez pequenos trabalhos na zona do mercado e, como se sente cada vez pior, veio agora bater à nossa porta (...). Disse que ficou doente porque Deus quis e, como acredita em Deus, disse que vai melhorar, só precisa de tratamento médico. O paciente não parece boa pessoa como indicado em informação anterior. Olha com cara estranha para todo mundo e reza quase que o dia todo. Parece malvado e nunca se veste convenientemente. Quase não fala. Ganhou roupas novas mas não quer usá-las, dizendo que está guardando a roupa para usar quando sair daqui”.

Nos meses seguintes, outros médicos fizeram anotações no prontuário de Korche, registrando os resultados da medição da pressão arterial, temperatura corporal e remédios administrados, reportando também a piora gradual do seu estado de saúde. Por último, em 20 de abril de 1942, foi assinalada a morte do paciente, percebendo-se pela caligrafia que o profissional que anotou o derradeiro dado não era nenhum dos clínicos que até então preencheram o prontuário. Eis o que ele escreveu:

“O paciente chegou a óbito ao meio-dia. Morreu segurando o crucifixo que nunca abandonava. Suas últimas palavras foram sobre sua família”.

## Considerações Finais

Os prontuários, no rol de documentos constitutivos dos arquivos médicos, afloram como peças preciosas que possibilitam fixar cenários, confirmar saberes e desvelar sensibilidades, enfim, viabilizar novas possibilidades de apreensão da memória da Saúde em São Paulo. Neste sentido, este texto buscou, para além das análises de cunho ideológico, filosófico e médico, destacar o potencial de um núcleo documental que pode revelar falas sobre a enfermidade e os enfermos, solidariedades e paixões em situações extremas nas quais a morte é presença permanente e confidências sobre os (des)encantos frente ao mundo instruído pela luta contra a enfermidade. Em conjunto, tais constatações sobre a ânsia de comunicar, registrando detalhes nas folhas prontuárias e, também, confidenciar as angústias ambientadas em um sanatório de tuberculosos, permitem avaliar o valor dos prontuários médicos enquanto instrumentos importantes de reflexão sobre o comportamento humano. Em suma, analisar as confidências nem sempre suficientemente mascaradas nas anotações clínicas é uma possibilidade de conhecermos os dilemas de uma comunidade formada em nome da saúde, mas que se deparava com o sofrimento, a dor e a morte a cada instante.

## Referências Bibliográficas:

- BERTOLLI FILHO, C. **História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001.
- \_\_\_\_\_. **História social do tuberculoso: perspectivas documentais**. Cadernos de História e Saúde da Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, v.2, p. 42-50, 1992.
- \_\_\_\_\_. **O discurso médico nos prontuários clínicos. Intercâmbio**, São Paulo, v.5, 1996<sup>a</sup> p.17-24.
- \_\_\_\_\_. **Prontuários médicos: fonte para o estudo da história social da medicina e da enfermidade**. História, Ciência e Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.3, n.1, 1996b. p. 173-180.
- BRITTO, L.PL. **Medicina e discurso**. Campinas: Papirus, 1988.
- CLAVREULI, J. **A ordem médica. São Paulo: Brasiliense, 1983**.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.
- LAÍN ENTRALGO, P. **Antropologia médica**. Barcelona: Salvat, 1984.
- \_\_\_\_\_. **La relación médico-enfermo**. Madrid: Alianza, 1983.

# Coleção Papéis Avulsos: fontes de pesquisa para a história da saúde da cidade de São Paulo

Sênia Bastos<sup>1</sup>

## Resumo

A coleção Papéis Avulsos compreende a documentação recebida e expedida pela Câmara Municipal da cidade de São Paulo, referente ao período de 1800 a 1903. Sua diversidade documental permite diferentes leituras, a partir das representações legadas por engenheiros, médicos, vereadores, fiscais, guardas urbanos, administradores de prédios públicos e seus moradores. Neste artigo elegeram-se o ano de 1855, pelas medidas contra a propagação da epidemia de cólera na cidade de São Paulo, para exemplificar a riqueza dessa documentação.

## A Coleção Papéis Avulsos

O Arquivo Histórico Municipal Washington Luís<sup>2</sup> mantém sob custódia o antigo Arquivo da Câmara da cidade de São Paulo, com precioso acervo para o estudo das suas condições médico-sanitárias.

Este artigo trata especialmente da coleção Papéis Avulsos, que compreende a documentação recebida e expedida pela Câmara Municipal, referente ao período de 1800 a 1903, totalizando 2.058 volumes. Sua diversidade documental permite diferentes leituras, a partir das representações legadas por engenheiros, médicos, advogados, vereadores, fiscais, guardas urbanos, administradores de prédios públicos, porteiros, amanuenses, negociantes e seus moradores.

Apesar da ordenação cronológica, nenhum outro critério foi adotado para sistematizar os documentos, visando a sua encadernação. Pareceres de engenheiros, médicos e de comissões especiais; relatórios de fiscais; projetos, diretrizes e orçamentos de obras públicas; guias de encaminhamento para sepultar-se na condição de pobre; quadros estatísticos mensais dos sepultamentos realizados no cemitério municipal da Consolação; relação de impostos arrecadados; recenseamentos por quarteirão; sugestões, pareceres, proposições legislativas e decisões dos vereadores; solicitações de alvarás e licenças; correspondências, entre outros itens, foram ali reunidos.

As dificuldades de manuseio dos volumes, de natureza e tamanho diferenciados, aliadas a falta de divulgação de seu conteúdo, têm contribuído para o desconhecimento de sua importância enquanto fonte de pesquisa para a história da saúde de São Paulo.

Medidas contra a propagação da epidemia de cólera na cidade de São Paulo, em meados da década de 1850, exemplificam a riqueza dessa documentação.

## O mal que não se deu

Capital da província, sede da Assembléia Legislativa Provincial e do Palácio do Governo, com uma população estimada em 31.569 moradores, São Paulo diferenciava-se das demais cidades em função de sua importância administrativa e comercial nos idos de 1855<sup>3</sup>.

Os cursos de água constituíam verdadeiros obstáculos ao seu crescimento. Três pontes sobre o riacho Anhangabaú segmentavam a expansão dos arruamentos, que voltavam a se ampliar, uma vez superada esta limitação geográfica. Em direção ao Centro Novo (Praça da República), à região da Luz e ao Bixiga, as chácaras remanescentes representavam outra modalidade de entrave. Do lado oposto, a várzea do Carmo dificultava a abertura de ruas, porque seu solo era alagadiço e sujeito a inundações.

As pontes delimitavam o perímetro central, mas o coração da cidade era formado pelas ruas Direita, São Bento e XV de Novembro, o famoso "Triângulo", e adjacências. Predominavam ruas sem pavimentação e nivelamento, estreitas e sinuosas, segmentadas por becos ou travessas.

Sobrados, que reuniam função residencial e comercial, e construções térreas apresentavam certa uniformidade construtiva em virtude da generalização do uso da técnica de taipa em sua construção, nos lotes estreitos e profundos do "Triângulo"<sup>4</sup>.

Os estabelecimentos comerciais localizavam-se principalmente nas ruas São Bento, Direita e XV de Novembro. Comercializavam artigos variados, nacionais ou importados, mesclando produtos perecíveis, ferragens, tecidos, etc. Produtos de primeira necessidade podiam ser encontrados na rua das Casinhas, largos do Palácio, da Misericórdia e de São Bento, ou nas pequenas cestas das quitandeiras ou carrinhos dos vendedores ambulantes que circulavam pelas ruas oferecendo frutas, legumes e hortaliças de porta em porta.

Nos atuais bairros do Brás, Penha e Santo Amaro verificava-se a produção agrícola destinada ao abastecimento da capital, bem como nas chácaras ainda presentes na

<sup>1</sup>Doutora em História pela PUC de São Paulo e Coordenadora e Professora do Programa de Mestrado em Hospitalidade da Universidade Anhembi Morumbi. Contato: seniabas@anhembibr

<sup>2</sup>Instalado no Edifício Ramos de Azevedo, na Praça Coronel Fernando Prestes, no bairro do Bom Retiro, o Arquivo Histórico Washington Luís é uma Divisão do Departamento do Patrimônio Histórico da Secretaria Municipal de Cultura.

<sup>3</sup>Em 1854 a cidade contava com 6.872 escravos, o que correspondia a 22% dos moradores. Reduzida para 12% em 1874, estima-se em 3.828 o número de cativos. Tal fenômeno deve ser compreendido não só em decorrência da intensificação das manumissões, mas ainda pela atração que a cidade exercia, dada sua importância estratégica.

<sup>4</sup>O título passou a ser adotado apenas na década de 1850.



Liberdade, Bixiga e Bom Retiro.

Os chafarizes eram a principal forma de abastecimento de água potável, mas também reinava a prática de construção de cisternas<sup>5</sup>. Dada a limitação da água dos chafarizes, ou por causa da distância, parte da água utilizada no cotidiano doméstico provinha dos rios e riachos existentes, contaminados pelos despejos realizados ao longo dos anos.

Famílias mais abastadas canalizavam água dos encanamentos dos chafarizes para suas residências, comprometendo a distribuição para o restante da população, revelando o privilégio de determinados setores. Destaque-se, todavia, ausência de água encanada no interior das moradias ou de privadas.

Parte dos canais de escoamento das águas pluviais era descoberta ou possuía orifício para captação da água da chuva, configurando-se verdadeiros esgotos a céu aberto, em virtude do lançamento irregular de materiais fecais e lixo, gerando mau cheiro, prejudicando a salubridade pública e ameaçando a estabilidade das galerias subterrâneas devido ao seu entupimento.

Para evitar a proliferação de cólera por todo o território, o governo imperial orientou as câmaras municipais para prevenir a sua manifestação e adotar medidas eficazes caso se manifestasse na localidade, pois se tratava de doença desconhecida no Brasil.

A Junta Central de Higiene Pública<sup>6</sup> centralizava a responsabilidade pela saúde pública do país. Sua atuação se restringia à Corte, apesar de pretender alcançar todo o território. Coube a uma comissão, composta por membros deste órgão, elaborar as diretrizes e procedimentos médicos para informar o poder público com relação ao cólera.

O documento encaminhado à Câmara da cidade de São Paulo era confidencial. Temendo possíveis tumultos, orientava as autoridades para não informarem à população o real motivo das deliberações: “e convêm que não seja descoberto o fim real de taes providencias, para que a população não fique amedrontada”. (PAPÉIS AVULSOS, 1854, v. 4, f. 111).

As determinações sanitárias sugeridas foram incorporadas pela edilidade municipal, a ponto de serem aprovados novos artigos, alterando o Código de Posturas preexistente<sup>7</sup>. Dentre as medidas urgentes a serem adotadas, a proibição de sepultamentos no interior das igrejas, a definição do local para edificação do cemitério municipal e a fiscalização da limpeza do matadouro municipal ganharam prioridade<sup>8</sup>.

A edificação de cemitérios fora do recinto dos templos foi determinada em 1828. Todavia, apesar das iniciativas da Câmara, a questão contrariava os interesses da igreja católica, que pressionava para retardar a execução do empreendi-

mento, conforme evidenciado por Camargo (1995).

O incremento populacional na cidade tornava este costume incompatível com eventual epidemia de cólera. Proibiram-se então novos sepultamentos no recinto dos templos, iniciando as tratativas para edificação de um cemitério público. Para evitar a contaminação dos fiéis com as exalações pútridas, emanadas dos cadáveres já sepultados, prescreveram a lavagem do interior das igrejas com clorureto de cálcio ou água de labarraque e a caiçação das paredes. (PAPÉIS AVULSOS, 1855, vol. 5, f. 65-6).

Inicialmente cogitaram a construção de três cemitérios para atender as freguesias da Sé, Brás e Santa Ifigênia. A urgência da edificação e a exigüidade de recursos levaram a edilidade municipal a restringir as opções a um cemitério.

Pela configuração geológica e ação dos ventos, definiu-se a construção do cemitério municipal no alto da Consolação. Uma vez em funcionamento, ficariam proibidos os sepultamentos no interior ou em áreas externas dos templos religiosos, no Cemitério dos Afritos (onde eram sepultados os escravos, réus condenados e as prostitutas) e no Cemitério dos Protestantes<sup>9</sup>.

O matadouro municipal também se convertera em prioridade. Localizado na região da Bela Vista, sangue, lixo e detritos dos animais abatidos eram lançados no ribeiro Anhangabaú, circulando por todo o perímetro urbano conduzidos pelo riacho. Sua disposição geográfica permitia ainda que os ventos canalizassem para a cidade os miasmas ali produzidos<sup>10</sup>. Miasmas gerados nos buracos, nos quais se concentravam sangue podre e estrume, graças a precariedade da limpeza e ausência de fiscalização.

Predominava a assertiva de que a água estagnada representava ameaça, os lixos lançados no riacho Anhangabaú prejudicavam a livre circulação das águas, dificultando o seu escoamento. Fazia-se necessário, portanto, saneá-lo para evitar a formação de pontos insalubres detectáveis pelas emanações.

Preocupados com a estagnação das águas do Anhangabaú, diversos projetos de canalização do riacho foram discutidos, mas seu alto custo inviabilizava a efetivação das obras. Recorria-se então à proibição do lançamento de dejetos, com limpeza das margens e de seu leito, favorecendo assim o escoamento das águas.

Com a ênfase na divulgação do edital do ano anterior, os moradores foram novamente notificados sobre os locais liberados para depósito de lixo e dejetos na área central. Preocupação contemporânea era compartilhada na Europa, onde a possibilidade de epidemia de cólera determinara a necessidade de eliminação sistemática do dejetos na cidade, evitando-se o amontoamento de lixo nas suas proximidades. (CORBIN, 1987).

As ruas de São Paulo foram alvo de medidas para mantê-las limpas. Apesar de o artigo quinto, das Posturas, de 1830, proibir o lançamento de lixo nas ruas, o novo ar-

<sup>5</sup>A qualidade da água distribuída nos chafarizes era questionável e as autoridades tinham conhecimento da precariedade do abastecimento, desaconselhando o consumo da água proveniente dos poços em virtude da facilidade de sua contaminação.

<sup>6</sup>Criada em 1850, no Rio de Janeiro, foi regulamentada pelo Decreto Imperial nº 828 de 29/9/1851. (GAMBETA, 1988, p. 77).

<sup>7</sup>Trata-se da legislação de 1830 que definiu as atribuições das câmaras municipais de todo o país. (PAPÉIS AVULSOS, 1855, v. 4, f. 103 e 170).

<sup>8</sup>Embora se tratasse de orientação geral, o documento refere-se textualmente às igrejas da Misericórdia, Boa Morte e Rosário. O Matadouro Municipal era localizado na rua Humaitá, no atual bairro da Bela Vista.

<sup>9</sup>O cemitério dos Protestantes foi edificado na região da Luz pela comunidade dos não-católicos residentes na cidade.

<sup>10</sup>Os miasmas seriam gerados pela decomposição de resíduos vegetais, animais e excrementos. Os terrenos alagadiços, cemitérios, áreas de deposição de lixo, hospitais e matadouros eram considerados locais geradores de miasmas. Diversas disposições foram criadas para proteger os moradores. Dentre as medidas tidas como eficazes no combate aos miasmas destacam-se a circulação do ar e água, exalação com enxofre, eliminação da umidade, lavagem com cal, entre outras.

tigo foi aprovado em 1856, ampliando a restrição: além do lixo, proibia-se o lançamento de águas sujas e fezes. Instituiu-se o serviço diário de limpeza das ruas para evitar o lançamento de lixo nos logradouros públicos: cabia às carroças, utilizadas nesta atividade, retirar o lixo doméstico dos moradores pobres. Os que possuísem escravos deveriam ser orientados para lançarem os materiais nos locais previamente definidos<sup>11</sup>. Observaram a necessidade de enterrar os animais mortos, evitando o seu abandono nas ruas e praças. Foi exposto padrão construtivo para carroças de recolhimento de dejetos por particulares, e estabelecido o horário para a realização da retirada nos domicílios.

A livre circulação dos ares requeria a retificação e alargamento das ruas estreitas e sinuosas e a supressão dos becos; caberia ainda dessecar os pântanos e canalizar os esgotos para evitar a proliferação dos miasmas e a umidade nas habitações. Mas estas medidas foram adiadas em virtude da exigüidade de recursos.

Para o pronto atendimento aos doentes, a capital foi dividida em quatro distritos, designados por médicos, com farmácias, fornecimento de remédios e enfermarias para alojamento de doentes pobres, além de visitas preventivas nos domicílios. Essas visitas objetivavam a orientação dos moradores quanto aos procedimentos higiênicos e à identificação de possíveis infectados<sup>12</sup>. Uma Comissão Sanitária e de Socorro aos Enfermos Pobres foi instituída, estabelecendo-se ainda pequena botica portátil, com seis tipos de medicamentos para tratamento dos doentes<sup>13</sup>.

Dada a urgência, o presidente da província aprovou, a título provisório, diversos artigos de posturas que entraram em vigor sob caráter de emergência. A inspeção das habitações por fiscais, médicos ou autoridades públicas foi liberada, para a detecção dos focos de sujeira, presença de doentes, criação de animais, deposição de lixo ou águas estagnadas nos quintais. Os moradores se viam obrigados a franquear os “quintais, áreas, jardins, pateos e outras dependências de suas casas para ser examinado o estado de aceio e de limpeza em que se achão, pelos fiscais ou autoridades policiais”<sup>14</sup>.

O acolhimento de doentes para tratamento em residências urbanas ficou sob a mira das autoridades, embora nenhum dispositivo do código municipal coibisse tal prática.

Atitudes como a de Francisca de Araújo, que acolhera doentes em sua casa na rua da Constituição, “para serem tratados por ajuste lucrativo, alguns doentes de bexiga pestífera, a qual dahi se propagara, contagiando á varias pessoas da vizinhança”, não poderiam se verificar com os doentes de cólera<sup>15</sup>. Temia-se a eclosão de um quadro de calamidade pública, cuja forma de propagação da doença era desconhecida. (PAPÉIS AVULSOS, 1857, v. 1, f. 33).

Advertida para não mais acolher doentes contagiosos para tratamento em sua moradia, nenhuma restrição podia ser aplicada a Francisca de Araújo.

As Posturas determinavam ainda a obrigatoriedade anual da caiçação das casas, pintura das portas, janelas e batentes e a proibição da presença de animais soltos nas ruas. Fábricas e curtumes existentes na área central tiveram suas atividades paralisadas, sendo intimados a divulgarem os produtos empregues na produção e a retirarem-se oportunamente do local. (POSTURA, 14/8/1855).

A intensa circulação de pessoas e produtos e a proximidade com a cidade de Santos deixaram as autoridades em alerta. Convencidos de que o cólera não se manifestava espontaneamente, em razão das condições sanitárias reinantes, com reduzido número de médicos e farmacêuticos, bem como restrito conhecimento sobre essa doença, o presidente adotou medida extrema: interrompeu a circulação de pessoas e produtos com a cidade de Santos mediante a instituição de um cordão sanitário<sup>16</sup>. O ponto escolhido localizava-se na Serra da Maioridade, na paragem denominada Rio das Pedras. Ainda na serra, em Boa Vista, projetaram a desinfecção das malas do correio e de possíveis veículos para socorrer as vítimas.

Transcorrida uma década, nova possibilidade de epidemia de cólera mobilizava as autoridades com o objetivo de estabelecerem medidas preventivas. As recomendações encaminhadas pela Junta Central de Higiene Pública reproduziam as Orientações de 1855.

Muitas medidas adotadas em nome da saúde pública ainda não possuíam consenso sobre sua real eficácia. Desconheciam-se os vetores de diversas doenças de caráter epidêmico, mas já se relacionavam algumas causas: água contaminada, lixo e falta de asseio doméstico.

Ao destacar a importância do poder regulador e normatizador da Câmara, o engenheiro Carlos Rath salienta o interesse público em detrimento do individual, clara alusão aos privilégios na sociedade paulistana. Deliberações eram revogadas em razão de interesses particulares ou de minorias, desconsiderando-se os posicionamentos científicos. O executivo municipal deveria ser intransigente, mesmo que tais decisões contrariassem os munícipes, alterando comportamentos, pois costumes arraigados prejudicavam a salubridade pública.

Aquele foi o momento de interferência do poder regulador e normatizador da Câmara para garantir o interesse público em detrimento do individual, a partir de posicionamentos científicos. O não cumprimento do Código de Posturas era criticado pelos médicos. Não bastava somente elaborar as disposições, era preciso que fossem executadas, mas para isso deveria existir a fiscalização.

<sup>11</sup>Aos escravos eram atribuídas tarefas associadas à limpeza das casas e terreiros, despejo dos detritos domésticos, comercialização de gêneros etc.

<sup>12</sup>Acto de 28/9/1855. (PAPÉIS AVULSOS, 1855, v. 4, f. 227-31).

<sup>13</sup>A Comissão Sanitária e de Socorro aos Enfermos Pobres foi criada através da portaria de 30/9/1855. (PAPÉIS AVULSOS, 1855, v. 5, f. 12).

<sup>14</sup>Dada a urgência do assunto não foram encaminhados à Assembléia Legislativa Provincial como determinava a lei. Esses artigos podem ser localizados no Arquivo Histórico Municipal Washington Luís, no livro de Posturas Municipais. Postura de 14/8/1855, manuscrito. Código de Posturas do Município de São Paulo - 6/10/1886. Coleção de leis e posturas municipais promulgadas pela Assembleia Legislativa Provincial de São Paulo em 1886. São Paulo, Typografia do Correio Paulistano, 1886.

<sup>15</sup>Wilson Gambeta (1988, p. 128) chama a atenção para a existência de enfermarias clandestinas espalhadas pela cidade. Os doentes preferiam colocar-se sob os cuidados de particulares a serem obrigados a se internarem nos lazaretos, edificações adaptadas temporariamente para acolher os doentes contagiosos: “não eram, portanto, hospitais no sentido médico do termo e sim depósitos de moribundos”. O hospital de isolamento, inaugurado em 1880, sito à avenida dr. Arnaldo, corresponde à área do hospital Emilio Ribas, onde ainda pode ser visitada uma das antigas edificações construídas nesta ocasião.

<sup>16</sup>O cordão sanitário foi instituído pelo ato de 18/11/1855, e suspenso trinta dias depois, em 17/12/1855. (PAPÉIS AVULSOS, 1855, v. 5, f. 188).

Destaque-se a ação fragmentada dos médicos naquele momento (CAMARGO, 1995). A responsabilidade pela concretização das medidas consideradas importantes pelos médicos era do poder público, competindo ao engenheiro a vistoria dos locais potencialmente insalubres, inclusive as soluções para evitá-los.

As determinações sanitárias foram incorporadas pela legislação, redundando no incremento da ação fiscalizadora por parte do poder público nos surtos epidêmicos. Os moradores resistiam a estas regulamentações e perpetuavam os procedimentos incompatíveis à efetivação deste projeto saneador.

Por intermédio de petições, pressionavam a Câmara para que executasse suas atribuições conforme prescrevera a lei de criação das câmaras municipais, ou recorriam, opondo-se às determinações sanitárias<sup>17</sup>.

Nos momentos de eclosão de doenças epidêmicas, a ação fiscalizadora se intensificava, acarretando maior observância do código municipal, e, em meados do século XIX, graças aos surtos epidêmicos, verificaram-se disposições para normatizar e fiscalizar a higiene.

A teoria dos miasmas influenciava as intervenções favorecendo a circulação do ar e o fluxo das águas, para controlar a umidade do solo, isolar doentes, desinfetar moradias, segregar hospitais e cemitérios, minimizando as incidências epidêmicas.

Ainda não se difundiram na São Paulo oitocentista a bacteriologia, a sorologia e as descobertas de Pasteur. A crença na propagação de moléstias por contaminação do ar só foi superada no século XX, quando os vetores de diversas doenças passaram a ser isolados e conhecidos (TELAROLLI JUNIOR, 1996).

### **Referências Bibliográficas:**

- BASTOS, S. **A cidade por seus moradores. Ação e participação dos moradores na administração da cidade de São Paulo na segunda metade do século XIX.** 2001. Tese (Doutorado)- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- CAMARGO, L.S. **Sepultamentos na cidade de São Paulo 1800-1858.** 1995. Dissertação (Mestrado)-Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- CORBIN, A. **Saberes e odores. O olfato e o imaginário social nos séculos dezoito e dezenove.** São Paulo: Companhia das Letras, 1987.
- GAMBETA, W. **Soldados da saúde: a formação dos serviços de saúde pública em São Paulo (1889-1918).** 1998. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- TELAROLLI JUNIOR, R. **Poder e saúde. As epidemias e a formação dos serviços em São Paulo.** São Paulo: UNESP, 1996.

<sup>17</sup>A lei de 1/10/1828, conhecida como Regimento das Câmaras Municipais, perdurou até 1891. Subordinadas ao presidente da província, as atribuições das câmaras municipais eram administrativas, competindo-lhes garantir os assuntos de interesse comunitário.

# Projetos Republicanos para a Saúde: o ensino livre de medicina

Márcia Regina Barros da Silva<sup>1</sup>

Após 1850, o café passou a ser o principal produto de exportação de São Paulo, substituindo definitivamente a cana-de-açúcar e provocando um processo fabuloso de transformação econômica no estado e em sua capital. A cidade de São Paulo adquiriu o status de metrópole moderna graças à rápida urbanização e ao grande aumento demográfico ocorrido a partir do mesmo período. A antiga vila colonial viu sua população negra e indígena ser substituída por um enorme contingente de mão-de-obra estrangeira, branca, sobretudo italiana, a partir de 1890. Para se ter uma idéia da imensidade dessas transformações, em menos de dez anos, entre 1891 e 1900, São Paulo recebeu cerca de 700.000 imigrantes.

O país também se transformava. A Abolição foi efetivada em 1888 e a Proclamação da República se deu em 1889. A descentralização administrativa que o novo regime propugnava possibilitou ao estado de São Paulo uma autonomia importante para o projeto de modernização que suas elites almejavam. A saúde pública foi uma das áreas em que um grande número de mudanças se tornou visível.

Por outro lado, o aumento da população agravava as condições sanitárias nas principais cidades e os primeiros casos de peste bubônica e febre amarela começaram a surgir. Os serviços que haviam sido instalados no período do Império, como o Instituto Vacínico e a Inspetoria de Higiene, tinham uma atuação bastante restrita e não conseguiam resolver os problemas sanitários que se multiplicavam.

A assistência médica era realizada basicamente pela Santa Casa de Misericórdia, com atendimento na capital desde 1825 e que, em 1855, transfere-se para nova sede. Neste mesmo momento começam a surgir associações mutualistas, como, por exemplo, a Beneficência Portuguesa, em 1850. Ainda não havia hospitais públicos inteiramente sustentados pelo Estado.

É possível observar nesse período o crescimento de atividades direcionadas ao debate sobre as atividades médicas e o aumento do número de profissionais na área, muitos também imigrantes. A implantação do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo pelo novo governo republicano, em 1892, serviu como marco para a melhoria das condições de saúde naquele momento. Com muitos dos seus laboratórios sendo transformados em institutos, formou-se um corpo profissional importante para o trabalho com a saúde. O Serviço atuava tanto no enfrentamento

direto a doenças quanto na regulamentação e fiscalização de alimentos, bebidas e remédios vendidos nas cidades. No combate às epidemias, as ações iam de desinfecção de casas, espaços públicos e objetos contaminados ou suspeitos de contaminação, até a pesquisa do desenvolvimento das doenças e a busca de vacinas e tratamentos.

Ao mesmo tempo em que essas ações contribuíam para a melhoria da qualidade de vida, serviam também para normatizar a vida das populações e inseri-las mais completamente na modernidade republicana, ampliando também a inserção do poder estatal nas zonas rurais, a partir de um sistema cada vez mais ramificado de órgãos e serviços públicos. Foi nesse contexto, de criação e reorganização dos espaços destinados aos cuidados com a saúde e higiene pública, que houve a primeira tentativa oficial de criação de uma escola médica em São Paulo. O governo do estado propôs, em lei de 1891, a criação de uma Faculdade de Medicina e Cirurgia, que não chegou a ser consumada.

## A Primeira Universidade de São Paulo

Um personagem importante para a História da Medicina no Brasil e para São Paulo, pouco estudado até o momento, foi o médico mineiro Eduardo Augusto Ribeiro Guimarães. Formado em 1882 na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, trabalhou desde 1881 nos laboratórios do renomado cientista Louis Couty, na área da fisiologia experimental e farmacologia do Museu Nacional. Na mesma faculdade, Guimarães foi aprovado em concurso como professor substituto na Cadeira de Terapêutica Clínica, em 1883.

Com a morte de Couty, em 1884, atacado pela febre amarela, o grupo de pesquisa liderado pelo cientista francês se dissolveu. No ano seguinte, em 1885, Guimarães decidiu então seguir viagem de estudos no exterior, onde permaneceu por cerca de um ano frequentando, entre outros, o famoso Salpetriere, com o médico Jean-Martin Charcot. Na sua volta, por divergências quanto às suas atividades na Faculdade, decidiu deixar o magistério. Retornou ao estado de São Paulo e passou a clinicar com o pai, em Campinas, ficando responsável pelo diagnóstico da temida febre amarela que iniciava na região.

Com a Proclamação da República, foi nomeado dire-

<sup>1</sup>Doutora em História pela USP, Pesquisadora do Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde - Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. Contato: mbarros.cehfi@epm.br

tor da instrução municipal, porém, pouco tempo depois, se instalou na capital paulista, participando ativamente dos debates políticos do momento e sendo eleito deputado pelo Partido Republicano. Após a promulgação da Assembléia Constituinte, retornou a Campinas, aos casos de febre amarela e para a sua fazenda de café. Tornou-se responsável pela organização do primeiro Congresso dos Lavradores, que tencionava interferir na política econômica, porém que não obteve grandes êxitos.

Em fins de 1906, retornou a São Paulo reassumindo a atividade clínica. Em 1909, participou da fundação da Academia Paulista de Letras ocupando a cadeira de número 10, para a qual escolheu o médico Cesário Motta como patrono. Nesse momento, já escrevia livros e diversos artigos em jornais e era bastante assíduo no debate que se instalava para a criação de uma faculdade de medicina no estado.

Durante todo esse período houve diferentes tentativas, todas frustradas, de retomar o projeto de 1891 para a criação do ensino superior de medicina. Uma das mais discutidas, foi a proposta de 1910 da Faculdade de Farmácia, instituição particular, criada em outubro de 1898 e subsidiada, em parte, pelo governo do estado, que, em 1902, passou também a abranger cursos de parteiras e dentistas, recebendo o nome de Escola Livre de Farmácia, Odontologia e Obstetrícia.

A proposta de criação de um curso médico nesta instituição foi intensamente repudiada. Em parte, pela não aceitação de profissionais paulistas de que farmacêuticos ficassem responsáveis pela formação de médicos. Esse dado não era exato, já que existiam, de fato, médicos envolvidos no projeto. Contudo, esse foi o estopim para o acirramento de debates sobre a necessidade de São Paulo vir a ter ou não um curso de formação de médicos.

A reorganização do ensino superior era uma batalha, também, em nível federal, devido às reformas implementadas pela república e às demandas políticas de diferentes grupos, principalmente, de intelectuais positivistas. Estes propunham o fim da exigência de diplomas oficiais para o desempenho de qualquer atividade profissional, o que na prática, acabava por interferir no exercício das profissões, pois criava a possibilidade da liberdade profissional completa, inclusive do exercício da medicina. O que estava em jogo eram modificações nas funções que o Estado brasileiro desempenhava, pois ao ser o responsável único pelo acesso às faculdades oficiais, sujeitava as seleções dos candidatos ao ensino superior a atitudes clientelistas, de acordo com suas expectativas.

Como consequência desses debates, ao assumir o Ministério da Justiça e Negócios Interiores, Rivadávia Correia (1910-1913) apresentou legislação federal para a adoção do ensino livre no Brasil, favorecendo também a criação de estabelecimentos particulares. A Lei Orgânica do Ensino Superior e Fundamental, de 5 de abril de 1911, entre outras coisas, permitiu que a iniciativa particular pudesse expedir seus próprios diplomas. Essa reforma foi tida como responsável pelo crescimento excessivo de escolas sem condições reais de ministrar o ensino superior, seja

pela falta de pessoal qualificado, seja pela precariedade de instalações e materiais. Em São Paulo foram criadas diversas instituições livres de vida efêmera e muitas de caráter duvidoso, acusadas de servirem de fachada para a simples venda de diplomas. Tem-se notícia da criação de diversos estabelecimentos de ensino tais como o Instituto Universitário de São Paulo, a Universidade Escolar e a Universidade Brasileira.

Foi na conjunção dos debates em torno da proposta de curso na Faculdade de Farmácia, da entrada em vigor da lei Rivadávia Correia e do grande movimento em torno da saúde pública paulista, que Eduardo Guimarães propôs a criação de uma nova universidade que contaria com um curso de medicina. Em 19 de novembro de 1911, seria fundada a Universidade de São Paulo, por um grupo capitaneado por ele, indicado para o cargo de reitor<sup>2</sup>.

De todas as instituições particulares anunciadas, a Universidade de São Paulo foi a única a apresentar uma organização efetiva, possuindo dez faculdades: Belas Artes; Ciências, Filosofia e Letras; Agronomia e Zootecnia; Medicina Veterinária; Comércio; Odontologia; Farmácia; Engenharia; Direito e Medicina e Cirurgia. Além desses cursos, foi criada na instituição uma Universidade Popular, que ministrou alguns cursos gratuitos e variados de literatura, ciências e filosofia, propondo a criação de uma Academia de Ciências.

A Escola de Medicina e Cirurgia era, de longe, a mais importante. No seu primeiro ano, teve um total de 376 inscritos: 58 matriculados na primeira série e 318 em curso preparatórios para ingresso no ano seguinte. Foram instaladas na área da saúde, no mesmo período, a Faculdade de Odontologia e a Faculdade de Farmácia, com 91 e 59 inscritos, respectivamente. Em toda a Universidade os matriculados somavam cerca de 700 alunos.

A Universidade de São Paulo possuía 250 professores, dos quais 50 estavam em exercício em 1912. Entre os professores do curso médico, foram convidados nomes de grande prestígio na medicina paulista e brasileira, tais como: Vital Brazil, convidado para catedrático da cadeira de Microbiologia; o próprio reitor Eduardo Guimarães, para professor de Patologia; Alberto Seabra, para a cadeira de Higiene; Luiz Philippe Baeta Neves, para a Ginecologia e Franco da Rocha, diretor do Hospital do Juquery, para a cadeira de Neurologia e Psiquiatria. Entre esses convidados a lecionar na nova escola, figurariam, ainda, os nomes de Luiz Pereira Barreto, Luiz do Rego, Pinheiro Cintra, Oliveira Fausto, Rubião Meira, Alves Lima e Arnaldo Vieira de Carvalho, diretor da Santa Casa.

Antonio Carini, na época diretor do Instituto Pasteur, convidado para a cadeira de Anatomia e Histologia, foi também indicado para diretor da Faculdade de Medicina. Ulysses Paranhos, médico da Santa Casa, foi indicado para o cargo de vice-reitor e para a cadeira de Clínica Médica do curso médico. Este último, seguiu em seguida

<sup>2</sup>A primeira Universidade paulista possui um vasto acervo conservado pelo Arquivo do Estado de São Paulo. Composto por material das diferentes faculdades e serviços tal acervo contém em sua maioria documentos referentes à Faculdade de Medicina. Fichas de inscrição, boletins e provas de alunos, relatórios e documentação administrativa, assim como fotos, constituem uma série bastante ampla ainda pouco explorada das atividades da instituição.

para a Europa, a fim de adquirir material para os laboratórios de vários cursos da Universidade. Ela foi instalada em 23 de março de 1912, com aula inaugural de Anatomia, proferida pelo médico Olegário de Moura e publicada em uma das principais revistas médicas do período, a Gazeta Clínica de São Paulo.

A Faculdade logo constituiu uma policlínica médico-dentária, com uma farmácia anexa e salas alugadas localizadas à rua Bento Freitas, no centro da cidade. Juntamente foi instalado um hospital universitário, o Hospital de Caridade do Brás, posteriormente denominado Hospital São José do Brás, mantido por uma fundação criada especialmente para este fim, o Instituto Pereira Barreto. Havia planos para a construção de um instituto anatômico, a ser localizado em terreno doado pela prefeitura nas proximidades do Cemitério do Araçá, especificamente para a dissecação de cadáveres.

A instituição havia sido financiada com ajuda do “capitalista” José Lemos Monteiro da Silva, que organizou um instituto, a Associação Beneficente Universitária, para gerir os negócios da Universidade de São Paulo, mas que logo se desligou de tais atividades.

Tal como previsto pela legislação vigente, a primeira USP poderia expedir seus próprios diplomas. Para confirmar esta prerrogativa, em 9 de novembro de 1913, a reitoria da Universidade veio a consultar o Conselho Superior de Ensino quanto à validade dos seus diplomas, tendo parecer favorável do governo federal, porém não se transformando em reconhecimento oficial.

As dificuldades, no entanto, se iniciaram, sobretudo com a saída do então governador da presidência do Estado, Albuquerque Lins, amigo de Guimarães e estimulador do projeto. Em 1912 assumia o governo Rodrigues Alves, figura intimamente ligada às demandas de saúde das elites paulistas. Havia sido ele, quando presidente do Brasil, a comandar as reformas urbanas ocorridas no Rio de Janeiro que redundaram na famosa Revolta da Vacina, em 1904.

Em São Paulo, Rodrigues Alves retomaria a antiga proposta de criação de uma escola oficial de medicina. Neste momento, já havia em São Paulo outras duas escolas oficiais criadas no período republicano, uma faculdade de engenharia, a Escola Politécnica, de 1893, e a Escola Agrícola Luís de Queiroz, criada em 1901. Além dessas, São Paulo possuía a antiga Faculdade de Direito, fundada na época do Império, em 1854, que teve importante papel no debate republicano que derrubou o antigo regime, além da Faculdade de Farmácia, já citada.

Assim, após a criação da primeira universidade paulista e da faculdade particular de medicina foi criada uma escola médica oficial. Essa foi rapidamente instalada a partir de lei de 19 de dezembro de 1912, aprovada em 31 de janeiro de 1913. A chamada Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo foi organizada pelo médico Arnaldo Vieira de Carvalho, amigo de Rodrigues Alves, diretor do Instituto Vacinogênico e diretor também da Santa Casa de Misericórdia – local este, em que já havia movimentações e debates pela criação de uma faculdade de medicina e

de onde procederia a maior parte dos docentes contratados para a faculdade, além dos médicos trazidos da França e Itália, para as cátedras de Fisiologia e Anatomia.

Os trabalhos da nova faculdade foram iniciados em instalações emprestadas da Escola Politécnica de São Paulo e da Escola de Comércio Álvares Penteado. No seu segundo ano de funcionamento, em 1914, a Faculdade de Medicina oficial foi transferida para um prédio alugado na rua Brigadeiro Tobias, funcionando até 1938, quando foram, por fim, inauguradas as instalações próprias na atual avenida Dr. Arnaldo.

O curso de medicina da universidade de Eduardo Guimarães passou a sofrer graves reveses a partir da criação da faculdade oficial. Embora os futuros diplomas de seu curso pudessem vir a ser válidos perante a legislação federal, concretamente a faculdade não havia conseguido ser reconhecida pelo ministério competente. Além disso, os profissionais formados necessitavam ter sua documentação reconhecida junto aos serviços de saúde do estado, que só admitia diplomas já reconhecidos. Essa instabilidade afastava cada vez mais os alunos matriculados e diminuía a procura pelos cursos da Universidade.

A partir de 1913, o Supremo Tribunal Federal editou parecer que condicionava o registro de diplomas das instituições de ensino superior a uma fiscalização federal, sob pressão dos debates contrários à lei que instituiu o ensino livre. Logo em seguida, em 1914, o reitor Eduardo Guimarães requisitou fiscalização federal para a sua escola de medicina.

Enquanto isso, a legislação sobre o ensino superior foi mais uma vez reorganizada com a queda do ministro Rivadávia Corrêa, em 1915. A lei do ensino livre foi revista e as escolas particulares, além de se verem obrigadas a passar por inspeção federal, tiveram que corresponder a novos quesitos para aprovarem seus cursos. Deveriam comprovar cinco anos de funcionamento regular, após apresentação de programas curriculares mínimos, comprovar exames rigorosos para ingresso vestibular, além de comprovar possuir laboratórios bem equipados para aulas práticas e ter todo o corpo docente escolhido por concurso público.

Apesar de apresentar a documentação exigida, a Universidade não conseguiu impedir o declínio acentuado de seus cursos, inclusive o de medicina. Não conseguiu que fosse designado um fiscal para acompanhar as atividades da instituição, ao mesmo tempo, em que muitos professores começavam a deixar a faculdade particular em nome da faculdade oficial. Antonio Carini, por exemplo, abandonou a Universidade ao ser indicado professor na cadeira de Microbiologia da Faculdade de Medicina.

O mesmo abandono ocorria por parte de alunos, o que levou a situação financeira da instituição a se agravar e, depois de diversas tentativas sem sucesso de resolver suas questões legais, ter suas atividades encerradas por Eduardo Guimarães. A transferência no mesmo ano dos alunos de medicina para outras escolas foi garantida anteriormente ao fechamento definitivo e melancólico da Escola de Medicina da Universidade de São Paulo, em 1917.

Após o insucesso da primeira tentativa de criação de uma universidade na capital de São Paulo, Guimarães voltou a sua fazenda, agora em Ribeirão Preto, desistindo da vida pública. A criação da Universidade de São Paulo, em 1934, e a incorporação das faculdades existentes no estado no mesmo ano indicam que o projeto de criação de instituições de ensino superior estava só começando. Mesmo sem sucesso, essa primeira iniciativa particular pode ser vista como uma proposta marcante na história do ensino superior paulista, momento em que questões decisivas da organização da saúde e do ensino agitavam os primórdios da instalação da República em São Paulo.

#### **Referências Bibliográficas:**

- GUIMARÃES, C.; VALLE, J.R. **Vida e obra de Dr. Eduardo Guimarães**. Monografia do Instituto Brasileiro de História da Medicina. Rio de Janeiro, 1961. 32 p. s/e.
- NADAI, E. **Ideologia do progresso e ensino superior (São Paulo 1891-1934)**. São Paulo : Edições Loyola, 1987.
- MOTA, A. **USP Avant USP. O caso da Faculdade de Medicina em 1911**. Revista USP, São Paulo, n. 61, p. 210-21, março/maio, 2004.
- RIBEIRO, Maria Alice Rosa. **História sem fim... inventário da saúde pública**. São Paulo: Ed. da UNESP, 1993.
- SÃO PAULO. **Legislação Federal do Ensino Superior (1825-1952)**. São Paulo, 1953.
- SILVA, M.R.B. O ensino médico em debate: São Paulo, 1890-1930. **História, Ciência, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro: v. 09 (suplemento), 2002. p. 139-59.
- TEIXEIRA, L.A. **Ciência e Saúde na terra dos bandeirantes: a trajetória do Instituto Pasteur de São Paulo no período de 1903-1916**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995.
- VALLE, J.R.. **Homens e instituições: a obra científica e social de Eduardo Guimarães**. Ciência e Cultura, São Paulo, v. 13, n. 2, 1961. p. 15-32.

# Farmacêuticas em São Paulo (1901-1919)

Maria Lucia Mott<sup>1</sup>  
Olga Sofia Fabergé Alves<sup>2</sup>

A pesquisa nos jornais e revistas de São Paulo no final do século XIX e primeiras décadas do século XX, período de inúmeras transformações econômicas, sociais e culturais na capital paulista e uma visível urbanização, aponta para uma importante participação de mulheres brasileiras e estrangeiras no mercado de trabalho, provenientes das diferentes camadas sociais, nas áreas de serviços, ensino, comércio, artes e saúde.

O setor da saúde passava então por modificações significativas verificando-se uma crescente institucionalização e profissionalização, com a criação de escolas, revistas e associações especializadas, organização de novos serviços voltados para a assistência, aumento de estabelecimentos industriais e comerciais de produtos médico-cirúrgicos, farmacêuticos, de higiene e de cosmética. Paralelamente, uma campanha bastante eficiente reforçava a necessidade da educação do sexo feminino e a saúde como sendo questão prioritária para o desenvolvimento e regeneração nacional, atribuindo às mulheres, um papel de destaque nesse movimento higienista e civilizatório, seja como mãe de família educada segundo os princípios da medicina científica, seja exercendo determinadas atividades profissionalmente ou de forma voluntária.

Dentre as atividades desempenhadas pelas mulheres na área da saúde, inicialmente destaca-se a da parteira, sobretudo de origem italiana<sup>3</sup>. A partir do final dos anos 1890, ao lado dos classificados das parteiras, começam a aparecer na imprensa anúncios de enfermeiras oferecendo serviços ou sendo requisitadas para trabalhar em domicílio; matérias escritas por ou sobre Dra. Maria Rennotte, primeira médica da cidade; fotos de formatura, reportagens e notícias sobre dentistas e farmacêuticas; e a farmácia, a enfermagem e a obstetrícia como profissões para mulheres.

Aldínio Jurema em artigo publicado na revista *O Echo*, em 1917, assim justifica seu parecer sobre o assunto:

*"Há profissões que deviam ser privativas da mulher. O homem no seu egoísmo invasor tem avassalado todas elas. Entre as profissões que deviam ser reservadas às representantes do sexo frágil está a farmácia que pela natureza sedentária do seu comércio especial, pela paciência que exigem certas preparações, pela delicadeza, minúcia e cuidados necessários ao perfeito aviamento do receituário médico, a mulher está em melhores condições do que o homem para exercê-la. Entretanto o número de farmacêuticas é ainda muito reduzido no Brasil. Por que será? Incapacidade para fazer o curso e conquistar o diploma? Certamente que não. Receio de entrar em concorrência com os homens?*

*Provavelmente. Se a lei fechasse as escolas de farmácia aos homens, que tem diante de si abertas todas as carreiras, não cometeria nenhuma iniquidade. Faria talvez um ato de justiça, altamente eqüitativo. No começo esse ato provocaria protestos e revoltas, mas dentro de pouco tempo o egoísmo masculino se conformaria com essa medida reparadora. O público sofredor lucraria com a modificação, porque a mulher menos interessada do que o homem, se contentaria com lucros menores e o seu coração mais propenso à bondade, faria aos indigentes maior soma de caridade do que a que lhes dispensam atualmente os detentores de farmácias."*

Entre 1892 e 1919, 1514 farmacêuticos registraram seus diplomas no Serviço Sanitário do Estado, sendo que 154 eram mulheres, número superior ao de parteiras, profissão tradicionalmente feminina<sup>4</sup>. Muito pouco, porém, sabemos sobre essas farmacêuticas, bem como sobre as que se formaram e atuaram nos demais estados brasileiros, apesar de Heleieth Saffioti, no trabalho *Mulher na Sociedade de Classes* (1979), utilizando dados extraídos da *Estatística Escolar* (1930), ter chamado a atenção da Farmácia ser, então, a principal opção de curso superior para mulheres<sup>5</sup>.

Este artigo tem por objetivo apresentar os primeiros resultados de uma pesquisa sobre as farmacêuticas em São Paulo nas duas primeiras décadas do século XX. Objetiva alertar sobre a importância de incluir as mulheres na agenda da história dos trabalhadores da saúde, no sentido de repensar a sua representativa social, menos como um fenômeno recente em algumas atividades, mas como importante já no século XIX e início do XX. O texto é recorte de um projeto mais amplo, que visa contribuir para a discussão sobre formação, inserção profissional e mercado de trabalho na área da saúde em São Paulo (1892-1978), a partir da análise dos registros profissionais. Utiliza como fonte matérias e artigos publicados na imprensa (jornais e revistas) e em periódicos especializados da área farmacêutica.

<sup>1</sup>Doutora em História e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde. Contato: cucamott@isaude.sp.gov.br

<sup>2</sup>Socióloga e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde. Contato: olga@isaude.sp.gov.br

<sup>3</sup>Entre 1892 e 1919, das parteiras registradas no serviço sanitário, 51% eram nascidas na Itália e 43% tinham diploma no país de origem; 19% eram brasileiras e 42% dos diplomas, atribuídos por escolas nacionais (Livros de Registro Profissionais 1892-1919, Centro de Memória da Saúde-SESSP). Agradecemos a Ana Paula F. Santos (PUCSP) que participou do levantamento dos dados e a Camilla A. Schneck (EEUSP) e Maria Mercedes L. Escuder (IS-SESP) que fizeram o tratamento estatístico.

<sup>4</sup>O número de farmacêuticos registrados no Serviço Sanitário de São Paulo entre 1892-1919 soma 1514. Os registros profissionais sugerem que o número seja bem maior do que o referido por Santos (1993), que afirma que até 1930 formaram-se no país 2.772 farmacêuticos.

<sup>5</sup>A partir dos anos 60 houve um aumento do número de mulheres diplomadas nos cursos de farmácia, somando mais de 50%. Ver: <http://www.fcf.usp.br/Ensino/Graduacao/Graduados/index.asp> (relação dos graduados na USP).



tica e médica e dados extraídos dos três primeiros Livros de Registro do Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional de São Paulo (1892-1919), pertencentes ao acervo do Centro de Memória da Saúde.

### **A Profissionalização da Farmácia e as Mulheres**

Em 15 de março de 1899, *A Mensageira*, “revista literária dedicada à mulher brasileira”, que fazia intensa campanha a favor da educação e da promoção do sexo feminino, informava sobre a instalação da Escola Livre de Farmácia, em São Paulo, transcrevendo um pequeno trecho do discurso de Bráulio Gomes, proferido por ocasião da inauguração, no qual ele destacava os motivos da sua criação. A Revista Farmacêutica (1899) também deu espaço à fala do médico:

*“Eis, pois um dos grandes instintos: formar botânicos, químicos e farmacêuticos. (...) Outro grande fim da Escola de Farmácia é formar mulheres – formar farmacêuticas. É tempo de dilatarmos os horizontes para atividade da mulher: dar-lhe profissões mais liberais, mais intelectuais, mais e melhores elementos para a luta da vida. Dirigir o lar, dirigir sua família e acalentar seus filhos poderá a mulher fazer com aquela doce energia, com aquela rigorosa brandura – paz de espírito e pureza de consciência, disputando com distintíssimo posto na lutas pelo viver”.*

Os estatutos da Escola reafirmam esse compromisso, destacando que a finalidade da Escola era ensinar as matérias compreendidas em seu programa, “a todas as pessoas sem distinção de sexo ou nacionalidade, que se propuserem à profissão farmacêutica” (PRESTES, 1922, p.6).

A defesa da abertura do curso para as mulheres pode ser lida como um sinal dos novos tempos. O acesso do sexo feminino aos cursos superiores tinha ocorrido há cerca de uma década e a primeira farmacêutica diplomada do país – Maria Luiza Torrezão de Sue Surville se formara em 1887, pela Escola de Farmácia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro<sup>6</sup>. Também era novidade a criação de uma Escola Livre de Farmácia na cidade de São Paulo.

O ensino da farmácia no Brasil nasceu em 1832, vinculado a faculdades de medicina. Conforme se sabe, durante todo o Império a formação de farmacêuticos esteve sob a direção das duas faculdades de medicina existentes no país, a do Rio de Janeiro e da Bahia. Havia grande restrição à expansão dos cursos superiores e controle dos médicos do exercício dos ramos afins: farmácia, arte dentária, partos. Assim, a Escola de Farmácia de Ouro Preto (1839) foi uma exceção em dois sentidos: por ter rompido a barreira contra a abertura de novos cursos superiores e por ter sido criada por um farmacêutico, sendo constituída independentemente do ensino médico.

Em 1879, o decreto 7247 que tornava livre o ensino superior, permitiu a particulares a fundação e manutenção de estabelecimentos ensino desde que seguissem os programas oficiais. O mesmo decreto permitia, explicitamente, o ingresso de “indivíduos do sexo feminino” nas instituições

de ensino superior do país (CAMPOS, 1966).

Pode-se dizer que a partir da década de 1890, o processo de institucionalização e profissionalização da farmácia caminhou a passos largos: foram criadas novas escolas, algumas “isoladas”, outras anexas aos cursos de medicina, outras ainda em parceria com cursos de química industrial, odontologia e obstetrícia. Essas escolas tinham por objetivo fornecer uma melhor formação, na qual fossem contemplados aspectos científicos da profissão, a exemplo do que acontecia na Europa e Estados Unidos. A expansão do ensino foi bastante rápida, começando pelo Rio Grande do Sul em 1895. Somente em São Paulo, foram criadas dez escolas: duas na capital, a já mencionada Escola Livre de Farmácia (1898), a da Universidade de São Paulo (1911), que teve vida curta, e oito no interior: em Pindamonhangaba (1913), São Carlos (1914), Piracicaba (1915), Mococa (1916), Itapetininga (1921), Jaboticabal e Araraquara (1923), Ribeirão Preto (1924) (CAMPOS, 1966).

Para admissão na Escola Livre de Farmácia, que seguia o modelo da Faculdade de Paris, o aluno era submetido a exames de português, francês, aritmética, álgebra e geometria plana. O curso tinha duração de três anos, para obtenção do diploma de farmacêutico; e de quatro para bacharel em ciências farmacêuticas com defesa de tese<sup>7</sup>. A grade curricular incluía disciplinas como química analítica, química orgânica e biológica, química inorgânica, mineralogia, toxicologia, física, botânica, anatomia, zoologia, geologia, e farmácia teórica e prática (A MENSAGEIRA, 1899). Exigia-se ainda um ano de prática em alguma farmácia para o exercício profissional (FONTOURA, 1938).

Apesar do exame de admissão exigir álgebra e geometria e das disciplinas das escolas de farmácia serem voltadas para as áreas das ciências físicas e naturais, e a educação do sexo feminino no período nem sempre privilegiar este tipo de conhecimento - pois ainda se questionava sobre a capacidade das mulheres aprenderem e fazerem ciência (SCHIENBINGER, 2001) – , a adesão ao curso foi imediata, bem como a dedicação aos estudos. Até março de 1903, a Escola Livre de Farmácia tinha registrado a matrícula de 166 alunos, sendo 25 mulheres (REVISTA FARMACÊUTICA, 1903). Rapidamente algumas alunas se destacaram – em 1905 e 1906, os prêmios de melhor aluno da Escola Livre de Farmácia de São Paulo foram atribuídos respectivamente a duas moças: Leonor da Costa Aguiar e Alice Teixeira. No ano seguinte, o prêmio coube a Geraldo de Paula Souza (CAMPOS, 1984).

Formados, os farmacêuticos estavam habilitados a exercerem em estabelecimentos comerciais (farmácias e drogarias), hospitais, entidades assistenciais, laboratórios e indústrias, e a fazer perícia. O trabalho muitas vezes era perigoso, pedia ao mesmo tempo habilidades técnicas, científicas e comerciais: o preparo dos medicamentos era artesanal, dado o pequeno número de indústrias farmacêuticas e muitos preparados serem tóxicos. Exigia ainda dedicação exclusiva, trabalho noturno, trato com clientes de

<sup>6</sup>Maria Luiza Torrezão de Sue Surville Trabalhou como farmacêutica por vários anos na Policlínica de Niterói. *A Mensageira*, ano 1, n.19, 15/7/1898, p.303. Foi membro honorário do I Congresso Brasileiro de Farmácia, em 1922.

<sup>7</sup>Não foram localizados os Estatutos da Escola Livre de Farmácia de São Paulo. É possível que a idade de admissão no curso fosse de 14 anos, visto ter sido encontrado registros profissionais de diplomadas aos 17 anos. Em outras escolas, como a do Rio de Janeiro e de Pindamonhangaba, a idade de admissão era de 16 anos.

diferentes camadas sociais e conhecimentos de legislação sobre o exercício profissional e de contabilidade para escrutinação de livros (SANTOS, 1993; FOUNTOURA, 1938).

Para Cândido Fontoura, farmacêutico de renome, a atividade requeria conhecimentos especiais sobre a ciência “de reconhecer, escolher, preparar, conservar, controlar, descrever os medicamentos simples e compostos, apreciar sua ação e determinar suas formas e doses sob as quais devem ser ministrados” (1922), como também muita prática, cultura geral, probidade, método, descrição, modéstia, ponderação, pontualidade, prudência, alta moralidade, caridade e tato (1932).

No final do século XIX e início do XX a farmácia era um espaço importante de sociabilidade masculina onde se reuniam intelectuais e políticos nos finais de tarde (AMERICANO, 1957). A especificidade do exercício da medicina, da veterinária e da farmácia, nem sempre era percebida e aceita pela população, que via o farmacêutico como aquele a quem se podia recorrer em caso de problemas de saúde, sendo-lhe solicitado a indicação, a receita e a manipulação dos medicamentos para os diferentes males sofridos pelas pessoas e pelos animais.

### Perfil e Inserção Profissional

Vale lembrar que o aumento do número de escolas de farmácia a partir de 1895 não foi suficiente para suprir as necessidades de farmacêuticos nas diferentes regiões do país, como também não havia unanimidade sobre a necessidade de diploma para o exercício profissional. As legislações federal e estadual, em particular a de São Paulo, elaboradas após a proclamação da República, previam a regularização do exercício profissional dos práticos de farmácia que provassem experiência, passassem por um exame e se estabelecessem em locais onde não houvesse um profissional diplomado. Esses farmacêuticos práticos eram denominados de licenciados e, até 1938, em São Paulo, parte de seu perfil e trajetória podem ser recuperados pelo Diário Oficial do Estado, já que eles eram obrigados por lei, a publicarem na imprensa, pelo prazo de oito dias, o pedido de licença feito ao Serviço Sanitário. Esses farmacêuticos não serão objeto desse estudo. Vamos aqui nos referir aos diplomados. Para eles a legislação estabelecia que deveriam apresentar seus diplomas na Diretoria do Serviço Sanitário, onde seriam registrados em livro especial (SÃO PAULO. Lei n. 43, de 18/7/1892).

O Centro de Memória da Saúde possui uma coleção completa desses livros de registro de profissionais, de 1892 até 1978. Basicamente os livros trazem os seguintes dados: nome, sexo, filiação, data e local de nascimento, origem, estado civil (sobretudo das mulheres), formação (militar, religioso); escola de graduação, data do diploma, data de revalidação, ano de registro e, em alguns estão cadastrados a data de falecimento, e no caso das mulheres mudança de nome por casamento.

No dia 29 de abril de 1892, Luiz Manuel Pinto de Queiroz, natural do Estado do Rio de Janeiro, filho de Manuel José Pinto de Queiroz e Etelvina Maria da Conceição, nascido em 25 de março de 1868, recém-formado pela Faculdade de Medicina e Farmácia do Rio de Janeiro, foi o

primeiro farmacêutico a registrar seu diploma. Quase dez anos depois, Ursulina Lopes Torres, nascida em 26 de novembro de 1882 em São Paulo e formada pela Faculdade de Farmácia e Medicina de Porto Alegre, em 1901, seguia o mesmo procedimento (LIVRO DE REGISTROS, n.º 1).

Os registros apontam que a maioria das 154 farmacêuticas era paulistana (75%) e jovem (70% tinha entre 17 e 22 anos). Poucas eram oriundas de outros países (uma da Argentina, uma da Alemanha e três da Itália), o que as aproxima das dentistas (39 brasileiras e 2 estrangeiras) e as distingue das parteiras diplomadas (cerca de 70%) e das médicas (50%), no mesmo período, em sua maioria estrangeiras. Esta distinção precisa ser investigada, pois pode trazer elementos para análise da condição social dessas mulheres, formação, mercado de trabalho e inserção profissional<sup>8</sup>.

A Escola Livre de Farmácia de São Paulo foi a principal responsável pela formação (80% dos registros), destacando-se em segundo lugar a Escola Livre de Farmácia de Pindamonhangaba (10%), seguida pelas Escolas de Ouro Preto, Juiz de Fora e Porto Alegre. As alunas se formavam entre 17 e 22 anos, o que as aproxima das dentistas e as distingue das médicas e das parteiras que obtinham seus diplomas com mais idade. O período entre a obtenção do diploma e o registro no Serviço Sanitário é muito curto o que sugere que muitas mulheres efetivamente fizeram o curso para trabalhar, não apenas para obter uma melhor educação enquanto esperavam o casamento, como acontecia com parte das alunas que freqüentava as Escolas Normais (SCHPUN, 1997, p.102).

A literatura internacional destaca que muitas farmacêuticas eram filhas, esposas ou viúvas de farmacêuticos (Higby & Gallagher, 1992). Pelos livros de registro do Serviço Sanitário pesquisados é possível concluir que não raro pessoas da mesma família seguiam a profissão (filhos, filhas e irmãs). Carolina Tenore e sua irmã Maria Tenore registram seus diplomas em 1905, dois anos depois, Silvia Vilela e Maria José Vilela, assim como as irmãs gêmeas Maria da Glória e Maria do Carmo Barroso Lintz. Isto pode indicar que muitas famílias tinham mais segurança em mandar suas filhas em dupla para escolas onde a freqüência era majoritariamente masculina, e/ou que a farmácia, sendo uma empresa familiar, teria vantagens em dividir tarefas e lucros, sem fracionar o capital<sup>9</sup>.

Nas primeiras décadas do século XX as farmacêuticas já faziam parte da vida de várias cidades do Estado de São Paulo, conforme sugerem publicações científicas, mundanas, páginas policias e lembranças de moradores e parentes. Maria da Glória Lintz e sua irmã gêmea eram proprietárias de farmácia em Lorena (depoimento de Clóvis Frederico da Silva Ramos), e Lucia Gauss, em São Paulo (FONTOURA, 1938). Josefina Silveira, Maria Marques da Silveira, Anita Tibiriçá participaram, assim como mais 59 farmacêuticos, do Primeiro Congresso Médico Paulista, re-

<sup>8</sup>Os dados foram retirados dos Livros de Registro n.1,2,3 (1892-1919).

<sup>9</sup>Renilda Barreto (2000) refere-se às “meninas do Sr Ladislau” – Joana Ladislau Figueiredo de Melo -- Joana, Rosa e Ana – que receberam cartas de ofício de boticário, na Bahia, em 20 de agosto de 1811, quando o aprendizado ainda era prático.

alizado em dezembro de 1916 (ANAIS, 1916, vol.1). Já Judith Bittencourt, da Farmácia São Bento foi denunciada por trabalhar em farmácia e ser professora, o que era proibido por lei (A NAÇÃO, 19/7/1915); e Maria Silva, “farmacêutica”, residente à rua Conselheiro Furtado, 27, “acometida de sintomas de alucinação, ingeriu fortíssima dose de creolina” (A NAÇÃO, 21/8/1915).

Pode-se dizer que Anita Tibiriçá foi figura de destaque na sociedade paulista. É lembrada como a primeira mulher a ter carta de motorista na cidade. Foi uma das fundadoras, ao lado de Cândido Fontoura, da Sociedade de Farmácia e Química de São Paulo, “instituição científica e consultiva, notadamente em questões de química” (Fontoura, 1922, p.194); e juntamente com Leonor da Costa Aguiar foi eleita uma das moças mais inteligentes de São Paulo, em pesquisa realizada pela revista *A Cigarra* (1922).

### Considerações Finais

A história das farmacêuticas no Brasil está ainda por ser feita. Quanto à condição social, escolha e exercício profissional, inserção no mercado de trabalho e trajetória de vida, muitas perguntas ainda precisam ser respondidas. Pela lista dos sobrenomes verifica-se que muitas eram provenientes de famílias das elites. A documentação sugere que a farmácia não teria sido a primeira opção profissional, como ainda hoje, para muitos estudantes da área da saúde que projetam seus sonhos para a medicina: Ursulina Lopes Torres, primeira farmacêutica registrada no Serviço Sanitário de São Paulo, se formou posteriormente em medicina tornando-se médica do Hospital das Crianças no Rio de Janeiro.

A pesquisa sobre as farmacêuticas, certamente, pode trazer elementos importantes para conhecer melhor a história da profissão, da formação profissional feminina, do mercado de trabalho da saúde e das relações entre os gêneros no período. Não pode deixar de ser notado que a pesquisa evidencia nuances no discurso sobre a domesticidade e as esferas separadas. Sugere que alguns setores da população, inclusive masculinos, se preocupavam com a formação profissional das mulheres para o trabalho, visualizando a possibilidade de conciliar maternidade e trabalho, inclusive em profissões liberais. A visão da remuneração do trabalho feminino como menos importante e a crença numa natureza específica a cada sexo, continuavam, porém, norteando a inclusão ou a exclusão nas profissões. Nesse sentido é possível se perguntar se a imagem artesanal e prática da farmácia, e do farmacêutico como profissional subalterno ou auxiliar do médico, não foi um dos fatores que possibilitaram nas primeiras décadas do século, a abertura desse campo profissional para as mulheres. Quanto ao uso que essas pioneiras fizeram do estudo e do trabalho, bem... esta, já é uma outra história.

### Referências Bibliográficas:

QUAL a moça mais culta de São Paulo. *A Cigarra*, 1º out.1922.  
AMERICANO, Jorge. **São Paulo naquele tempo** (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE CIRURGIÕES DENTISTA. Disponível em: <<https://www.apcd.org.br>> Acesso em: maio 2006. 1895-1915). São Paulo: Saraiva, 1957.

BARRETO, M.R.N. **Nascer na Bahia do século XIX**. 2000. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Salvador.

CAMPOS, M.A. P. **A vida da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP: notas históricas**. São Paulo, USP, 1984.

CAMPOS, M.A. P. **Perfil do Ensino Farmacêutico no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Cultura, 1966.

ESCOLA DE FARMÁCIA. **A Mensageira**, v. 2, n. 26, p. 46-48, 1899.

\_\_\_\_\_. **Revista Farmacêutica**, v.4, n.9, p. 175-6, 1889.

\_\_\_\_\_. **Revista Farmacêutica**, v. 7, n.2, p.43, 1903.

FONTOURA, C. **A Farmácia no Brasil**. [São Paulo] s.c.p. [1932].

\_\_\_\_\_. **A Saúde Pública e as Farmácias**. São Paulo: Sociedade Impressora, 1922.

\_\_\_\_\_. **Farmácia e Farmacêuticos no Brasil**. São Paulo: Instituto Medicamenta, 1938.

HIGBY, G.J.; GALLAGHER, T.C. Pharmacists. In: APPLE, R. **Women, health, and medicine in America**. New Jersey, Rutgers University Press, 1992. p. 489-508.

JACKSON, W.A. A short history of pharmacy and women. Disponível em <<http://www.pjonline.com/Editorial>> 18-25/12/1999 Acesso: maio 2006.

JUREMA, A. Profissões Femininas. Notas Pequenas. Farmacêuticas. **A Mensageira**, v.1, n. 19, p.303, 1898.

PRESTES, L. **Da fundação e sua administração no direito pátrio**. O caso da Escola de Farmácia de São Paulo. São Paulo: Siqueira, 1922. [Escola de Farmácia. Ata da primeira reunião]

Relação dos Participantes. In: Congresso Médico Paulista, 1, São Paulo. **Anais**. São Paulo, s.d., v.1.

SÃO PAULO. Coleção de Leis do Estado de São Paulo. **Lei nº 43, de 18/07/1892**. Organiza o Serviço Sanitário do Estado. São Paulo: IMESP, 1892.

SAFFIOTI, H. **A mulher na sociedade de classes: mito e realidade**. Petrópolis, Vozes, 1979.

SANTOS, M.R. **Do boticário ao bioquímico: as transformações ocorridas com a profissão farmacêutica no Brasil**. 1993. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

SCHPUN, M.R. **Les années folles à São Paulo. Hommes et femmes au temps des explosion urbaine (1920-1929)**. Paris, Harmattan, 1997.

SCHIENBINGER, L. **O feminismo mudou a ciência?** Bauru: EDUSC, 2001.

# Médicos Italianos e a Prática Médica no Estado de São Paulo no Período da Grande Imigração

Maria do Rosário Rolfsen Salles<sup>1</sup>

Este trabalho resulta de reflexões anteriores sobre a imigração de profissionais italianos da área médica para São Paulo provenientes de diversas regiões da Itália durante as décadas finais do século XIX e primeiras do século XX (SALLES, 1997).

O objetivo aqui é traçar, rapidamente, um sumário das várias levas de profissionais médicos italianos que entraram no Brasil e particularmente em São Paulo, no período mencionado, enfatizando as políticas de saúde e as fontes utilizadas para a apreensão das trajetórias profissionais tendo como pano de fundo o contexto da constituição do campo médico paulista.

## As Diferentes Levas de Profissionais Médicos Italianos Entrados no Brasil e em São Paulo

Utilizando diferentes tipos de fontes, destacando-se biografias, memórias e trajetórias do que se denominou o “grupo de médicos italianos” na corrente imigratória, foi possível identificar as seguintes “levas”:

Grupo 1 - Entre 1880 até o final do século XIX, verifica-se a entrada de viajantes e exilados políticos, ativistas, liberais, abolicionistas, maçons, republicanos, e também médicos da Corte, no Rio de Janeiro<sup>2</sup>. Nessa primeira leva já se esboça, uma participação em associações profissionais e na criação das primeiras sociedades de caráter associacionista e étnico voltadas ao mútuo-socorro. Identifica-se uma barreira à entrada e ao exercício profissional, pela obrigatoriedade de reconhecimento dos títulos e diplomas italianos.

Grupo 2 - de 1900 a 1910. Instala-se uma corrente claramente dirigida para São Paulo, em função da abertura do “mercado” a pesquisadores e médicos estrangeiros para suprir a escassez de profissionais da área da saúde nacionais. Dá-se o agravamento dos problemas sanitários no Estado pelo aumento da população devido à imigração e ao crescimento das epidemias, que logo aparecem associadas aos imigrantes. É um período que se caracteriza pela organização étnica e profissional quando foram criadas e consolidadas associações para o mútuo socorro e de caráter científico e profissional destacando-se entre elas, as voltadas para a fundação de um hospital italiano em São Paulo (o Umberto I, em 1904) e as sociedades de beneficência. Nesse período foram inaugurados o Instituto Pasteur e outras instituições de pesquisa e vacinação.

Grupo 3 - de 1910 a 1919. A década se caracteriza pela afirmação do grupo de médicos italianos em São Paulo. Foram criadas a Universidade Livre de São Paulo e logo

em seguida, em 1913, a Faculdade de Medicina de São Paulo, que atraiu professores universitários, e associações profissionais lideradas pelos mais qualificados. Por outro lado, a corrente que se dirige ao interior, fortalece o associacionismo. Desenvolvem-se conflitos no exercício profissional entre brasileiros e estrangeiros.

Grupo 4 - de 1920 a 1930. A competição intraprofissional e inter profissões aumenta com a entrada no mercado de trabalho de egressos da Faculdade de Medicina de São Paulo. A profissão médica se afirma frente às áreas afins, algumas ocupações foram excluídas devido à institucionalização e profissionalização da medicina. Diminui o número de estrangeiros que se estabelecem no país.

Grupo 5 - de 1930 a 1940- Cai drasticamente o índice de entrada de imigrantes, acirra-se o conflito dentro do grupo italiano pela ascensão do fascismo na Europa. Início da intervenção nas sociedades italianas e aumento dos movimentos nacionalistas (intervenção junto ao Umberto I, que passa a se chamar Hospital Nossa Senhora Aparecida).

## Fontes para o Estudo da Vinda de Médicos Italianos e do Campo Médico Paulista no Período da Grande Imigração

Aqui se fará menção às fontes e sua utilização. Em primeiro lugar, a pesquisa deveria se dirigir aos descendentes de italianos em São Paulo e à ascensão social pela via da educação superior, dentro de um projeto de pesquisa desenvolvido pelo Instituto de Estudos Econômicos, Políticos e Sociais de São Paulo (IDESP), coordenado pelos professores Boris Fausto e Sergio Miceli. Inicialmente foram pesquisados os formandos das diferentes turmas da Faculdade de Medicina de São Paulo, os arquivos da Faculdade de Medicina - Museu Histórico Prof. Carlos da Silva Lacaz, a Biblioteca do Hospital Umberto I, o Arquivo do Estado, e a documentação da antiga Secretaria da Saúde, entre outros, verificando-se um grande número de médicos de origem italiana, que exerceram suas atividades em São Paulo e interior, desempenhando importante papel junto à colônia italiana e nacional, em várias atividades na área da saúde e pesquisa médica em São Paulo. Desta forma, optou-se por traçar o quadro da participação desses profissionais na constituição

<sup>1</sup>Bacharel e Doutora em Ciências Sociais, Prof. aposentada da UNESP - Campus de Araraquara e Docente e Pesquisadora do Programa de Mestrado em Hospitalidade da Universidade Anhembi Morumbi e pesquisadora do Núcleo de Estudos Populacionais da Universidade de Campinas. Contato: mirrsalles@uol.com.br

<sup>2</sup>Excluindo-se aqueles primeiros médicos vindos na década de 30 do século XIX, que se fixaram no Rio de Janeiro e outros estados.

do que se chamou o “campo médico paulista”, utilizando as seguintes fontes: biografias e memórias, almanaques italianos e nacionais, revistas médicas, balanços e relatórios da Sociedade de Beneficência em São Paulo, boletins editados na Itália pelo Ministero degli Affari Esteri e Commisariato dell’Emigrazione, os Bolletino dell’Emigrazione, de 1902 a 1927, boletins do Departamento Estadual do Trabalho, edições comemorativas da fundação do Hospital Umberto I em 1954, relatórios da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, entrevistas com professores da Faculdade de Medicina e com o Prof. José Francisco Archimedes Lammo-glia, profissional que trabalhou sempre junto ao Hospital Umberto I.

Consultadas essas fontes e traçadas as levas mencionadas acima, construiu-se um quadro de trajetórias que possibilitou entender as origens italianas e a formação profissional, permitiu avaliar a inserção social e profissional do grupo em São Paulo, para além das histórias individuais. Assim, foi possível acompanhar também a prática médica paulista, as condições médico-sanitárias, as políticas de saúde, a participação da sociedade civil e as possibilidades de acesso ao atendimento médico da população, em particular do imigrante.

## **As Condições Médico-sanitárias e a Prática Médica em São Paulo**

### *A Saúde Pública*

Em linhas gerais, a imigração de médicos italianos para São Paulo, verifica-se no período que compreende as décadas finais do século XIX e primeiras do século XX, período em que ocorrem intervenções nas condições sanitárias do Estado, com a implementação de políticas para a área de saúde postas em prática por uma elite econômica, política, intelectual e científica bastante atuante em São Paulo, e assumidas pelo Estado a partir da política de imigração subsidiada.

Santos (1980), discutindo a política de saúde pública desde o final do Império, enfatiza o papel de destaque de São Paulo no cenário nacional. Embora o Rio de Janeiro e a Bahia também tivessem uma importante atuação na área, é interessante observar que esses estados possuíam uma tradição de ensino médico, uma vez que eram sede das duas únicas escolas médicas do país (Salvador e Rio de Janeiro). As ações de saúde pública em São Paulo, assim como no Rio de Janeiro, se caracterizam por ter atrás de si a iniciativa do Estado, a partir de um movimento científico e intelectual, que encontrou “forte oposição junto à imprensa e à opinião pública” (SANTOS, 1980, p.244). No caso de São Paulo, a falta de uma escola médica, não impediu, ao contrário, incentivou, o desenvolvimento de um meio intelectual e científico favorável ao florescimento da pesquisa e da atuação em saúde pública. Ou seja, o desenvolvimento científico em bacteriologia e em patologia ocorreu fora das escolas médicas (STEPAN, 1976; CORRÊA, 1982).

A partir de 1890 o estado de São Paulo viveu um período de 15 anos de epidemias de febre amarela, além da varíola, da febre tifóide, tracoma, etc. A esse respeito, ver trabalhos importantes e recentes de Telarolli Jr. (1993), Ribeiro (1993) e Junqueira (2004).

A febre amarela foi eliminada da maior parte dos municípios paulistas no final do século XIX, tendo persistido em Santos e na região da Mogiana até sua extinção na forma epidêmica em 1904. A reforma de saúde e a campanha sanitária empreendidas pelo estado com o apoio dos cafeicultores, limitaram-se aos centros urbanos, as fazendas constituindo-se no limite dos inspetores sanitários. Esse fato talvez explique o caráter urbano da concentração dos médicos italianos nas zonas cafezeiras do estado de São Paulo. Foram criadas nesse processo, instituições de saúde dentro da própria política sanitária, o que significou a possibilidade de expansão do campo médico paulista e a incorporação dos profissionais italianos.

Em 1892, instituiu-se o serviço Sanitário do Estado de São Paulo “que se apresenta como marco no processo de expansão do campo médico paulista, por determinar a criação de diversas instituições ligadas, tanto à prática médica, como ao desenvolvimento dos conhecimentos científicos nesse campo” (TEIXEIRA, 1994: 37).

A beneficência em São Paulo, o atendimento ao imigrante e o desenvolvimento de práticas alternativas de cura

O fato da política de saúde em São Paulo ter se voltado sobretudo para a saúde pública, acarretou a ausência de políticas sociais voltadas à assistência individual à saúde da população, o que resultou na proliferação de serviços de filantropia e beneficência durante as primeiras décadas da República.

*“Na ausência de uma política estatal de prestação de assistência individual à saúde, esta era de responsabilidade individual, dependendo dos recursos financeiros de cada um e, na ausência destes, de um reduzido leque de hospitais filantrópicos. O recurso aos curandeiros era generalizado e estes nem sempre utilizavam em suas intervenções as técnicas então consideradas mais adequadas e seguras. A maioria dos partos na capital e cidades do interior do Brasil, era realizada por parteiras práticas”* (TELAROLLI JUNIOR, 1993, p.31).

Essas condições são descritas nos Relatórios dos inspetores italianos encontrados nos Bolletino dell’emigrazione e revelam a carência de médicos, sobretudo nas fazendas.

*“A prepotência e os maus tratos por parte dos administradores das fazendas crescem dia a dia... O trabalho começa às 5 da manhã e vai até às 6 da tarde...Se o colono fica doente, no primeiro dia é deixado em paz..., no segundo dia, se está ainda doente, o feitor lhe dá um pouco de óleo de rícino, cobrando 5 mil réis... Assim, quando um desses infelizes colonos cai doente, é uma verdadeira desgraça. Nas fazendas, longe dos centros urbanos, tinham que pagar por uma visita médica, 60 mil réis pela viagem e mais 5 mil réis pela visita. Algumas famílias, segundo um Bergamasco, se cotizavam em grupo de 40, pagando cada família, 2 mil réis por mês ao patrão pelo médico. Mas o médico era chamado muito pouco, já que o administrador gostava de guardar o dinheiro do abonoamento, mais os 5 mil réis do óleo de rícino ou outras misturas que ministrava”* (MAZZUCONI, 1905, p.45).

Desta forma, algumas alternativas se apresentavam ao atendimento à saúde: além de um decreto do governo brasileiro de 1907, que criava núcleos coloniais que, em con-

dições especiais seriam cedidos aos imigrantes de menos de 60 anos, previa-se, por esse decreto, a assistência médica gratuita e a distribuição de remédios quando necessários. O governo italiano havia criado em 1901, um Fundo de Emigração, que assegurava subsídios aos dispensários farmacêuticos e hospitais italianos, creches e orfanatos. Essas providências, contudo, não parecem ter resolvido o problema de atendimento à saúde dos imigrantes. As queixas dos imigrantes, contidas nos relatos dos inspetores italianos, abrangiam vários aspectos da vida quotidiana e as condições de alojamento na Hospedaria dos Imigrantes e nas fazendas. Com a imigração, também aumentou o exercício ilegal da medicina e a disseminação, entre os imigrantes, de práticas e hábitos caseiros de cura, assim como o recurso a todo tipo de curiosos, parteiras e curandeiros. (TELAROLLI JR., 1993; TEDESCHI, 1907). Telarolli Jr. relata que 98% dos nascimentos ocorriam nos próprios domicílios, assim como a maior parte das mortes. Entretanto, ressalta ainda que nas duas primeiras décadas da República, houve uma abundante legislação estadual no sentido da regulamentação do exercício profissional das parteiras, exigindo nos casos graves, a presença do médico, embora esse fosse um dispositivo de difícil aplicação. Nos Almanques da cidade de São Paulo, constatam-se muitas parteiras estrangeiras, na capital e interior.

### **A Beneficência e o Mútuo-Socorro**

A participação em associações diversas e de mútuo-socorro foi uma prática freqüente entre os estrangeiros desde o final do século XIX, mas foi sobretudo a partir de 1890 que as sociedades aumentaram em número e importância. Verifica-se em 1912, 392 entidades de beneficência em São Paulo. Dessas, 11 são estrangeiras: 77 italianas, 14 portuguesas, 13 espanholas, 4 sírio-libanesas, 2 alemãs e uma francesa. (SALLES, 1997). Na Capital, em 1910, havia o Hospital Oftálmico do Morro Vermelho, a Sociedade Leale Oberdan, a Sociedade Beneficente Vítório Emanuele II, a Sociedade Italiana de Mútuo Socorro Galileu Galilei, a Sociedade Italiana Operária de Mútuo Socorro Ettore Frei e a Sociedade Italiana de Beneficenza, Hospital Umberto I. Uma obra comemorativa do cinquentenário da imigração italiana de Pisani (1937) aponta um crescimento das obras filantrópicas em 1937, num total de 13 na Capital (SALLES, 1997).

Diz Trento, 1992, em seu trabalho sobre o associacionismo italiano em São Paulo, que se reunir em círculos e associações foi exigência imprescindível dos italianos, mesmo nas zonas as mais longínquas do interior paulista: de Campinas a Bauru, de Ribeirão Preto a Salto, de Araraquara a Avaré, não houve centro urbano por menor que fosse, que não conhecesse a presença de uma ou mais associações italianas, facilitada pela dispersão da própria imigração pelas zonas cafeeiras. Assim, o associacionismo aparece como fenômeno urbano, mesmo que a mão-de-obra italiana tenha se dirigido para o meio rural visto que as cidades acolheram os egressos do campo à procura de qualquer trabalho.

Na Capital, destacam-se a Sociedade Italiana de Beneficência e o Hospital Umberto I como as mais importantes

e significativas obras coletivas dos italianos e as que propiciaram visibilidade da medicina italiana.

Os médicos italianos, bem como outros membros da comunidade italiana, tiveram uma participação efetiva em institutos de pesquisa e na Faculdade de Medicina. O Instituto Pasteur de São Paulo, criado em 1904 teve entre seus postos-chave, o presidente do estado de São Paulo, o cônsul da França e o da Itália. Este último foi incluído em razão das generosas subvenções da colônia italiana. O conde Matarazzo foi patrono, ao lado de importantes personalidades do mundo médico e empresarial paulista. O Dr. Antonio Carini, médico italiano que trabalhava na Suíça, foi chamado a ocupar a direção do Instituto.

A criação da Faculdade de Medicina de São Paulo em 1912 (cuja primeira turma entra em 1913), teve como seu primeiro diretor o Prof. Arnaldo Vieira de Carvalho, que chamou vários nomes importantes da medicina italiana para integrar o corpo docente, como Alfonso Bovero e Alessandro Donati.

Junto ao Instituto Pasteur, desenvolve-se uma importante Revista Médica, intitulada Arquivos de Biologia e junto à Faculdade de Medicina, a ARS Médica, ligada à Associação italiana per lo studio e incremento delle discipline mediche, anexa ao Hospital Umberto I. Faziam parte da Diretoria, além de Bovero, Luigi Manginelli, Ernesto Tramonti, Alessandro Donati, Carlo Mauro, Marcelo Bifano, Costabile Comenale e Nicola Pessolano.

Essas iniciativas italianas tiveram grande peso na divulgação da produção médica e científica do período. Desde finais do século XIX e durante as três primeiras décadas do século XX, a veiculação da produção brasileira era feita em periódicos nacionais, que foram sendo publicados à medida da expansão do campo médico. Em São Paulo, a necessidade de organizar as estatísticas médicas no período das epidemias, forçou a Diretoria Sanitária a instalar o Serviço Estatístico Demógrafo-sanitário, que publicou seus anuários. Mas as revistas médicas só começariam a aparecer depois da criação da Sociedade de Medicina e Cirurgia. A primeira foi a Revista Médica criada em 1899 e que durou apenas um ano. No início do século, as mais importantes foram a Revista Médica de São Paulo, os Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia, a Revista Médica do Instituto Pasteur e a Gazeta Clínica. Assim, a fundação da sociedade médica italiana e a publicação de uma revista científica em italiano, significaram a concretização de uma sociedade italiana de cultura superior *all'estero*, conforme palavras do Dr. Manginelli, no final da 5ª sessão ordinária da Sociedade, em 18 de dezembro de 1923. Outra importante revista foi a Folia Clinica et Biológica, criada pelo dr. Dino Vanucci, oftalmologista, que divulgou a produção científica italiana nos anos 30 (SALLES, 1997).

### **Considerações Finais**

Este trabalho resultou do uso de diferentes fontes como biografias e memórias de personalidades da medicina italiana e paulista que vão desde grandes nomes da medicina, até simples médicos clínicos de consultório no interior, objetivando, dessa forma, entender suas trajetórias, num momento particularmente rico na constituição do campo

médico paulista. As biografias foram utilizadas no sentido de reconstruir as origens e as trajetórias dos médicos italianos em São Paulo, tanto profissionais como pessoais e familiares evidenciando uma estreita ligação com a corrente imigratória italiana, com destaque para as cidades e regiões cafeeiras do interior.

Deve ser mencionado que os médicos italianos tiveram uma participação efetiva na sociedade paulista entre o final do século XIX até a década de 1940, seja no atendimento clínico particular, seja organizando e atuando em entidades de socorro-mútuo e filantrópicas, trabalhando nas principais escolas e instituições médicas do Estado, participando de entidades de classe e da criação de revistas médicas italianas para divulgação das pesquisas na área. A situação seria bem diferente durante e depois da segunda guerra mundial, verificando-se intervenções nos empreendimentos italianos. Preciosas informações foram fornecidas pouco antes do fechamento do Hospital Matarazzo, pelo médico descendente de italiano, Dr. José Francisco A. Lammoglia.

### **Referências Bibliográficas**

- CORRÊA, M. **As ilusões da liberdade. A escola Nina Rodrigues e a Antropologia no Brasil**. 1982. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo.
- JUNQUEIRA, M.P. **São Carlos em tempos de epidemias: imigração através dos jornais**. 2004. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual de São Paulo, Araraquara.
- MAZZUCONI, Dottore. **Le Condizioni degli italiani nello stato di San Paolo, Brasile**. Bollettino dell'Emigrazione, n.9, p. 75, 1905.
- RIBEIRO, M.A.R. **História sem fim: inventário da saúde pública em São Paulo: 1880-1930**. São Paulo: Editora da UNESP, 1996.
- SALLES, M.R.R. **Médicos italianos em São Paulo: 1890-1930**. São Paulo, Editora Sumaré/IDESP, 1997.
- SANTOS, L.A.C. **Estado e Saúde Pública no Brasil:1889- 1930**. Revista Dados, n° 2 (23) 1980. p. 237-250.
- STEPAN, N. **Gênese e evolução da Ciência Brasileira**. Oswaldo Cruz e a política de investigação científica e médica. Rio de Janeiro: Artenova, 1976.
- TEDESCHI, U. **Le condizione sanitarie degli emigranti italiani nello stato di San Paolo, Brasile**. Bollettino dell' emigrazione, n° 2, 1907.
- TEIXEIRA, L.A. **Ciência e Saúde na Terra dos Bandeirantes. A Trajetória do Instituto Pasteur em São Paulo: 1903-1916**. 1994. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- TRENTO, A. **Le associazioni italiane a San Paolo, 1878-1960**. In: DEVOTO, F.; MIGUEZ, E. (Orgs.). *Asociacionismo, Trabajo e Identidad Étnica*. Buenos Aires, 1992.

# Alguns Apontamentos sobre a Atuação de Geraldo Horácio de Paula Souza no Serviço Sanitário de São Paulo (1922-1927)

Cristina de Campos<sup>1</sup>

Desde a última década do século XIX, o governo paulista empenhava-se em equipar a máquina estatal com repartições e divisões onde deveria existir regulação e controle do Estado. Era, então, a preocupação em organizar e compor o Estado<sup>2</sup>. Dentre as novas repartições criadas, destacamos as secretarias da Agricultura e a dos Negócios do Interior, basicamente as mais importantes que estavam, respectivamente, construindo e regulando o território paulista.

Na época, o estado de São Paulo enfrentava vários problemas relacionados a epidemias e à falta de infra-estrutura necessária ao desenvolvimento econômico. As várias autoridades políticas, representantes ou mesmo membros da elite econômica representada pelos grandes produtores de café, exigiam obras de saneamento que afastassem as doenças e garantissem as suas atividades econômicas. Justamente as três cidades mais importantes para a economia cafeeira encontravam-se nas piores condições sanitárias: Santos, São Paulo e Campinas. A primeira era a porta de entrada dos novos trabalhadores estrangeiros e o local de comércio e escoamento da produção para o exterior; São Paulo, a capital do estado, era mercado de compra e venda da mão-de-obra e outros serviços urbanos, enquanto Campinas situava-se naquele momento bem no meio da zona produtora de café, funcionando, assim, como centro de distribuição e concentração de trabalhadores e comerciantes (TELLAROLI JUNIOR, 1993, RIBEIRO, 1993 e CAMPOS, 2001). Para enfrentar a grave crise das epidemias que grassavam nestas três cidades<sup>3</sup>, o governo paulista, através de suas secretarias da Agricultura e dos Negócios do Interior, passou a intervir pesadamente com a criação das Comissões de Saneamento e Sanitária<sup>4</sup>.

As obras de infra-estrutura urbana e territorial pelo estado de São Paulo prosseguiram e adentraram o século XX por mais duas décadas. Vale destacar novamente que essas obras permitiriam a concretização do desenvolvimento econômico, sobretudo ligado à produção do café, principal produto da exportação brasileira. Corrente de políticos e profissionais endossava o provimento dessa infra-estrutura para impulsionar a industrialização nacional. Essas obras, a exemplo da regulação do novo espaço construído, era alvo da ação do Estado. Se a Secretaria da Agricultura era a responsável pela execução das obras, o papel da Secretaria dos Negócios do Interior era elaborar as normas de construção, comércio e alimentação, enfim, regulando praticamente toda a vida social do estado. Referimo-nos aqui ao Código Sanitário, base reguladora de várias atividades em São Paulo. Caracterizava-se por regulação estrita e

orientação sobre construção e ocupação do espaço urbano, além de embasar a regulação de outras atividades, como o comércio de produtos e a produção de gêneros alimentícios, dentre outras.

Com o auxílio do Código Sanitário, os diretores do Serviço Sanitário (repartição estadual ligada à Secretaria dos Negócios do Interior) tiveram as suas atividades voltadas à transformação do meio, com a criação de políticas públicas e obras de saneamento para levar higiene à população rural e urbana. Essa prática norteou a ação dos diretores do Serviço Sanitário até 1930. Uma mudança com esse mesmo objetivo ocorreria com a entrada do médico Geraldo Horácio de Paula Souza na direção desta repartição, introduzindo uma nova metodologia de trabalho para garantir a saúde e o próprio saneamento urbano e territorial.

Nosso objetivo é debater essas novas abordagens introduzidas por Geraldo Horácio de Paula Souza, destacando que sua intenção, diferentemente de seus antecessores, foi a implementação de projeto para a inculcação da higiene, através da educação sanitária dos indivíduos concomitantemente ao desenvolvimento de obras ambientais.

## A Formação Profissional de Geraldo Horácio de Paula Souza

Geraldo Horácio de Paula Souza era filho de Antonio Francisco de Paula Souza e de Ada Herwegh. Seu pai foi um importante engenheiro de obras de infra-estrutura urbana e territorial, do final do Império, até meados da Primeira República, e um dos fundadores e o primeiro diretor da Escola Politécnica paulista. Sua mãe, de origem européia, era filha do 'poeta do proletariado', Georg Herwegh (GITAHY, 1994). Os estudos normais de Geraldo de Paula Souza ocorreram em São Paulo, onde também cursou a sua primeira graduação em farmácia, na Faculdade Livre de Farmácia de São Paulo. Ao finalizar o curso, parte para o Rio de Janeiro e matricula-se no curso de medicina da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Durante a graduação em medicina cursou ainda, em regime especial, o curso de Química da Escola Politécnica paulista durante suas férias

<sup>1</sup>Cientista social (UNESP, 1996) e Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo. Contato: crisleine@yahoo.com

<sup>2</sup>Para aprofundamento desta afirmativa ver Hochman, 1998.

<sup>3</sup>Santos enfrentava a peste bubônica e a febre amarela, São Paulo a varíola e Campinas também a febre amarela.

<sup>4</sup>As Comissões de Saneamento realizavam obras de engenharia sanitária para higienizar o meio e eram ligadas à Secretária da Agricultura, sendo responsáveis pela execução de obras. As Comissões Sanitárias atuavam paralelamente às Comissões de Saneamento e eram responsáveis pelo controle e tratamento das doenças, sendo subordinadas ao Secretário dos Negócios do Interior. Sobre o trabalho destas comissões, ver Almeida, 1998.



escolares, sob a tutela do professor suíço Roberto Hottinger. Enquanto estudante de medicina, com os contatos estabelecidos por Hottinger e pelos seus familiares europeus, os Herwegh, vai para a Europa, em 1911, para estudar na Faculdade de Medicina de Berna e realizar estágios em laboratórios da Alemanha e da França.

Ao retornar ao Brasil, forma-se médico, em 1913, e retorna a São Paulo, abrindo seu próprio laboratório de análises clínicas. Além deste ofício, trabalha também na condição de assistente de Roberto Hottinger, seu tutor em Química. Juntos, Geraldo de Paula Souza e Hottinger “realizaram uma série de experimentos sobre a qualidade da água distribuída na cidade de São Paulo” (CAMPOS, 2001, p.35), incluindo o desenvolvimento de um filtro especial de água, comercializado posteriormente como filtro Salus, até hoje existente no mercado. Em 1914, com a criação da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, Geraldo de Paula Souza é indicado ao cargo de Assistente do Departamento de Química e, em 1916, recebe nova indicação, desta vez para o cargo de Professor Assistente da Cadeira de Higiene, fundada através de convênio entre a Fundação Rockefeller e o governo estadual paulista (CAMPOS, 2001). O responsável por esta cadeira era o técnico norte-americano Samuel Taylor Darling, enviado especial da fundação para desenvolver uma escola de Higiene em São Paulo. Darling será, a nosso ver, peça fundamental também para a concretização da carreira de sanitarista de Geraldo Paula Souza, pois este o indicará para o doutorado em Higiene e Saúde Pública pela Johns Hopkins University<sup>5</sup>. Assim, em 1918 partiram para a Johns Hopkins University, em Baltimore, os médicos Geraldo de Paula Souza e Francisco Borges Vieira.

Os dois médicos permaneceram nos Estados Unidos até 1920 e lá adquiriram os ensinamentos que marcariam as suas carreiras profissionais. Com a chegada ao Brasil em 1921, Geraldo de Paula Souza assume a direção do Instituto de Higiene, voltado ao ensino e pesquisa na área de Higiene e Saúde Pública, e a Francisco Borges Vieira é oferecido o cargo de vice-diretor. Logo em 1922, com carta de apresentação da Fundação Rockefeller ao Secretário dos Negócios do Interior (Rockefeller Archive Center) Geraldo Paula Souza assume a direção do Serviço Sanitário e lá aplicará os preceitos aprendidos nos Estados Unidos sobre administração sanitária, instituindo nova prática sanitária apoiada pela Fundação Rockefeller.

### **Uma Nova Maneira de Trabalhar com a Higiene: a proposta de Geraldo Horácio de Paula Souza**

Ao assumir a direção do Serviço Sanitário, uma das primeiras realizações foi a cloração da água distribuída para a cidade de São Paulo, a fim de conter a epidemia de febre tifóide que grassava mais uma vez na cidade, técnica, até então, não empregada em São Paulo (MASCARENHAS, 1973). Enquanto diretor desta repartição, elaborou um relatório ao Secretário dos Negócios do Interior, ao qual estava subordinado, esclarecendo sua posição e evidenciando

uma gestão diferente de seus antecessores, mostrando certa aversão aos modelos policiais e de campanhas sanitárias (CAMPOS, 2001, p.234). Chama, assim, a atenção para o novo problema de saúde pública, “a vida moderna, urbana, (...) por ter conseqüências trágicas para a nossa sociedade em termos do processo saúde doença” (MERHY, 1992, p.92). Nos primeiros anos no Serviço Sanitário, Geraldo de Paula Souza introduziu modificações nesta repartição: sua atenção voltava-se a rigoroso levantamento dos problemas sanitários de São Paulo para mapear e entender, equacionando, dentro de seus conhecimentos de saúde pública, as principais dificuldades da metrópole.

Para tal levantamento, este médico utilizou a pesquisa de campo, com registro fotográfico de cortiços, abrigo de imigrantes, os reservatórios de abastecimento de água, residências e as vias de circulação da cidade. Seu estudo sanitário não se restringiu à capital, avançou também para o interior, registrando as condições de vida rurais e urbanas. A sistematização dessas informações sobre a situação sanitária no estado de São Paulo, feita por Geraldo Horácio de Paula Souza, transformou-se em relatórios, remetidos ao secretário dos Negócios do Interior, e artigos, alguns submetidos ao I Congresso Brasileiro de Higiene. Assim, paulatinamente, construía as bases para a instalação do seu modelo sanitário, já incluindo na repartição algumas inovações, a exemplo do Posto Municipal Permanente, conforme veremos adiante.

Com este estudo sobre os principais problemas de saúde pública de São Paulo, Geraldo de Paula Souza concluiu que a solução encontrava-se no modelo norte-americano de saúde, baseado na Educação Sanitária. O contato com este modelo ocorreu quando estudava nos Estados Unidos e mesmo com os técnicos da Fundação Rockefeller aqui em serviço. O modelo fundamentado na Educação Sanitária pressupunha a instrução da população local, rural ou urbana, conforme a moderna higiene, para não colocarem em risco a saúde coletiva; ou, como escreveu Hochman, momento em que as elites tomaram consciência dos elos de interdependência social com os mais pobres. Se não houvesse a coletivização da saúde, os elos sociais ameaçariam realmente as elites (HOCHMAN, 1998). A Educação Sanitária proposta por Geraldo de Paula Souza partia da premissa de que mesmo o ambiente com condições básicas de saneamento possuía o agravante de que seus habitantes não o usavam corretamente, possibilitando o aparecimento de pequenos problemas ligados à saúde, facilmente transformáveis em mal maior, e nem mesmo o ambiente saneado conseguiria inibir o seu desenvolvimento. A Educação Sanitária seria passada por pessoal técnico treinado para inculcar e persuadir os indivíduos para a necessidade dos preceitos básicos de higiene (RIBEIRO, 1993). Outra idéia importada por Geraldo de Paula Souza foi a dos Centros de Saúde, onde agiriam os educadores sanitários espalhados no território em pontos estratégicos, com raio de ação em cada região da cidade.

Por encaixar-se perfeitamente às necessidades paulistas, o modelo norte-americano de saúde, segundo seu entendimento enquanto médico sanitarista, Geraldo de Paula Souza iniciou vários estudos visando implantar a Educação

<sup>5</sup>O contrato entre a Fundação Rockefeller e o governo paulista determinava o envio de técnicos estrangeiros para gerenciar os trabalhos e bolsas de estudos da fundação a dois técnicos brasileiros para a Johns Hopkins University (CANDEIAS, 1984).

Sanitária e os Centros de Saúde. Outro problema enfrentado por este sanitarista foi a falta de enfermeiras para divulgar e inculcarem a Educação Sanitária, já que não existia Faculdade de Enfermagem em São Paulo. Para este problema, especificamente, a solução foi adotar as moças saídas do curso de magistério, que, após especialização, estariam aptas a administrarem a Educação Sanitária e outras tarefas junto ao Centro de Saúde. Já os meios para garantir que a Educação Sanitária e os Centros de Saúde fossem respectivamente implementados e criados, Geraldo de Paula Souza trabalhou na reformulação do Código Sanitário, principal lei que regia os serviços e a ação de saúde no estado de São Paulo. Esta reforma foi elaborada em prazo de aproximadamente três anos e, neste ínterim, o médico elaborou artigos e relatórios que, de certa forma, legitimavam a introdução da Educação Sanitária, ou seja, do modelo norte-americano de saúde.

### **Os Relatórios e a Reforma do Código Sanitário em 1925**

A preocupação com o espaço construído, habitado e o território em si, geralmente é muito recorrente dentro da proposta de Educação Sanitária e dos Centros de Saúde de Geraldo de Paula Souza. Exemplo claro disto são as idéias esboçadas no artigo 'O Estado de São Paulo e Alguns dos seus Serviços de Saúde Pública', enviado ao I Congresso Brasileiro de Higiene, em 1923, depois de apenas um ano à frente do Serviço Sanitário<sup>6</sup>. Neste, o médico mostra sua preocupação com o saneamento do território, criando para tal tarefa o Posto Municipal Permanente, em substituição às campanhas temporárias contra as endemias rurais. Este posto não apenas combateria as endemias, sua função ia além, abarcando também serviços de laboratório, de Educação Sanitária, policiamento sanitário, vistoria de casas, dentre outros. Na verdade, por trás da idéia de Posto Municipal, observamos a proposta de saneamento por meio destes postos. Nestes locais, além da Educação Sanitária visando à persuasão para os hábitos higiênicos, a população receberia instruções para construir fossas, habitações, ligações de esgotos etc., dentro das normas técnicas do Código Sanitário. O posto também fiscalizaria o cumprimento de todas as exigências do Código Sanitário. Assim, a localidade - pequena cidade ou vila - estava protegida e amparada contra qualquer ameaça à saúde de sua população.

Outro relatório elaborado por Geraldo de Paula Souza é sobre a água de alimentação da cidade de São Paulo, tratando-se na verdade de um estudo profundo sobre a rede de água local (CAMPOS, 2001, p.249). Aborda também a falta de rede de esgotos abrangente na capital do estado, realçando a necessidade de expandir tal benefício para várias áreas da cidade. Sobre os locais desprovidos de tais serviços, faz os seguintes comentários:

*"empregam-se os recursos primitivos e quase sempre perigosos, dos poços e das fossas. Se estes elementos*

*são toleráveis nas zonas menos densamente povoadas, representam nesta grande cidade uma afronta à nossa civilização e um dos mais ativos fatores para a alta morbidade e conseqüente mortalidade. A água dos poços rasos é habitualmente perigosa, por ser poluída diretamente pelas caçambas sujas, pelas trincas do terreno e pelas enxurradas e, embora cobertos os poços e providos de bomba, ainda se contamina a água, exposta a infiltrações de variada natureza"* (SOUZA, 1936, p.109).

As fossas, a precariedade de esgotos e a falta de hábitos higiênicos da população constituem, segundo este médico, grave problema de saúde pública para São Paulo, referindo-se à febre tifóide que grassava na cidade há vários anos, já transformada em endemia. A solução para tal problema sanitário estaria na construção de "um abundante e imediato abastecimento de água" antes mesmo da ampliação da rede de esgotos (SOUZA, 1936, p.111). Defendendo a ampliação da rede de abastecimento, o médico discorre sobre como deveria ser escolhido o local para levar água saudável para a cidade. Baseando-se em estudos anteriores realizados por engenheiros sanitários a exemplo de Theodoro Sampaio e Saturnino de Brito, escreve que a coleta da água para o abastecimento pode ser feita a partir de três opções: a primeira, trazer a água de manancial de qualidade de longe da cidade de São Paulo, a segunda, lençóis subterrâneos e poços artesianos, e a terceira, a utilização de rios volumosos que cortam a cidade (CAMPOS, 2001, p.253). Geraldo de Paula Souza defende, em caráter mais emergencial, durante a época da estiagem, a terceira possibilidade que seria a retirada da água do rio Tietê para completar o abastecimento da cidade, já realizado anteriormente:

*"Em 1914, foram usadas as águas do Tietê para o abastecimento da cidade, porém sem o tratamento devido, sendo distribuídas in natura, ocasionando assim o aparecimento de moléstias na população, inclusive a grande epidemia de febre tifóide neste mesmo ano. (...) O problema em torno da utilização das águas do Tietê originou-se pelo fato de não dispor São Paulo de um reservatório seguro de água, tendo que utilizar nas épocas de estiagem o único recurso disponível que são as águas dos rios mais caudalosos próximos à cidade"* (CAMPOS, 2001, p.253-254).

A água de abastecimento da cidade era captada em Cotia através de simples canalização. Mesmo não sendo engenheiro, Geraldo de Paula Souza argumenta que seria necessário ao governo completar esta simples canalização com a construção de barragens e reservatórios garantindo o armazenamento de um volume maior de água, inclusive durante a estiagem. Este relatório foi sugestão e também uma crítica à proposta do governo estadual de construir uma nova captação de água do Ribeirão Claro, obra que levaria tempo para ser concluída, não resolvendo imediatamente o problema. A construção dos reservatórios em Cotia e a solução mais imediatista, de captação dos rios Tietê e Pinheiros, são as propostas mais viáveis para aquele momento. Inclusive, o médico realiza um balanço dos custos e comprova ser a capta-

<sup>6</sup>Neste artigo, aborda também questões ligadas à reformulação administrativa do Serviço Sanitário.

ção das águas dos rios próximos o meio mais rápido e econômico para suprir o abastecimento.

### Considerações Finais

De todas as contribuições de Geraldo de Paula Souza para o Serviço Sanitário aqui delineadas, a mais significativa, que o distingue dos outros diretores desta repartição, talvez tenha sido a sua compreensão em torno das questões relativas ao saneamento ambiental. Defensor dessas obras, indispensáveis para a habitabilidade do espaço, frisava que deveriam acompanhar-se de um trabalho de higiene voltado para a construção de uma cultura sanitária. Imbuir a população de uma consciência sanitária era estender os benefícios de um ambiente salubre, baseados em Educação Sanitária e nos Centros de Saúde que, espalhados pelas cidades, cumpririam esse objetivo.

O que deve ser ressaltado, além dessa sua proposta inovadora de saúde pública, é que a sua concepção de medicina sanitária não o fazia pensar os problemas sanitários de forma isolada, eles faziam parte de um contexto, de um microcosmo social. E essa é uma das principais características do pensamento médico de Geraldo de Paula Souza. Contudo, suas propostas sofreram reveses, não conseguindo implantar, como rezava o novo Código Sanitário de 1925, a totalidade dos Centros de Saúde, locais que irradiariam a Educação Sanitária. Mesmo assim, podemos atribuir aos esforços de Geraldo de Paula Souza a introdução no Brasil dessas unidades de saúde pública, existentes até hoje, em várias localidades de nosso país.

### Referências Bibliográficas:

- ALMEIDA, M. **República dos Invisíveis. Emílio Ribas, Microbiologia e Saúde Pública em São Paulo (1898-1917)**. São Paulo: FFLCH/USP, 1998.
- CAMPOS, C. **A cidade através da Higiene, 1925 – 1945. As propostas de Geraldo Horácio de Paula Souza para São Paulo**. 2001. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- \_\_\_\_\_. A higiene do espaço através da Educação Sanitária. As propostas modernas de Geraldo Paula Souza para de São Paulo, 1922-1945. In: GITAHY, M. L. C. **Deseñando a cidade no século XX**. São Carlos: Rima/Fapesp, 2005.
- CANDEIAS, N. M. F. Memória histórica da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – 1918-1945. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 18, n. esp., 1984.
- HOCHMAN, G. **A era do saneamento**. São Paulo: Hucitec/Anpocs, 1998.
- MASCARENHAS, R.S. **Contribuição para o estudo da administração sanitária em São Paulo**. 1949. Tese (Livre Docência) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- \_\_\_\_\_. História da Saúde Pública no Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.7, n.4, p.433-436, 1973.
- MERHY, E.E. **A Saúde Pública como política**. São Paulo: Hucitec, 1992.

RIBEIRO, M.A.R. **História sem fim... Um inventário da Saúde Pública**. São Paulo: Editora da UNESP, 1993.

SOUZA, G.H.P. O Estado de São Paulo e alguns dos seus serviços de Saúde Pública. Algumas considerações sobre a mortalidade infantil em São Paulo. Serviço de Estatística Sanitária. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, 1., Rio de Janeiro, 1923. **Anais**. Rio de Janeiro: SBH, 1923.

\_\_\_\_\_. Aspectos do problema da água de alimentação em São Paulo, em 1925. **Arquivos de Higiene e Saúde Pública**, São Paulo, 1936.

TELAROLLI JÚNIOR, R. **Poder e Saúde. A República, a Febre Amarela e a formação dos Serviços Sanitários no Estado de São Paulo**. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP, 1993.

# “A Saúde pela Pátria”: um apelo que vem do céu!

Heloísa Helena Pimenta Rocha<sup>1</sup>

## Corpos em Exibição

Dia 7 de outubro de 1928. No céu da capital paulista surgem naquela manhã de domingo aeroplanos da Força Pública, em surpreendentes evoluções. Do que se tratava? Seria o início de um bombardeio aéreo? Os primeiros indícios de um conflito mundial? Um show de acrobacias aéreas? A exibição de algum novo invento da aviação? Ou um evento alusivo à Exposição Internacional de Aviação, que se inauguraria em Berlim, dali a dois dias? Felizmente, não se tratava de nenhuma catástrofe iminente. Era a véspera do Dia da Saúde e os vôos rasantes dos aeroplanos, que passavam, em alguns momentos, a menos de 30 metros do solo, não se articulavam a nenhuma estratégia bélica e, tampouco, à divulgação das conquistas da aviação (O ESTADO DE S. PAULO, 9/10/1928). Suas apresentações, naquela manhã, eram parte dos preparativos para o Dia da Saúde, com que se iniciaria, no dia seguinte, a Semana de Educação. Sobrevoando o centro da cidade, os aeroplanos faziam chover sobre a população folhetos com mensagens sobre os cuidados com a saúde, especialmente dirigidos às crianças, às mulheres e aos cidadãos brasileiros.

Uma multidão concentrava-se, desde as primeiras horas da manhã, ao longo da avenida Paulista esperando ansiosamente a grande demonstração de cultura física, amplamente divulgada por folhetos, pelos jornais e pela Rádio Educadora Paulista, durante toda a semana. Fazendo a cobertura do evento e assinalando a sua importância para o engrandecimento da nação, o Correio Paulistano noticiava, em sua edição de 9 de outubro:

*“...desde cedo, a população paulista, despertada por tão festiva notícia, começou a affluir ao local da parada (...)*

*Antes do inicio da parada, a avenida Carlos de Campos [avenida Paulista] apresentava um aspecto imponente. Milhares e milhares de pessoas postavam-se ao longo da avenida. Em diversos pontos, bandas de musica contribuía para alegrar a grande massa popular que ia presenciar, pela primeira vez, a uma festa de beleza e de civismo... (CORREIO PAULISTANO, 9/10/1928).*

Em frente ao Trianon, a tribuna oficial reunia as altas autoridades, dentre elas o presidente do Estado, o prefeito da cidade, secretários do Interior e da Justiça, o diretor geral da Instrução Pública, o diretor do Serviço Sanitário, o representante da Fundação Rockefeller no Brasil, direto-

res da Faculdade de Medicina e do Instituto de Higiene, a oficialidade do Exército e da Força Pública, várias famílias e numerosas pessoas convidadas para assistir ao espetáculo. Às 8 horas, a apresentação da banda de clarins da Força Pública dava início à parada que reunia “garbosos, alinhados, em ordem de marcha, nos seus lindos uniformes” os cavaleiros, amazonas e times de pólo da Sociedade Hípica Paulista, estudantes paulistanos, normalistas da capital e do interior, escoteiros, atletas, esportistas, bombeiros e militares (idem).

A parada de cultura física inseria-se no conjunto das atividades da I Semana de Educação, capitaneada pela Sociedade de Educação, atendendo às orientações da Associação Brasileira de Educação, e deveria ser o momento de “demonstração pública do nosso grau de cultura physica”, “demonstração efficiente de robustez” e, ao mesmo tempo, “do nosso grau de progresso”, afirmava o Correio Paulistano (idem). Como destaca Marta Carvalho, as semanas de educação, promovidas anualmente a partir de 1928, foram calcadas numa ótica predominantemente moralizadora, constituindo-se, na década de 1920, em eventos tanto ou mais valorizados pelo Conselho Diretor da Associação Brasileira de Educação que as Conferências Nacionais (CARVALHO, 1998).

Associados a outras práticas, tais eventos respondiam aos objetivos de manutenção da ordem e da rotina do trabalho, por meio da celebração de condutas ideais na escola, no lar e no trabalho (ibidem). Segundo as atas das sessões do Conselho Diretor, a I Semana de Educação tinha como objetivo “chamar a atenção de todos para a necessidade da educação e para o dever imperioso que temos de colaborar nessa obra primacial do progresso da Pátria. Essa comemoração deve ter por escopo tornar mais profunda a compreensão, por parte do povo, do papel da educação na vida de uma democracia, guiando a infância para um ideal de perfeição física, moral e intelectual”. (apud CARVALHO, 1998, p.2)

Muitos foram os esforços para garantir o sucesso da iniciativa. Mudanças nas rotas dos bondes; transporte gratuito dos escolares pela *Light and Power*; concessão de um vagão especial da Companhia Paulista para o transporte das normalistas de São Carlos; disponibilização dos médicos e da ambulância da Inspeção Médica Escolar para

<sup>1</sup>Doutora em História da Educação e Historiografia pela Universidade de São Paulo, Docente na Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas e Membro do comitê gestor do Centro de Memória da Educação/UNICAMP. Contato: heloisah@unicamp.br

prestar socorro aos escolares; montagem de dois postos da Cruz Vermelha; fornecimento de leite pelas usinas Vigor, União dos Vaqueiros e Paulista para distribuição do copo de leite aos escoteiros e escolares, antes e depois do desfile; além da colocação de pipas para distribuição de água potável aos participantes da parada.

“A saúde pela pátria”; “A força pela saúde” – esses eram os lemas inscritos nas flâmulas desfaldadas pelos escoteiros das escolas e associações paulistanas. Lemas que se esperava ver inscritos nos corpos dos escolares, esportistas e militares, postos em exibição naquele grandioso desfile. Distintamente do tom entusiástico da cobertura jornalística do Correio Paulistano, as matérias do jornal O Estado de S. Paulo, entretanto, viram com reserva o espetáculo dos corpos infantis, insuficientemente eloquente na demonstração de saúde e vigor que se pretendia oferecer. Na avaliação desse matutino, o desfile não se configurou numa demonstração cabal do vigor da infância paulista, pondo em cena, pelo contrário, a debilidade dos corpos infantis. Em que pesem essas considerações, o desfile não deixava de ter importância, na medida em que servia para alertar acerca da necessidade de uma grande mobilização que tornasse a saúde questão inadiável. Segundo os comentários do jornal:

*“A parada, em seu conjunto, foi de grande efeito. Bem organizada, se é verdade que, espetáculo inédito, chegou a entusiasmar o público que, nos passeios, se comprimiu para apreciar-a, também não é menos certo que, como demonstração do nosso grau de cultura física e da saúde de nossa gente, constituiu uma prova palpável do nosso atraso nessa matéria. Exceção feita dos elementos que figuraram nos diversos grupos esportivos, militares ou civis, pequena era a porcentagem de gente de aspecto saudável. Principalmente as crianças, poucas apresentavam as boas cores ou a simples robustez que denota a saúde, a energia, a vida.*

*A virtude da demonstração, porém, foi a de convencer que, em prol da saúde, a campanha carece de ser intensa”* (O ESTADO DE S. PAULO, 9/10/1928).

Um amplo conjunto de atividades, desenvolvidas em diferentes pontos da cidade de São Paulo e em várias cidades do interior do Estado, marcou a programação do dia dedicado à saúde na I Semana de Educação, programação essa organizada pela educadora sanitária chefe da Inspeção de Educação Sanitária e Centros de Saúde<sup>2</sup>, Maria Antonietta de Castro. À chuva de impressos sobre a multidão, que se comprimiu na avenida Paulista para assistir ao desfile, seguiram-se, no dia 8 de outubro, conferências de renomados médicos paulistas em instituições como a Faculdade de Medicina, Faculdade de Direito e Escola Politécnica; palestras de médicos nas escolas se-

cundárias; palestras de educadores sanitários e professores em estágio, em várias escolas primárias da capital e do interior, sobre o tema “O papel do Educador na Saúde da Criança”; inauguração do posto de higiene infantil do Butantã e da cozinha de demonstração e dietética do centro de saúde do Brás; demonstração prática de puericultura na Escola de Mãezinhas, acompanhada de distribuição de enxovais às gestantes pobres matriculadas nos centros de saúde; conferência de abertura de um curso de higiene para diretores e professores das escolas primárias e secundárias.

As atividades não pararam aí. A Inspeção de Educação Sanitária enviou a cada escolar a Mensagem de Saúde e incluiu na programação da Rádio Educadora Paulista a leitura, pela educadora sanitária chefe, das mensagens às mães e às crianças, impressas nos folhetos distribuídos pelos aeroplanos. Como ponto alto da programação, o encerramento coube ao eminente médico carioca, presidente da Academia Nacional de Medicina, Dr. Miguel Couto, que proferiu a conferência “A Educação e a Saúde”, abordando o papel da saúde no desenvolvimento da raça e no progresso do país.

Não se pretende, nos limites deste artigo, examinar o conjunto de atividades que compuseram o Dia da Saúde. Interessa-nos um recorte mais específico, que possibilite interrogar acerca das representações sobre a criança e a mulher, no âmbito da atuação da educadora sanitária Maria Antonietta de Castro, na chefia da Inspeção de Educação Sanitária e Centros de Saúde, e postas em circulação por diferentes dispositivos, dentre os quais o impresso e o rádio (ROCHA, 2005). Para tanto, examinaremos as mensagens contidas nos folhetos lançados pelos aeroplanos da Força Pública, que sobrevoaram São Paulo naquela manhã de domingo. Mensagens essas elaboradas pela educadora sanitária chefe e que procuraram atingir a população pelas mais diferentes vias, sendo distribuídas, no dia seguinte, nas escolas, centros de saúde, Escola de Mãezinhas e transmitidas à noite pelo rádio. Este artigo se move, assim, no campo das estratégias acionadas pelo poder com vistas a conformar o cotidiano de mulheres e crianças pobres de uma cidade que crescia em ritmo acelerado e de forma desordenada, a uma nova racionalidade.

### **Às Mulheres e Crianças**

Tornar a criança brasileira “forte de corpo e de espírito” era a tarefa que recaía sobre as mulheres, em cujas mãos se depositava a responsabilidade pelo “revigorecimento da “nossa raça para a grandeza e prosperidade da nação” (CASTRO, 1928, p.96), afirmava Maria Antonietta na mensagem impressa em folhetos e transmitida pela Rádio Educadora Paulista, no dia 8 de outubro de 1928. Falando às mães e futuras mães, procurava expressar o primeiro pensamento de que são tomadas as crianças ao nascer:

*“Mãe!*

*Acabo de nascer para a Vida.*

*Tu é que m’a deste!*

<sup>2</sup>A Inspeção de Educação Sanitária e Centros de Saúde foi criada pela reforma sanitária de 1925, conhecida como Reforma Paula Souza, como dependência da Diretoria Geral do Serviço Sanitário, para “promover a consciência sanitária da população”, sendo Maria Antonietta de Castro, aluna da primeira turma do curso de educadores sanitários, nomeada em 1927 como educadora sanitária chefe. Investida no cargo, Maria Antonietta responsabilizou-se pela implementação e direção das atividades desse corpo profissional nos três centros de saúde da capital paulista e nas escolas primárias (ROCHA, 2003).

*Sou a carne da tua carne, o sangue do teu sangue.  
Sou a continuação, o aperfeiçoamento o complemento  
do teu ser.*

*Que serei na vida?*

*Um homem de bem ou um scelerado, um douto ou um  
imbecil, um forte ou um fraco.*

*Sou um papel em branco... traçarás nelle a linha do  
meu destino.*

*Serei o que quizeres que eu seja.*

*Faze-me bom, guia meu espirito, fortalece o meu cor-  
po!*

*Deste-me o Direito de viver. Tens, portanto, o Dever de  
conservar o meu ser integro, em toda a plenitude de sua in-  
teireza physica e moral, para o bem dos meus semelhantes  
e para honrar e servir a minha Patria!..." (ibidem).*

Papel em branco, virgem de qualquer mácula, isenta de qualquer inscrição, a criança fala com a mãe e, nesse diálogo, não deixa dúvidas sobre a sua responsabilidade pelo destino feliz ou infeliz que lhe aguarda. "Homem de bem ou celerado", "douto ou imbecil", "forte ou fraco", antíteses que representam os resultados dos acertos ou desacertos na educação das crianças, ao mesmo tempo em que contribuem para expressar a dimensão do papel atribuído à mulher-mãe, guia da infância, responsável pela sua formação não apenas física, mas também moral.

Continuação, complemento, mas, ao mesmo tempo, aperfeiçoamento da mãe, a criança, se pudesse se expressar, lembraria àquela que lhe deu à luz, do seu dever de conservar-lhe a integridade, guiando-lhe o espírito e fortalecendo-lhe o corpo. Se à mãe cabia a possibilidade de fazer da criança a expressão dos seus desejos, a mensagem que a educadora sanitária lhe dedicava procurava orientá-la para que seus desejos não se desviassem, ensinando-a a fazer da educação da criança uma obra a serviço da pátria. Às mulheres pobres, alvo prioritário das mensagens especialmente elaboradas para o Dia da Saúde, incluindo-se aí tanto as que freqüentavam os centros de saúde, a Escola de Mãezinhas, quanto as que ouviram as palavras transmitidas pelo rádio, a educadora sanitária chefe procurou ensinar o que deviam desejar. Nas palavras da criança recém-nascida imaginadas por Maria Antonietta, as mulheres, mães ou futuras mães, são lembradas da sua responsabilidade em relação ao futuro da pátria, já que a elas cabia zelar pela saúde e educação das crianças.

A imagem do brasileiro forte e saudável, futuro defensor da pátria, constitui-se numa representação que também perpassa a mensagem dirigida à criança brasileira. Convocada a ser forte, lutar e vencer, a criança tem seu corpo identificado a uma parcela na grandeza futura da nação, articulando-se o corpo infantil e o corpo da pátria na constituição de uma representação que projeta, no futuro, a possibilidade de regeneração física, intelectual e moral da infância e de redenção da pátria.

*"Criança!*

*Trabalhar, para ser forte, é ser bom brasileiro, é ser  
patriota!*

*Criança! Cumpre teu dever de brasileiro!*

*Sê forte!*

*A força do teu corpo é uma parcella sobre a qual re-  
pousa a grandeza futura da Patria!*

*Só os fortes lutam, só os fortes vencem!*

*Sê um delles! (Idem, p. 94).*

Atravessada pelo culto ao símbolo da bandeira brasileira, a mensagem conclama as crianças ao amor e devoção à pátria, traduzidos na responsabilidade que lhes cabia de zelar pela própria saúde:

*"E com os olhos postos na Bandeira o querido symbolo  
da Pátria, faze ecoar, através dos campos, das serranias  
e das mattas, diluído em sons como clarins a vibrar, teus  
votos de amor pela Terra que te serviu de berço, amor sa-  
crosanto que só os corações fortes, generosos e bons sa-  
bem conter.*

*E uma oração, sagrada promessa, exsurja á Bandeira  
desfraldada qual pallio protector sobre tua cabeça.*

*'Bandeira querida! Que jamais tremules sobre fracos,  
tíbios e covardes.*

*Que o carinho do teu abraço que une o norte e o sul,  
este a oeste, do meu Brasil, possa estreitar brasileiros for-  
tes, sadios, capazes de empunhar-te garbosos na paz, de-  
fender-te valorosos na guerra e conduzir-te orgulhosos e  
triumphantes pela senda da Victoria.*

*Ave! Bandeira" (ibidem).*

A força comparece como palavra de ordem, virtude que deveria guiar a criança, representada enquanto promessa futura, nos cuidados com o corpo, tanto quanto no amor à sua pátria. Aos frágeis corpos exibidos na parada de cultura física, o discurso da educadora sanitária opõe a força que resultaria do cumprimento dos sãos princípios da higiene. Na paz ou na guerra, era a força que deveria sedimentar os sentimentos de amor e carinho que impulsionariam os gestos capazes de garantir a união do Brasil. Os riscos de separação, as oposições e contestações parecem se aplainar sob o manto sacrossanto da bandeira, símbolo que unifica e silencia as vozes discordantes, reunindo a todos como brasileiros "garbosos na paz e valorosos na guerra".

Nas mensagens à população feminina e às crianças, que caíram como chuva sobre as cabeças dos moradores da capital ou que adentraram seus lares por meio dos impressos ou do rádio, no Dia da Saúde, podemos ter acesso a algumas das estratégias da Inspetoria de Educação Sanitária e Centros de Saúde, no sentido de fazer chegar à população a mensagem da higiene e da puericultura, como também a algumas das representações produzidas em relação aos sujeitos da educação sanitária. No centro da cruzada de regeneração da raça a que se lançaram as educadoras sanitárias, vemos surgir a figura da mulher identificada à maternidade, a mulher-mãe, anjo ou demônio, salvação ou condenação da raça. Lado a lado com as imagens da mulher, as representações de uma infância frágil, indefesa e moldável depositada em suas mãos.

Podemos nos perguntar de que modo as mensagens

postas em circulação por esses diferentes meios foram lidas ou ouvidas pelas mulheres e crianças às quais se destinavam, que crédito foi a elas concedido e que impactos produziram nas formas de viver da população. O exame da cobertura jornalística do Dia da Saúde e o relatório reproduzido na Revista de Educação talvez possam oferecer pistas para ler, pelo avesso, as resistências das mulheres pobres aos novos padrões de cuidado com a infância que se buscava impor. Os aeroplanos, os impressos, o rádio, as palestras, as demonstrações de cultura física, de práticas de alimentação e de puericultura encenadas nesse evento fazem parte de uma ampla estratégia de conversão da população à “religião da higiene” que, lançando mão dos mais modernos meios, procura atingir a população pobre, das mais diferentes formas, não se furtando a adentrar os seus lares. Pondo em cena os novos apóstolos da educação, da saúde e da moral, esse evento é exemplar das dimensões assumidas por essa estratégia de moralização da população, que pode ser traduzida enquanto metáfora da ordem.

#### **Fontes Primárias:**

CASTRO, M.A. Dia da Saúde. Relatório Geral da Semana de Educação. **Educação**, nº 2 e 3, 1928.

CORREIO PAULISTANO. São Paulo, 1º a 14/10/1928.

O ESTADO DE S. PAULO. São Paulo, 1º a 14/10/1928.

#### **Referências Bibliográficas:**

CARVALHO, M.M.C. **Molde nacional e fôrma cívica: higiene, moral e trabalho no projeto da Associação Brasileira de Educação (1924-1931)**. Bragança Paulista, SP: EDUSEF, 1998.

ROCHA, H.H.P. **A Higienização dos Costumes: educação escolar e saúde no projeto do Instituto de Higiene de São Paulo (1918-1925)**. Campinas: Mercado de Letras; São Paulo: Fapesp, 2003.

ROCHA, H.H.P. A educação sanitária como profissão feminina. **Cadernos Pagu**, nº 24, 2005. p. 69-104.

# Do Direito Inalienável à Alienação do Direito: uma discussão sobre poder do Departamento de Profilaxia da Lepra

Yara Nogueira Monteiro<sup>1</sup>

A proteção da sociedade sadia foi por muitas vezes invocada para dar origem a um corolário de leis e normas, muitas delas, que terminaram por se estruturar em legislações profiláticas. O estudo dessas legislações no Brasil demonstra que, embora hierarquicamente inferiores à lei magna, muitas delas se configuraram numa espécie de “código paralelo” fazendo com que surgisse micro poderes dentro dos serviços médicos oficiais, que passaram a vigorar de forma autônoma e à revelia da estrutura legal existente no país.

Ao analisarmos as concepções profiláticas no Brasil ao longo do século XX verificamos não haver homogeneidade entre as diferentes correntes existentes, e que as defendidas pelos grupos alçados à direção dos Serviços Oficiais acabavam por se impor e foram transformadas em normas legais, suplantando assim as demais posturas existentes. A partir do estudo das diferentes legislações sanitárias, referentes às doenças contagiosas, foi possível constatar a estruturação de um verdadeiro corpo legal com poder de intervir diretamente na sociedade, de impor procedimentos que resultavam em intervenções diretas na vida cotidiana da população, e que, independentemente do gênero, faixa etária, nível sócio-econômico ou cultural, o indivíduo poderia deixar de ser um “cidadão” gozando de todos os direitos legais para se transformar em “paciente” com direitos limitados. Dentro disso, direitos, deveres, infrações, crimes passavam a ser tipificados a partir de uma outra lógica que se curvava a concepções da Política de Saúde predominante traduzida em leis e códigos sanitários que, em última instância, passavam a ter o poder de gerir os corpos.

O estudo da aplicação de diferentes legislações profiláticas demonstrou que, muito embora os decretos federais estipulassem diretrizes para o país, estas poderiam apresentar diferenças entre os Estados da Federação, tanto na forma de sua aplicação como no entendimento legal.

Ao analisarmos a legislação profilática da lepra no Estado de São Paulo, dos primeiros anos do século XX ao final da década de 60, verificamos que sua essência era regida pela mesma lógica que regia o Direito Penal dos anos trinta, uma vez que ambas afirmavam ser o propósito da pena a proteção da sociedade<sup>2</sup>. Os teóricos mais liberais do Direito defendiam uma aproximação científica do problema<sup>3</sup>, afirmavam que a proteção social só se daria através do estudo das causas do crime, de forma a “viabilizar a remoção dos fatores criminosos, a reabilitação,

a segregação – ou até mesmo o extermínio – dos criminosos depois de uma avaliação científica das chances de sua reintegração à vida social como membros úteis à comunidade” (RUSCHE; KISCHEIMER, 2004). Pensamento semelhante norteava as normas profiláticas da ‘lepra’, o fato de alguém portar o *Mycobacterium Leprae* configurava uma espécie de ‘delito’ contra a sociedade passível de ‘punição’ através da exclusão social<sup>4</sup>. Nesse caso o ato do diagnóstico equivalia à condenação de imediato à reclusão em uma “instituição de seqüestro”<sup>5</sup> especialmente constituída: o asilo-colônia. A reintegração à vida social só se daria caso houvesse a eliminação do motivo da exclusão, configurada pela ausência total do bacilo que teria que ser atestada através de avaliação clínica e confirmada por exames anatomopatológicos. Em suma, era necessário que fosse cientificamente comprovada a possibilidade da reintegração à vida social e que esta não iria configurar em ameaça de dano ao bem-estar da sociedade. Como o diagnóstico equivalia, na verdade, à sentença judicial condenatória, a lei também previa o direito de defesa, ou seja, a possibilidade de contestação do diagnóstico. Entretanto verificamos que esse direito acabava por ser cerceado e que, na prática, o recurso existia apenas no texto legal, sem que fosse garantido seu exercício.

Nesse artigo, procuramos demonstrar, a partir da análise de um processo que tramitou na Primeira Vara Criminal da Capital do Estado de São Paulo, como uma lei hierarquicamente inferior - a legislação profilática com relação à ‘lepra’ - ao invocar a proteção da saúde e o bem-estar da sociedade, conseguia não se subordinar às leis maiores, criando uma órbita de poder independente. Com isso direitos individuais, até mesmo os garantidos pela constituição do país acabavam por ser desconsiderados. É ainda nosso objetivo demonstrar como toda uma estrutura legal, solidamente constituída através dos tempos, pode-se

<sup>1</sup>Bacharel em História e em Direito, Mestre em História Social, Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde e Coordenadora do Centro de Memória da Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: yaramont@uol.com.br

<sup>2</sup>Nesse artigo optamos por utilizar o termo ‘lepra’ e não hanseníase, devido ao fato de na época em questão ser esse o termo de uso.

<sup>3</sup>Esses teóricos eram influenciados pelo conhecimento psicológico, psiquiátrico e sociológico do delito.

<sup>4</sup>A hanseníase é uma doença crônica, causada pelo *M. Leprae*, afetando a pele, sistema nervoso periférico e, ocasionalmente outros órgãos e sistemas. Vários estudos têm demonstrado que, diante da contaminação, a maior parte dos indivíduos oferece resistência não envolvendo a doença. Nos indivíduos que adoecem, a infecção evolui de maneiras diversas de acordo com a resposta imunológica específica, que se expressa nas diferentes formas clínicas da doença, podendo ser não contagiosa, difusa ou contagiosa (SOUZA, 1997).

<sup>5</sup>A expressão é de Michel Foucault.



revelar frágil a ponto de ser descumprida, mesmo quando legalmente invocada a proteção dos poderes constituídos. Muito embora o costume possa ser entendido como fonte informal do Direito<sup>6</sup>, o mesmo não se pode dizer a respeito de preconceitos que permeiam a sociedade e que não poderiam interferir em decisões judiciais.

Pretendemos através da análise do Processo Judicial em pauta, verificar os mecanismos empregados pelo Departamento de Profilaxia da Lepra, que possibilitaram desconsiderar evidências científicas e fazer com que um discurso técnico prevalecesse frente a direitos estabelecidos. Esse tipo de análise contribui para verificar a força que um preconceito culturalmente herdado pode exercer na sociedade, inclusive servindo para legitimar a adoção de medidas de arbítrio e provocando, em alguns casos, o exercício fragilizado do Direito. A razão científica e a defesa da saúde se curvam ante a força de um discurso que as envolve.

### **Legislação Sanitária sobre a Profilaxia da Lepra**

A legislação referente à profilaxia da 'lepra' ao longo das primeiras décadas do século XX, previa diferentes formas de isolamento. O estudo dos textos legais revela ter havido preocupação do legislador em adequar as normas às formas clínicas da doença, estipulando tratamento diverso para aquelas que ofereciam risco de contágio das não contagiantes.

Em 1923, foi colocado em vigor a Legislação Sanitária sobre a Profilaxia da Lepra aprovada pelo Decreto nº 16.300 que, ao longo de seus 51 artigos, procurava sistematizar a matéria em todo o território nacional. Dentre as medidas estipuladas nesse decreto estava a da notificação compulsória de todos os casos diagnosticados e o isolamento obrigatório, que poderia ser em domicílio, colônias agrícolas, sanatórios ou hospitais e asilos. O decreto finalizava prevendo acordos entre os diferentes Estados e a União para o exercício da profilaxia da doença. Em suma, a legislação brasileira adotou os dois sistemas de isolamento: o domiciliar e o nosocomial, cuja escolha ficaria ao arbítrio da autoridade sanitária. O texto legal estipulava que o isolamento domiciliar seria reservado aos doentes que não oferecessem risco de contágio ou que tivessem condições financeiras suficientes para a adoção das medidas profiláticas julgadas necessárias. Previa ainda que esses, assim como seus 'comunicantes' deveriam ficar sob observação médica e se submeter aos exames periódicos<sup>7</sup>. A legislação era clara ao dispor que essas medidas seriam tomadas até que exames repetidos confirmassem o caso "ou que demonstrassem a conclusão inversa, sendo então suspenso o regime sanitário sob que se achavam". Ou seja, uma vez confirmada a inexistência da doença ou de sua contagiosidade cessaria a necessidade da adoção do isolamento (VALLE, 1928, p.74).

Esse assunto foi novamente abordado em 1932, atra-

vés do Decreto nº 5.352 de 16/1/1932. Este, além de abordar pormenorizadamente as diferentes formas de isolamento, ressaltava a possibilidade do doente ser tratado fora dos locais de internação, podendo isso ocorrer tanto em consultório, ambulatório ou dispensário, conforme abaixo citado:

*"Aos doentes de lepra, quando autorizados e sob vigilância da Inspectoria de Prophylaxia da Lepra, será facultado o tratamento em consultório, ambulatório ou dispensário.*

*Parágrafo único – Poderão gozar dessa faculdade, além dos casos suspeitos em que houver indicação de tratamento, os doentes de formas incipientes frustras, anestésicas, não bacilíferas, e os doentes que, tendo alta ou cura clínica, necessitem de tratamento complementar".*

Em 13 de janeiro 1949, novamente o governo se posicionou ao sancionar a Lei 610 que estipulava as medidas gerais que norteariam a profilaxia da lepra no país. O parágrafo III do artigo 1º era específico sobre o *isolamento compulsório dos doentes contagiantes*. Esse texto mais uma vez deixava claro que apenas os portadores de formas clínicas que oferecessem perigo de contágio deveriam ser segregados do meio social. Com isso o legislador amparava o direito dos doentes não contagiantes de permanecerem vivendo em sociedade.

Entretanto, ao se analisar a atuação do Departamento de Profilaxia da Lepra (DPL), no Estado de São Paulo, verifica-se ter havido o descumprimento das normas federais, uma vez que o procedimento adotado era o da internação compulsória de todos as pessoas diagnosticadas como portadoras do *Mycobacterium Leprae*, independente do estágio da doença e de sua forma clínica ser ou não contagiosa. Para viabilizar a internação de milhares de pessoas, grandes somas de recursos foram direcionadas para a criação e manutenção de uma rede composta de quatro asilos-colônia e um sanatório, que eram diretamente, e unicamente, subordinados ao DPL (MONTEIRO, 1995).

### **O Processo Movido contra o Departamento de Profilaxia da Lepra**

O estudo do processo movido por D.C.<sup>8</sup>, nos revela a luta de uma mulher para preservar sua liberdade e a disputa movida contra poderes solidamente estruturados do DPL, e também contra as ações do ex-marido que, amparado pela discriminação havida contra o paciente de lepra, buscava formas de anulação do casamento<sup>9</sup>.

Esse processo permite a análise da trajetória de luta, de alguém que após receber diagnóstico de forma clínica não infectante de lepra, tinha que provar não constituir perigo para sociedade, e que por mais de vinte anos usou dos meios então disponíveis para atestar sua condição de saúde e preservar sua liberdade. O estudo da documentação revela a impossibilidade real de contestar um diagnóstico realizado e de fazer prevalecer os preceitos mínimos do

<sup>6</sup>Os costumes resumem-se nas repetidas condutas adotadas pela sociedade como prática coletivamente aceita e identificada como correta no meio social, sendo que na falta das fontes formais poderá o magistrado lançar mão do costume para decidir.

<sup>7</sup>Eram considerados comunicantes todas as pessoas que fizessem, ou tivessem feito parte do círculo de convivência do paciente.

<sup>8</sup>Apesar do Processo Judicial não ter transcorrido em segredo de justiça, optei por utilizar apenas as iniciais dos nomes dos personagens principais da ação: a paciente (impetrante) e do ex-marido (denunciante).

<sup>9</sup>Agradeço a Esther A. N. Monteiro Abib por ter, durante suas pesquisas, descoberto o Processo de D.C. e ter me 'presenteado' com ele.

Direito ainda que o mesmo estivesse estipulado na própria legislação sanitária. Apesar do tempo abrangido pela documentação se estender de 1929 até 1951, a maior parte das ações, e das decisões, ocorreram num curto espaço de dois meses – março e abril de 1950, iniciando quando do recebimento da intimação para comparecimento no DPL e culminando na reclusão da paciente.

As informações constantes nos autos do processo movido contra o DPL<sup>10</sup>, nos permitiram reconstruir parte do histórico de D.C. Sabemos que contraiu matrimônio em 11 de dezembro de 1926 com A.R., e o início da vida conjugal foi retratado como pontuado de dificuldades econômicas, posto que o marido era empregado braçal de seu pai H.R.; que o casal montou uma oficina onde passaram a fabricar maçanetas e fechaduras para portas e que D.C. além dos serviços domésticos ajudava nos serviços da oficina uma vez que não possuíam empregados. Enquanto que os negócios rapidamente prosperaram, o relacionamento conjugal se deteriorava havendo denúncias de freqüentes ocorrências de maus tratos domésticos e ofensas físicas. Após três anos do casamento ela se viu forçada a abandonar o lar, buscando refúgio na casa da família, passando a viver em companhia do pai e de uma irmã, enquanto que o marido passou a viver com “outra mulher mais moça”. Logo após a separação, foi procurada por emissário do marido que apresentou proposta de desquite, e que este ocorreu em 21/10/1929<sup>11</sup>. Embora o marido tenha sido caracterizado na documentação como “rico”, tudo indica não ter havido concessão de pensão alimentícia uma vez que a mesma passou a viver às expensas da família.

Nesse meio tempo apareceram máculas em seu corpo e atrofia na mão direita, sendo que no dia seguinte ao desquite, em 22 de outubro, D.C. foi fichada pelo Serviço Profilático de Lepra, como portadora de uma forma não contagiante da doença. Por apresentar baciloscopia negativa foi-lhe autorizado tratamento em ambulatório, devendo se apresentar para revisões trimestrais para observação de sua inatividade bacteriológica<sup>12</sup>. A vida de D.C., a partir de então, parece ter sido centrada unicamente no domicílio familiar e nos cuidados de comprovar a não alteração de seu estado de saúde, uma vez que é referido ter havido uma série de exames clínicos e bacteriológicos ao longo das décadas seguintes<sup>13</sup>.

Nesse meio tempo o ex-marido constituiu nova família sem que, no entanto, pudesse legitimá-la uma vez que a legislação brasileira de então, embora previsse a possibilidade do divórcio, não permitia um segundo casamento. Desta forma qualquer união era considerada concubinato não havendo proteção legal para a companheira e dificul-

dades legais para a legitimação dos filhos<sup>14</sup>. Tudo indica que quando o ex-marido teve ciência do diagnóstico de D.C., viu nesse fato a possibilidade de eventual anulação do casamento, em especial se conseguisse que ela fosse enviada para internação nosocomial<sup>15</sup>. Nesse meio tempo uma série de denúncias foi realizada pelo ex-marido junto ao DPL, conforme constam autos do processo:

*“Desde então a impetrante tem sofrido por parte do marido, terrível perseguição pelo interesse que ele tem em vê-la declarada doente do mal de lepra, no pressuposto de que isso lhe daria motivo para a nulidade de casamento, afim de poder livremente casar com a mulher com quem vive e tem filhos”.*

*“Para consumir esse seu objetivo nada limpo, vem ele constantemente denunciando a mulher ao Serviço de Profilaxia da Lepra, com o intuito de da-la como portadora do mal de Hansen, esperando vê-la morta, ou pelo menos vê-la internada em um Asilo.”.*

Em oito de março de 1950, D.C., recebeu intimação para comparecer ao DPL. Desconfiando de ser esta mais uma ação do ex-marido, e temerosa de acabar sendo vitimada pelo isolamento compulsório procurou cercar-se de todas as medidas cabíveis contra eventual seqüestro através de instrumento legal preventivo específico: o Habeas Corpus<sup>16</sup>. Medida esta cabível em decorrência de haver ameaça coação de liberdade de locomoção por evidente ilegalidade por parte do Diretor do Serviço de Profilaxia da Lepra, fundamentado no parágrafo 23 do art. 141 da Constituição Federal de 1946. Os mestres do Direito ao discorrerem sobre Habeas Corpus Preventivo deixam claro que este pode e deve ser impetrado mediante ‘o receio de violência que deve resultar de ato concreto, de prova efetiva, de ameaça de prisão’, situação que foi tipificada quando do recebimento por D.C. da intimação do DPL (MIRABETE, 2.000, p.710).

O Código Processo Penal brasileiro, no seu Artigo nº. 648, prevê sete hipóteses que configurariam coação ilegal. A primeira delas “quando não houver justa causa”, situação exata da paciente, por ser feito um diagnóstico discutível e, se doente fosse, por ser portadora de uma forma clínica não contagiante e considerada como ‘benigna’, que constituía perigo para a sociedade e, como tal, poderia ter o benefício do artigo 6º do Decreto 5.352, anteriormente mencionado.

O Habeas-Corpus foi impetrado e nele constam uma série de acusações contra o DPL, sendo a mais importante a suspeição do diagnóstico realizado há mais de vinte anos pelo Serviço Profilático. Caso conseguisse uma revisão do mesmo DC seria retirada da órbita de poder daquela instituição, para tanto fazia-se necessária a obtenção de provas que atestassem a inexistência da doença ou, ao menos da comprovação da ausência de qualquer possibilidade de contágio por parte da paciente. Sabedo-

<sup>10</sup>Habeas Corpus nº 15.294 – que tramitou na 1 Vara Criminal da Capital contra a autoridade coata do Sr. Diretor do Serviço de Profilaxia da Lepra., Prontuário nº 3.106.

<sup>11</sup>O desquite foi homologado cinco meses depois, em 12 de março de 1930.

<sup>12</sup>Informação nº 3389 datada de 29 de outubro de 1940 e assinada pelo Dr Nelson de Souza Campos.

<sup>13</sup>Os documentos indicam que a família de DC financiava o acompanhamento de seu estado de saúde em clínicas particulares, evitando o comparecimento ao DPL, foram anexadas cópias da realização de exame bacterioscópico de esfregaços da secreção nasal realizado em laboratório especializado, Laboratório de Análises Clínicas do Farmacêutico Theodoro Migliano situado na Praça da Sé, 34 em São Paulo em 24 de junho de 1937. O resultado apresentado foi negativo para o bacillo de Hansen”.

<sup>14</sup>A Constituição de 1946 trouxe um avanço quando a equiparação dos direitos do filhos naturais aos legítimos e a Lei 883 de 21 de outubro de 1949 permitiu, sob em certas circunstâncias, o reconhecimento dos filhos adúlteros.

<sup>15</sup>No Estado de São Paulo, desde a década de trinta quando deu-se a internação em massa dos pacientes de lepra, ocorreram diferentes casos de anulação de casamento.

<sup>16</sup>O Habeas-Corpus é considerado pela doutrina dominante como uma ação e não um recurso (GRINOVER, 1981).

res da rapidez com que o DPL agia, e das formas empregadas por aquele órgão oficial de saúde, famoso por sua eficiência na captura de doentes<sup>17</sup>, diferentes ações foram realizadas nos dias que se seguiram.

*“Diante da intimação, a paciente desconfiou que algo se tramava contra ela, e como medida de prevenção contra qualquer estratégia, não só mandou fazer novos exames no laboratório do Dr. Jesuíno Maciel (docs. n° 3 e 4), com resultados negativos, como ainda consultou sua Excelência o Dr. J. Alcântara Madeira, mui digno diretor do Departamento de Profilaxia da Lepra em seu consultório na Rua da Consolação n°. 77, 2º andar, que também nada encontrou a respeito da tão propalada moléstia”<sup>18</sup>.*

Em posse dos resultados negativos obtidos no exame laboratorial e na consulta realizada, a paciente solicitou ao Dr. Madeira que lhe fosse concedida Carteira de Saúde, ao que lhe foi assegurada a entrega para o dia seguinte, 14 de março, no Instituto de Higiene<sup>19</sup>. Entretanto quando o portador se apresentou para retirar o documento, foi lhe explicada a impossibilidade da expedição em decorrência de denúncia existente contra a paciente, quando então foi lhe mostrado pelo médico uma espécie de processo, e nele estava anexado um cartão do impresso do ex-marido.

No Habeas-Corpus foi solicitado expressamente ao Juiz que fosse designado dia e hora para a tomada de depoimentos das pessoas envolvidas, sendo elas: o Diretor do DPL, os três médicos responsáveis pelos laudos clínicos expedidos, além do ex-marido. Entretanto, a partir da análise dos autos verificamos que ao invés de marcar a oitiva das testemunhas arroladas, foi permitido que ao Diretor do DPL respondesse por escrito às acusações realizadas, conforme resposta enviada em 25 de março ao Juiz da 1ª Vara Criminal. Nesse ofício o Diretor se defende afirmando que o fato da paciente ser portadora de uma forma clínica negativa para a pesquisa do bacilo de Hansen, não invalidaria o diagnóstico de ‘lepra’ e acusa a impetrante de descumprir o Regulamento de Profilaxia que previa a apresentação periodicamente para fins de exame, e que isso configurava ‘insubordinação’:

*“Essa Diretoria, diante da negativa da mesma que já data de anos, de submeter-se a exames, será obrigada, no cumprimento da lei e da proteção à saúde pública, a interná-la uma vez que se insubordina às determinações já citadas.”*

*Esclareço, outrossim, a V.Excia. que não há por parte deste Departamento, coação alguma, mas sim, apenas o cumprimento do dever”<sup>20</sup>.*

No mesmo dia em que o DPL escrevia sua defesa, expediu viatura para a residência da paciente, prendeu-a e a enviou para realização de exames desta vez na própria instituição, o que motivou protestos de seu advogado que voltou a requerer a intervenção judicial contra o ‘cons-

trangimento ilegal que a paciente vem sofrendo em sua liberdade de locomoção’. É interessante assinalar que uma série de documentos comprobatórios do estado de saúde da paciente foram anexados aos autos do processo, dentre eles receitas assinada pelo próprio Diretor do DPL, que havia atuado como médico particular da paciente nos últimos anos, receitas essas que não indicavam medicação destinada a doença em questão mas apenas “injeções intramusculares de vitaminas abecedárias, medicamento adequado ao combate de fraqueza, mas imprestável para a cura da lepra”<sup>21</sup>.

O advogado, em seu arrazoado, salientava o arbítrio com que foi realizado o seqüestro da paciente e mais uma vez reforçada a tese de suspeita de erro no diagnóstico emitido pelo DPL, conforme atestava os exames laboratoriais, realizados pelo próprio DPL e que apresentavam resultados negativos à presença do bacilo. Rebatia a alegação de que, no caso em questão, a possibilidade do diagnóstico seria unicamente clínica, caso o próprio Diretor tivesse oportunidade para fazê-lo, reconhecendo os sintomas da doença por ocasião das consultas realizadas. Enfatizava, ainda, que a resposta dada pelo Serviço Profilático pecava pela inexactidão, não levando em conta a coletânea de exames clínicos negativos reunida ao longo de vinte anos. Ao final, protestava de forma veemente, contra o evidente desrespeito à Justiça posto que a paciente, muito embora tivesse invocado a proteção do Direito através da medida preventiva cabível, esta não havia conseguido a salvaguarda legal invocada encontrando-se ilegalmente detida.

*“Todavia, se o direito do paciente ficar ao exclusivo arbítrio da autoridade coatora, então praticamente o habeas-corpus desaparece e nem se presta para proteger a liberdade dos perseguidos, por ilegalidade. Se as leis admitem a suspeição dos peritos e até dos próprios juizes, por que os há de admitir como verdadeiras as informações dos algozes das vitimas?”.*

Em suma, ao longo do processo foi diversas vezes enfatizada a ilegalidade das medidas até então tomadas pelo DPL, tais como a violação da liberdade de locomoção e a internação sem motivo justo. Contra as arbitrariedades alegadas era invocado o poder do Judiciário para que garantias individuais fossem preservadas e que para tanto a paciente tivesse o benefício de ser avaliada por outros peritos que não pertencessem ao corpo técnico do DPL.

Ao analisar resposta apresentada pelo DPL em sua defesa, torna-se interessante destacar que esta se apoiava, em especial, no poder que lhe teria sido conferido como uma espécie de guardião da saúde pública; e que em momento algum foi considerada a legislação profilática específica que regia a matéria conforme consta no Parágrafo 2º, do Artigo 2º, do Decreto 5.352. Este assegurava claramente ao doente o direito ‘de se fazer assistir por médico de sua confiança ao exame oficial de verificação de diagnóstico’ (Art. 3º, parágrafo 2º da lei 2.416 de 31/12/1929). Enquanto que o seu Parágrafo 3º do Artigo 2º da mesma lei, é explicitado de forma

<sup>17</sup>A denúncia de doente de lepra era prática comum nas primeiras décadas do século XX em São Paulo. Ao receber uma denúncia, mesmo anônima, o DPL enviava sua viatura com seus funcionários armados ao domicílio do suspeito que era levado de imediato para o serviço de diagnóstico. Em caso confirmação ou mesmo de suspeita, o paciente era internado (MONTEIRO, 1995).

<sup>18</sup>Trecho extraído do processo de D.C.

<sup>19</sup>A Carteira de Saúde era documento exigido na época e imprescindível para o exercício de uma série de atividades.

<sup>20</sup>Ofício n° 1.494-A expedido pelo DPL de 25 de março de 1950; grifo nosso.

<sup>21</sup>Texto retirado dos autos do processo.

inequívoca os procedimentos a serem tomados em caso de suspeição de diagnóstico:

*“Não se conformando com o diagnóstico, poderá o doente recorrer à Diretoria Geral do Serviço Sanitário que submeterá o caso a uma comissão constituída de um médico do serviço oficial, um clínico da confiança do doente e um docente de clínica dermatológica da Faculdade de Medicina ou outro profissional de reconhecida competência” (Art. 3º, parágrafo 4º da lei 2.416 de 31/12/1929).*

O DPL continuava simplesmente reafirmando a correção do diagnóstico emitido, alegando a incompetência da defesa em emitir “opinião” na matéria e, em sua defesa invocava a tese do conhecimento científico, deixando explícita a visão que o Serviço Profilático Paulista tinha de si mesmo:

*“... julgo que a opinião da defesa não pode, de modo algum, anular o diagnóstico feito pelos médicos deste Departamento, pois que sobre ser um Serviço Oficial, é tido, nos meio científicos, como o centro mais adiantado em leprologia e o seu corpo médico de renome universal”<sup>22</sup>.*

Por um lado era real a importância que o serviço profilático paulista gozava nos meios científicos, como Centro de excelência em ‘leprologia’, a ponto de receber profissionais de diferentes países para conhecer o programa aqui instalado, tanto que ‘leprólogos’ paulistas com frequência eram convidados para prestar assessoria aos serviços médicos de outros países, em especial os da América Latina (OBREGÓN TORRES, 2002). Entretanto o nível técnico do serviço não os isentava da possibilidade de cometer enganos e nem poderia lhe facultar o direito de descumprir a legislação instituída ou de se colocar acima do Direito.

Em suma, o estudo do processo em questão demonstra, por um lado a facilidade com que a Legislação Profilática podia ser ignorada, e por outro como ao se invocar o Bem da Saúde Pública toda uma tradição jurídica pertinente ao Habeas-Corpus Preventivo, claramente respaldada tanto na Constituição Federal como no artigo 648 do Código de Processo Penal poderia ser desrespeitada.

### **Da Reclusão da “Paciente”**

O término do processo marcou apenas o encerramento de capítulo da vida da paciente, o da “possibilidade de viver em liberdade junto à família”, posto que a seguir foi compulsoriamente internada no asilo-colônia de Santo Ângelo situado na cidade de Mogi das Cruzes<sup>23</sup>. Essa internação poderia inclusive causar estranheza se fosse analisada mais detalhadamente à luz das descobertas científicas que ocorreram em meados da década de quarenta quando da descoberta da cura da lepra através das sulfonas. Esse fato, que revolucionou toda a terapêutica até então adotada, influenciou grandemente nas posturas da época fazendo surgir interessantes debates nos eventos internacionais que passaram a discutir o tratamento ambulatorial como mais adequado dentro do novo quadro. Cabe ressaltar que as

sulfonas já estavam sendo ministradas no Brasil e como decorrência, pela primeira vez no histórico da doença, estava ocorrendo um grande número de altas<sup>24</sup>.

Foucault, ao discorrer sobre o poder disciplinador, alerta para a importância da vigilância e para de que o poder se mantenha é necessário que se anule a capacidade de revolta, que toda e qualquer resistência seja anulada, pois somente a neutralização dos efeitos do contra-poder é que possibilitaria tornar os homens dóceis (1986 p.XVI). Esses procedimentos ficam evidentes no caso em estudo, pois juntamente com o ofício de internação foi realizado outro direcionado à autoridade competente - o Diretor Clínico do Santo Ângelo, ambos assinados no mesmo dia pelo próprio Diretor do D.P.L. Nesse ofício era ordenado que se procedesse “severa vigilância sobre a doente” e para “não permitir visita de pessoa alguma inclusive o advogado da mesma”. Outro memorando foi expedido para a portaria do asilo, para que as restrições estipuladas fossem cumpridas. Ou seja, o fato de haver tentado defender seus direitos, configurava-a como paciente rebelde que deveria ser vigiada, e com sua liberdade duplamente cerceada uma vez que lhe era negado até mesmo o direito constitucional de constituir advogado.

Ao se analisar tanto a legislação profilática como o Regimento Interno dos Asilos-Colônia, com relação ao direito de visitas, verifica-se que estas eram permitidas desde que uma série de normas fossem cumpridas, dentre elas que os candidatos a visitantes fossem submetidos a exames no DPL, fossem fichados como comunicantes, comparecessem aos exames periódicos previstos, tivessem Carteira de Saúde atualizada, e se apresentassem nos dias e horários previstos pelo regulamento. Era prática comum dentro dos asilos punir as infrações ou atos de indisciplina com privação de liberdade e diminuição de algum direito, dentre eles estavam as visitas. No caso de D.C. esse procedimento foi aplicado de imediato pois, quando seus familiares, após cumprirem todas as normas estipuladas se apresentaram para visita em 21 de agosto, foram sumariamente barrados na portaria, conforme explicitado em ofício:

*“... cumpre comunicar que ontem, pelas onze horas da manhã, compareceram nesta Portaria munidas das respectivas cadernetas de comunicantes, as Senhoras V.M. e A.C.M<sup>25</sup>; que desejavam fazer visitas a internadas DC. ... tendo em vista o memorando de 8/8/50, escrito e assinado de próprio punho do Sr. Dr. Alcântara Madeira, Diretor do DPL, em poder dessa Portaria, não foi permitida então a entrada das referidas senhoras, para a visita em apreço ...”<sup>26</sup>.*

A análise da íntegra desse documento revela o desconforto do porteiro que, conhecedor das normas que regulavam as visitas, ao longo do memorando fez questão de deixar claro o rigor com que examinou a documenta-

<sup>22</sup>Ofício nº 1.923 A – dirigido ao Juiz da 1ª Vara Criminal pelo Diretor do DPL em 22 de abril de 1950.

<sup>23</sup>A internação ocorreu em 08 de agosto de 1950.

<sup>24</sup>A descoberta das sulfonas representou uma verdadeira revolução no tratamento da lepra, que pela primeira vez demonstrara ser passível de cura. Essa medicação era eficaz, barata e de fácil administração e o tratamento recomendado passou a ser o ambulatorial.

ção apresentada, citando número das cadernetas, data de expedição, autoridade médica que a expediu etc. e, ressaltando que o procedimento só foi barrado devido a uma ordem superior expedida de 'próprio punho'. O fato do Diretor Clínico ter enviado de pronto para São Paulo cópia de memorando de um porteiro, o que não era procedimento de rotina, nos revela a possibilidade de ter sido dada ordem explícita para que qualquer fato relativo à paciente em questão fosse de pronto comunicada.

A análise documental também revela que a família de D.C. inconformada com as arbitrariedades que vinham sendo cometidas e na impossibilidade de invocar amparo legal, buscou ajuda nos meios políticos, ajuda para que fosse concedida a permissão de visita. Tentativa que também resultou infrutífera como demonstra o texto a seguir:

*"Em atenção ao ofício desse Diretório solicitando permissão para a família da doente D.C., Pront. 3106, poder ir visitá-la .... esta Diretoria lamenta não poder atender ao pedido supra citado, por tratar-se de uma doente indisciplinada"*<sup>27</sup>.

O estudo sobre instituições fechadas, também denominadas instituições totais, apontam como características intrínsecas as barreiras impostas entre estas e o mundo exterior, uma estruturação interna regida por leis próprias que podem ser escritas ou não (GOFFMAN, 1961). Dentro destas, por não se poder contar com a invocação e/ou a proteção do Direito, o poder institucional aumenta tão vertiginosamente quanto diminui o do doente (FOUCAULT, 1986, p.126). A partir do momento da internação, o interno fica inteiramente a mercê do poder institucional passando a ser um cidadão sem direitos, passível de ser vitimado por qualquer medida de arbítrio que o poder local entender como necessária.

### Considerações Finais

A análise do processo movido por D.C. abre amplas perspectivas de análises sobre diferentes aspectos que revestem o fenômeno da intolerância e do preconceito. O estudo de uma mulher duplamente discriminada - por um lado por ser divorciada, vivendo em uma sociedade tradicional como era a sociedade brasileira da primeira metade do século XX, por outro lado portava toda a carga de estigmatização decorrente 'ser leprosa' - que em sua batalha pelo direito de viver em sociedade acabou derrotada, mesmo tendo sido amplamente respaldada pela legislação do país. A riqueza da documentação pesquisada permite ainda estudos sobre a existência de prática do arbítrio cometido pelo serviço profilático em nome da proteção da Saúde Coletiva, e expõe a fragilidade do direito ante a força do costume, do preconceito e do medo.

O estudo tanto da legislação profilática como a prática cotidiana do serviço profilático da 'lepra' evidenciou a existência de uma órbita concreta de poder - mais de fato do que de Direito - que possibilitava determinar quem poderia viver em sociedade, aqueles que seriam alvo de restrições e os que deveriam ser banidos em nome do bem comum. Essa enorme gama de poderes permitiu uma ampliação do campo de atuação sanitária para além do legalmente estipulado, pois além da força do Direito foi instituído o direito da força o que lhes permitia corpo policial próprio. Sua atuação foi, em última instância, respaldada pelo discurso científico da proteção da saúde pública e legitimada pelo pavor do contágio<sup>28</sup>.

### Fontes Primárias

Legislação Federal:

Decreto nº 16.300 de 31/12/1923 (Legislação Sanitária sobre a Profilaxia da Lepra)

Decreto nº 5.352 de 20/01/1932 (Prophylaxia da Lepra)

Lei nº 610 de 13 de janeiro de 1949 (Medidas gerais para a Profilaxia da Lepra)

Decreto nº 37.019 de 12 de março de 1955 (Acordo Sanitário Panamericano)

Legislação Estadual:

Decreto nº 2.918 de 9 de abril de 1918 (Código Sanitário de São Paulo)

Decreto nº 5.027 de 16 de maio de 1931 (regulamentação da profilaxia da Lepra)

Decreto nº 7.070 de 6 de abril de 1935 (organização do Departamento de Profilaxia da Lepra)

Decreto nº 9.445 de 2 de setembro de 1938 (organização do Departamento de Saúde do Estado)

Código de Processo Penal, 1941- São Paulo, Atlas, 1983, 4º ed.

Processo nº 15.294 - Habeas Corpus que tramitou na 1ª Vara Criminal da Capital do Estado de São Paulo

Prontuário Clínico nº 3.106

### Referências Bibliográficas:

DUARTE, J. **Constituição brasileira de 1946**. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1947.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

GRINOVER, A.P. A Tutela Preventiva das Liberdades: Hábeas-Corpus e Mandado de Segurança. **Rev. Faculdade de Direito, USP**, v.76, jan-dez, 1981.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1961.

MIRABETE, J.F. **Processo penal**. 10.ed. São Paulo: Atlas, 2.000.

<sup>25</sup>Optei por suprimir os nomes, substituindo-os apenas pelas iniciais.

<sup>26</sup>Memorando assinado pelo Sr. Sebastião Nascimento, Porteiro do Santo Ângelo, enviado ao Diretor Clínico da Instituição. Este foi anexado e seguiu para o DPL juntado ao ofício nº 691.

<sup>27</sup>Trecho do ofício nº 4004-A de 29 de agosto de 1950 assinado pelo Dr J. Alcântara Madeira, em resposta ao Ofício enviado por Paulo Ribeiro da Luz do Diretório Metropolitano do Partido Social Progressista.

<sup>28</sup>Estudos demonstram que o Serviço Profilático da Lepra em São Paulo dispunha de uma guarda armada que eram utilizada quando da busca de suspeitos e de doentes fugitivos. Sobre o assunto ver MONTEIRO, Y 1995.

MIRANDA, F.C.P. **História e prática do habeas-corpus**. 7.ed. Rio de Janeiro: Borsoi, 1972.

MONTEIRO, Y.N. **Da maldição divina à exclusão social**: um estudo da hanseníase em São Paulo. 1995. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo.

MONTEIRO, Y.N. Prophylaxis and exclusion: compulsory isolation of Hansen´s disease patients in São Paulo. **Rev. História, Ciências, Saúde**: Mangueiras. Rio de Janeiro, v. 10, Suppl.1, 2003.

OBREGÓN TORRES, D. **Batallas contra la lepra**: estado, medicina y ciência em Colômbia. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT, 2002.

RABELLO JR, F.E. Uma classificação clínico-epidemiológica das formas de lepra. *Leprol.*,n.4, p. 375-410, 1936.

RUSCHE G.; KIRCHHEIMER O. **Punição e estrutura social**. 2 ed. Rio de Janeiro: Revan, 2004.

SOUZA, C.S. Hanseníase formas clínicas e diagnóstico diferencial. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.30, p. 325-334, jul./set. 1997.

VALLE, R.D. **Prophylaxia da lepra**. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1928.

# O Museu de Saúde Pública “Emílio Ribas”: recortes de uma memória vivida

Jandira Lopes de Oliveira<sup>1</sup>

Com a reestruturação do Centro de Memória e a reforma do prédio, novos projetos e idéias estão sendo elaboradas pelo corpo técnico de pesquisadores científicos do Instituto de Saúde ao qual o Centro de Memória passou a se subordinar. Solicitaram-me escrever sobre o Centro de Memória na perspectiva da minha experiência passada, de mais de 20 anos, na Instituição.

Em 1983, quando ainda trabalhava no Museu Histórico do Instituto Butantan, recebemos a visita de um senhor muito educado, um médico sanitaria da “velha cepa”, professor na Faculdade de Saúde Pública e que foi um dos principais colaboradores do Dr. Walter Leser – Dr. José Antonio Alves dos Santos, que então perguntou se eu poderia ajudá-lo nos trabalhos de organização dos eventos comemorativos do Centenário dos Serviços Estaduais de Saúde Pública em São Paulo. Não só pela obrigação mas muito e principalmente pelo prazer, aceitei na hora o convite e foi dessa forma que tomei conhecimento da existência do Museu de Saúde Pública “Emílio Ribas”, criado pelo esforço pessoal desse médico-poeta, conterrâneo da ilustre figura da História Sanitária Paulista.

## **O Desinfetório Central como Sede do Museu de Saúde Pública “Emílio Ribas”**

Dentre os eventos comemorativos à data, houve o tombamento do prédio sede do Museu – o antigo Desinfetório Central – construído em 1893, uma das instituições pioneiras do Serviço Sanitário (Resolução nº 50 de 26/8/85). Marco para a História da formação do Bom Retiro, naquele local se situava a sede da Chácara Bom Retiro, propriedade de Manfredo Meyer e sua mulher, que, loteada no final do século XIX, deu origem ao bairro. Na casa de sede da chácara, funcionou um hospital militar e foi também uma hospedaria de imigrantes provisória, enquanto era construída a do Brás. É importante lembrar que a região, pela proximidade com a Estação da Luz, foi uma das portas de entrada de imigrantes que chegavam em grande número em São Paulo naquela época. Aliás, o Bom Retiro manteve sempre esta característica marcante: é um bairro que continua acolhendo imigrantes que chegam à cidade: desde as primeiras levas de espanhóis, italianos, judeus, árabes, portugueses e mais recentemente coreanos e bolivianos.

E de antigos mascates e comerciantes de roupas e tecidos, que foi o ofício de muitos daqueles que se iniciavam no novo país naquele tempo e que lá se fixaram, foi que se originou a vocação do bairro como pólo da indústria de confecção de roupas e que faz, hoje, a sua marca.

Como referência para a história da Saúde Pública paulista, é importante lembrar que do antigo Desinfetório Central partiam as primeiras equipes sanitárias para tomar as medidas possíveis e necessárias para debelar os focos das moléstias infecto-contagiosas: remover os doentes para o Hospital de Isolamento, desinfetar e desinfestar as casas e os objetos dos doentes e, quando era o caso, vacinar contra a varíola. De lá partiam também comissões sanitárias para o interior do Estado e centralizava o almoxarifado de drogas para os serviços de desinfecção.

Era o nascedouro da “nossa” Epidemiologia, o contato com nossa realidade sanitária. Lá trabalharam entre outros, Diogo de Faria, seu diretor, e Emílio Ribas.

O Museu de Saúde Pública “Emílio Ribas” foi criado em 1965 por decreto do Governador do Estado (Decreto nº 44.572/65) mas só foi instalado em 1979 com a publicação do Decreto nº 13.426. Criado para reverenciar, preservar e divulgar a atuação do Dr. Emílio Marcondes Ribas, tinha em seu acervo, objetos – móveis do seu antigo gabinete, microscópio, relógio, óculos e documentos de seu acervo pessoal doados pela família, além do acervo também doados pela família do primeiro Inspetor de Higiene da Província – Dr. Marcos Arruda que, ainda no Império (1884), esboçou as primeiras linhas de organização dos serviços públicos de Saúde.

## **A Revitalização do Museu de Saúde Pública “Emílio Ribas”**

Transferida do Instituto Butantan para o Gabinete do Secretário da Saúde, propus elaborar um estudo de viabilidade para a revitalização do Museu de Saúde Pública “Emílio Ribas”. É preciso lembrar que nessa época - meados dos anos 80 - se iniciava a reforma administrativa da Secretaria, com a descentralização dos serviços de saúde. Muitas unidades foram extintas

<sup>1</sup>Historiadora, Mestre em História pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e Diretora do Museu de Saúde Pública Emílio Ribas do Instituto de Saúde - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: jandaoliveira@uol.com.br

ou transformadas, o modelo de saúde tinha como fundamento o conceito de Saúde Coletiva, que, entre outros aspectos, pressupunha que tanto o conhecimento médico, quanto suas práticas, eram historicamente determinadas e se constituíam práticas sociais; portanto, deveriam ser compreendidas no contexto de sua produção e principalmente compreendidas como processo histórico.

Com esses pressupostos muito vivos embasando nossa atuação, as discussões nos grupos de trabalho dos funcionários da própria Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo com as equipes técnicas da FUN-DAP – Fundação para o Desenvolvimento da Administração Pública, fundamentavam a proposta de que cabia a cada núcleo local construir sua própria estrutura, de acordo com a especificidade das necessidades locais e da adequação dos serviços já existentes e dos diferentes programas de saúde ao perfil social da região e as reais necessidades da população a ser atendida.

Foi nesse contexto que propus que o Museu de Saúde Pública “Emílio Ribas” poderia ser transformado. Ampliando suas atribuições e funções, se constituiria o Centro de Preservação da Memória da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo subordinado ao Centro de Desenvolvimento de Ações Integradas de Saúde (CADAIS) do Gabinete do Secretário.

Fui buscar os referenciais teórico-metodológicos nas áreas da Psicologia Social, da Filosofia e nas áreas da História, da Museologia, da Arquivística e na Preservação do Patrimônio Cultural os fundamentos para definir a que memória estava me referindo, quais os seus suportes materiais, quais os tratamentos adequados para sua preservação, sistematização e divulgação e desta forma definir as áreas de atuação do Centro mas principalmente, como a preservação dos registros materiais da memória da Instituição poderia e deveria ser utilizada, por quem e como poderia contribuir nos trabalhos da SES dentro de sua atribuição principal – a prestação de serviços de saúde para a população de São Paulo. Este trabalho resultou na monografia de mestrado que foi apresentada na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e, também, para o Gabinete do Secretário em 1986.

Resumidamente, nesse trabalho apontei como fundamento principal da memória de uma instituição o seu arquivo, ou seja, os documentos produzidos e/ou recebidos no decurso de suas atividades e que se deveria constituir um sub-sistema de arquivos (gestão documental), ligado ao Sistema de Arquivos do Estado (Secretaria de Estado da Cultura), sendo o Centro de Memória a ponta final desse sub-sistema – o arquivo histórico, com a missão de custodiar e/ou referenciar os documentos de valor histórico.

Mas também como parte constitutiva da memória da Instituição, os documentos que se referem a ela, ou seja, os objetos e equipamentos tridimensionais que fizeram parte do “fazer e como fazer” dos serviços da

Secretaria de Estado da Saúde e essas coleções comporiam o acervo do Museu. O Museu, enquanto tal, deveria desenvolver um programa de exposições temporárias e atividades outras, além da sua exposição permanente. Esta deveria tratar de recuperar através de imagens, objetos e textos aspectos da trajetória da SES, como uma base para as diferentes reflexões possíveis sobre as práticas de saúde, a relação da instituição com a população a que serve, enfim uma gama ampla de aspectos do processo saúde/doença.

Para poder desenvolver esses objetivos, o Museu deveria ter um programa de ação educativa, com educadores de saúde e equipes multidisciplinares para atuar junto a diferentes públicos (interno ou seja, funcionários da própria Secretaria e externos que, grosso modo, poderíamos classificar por gênero, idade, grau de escolaridade, nível sócio-econômico) e também de forma complementar e em conjunto com a Secretaria da Educação, atividades pedagógicas visando principalmente estudantes de 1º e 2º graus do ensino oficial, além das escolas técnicas das áreas para-médicas.

O Centro de Memória seria uma base de dados e não um órgão de pesquisa em Saúde Coletiva, a sua produção de conhecimento deveria estar voltada às áreas técnicas de sua atuação, ou seja, de Arquivística, de Museologia, de Preservação de Patrimônio Cultural e de Educação para a Saúde. Como ponto final do sub-sistema de arquivos da SES, que realmente precisa ser criado, sua tarefa deveria ser de formação de mão-de-obra ou seja, preparar os funcionários da SES nos pontos de protocolo e arquivo (já existentes) de forma a permitir implementar esse sub-sistema de informação; participar junto ao Gabinete/DAS da formulação de políticas de gestão documental da SES e efetivar a interface com o Arquivo do Estado da Secretaria de Estado da Cultura.

O Centro Técnico de Preservação da Memória da SES estava subordinado ao CADAIS quando de sua criação, porque este último, como órgão do nível central, deveria fazer a ligação necessária entre as políticas da Pasta e os níveis locais, dando assessoria técnica para implementação do desenvolvimento institucional e de programas e ações de saúde. Foi nesse sentido que uma política de gestão das comunicações administrativas se inseriria. O Centro de Memória não deveria ser entendido como instituição de pesquisa e sim, como uma base de informação, instrumento necessário à pesquisa.

Nessa época, tínhamos no corpo técnico do CADAIS, uma professora da ECA/USP - Escola de Comunicações e Artes, especialista em DI (Desenvolvimento Institucional) e Arquivos Correntes, responsável pela elaboração de um plano de trabalho para implementar sistema de arquivos da Secretaria da Saúde.

Dando continuidade aos trabalhos iniciados com a FUNDAP, transferimos acervos de unidades que foram extintas como por exemplo o antigo Serviço de Fiscali-



zação do Exercício Profissional; alguns serviços da antiga Coordenadoria de Serviços da Comunidade, quando recuperamos parcela dos documentos da antiga Divisão do Serviço do Interior, da Divisão de Epidemiologia. Recuperamos também parcela significativa dos documentos da Campanha de erradicação da Varíola (CEV) em São Paulo; as fichas epidemiológicas da antiga CRS-1. Veio também a hemeroteca da Assessoria de Imprensa e parte do arquivo fotográfico.

O Centro de Memória foi ganhando credibilidade junto aos funcionários e muitos antigos servidores que, quando se aposentavam, guardavam os documentos referentes aos seus trabalhos, doaram valioso material para o Centro. E assim recebemos os documentos da CACEX, do Dr. Toledo Piza, referente às campanhas da esquistossomose; a educadora Zenaide Alessa trouxe, também, para a nossa Instituição, significativo material sobre Educação para Saúde que se acrescentou ao acervo por nós recolhido dessa área – folhetos, livretos, cartazes, filmes e slides em vidro sobre Educação para a Saúde, que estavam esparsos. Parcela dos documentos do Instituto Clemente Ferreira, que na época corriam riscos de perda, também vieram para o Centro de Memória e, nesse mesmo contexto, veio também parte do acervo do Hospital Emílio Ribas. Mais recentemente, recebemos também o acervo remanescente de hanseníase do Hospital Padre Bento. Dr. Otávio Mercadante, quando foi Secretário Adjunto da SES, também nos enviou documentos; assim como também do extinto CADAIS.

Nossa preocupação era estabelecer uma estratégia de atuação de forma a recuperar e preservar o que fosse possível dos documentos já produzidos, mesmo a custo de recolher sem a devida e criteriosa avaliação pois não tínhamos nem infra-estrutura de pessoal treinado para tal e muito menos tempo: era “ou pega ou vai pra descarte”. Foram tempos loucos e ainda bem que éramos jovens!

Com relação ao tempo presente (daquele momento), trabalhando junto com a FUNDAP, fizemos um levantamento dos documentos produzidos referentes às áreas-meio, pois o procedimento administrativo sendo igual da menor à maior unidade, poderíamos criar procedimentos que se aplicariam à boa parcela da documentação produzida que, diga-se de passagem, é a mais volumosa. Quanto aos processos, foi criado o número único de processo, com indexação de palavras-chave com a tabela de assuntos, o que facilitaria não só a recuperação da informação como também a criação de tabelas de temporalidade, respeitando os prazos legais, os valores jurídico-administrativos e podendo criar também os critérios para avaliação do valor histórico. Pretendíamos, mas não conseguimos realizar, por mudanças de prioridades do nível superior, uma sistemática nova para os pontos de protocolo e arquivos da SES: queríamos que os documentos referentes à atividade-fim também fossem arquivados nos pontos

de arquivo e protocolo. Isto significaria um baixo custo para a Secretaria, pois não iríamos ampliar o quadro de pessoal, de forma significativa. Para tal, iríamos dar treinamento aos funcionários dos protocolos, para formá-los como técnicos de arquivo de forma tal que os arquivos tivessem “vida”, ou seja, todos os anos entrariam e saíam documentos que, depois de avaliados teriam prazos de guarda estabelecidos (tabela de avaliação) e refletiriam realmente a trajetória da instituição. O Centro de Memória e Departamento Administração da Sede/Gabinete teriam o papel de formular conjuntamente com o Arquivo do Estado uma política de gestão documental. Seria também um órgão referenciador, pois a idéia era não centralizar fisicamente os documentos no Centro, mas sim referenciá-los, pois os registros da memória servem em primeiro lugar para aqueles que os produziram, daí a importância de estar próximo de quem os produziu, facilitando sua consulta; é elemento primordial para avaliação do processo de trabalho e para valorização dos profissionais envolvidos. É importante lembrar que arquivo é antes de tudo uma forma de possibilitar e otimizar a recuperação de informações.

Para o Centro de Memória só iriam os documentos que correriam riscos de se perderem, quer por extinção e/ou por completa transformação da unidade produtora, quer por falta de condições de preservação e custódia do acervo.

Quando se fala em desburocratização e transparência administrativas, se está falando também de boa gestão das informações dos arquivos. Hoje mais do que antes, a guarda de documentos representa um custo alto (o preço do espaço urbano, a mão-de-obra, etc.) e, portanto, é importante pensar no custo-benefício que representa para a administração pública e a responsabilidade de bem geri-lo.

Como ponta final de toda uma política de arquivos que não se implementou, foi também anulado o empenho que havia sido realizado.

O Centro de Memória se ressentiu muito por ficar restrito a recolher apenas o que por doação lhe fosse encaminhado. Por falta de infra-estrutura de pessoal e de recursos financeiros (nunca foi unidade de despesa e recebia pequena verba de adiantamento de despesas, de uso muito restrito) pouco pudemos desenvolver do nosso potencial.

Já com a política de salários – com o plano Collor o funcionalismo público teve perdas nos salários e que não foram repostos nos governos subsequentes – perdemos alguns dos poucos e preciosos funcionários, atraídos por melhores salários na iniciativa privada. Nosso quadro funcional ficou restrito a cinco funcionários.

Dada as condições de funcionamento do Centro de Memória é importante dizer que durante todos esse anos, com todas as nossas limitações, procuramos prestar serviços àqueles que consultaram nosso acervo e visitaram a instituição.

Fomos procurados por inúmeros pesquisadores, em

especial alunos de pós-graduação das áreas de História Social, Saúde Pública, Medicina Social, para pesquisar em nossos arquivos; muitas teses citam nossa contribuição. Vários livros foram editados com agradecimentos e referência à nossa instituição.

Colaboramos também com a TV Cultura para uma série de pequenos filmes sobre saúde veiculados naquela emissora. Várias empresas da iniciativa privada nos têm solicitado material educativo para serem usados em programas de educação para seus funcionários.

Escolas de 1º e 2º graus agendavam visitas, trazendo seus alunos. Nos últimos anos, vínhamos atendendo de forma sistemática escolas técnicas – SESC/SENAC – como complemento aos cursos técnicos de enfermagem, técnicos de raios-X, atendentes de odontologia.

Algumas faculdades também nos enviavam seus alunos como a Universidade Bandeirantes (UNIBAN) e a Faculdade Metropolitana Unida (FMU).

Colaboramos com instituições congêneres, quando na inauguração do Museu do Imigrante, cedemos por empréstimo nossos “carrinhos”. Assim como com a Casa de Oswaldo Cruz, cedemos por empréstimo documentos na Exposição Internacional daquela instituição, na França.

Por solicitação de algumas unidades da SES, realizamos em parceira, algumas exposições como por exemplo Sobre a Raiva, que foi feita com os Institutos Pasteur e Butantan; uma exposição itinerante sobre o patrono do Museu – Emílio Ribas; sugerimos e fizemos uma exposição dos desenhos feitos para um concurso com escolares da rede pública de ensino sobre a campanha antitabagismo, que percorreu várias unidades da SES no interior.

Colaboramos com o Hospital Emílio Ribas na recente exposição sobre a história e importância daquele hospital que, inaugurada na estação Clínicas do Metrô, até hoje tem sido solicitada por empréstimo em diferentes lugares.

Esta foi a trajetória do Centro de Memória nos últimos anos e esperamos que no futuro sua trajetória seja marcada por muitas realizações e contribuições à população paulista.

# BIS - números já editados



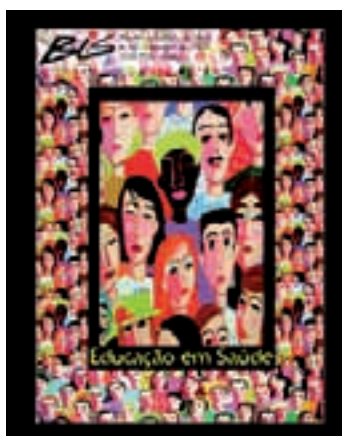
Nº 37 - 12/2005  
Programa de Saúde da Família



Nº 36 - 08/2005  
Humanização em Saúde II



Nº 35 - 04/2005  
Ética em Pesquisa



Nº 34 - 12/2004  
Educação em Saúde



Nº 33 - 08/2004  
Violência e Saúde



Nº 32 - 04/2004  
Qualidade de Vida



Nº 31 - 12/2003  
Raça, Etnia e Saúde



Nº 30 - 08/2003  
Humanização da Saúde



Nº 29 - 04/2003  
C & T e Inovação



SECRETARIA  
DA SAÚDE

GOVERNO DO ESTADO  
DE SÃO PAULO