

O Código Sanitário Estadual de 1918 e a Epidemia de Gripe Espanhola

The Sanitary Code State of 1918 and Epidemic Spanish Influenza.

Ivomar Gomes Duarte¹

Resumo: Este trabalho busca relacionar a repercussão causada pela epidemia de gripe espanhola na implantação de um Código Sanitário em São Paulo, que visava regular a vida das pessoas e da comunidade. No ambiente impactado por uma pandemia, com condições sociais caóticas, as regras, normas e rotinas ficaram relativizadas em função dessa crise maior. O Código, de inspiração no modelo de polícia médica, era composto por 800 artigos de minucioso regramento sanitário, acabou sendo superado pela velocidade dos acontecimentos e violência da epidemia de gripe e pelo desarranjo social por ela causado. Com o tempo, esse código se consolidou como instrumento legal, sendo alterado e emendado ao longo dos anos, vigorando até 1970, quando foi substituído.

Palavras-chave: Código Sanitário, Condições Sociais, Gripe Epidêmica, Vigilância Sanitária, Direito Sanitário

Abstract: The purpose of this paper is to relate the impact caused by Spanish flu epidemic in the implantation of a Sanitary Code in Sao Paulo, which aims to regulate people and community's lives. In this environment impacted by a pandemic, with chaotic social conditions, rules, norms and routines were relativized in the light of this major crisis. The code, inspired by the model of medical police, composed of 800 articles from rigorous sanitary rules, was eventually overcome by the speed of events and epidemic influenza violence and by the social disorder caused by it. Over time, this sanitary code was consolidated as a legal instrument, being changed and amended over the years, in force until 1970, when it was replaced.

Key-words: Sanitary Code, Social Conditions, Epidemic Influenza, Health Surveillance, Health law

¹ Médico Sanitarista-Pesquisador Associado do Laboratório de História da Ciência do Instituto Butantan - São Paulo. Doutor em Ciências do Programa de Pós Graduação do CCD-SESSP – ivomar@butantan.gov.br

Introdução

No final do século XIX era proclamada a República no Brasil e tinha início a estruturação e a organização dos governos das antigas províncias. Em São Paulo surgia o Serviço Sanitário do Estado, com a aprovação de um regulamento, uma proposta de atuação e um conjunto de diretrizes (São Paulo, 1891). Esse novo serviço era dotado de um organograma que agrupava sob uma mesma direção dentro das atribuições da Secretaria do Interior, os vários setores e hospitais antes dispersos e que atuavam autonomamente, sem nenhuma articulação e organicidade (Duarte, 2005).

Na virada para o século XX, conforme aponta Novaes (1979), o desenvolvimento do conhecimento científico e a laicização crescente da sociedade, muito influenciada por correntes filosóficas da época – como o positivismo e o marxismo – induzem a certo deslumbramento com o poder da Ciência na recuperação da saúde. O indivíduo passa a ser dono do seu próprio destino até certo ponto, porém não estando mais subordinado às determinações divinas.

A microbiologia emergente explica as doenças como um encontro do ser humano com microrganismos patogênicos e passa a fundamentar o modelo sanitário em construção, justificando o isolamento, a quarentena, a vacinação, o monitoramento das águas, alimentos e bebidas e outros controles médico-sanitários dos vários setores, práticas e atividades da sociedade.

Nesse mesmo final de século, a teoria microbiana das enfermidades estava consolidada, segundo o paradigma pasteuriano², o que abria grandes possibilidades de se avançar na prevenção das doenças. Nesse período, com a consolidação dos Estados Nacionais europeus e o surgimento de Estados independentes nas Américas, as ações relacionadas com a proteção da saúde, como um dos componentes importantes da questão demográfica, passam a constituir preocupação nacional e vão progressivamente sendo incorporadas ao aparato jurídico desses Estados. Surge a saúde pública como política de Estado.

No Brasil, a forte influência positivista por ocasião da Proclamação da República marcou indelevelmente o surgimento dos serviços sanitários

² Base da teoria microbiológica das doenças. Acreditava-se que a cada doença existiria um micróbio correspondente.

estaduais, principalmente em São Paulo. O lema “Ordem e Progresso”, muito além da bandeira nacional, estará presente também nas leis, nos códigos e nos regulamentos sanitários.

Nesse cenário, este artigo tem como objetivo relacionar a repercussão causada pela epidemia de gripe espanhola nas práticas de proteção à saúde em geral e em especial na aplicação da legislação sanitária no início do século XX em São Paulo.

O Código Sanitário de 1918

Em 1916 toma posse como Presidente eleito do Estado de São Paulo, o Dr. Altino Arantes Marques, advogado formado pela Faculdade de Direito do Largo de São Francisco, da linhagem que se denominou “política dos bacharéis” e que durante o mandato, exercido no período de 01/05/1916 a 01/05/1920, procedeu a uma ampla revisão do conjunto das leis estaduais então vigentes, muitas delas herança do século XIX, procurando adequá-las aos novos tempos.

No imaginário e na tradição ibero-lusitanos acreditava-se à época, e ainda acredita-se, que basta uma lei ou decreto, bem-intencionados, e as práticas sociais estabelecidas se modificam, criam-se novos hábitos, as práticas antigas desaparecem e os poucos recalitrantes passam ao terreno da ilegalidade (Da Matta, 2004). No limite, difunde-se a ilusão de que basta a assinatura do poderoso de plantão decretando um novo regulamento ou uma medida provisória, que estarão desfeitos as redes, os laços e contratos até então vigentes, redefinindo a estrutura de poder no país.

Em 1917 eclodia em São Paulo a maior de todas as greves do Século XX até então, em adesão e em duração – foi quase uma greve geral que se prolongou por mais de um mês. O Largo de São Francisco foi transformado no ponto de encontro dos líderes operários, dos estudantes e dos acadêmicos que defendiam mudanças no sentido de humanização das relações de trabalho.

A capital e várias cidades do interior ficaram paralisadas e a Força Pública procurava nos bairros operários pelas lideranças, que as autoridades e a imprensa local, insistiam em qualificar como anarquistas estrangeiros, principalmente, imigrantes espanhóis e italianos. Por fim, os industriais fizeram algumas concessões no que se refere ao trabalho da

mulher e dos menores, houve uma melhoria nos salários pagos e a jornada de trabalho passou a ser de oito horas diárias e 48 horas semanais.

Ao final desse movimento paredista, em depoimento às rádios e jornais, o Presidente do Estado, Dr. Altino Arantes, lamentava o ocorrido atribuindo os fatos aos “costumeiros perturbadores da ordem, pois os verdadeiros trabalhadores eram estranhos à essa greve” (Penteado, 1962).

É importante destacar que nessas duas décadas iniciais do século XX havia no Brasil uma legislação muito incipiente no que se refere às relações trabalhistas. Não existiam garantias de aposentadoria, seguro-saúde que remunerasse o trabalhador em caso de doença, nem licenças, férias ou repouso semanal remunerado e o Código Sanitário do Estado de São Paulo constituía-se numa das poucas referências legais nessa área.



Figura 1 - Frontispício do Código Sanitário de 1918

Tal condição já se fazia presente desde o primeiro Código Sanitário, datado de 1894, e implantado pelo Decreto nº 233 de 2 de março de 1894, composto de 520 artigos regulava aspectos referentes as condições sanitárias das moradias, cortiços e hotéis; das condições do ambiente de trabalho, do trabalho noturno e infantil; das escolas, teatros e do lazer; do abastecimento e da produção de alimentos; do esgoto e das águas; do atendimento a saúde, entre outros. Esse código, emendado e alterado, foi a base da legislação sanitária que atravessou a virada para o século XX e acompanhou as profundas transformações da sociedade paulista nesse início de século, porém tornando-se com o passar do tempo, obsoleto.

Em 9 de abril de 1918, pelo Decreto Estadual nº 2918, (Figura 1) o então Presidente do Estado de São Paulo, Dr. Altino Arantes, promulgava o novo Código Sanitário do Estado, composto de 800 artigos e de nítida inspiração no modelo de polícia médica praticado na Alemanha nos Séculos XVIII e XIX, conforme descrito por Rosen (1980). O Código Sanitário foi amplamente discutido e emendado no Congresso Legislativo do Estado, por mais de um ano, resultando na absorção de parte das demandas sociais e das reivindicações dos movimentos grevistas do ano anterior, que acabaram sendo incorporadas em alguns artigos dessa lei. Absorveu também os dispositivos do Código Sanitário Rural que havia sido promulgado com um dos itens da legislação que reorganizava o Serviço Sanitário do Estado no final de 1917, por conta do empenho do Dr. Artur Neiva.

Os 800 artigos desse novo código estavam divididos em títulos e subdivididos nos capítulos e seções, conforme apresentado no anexo I.

Esses artigos do Código Sanitário de 1918, procuravam regular a vida das pessoas nas cidades e na zona rural do Estado de São Paulo. Pelos títulos e capítulos se tem idéia da extensão e da abrangência do controle pretendido. Era uma lei ampla e ambiciosa, e pelo que se observa de seu frontispício, regulava o serviço sanitário estadual e municipal bem como as questões urbanas e rurais. Tudo isso em contraste com um aparelho de Estado insuficiente para fiscalizar seu efetivo cumprimento, pois o Serviço Sanitário do Estado nesse período contava com pouco mais de 400 funcionários, distribuídos na Capital, nos vários Hospitais e nas seis delegacias de saúde existentes (Santos, Campinas, Ribeirão Preto, Botucatu,

Guaratinguetá e São Carlos),³. Conforme Mascarenhas (1949) o Código Sanitário de 1918 já continha dispositivos obsoletos e outros impraticáveis como, por exemplo, o uso obrigatório de calçados na zona rural (artigo 754).

Abaixo em destaque, alguns dos artigos relacionados com este trabalho.

Artigo 67 – O Instituto Sorotherapico do Butantan é destinado ao preparo dos sôros, vaccinas, productos opotherapicos e outros que a sciencia e a pratica tenham sanccionado⁴.

Artigo 71 – O resultado da venda dos productos do Instituto Sorotherapico do Butantan reverterá em beneficio do mesmo Instituto.

Artigo 88 – A policia sanitária tem por fim a observância das leis sanitárias relativamente à prevenção e repressão de tudo quanto possa comprometter a saúde pública.

Artigo 148 – As salas das pharmacias não poderão servir de residência ou dormitório e na sua limpeza é prohibido o uso de vassouras ou espanadores, que serão substituídos por esponjas ou pannos embebidos em solução antiséptica.

Artigo 161 – Nenhum droguista poderá anunciar a venda de preparados officinaes que não tenham sido aprovados pela Directoria Geral do Serviço Sanitário, nem lhes será permitido ter na drogaria, pharmacia ou consultorio .

Artigo 211 - Entre doze e quinze annos, póde o menor, mediante consentimento de seus representantes legaes, ser admitido a trabalhar por tempo que não exceda de cinco horas por dia, em serviços moderados, que não lhe prejudiquem a saúde ou embarcem a instrucção escolar.

Artigo 213 - § 5 Os menores de idade de 18 annos e as mulheres não poderão, em caso algum, executar nas fábricas serviços nocturnos.

Artigo 214 – As mulheres, durante o último mês de gravidez e o primeiro do puerpério, não poderão trabalhar em quaesquer estabelecimento industriaes.

³ Voltados para a fiscalização eram 33 Inspetores Sanitários, 3 Inspetores de Farmácia e 10 Guardas Sanitários

⁴ Em outubro de 1918, Dr. Artur Neiva, Diretor do Serviço Sanitário do Estado, determinou que o Instituto Butantan realizasse em caráter de urgência, estudos para o desenvolvimento de uma vacina contra a gripe espanhola.

Artigo 400 – As casas vagas serão desinfectadas por determinação da auctoridade sanitária ou solicitação dos interessados, no acto da entrega das chaves.

Artigo 453 – Os hospitaes terão um medico ou estudante de medicina do quinto ou sexto anno, residente no edificio, de modo que possa acudir a qualquer accidente.

Artigo 459 – Nos hospitaes de isolamento, os pavilhões destinados às doenças de contágio mais diffusivo deverão ficar distantes cincoenta metros de outras installações e das ruas ou praças.

Desse código, visando correlacioná-lo com a epidemia de gripe espanhola, destacam-se também, algumas partes do TÍTULO IV (DA PROPHILAXIA GERAL DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS), que através dos Artigos 554 a 613 detalhava e sistematizava as ações de profilaxia geral das doenças transmissíveis como – a notificação, o isolamento, a desinfecção e a vigilância médica.

Da notificação

Artigo 555 – Occorrendo um caso de doença transmisivel, será o facto levado immediatamente ao conhecimento da auctoridade sanitária ou do Prefeito Municipal, sendo obrigado a fazer esta notificação: a) o responsavel pela casa,

b) o proprietário da habitação coletiva,

c) o medico que prestou cuidados à pessoa acommetida.

Artigo 562 – São consideradas doenças de notificação compulsória: a variola, a escarlatina e as febres eruptivas; a peste; a cholera; a febre amarella; a diphtheria; a febre typhoide e as doenças paratyphicas; a tuberculose aberta; a lepra; o impaldismo; a ancylostomose; a ophtalmia granulosa (trachoma) e a conjuntivite purulenta; as dysenterias; a paralisia infantil ou Doença de Heine Medin; a meningite cerebro-espinhal epidemica; a coqueluche e a parotidite nos collégios, asylos e habitações collectivas; e, as epizotias que se transmitem ao homem.

Do isolamento

Artigo 569 – É obrigatório o isolamento do enfermo de qualquer das doenças comprehendidas no artigo 562 com excepção da ancylostomose, dysenteria e trachoma.

Da desinfecção

Artigo 588 – Ordenada a desinfecção pela auctoridade sanitária, ninguém poderá della se eximir, nem embaraçar, perturbar ou impedir sua execução, sob pena de multa de duzentos réis, podendo a auctoridade sanitária requisitar auxilio da policia para que se execute a operação sanitária.

Da vigilância médica

Artigo 604 – As pessoas sujeitas à vigilância médica poderão retirar-se do predio ou localidade em que se acharem desde que indiquem à auctoridade sanitária o seu ponto de destino e obtenham a necessária auctorização.

O Código Sanitário de 1918, foi o mais abrangente, detalhista e prescritivo de todos os instrumentos legais à disposição dos órgãos de fiscalização e controle das atividades relacionadas à saúde. Foi também o que esteve em vigor durante o maior período de tempo (até 1970), depositário das melhores intenções e do mais avançado conhecimento da prática médico-sanitária disponível à época. Apesar disso não conseguiu passar incólume durante uma calamidade ocorrida menos de seis meses após sua decretação.

No período de outubro a dezembro de 1918 o país assistiu a uma grave epidemia de gripe, na verdade uma pandemia, denominada de gripe espanhola, que marcou indelevelmente a vida da cidade de São Paulo acometendo em torno de 350 mil pessoas o que correspondia a dois terços da população paulistana e deixando um rastro de aproximadamente 6000 óbitos (Barata, 2000).

Nas minhas lembranças da infância estão histórias contadas por parentes que residiam no bairro do Belenzinho à época da epidemia. Uma das cenas mais chocantes dessa época, que narravam, era de uma família da vizinhança em que todos os membros morreram atingidos pela gripe espanhola. Contavam que, certo dia cessaram todos os ruídos e movimentos na casa e decorridos alguns dias, vieram os agentes do Serviço Sanitário recolher os corpos de todos da casa, embrulhando-os em lençóis empilhando-os em uma viatura (Figura 2), depois veio uma carroça do serviço de desinfecção, retiraram como lixo alguns pertences e borrifaram alguma substância desinfetante e por fim pregaram várias taboas lacrando as portas e janelas dessa residência.



Figura 2 - Carro para remoção de cadáveres (Acervo do Museu Emilio Ribas- SESSP)

Dos acontecimentos relacionados e conseqüentes dessa epidemia, pode-se destacar a desorganização que a mesma causou na sociedade paulista de então, alterando significativamente rotinas, hábitos e costumes, inclusive tornando impraticáveis muitas das determinações do Código Sanitário vigente.

A medicina acadêmica tradicional e a estrutura e organização do Serviço Sanitário do Estado, à época, mostraram-se incapazes de responder à altura esse desafio epidêmico. E segundo Bier (1966), dado o estágio da ciência à época, o agente etiológico (um vírus) só foi descrito em 1931, aproximadamente 11 anos após o término da pandemia. Para comparação, a confirmação do agente etiológico da SARS, Síndrome Respiratória Aguda Severa (recente ameaça epidêmica), o coronavírus, ocorreu em aproximadamente 120 dias, no primeiro semestre de 2003.

Como a epidemia de gripe gerou grande necessidade de médicos e profissionais para cuidar dos doentes (muitas vezes ocorria de toda uma

família estar simultaneamente enferma), as regulamentações referentes ao exercício das profissões de saúde, rigorosamente seguidas desde a origem do Serviço Sanitário, foram temporariamente esquecidas e desse modo, o aparecimento de curandeiros, práticos e benzedeiros não só foi tolerado, como tacitamente aceito, principalmente para o atendimento dos mais pobres, pois o corpo médico da cidade, muitos dos quais adoeceram (Farina, 1981), bem como a estrutura sanitária oficial não estavam mais dando conta de atender todos doentes e de acompanhar o cumprimento da legislação sanitária.

Segundo Bertolli Filho (2003), “desacreditada a ideologia e a racionalidade das ciências da vida, que se tornaram praticamente impotentes diante dessa nova problemática, o saber leigo despontou enquanto possibilidade de intervenção na crise sanitária.”

As normas previstas no Código Sanitário referentes ao funcionamento de leitos hospitalares de isolamento e as regras para instalação e funcionamento de hospitais, foram abandonadas momentaneamente. Dada a urgente necessidade de leitos, o Clube Paulistano (Figura 3), o

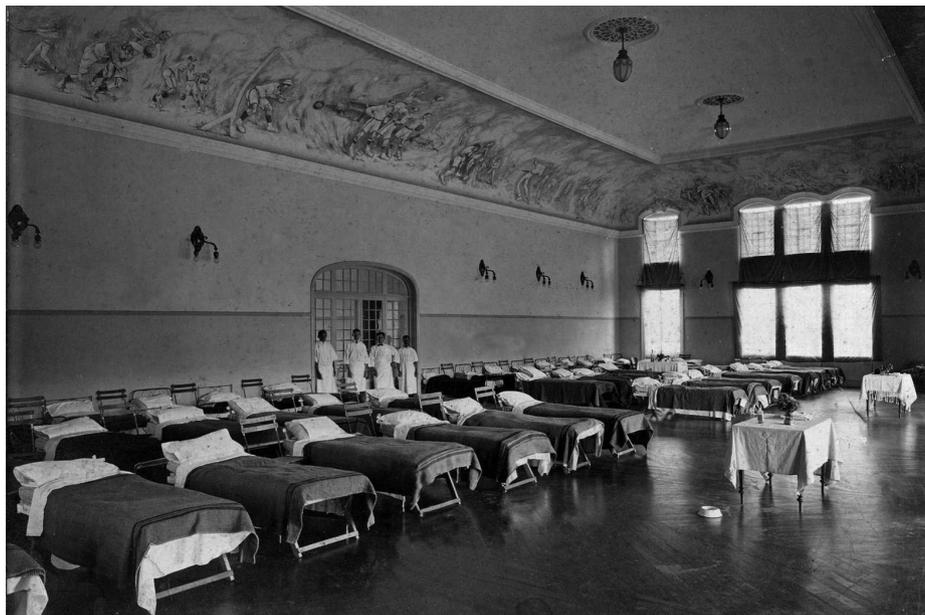


Figura 3 - Salão de Festas do Clube Paulistano , freqüentado pela elite da cidade transformado em enfermaria. (Foto do Acervo do Clube Paulistano - São Paulo)

Clube Germânia, o Clube Palestra Itália, o Ginásio do Carmo, o Colégio Jesuíta São Luiz, o Colégio São Bento, o Colégio Nossa Senhora de Sion, o Colégio des Oiseaux, o Colégio Mackenzie, o Grupo Escolar da Barra Funda, o Grupo Escolar da Lapa, o Grupo Escolar do Ypiranga, o Grupo Escolar da Penha, entre outros, foram transformados da noite para o dia em “hospitais provisórios de isolamento” (aproximadamente 30 em toda cidade), com seus funcionários e professores não atingidos pela doença e ainda grupos de voluntários, passando a auxiliar no cuidado dos enfermos. De modo similar a *Hospedaria dos Imigrantes*, no bairro do Brás tornou-se um grande hospital (Meyer e Teixeira, 1920).

Com relação ao controle das farmácias e de medicamentos, dadas as divergências sobre o agente causal da doença, a situação foi mais grave. Inicialmente ocorreram acaloradas discussões entre os médicos homeopatas e alopatas. No seio da medicina acadêmica tanto em São Paulo como na capital Rio de Janeiro, os decanos da medicina e da ciência não chegavam a um acordo sobre a etiologia da doença (alguns atribuíam ao Bacilo de Pfeiffer outros não aceitavam). Cogitou-se a possibilidade da ocorrência de duas epidemias simultâneas (gripe e pneumonia). Não havia consenso sobre diagnósticos e muito menos sobre as melhores ou possíveis terapêuticas, permitindo as mais variadas especulações sobre o tratamento (Figura 4). Diante disso multiplicaram-se as receitas, algumas sérias e muitas milagrosas, proliferaram tônicos e fórmulas especiais para a cura e prevenção da gripe espanhola, divulgados inclusive pela imprensa leiga, os quais eram preparados em laboratórios improvisados, boticas e até em residências, apesar de expressamente proibidos, conforme o artigo 161 do Código Sanitário de 1918.

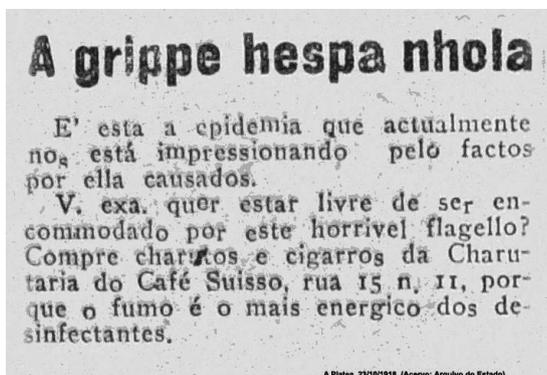


Figura 4 - Recorte de Jornal A PLATEA , 23/10/1918

Segundo memorialistas da época, os controles da alimentação pública e do abastecimento de gêneros alimentícios ficaram numa situação crítica e os poucos que haviam anteriormente, deixaram de ser executados. A produção e o transporte ficaram caóticos durante os meses da epidemia, caracterizando uma crise no abas-

tecimento de gêneros alimentícios, principalmente com a falta de alho, cebola, canela, limão e outros produtos tidos pela população como terapêuticos. A especulação surgiu e alguns comerciantes aproveitaram para subir os preços de seus produtos, escassos devido à essa desorganização distributiva, contrariando disposição governamental que tabelava os preços dos limões e de outros gêneros considerados de primeira necessidade.

Ignorando os ritos sanitários das inspeções e dos alvarás, houve a instalação de cozinhas improvisadas nos bairros pobres, organizadas pela Loja Maçônica do Grande Oriente, mantidas por donativos e trabalhos voluntários e que distribuía caldos, sopas, carnes e pão (Bertucci, 2004).

Por ordem do Serviço Sanitário do Estado, foram proibidas todas as atividades que causassem aglomerações públicas, como as sessões de cinema, os jogos de futebol e visitas ao Museu do Ipiranga e ao Instituto Butantan (Bertucci, 2004).

Não havia cocheiros em número suficiente para distribuição dos gêneros uma vez que as carroças estavam sendo utilizadas na remoção de cadáveres e muitos carroceiros estavam gripados. Várias lojas e armazéns foram fechados devido à doença e até ao óbito de seus empregados e proprietários. Florescia a indústria clandestina de urnas funerárias, bem como a revenda de caixões obtidos por doação. Espertalhões que faziam campanhas para receber donativos para entidades assistenciais, não autorizados, eram denunciados pela imprensa, tudo isso agravado pelo fato de que parte significativa do contingente da Força Pública estava doente.

Conforme observa Bertolli Filho (2003), analisando-se documentos da época, dois aspectos muito importantes destacam-se: o primeiro é a negação do fenômeno por parte das autoridades sanitárias nos primeiros dias de sua eclosão; e o segundo é a contradição entre os vários números referentes aos mortos e atingidos pela epidemia. A Repartição de Estatística Demografo-Sanitária sentindo-se incapaz de atuar com seus poucos funcionários, apenas nove, durante a crise de 1918 apelou para o trabalho voluntário de jovens da Associação dos Escoteiros do Brasil com seus integrantes colaborando ativamente na coleta de dados de morbidade e mortalidade gripal bem como na distribuição de material educativo. Destaque-se que, passados 85 anos, nos vários estudos sobre essa epidemia, ainda persistem dúvidas sobre o real número de óbitos decorrentes da gripe espanhola em São Paulo. (Figura 5)

A mais célebre das vítimas da epidemia foi o Presidente da República eleito, o Conselheiro Rodrigues Alves, ex-governador do Estado

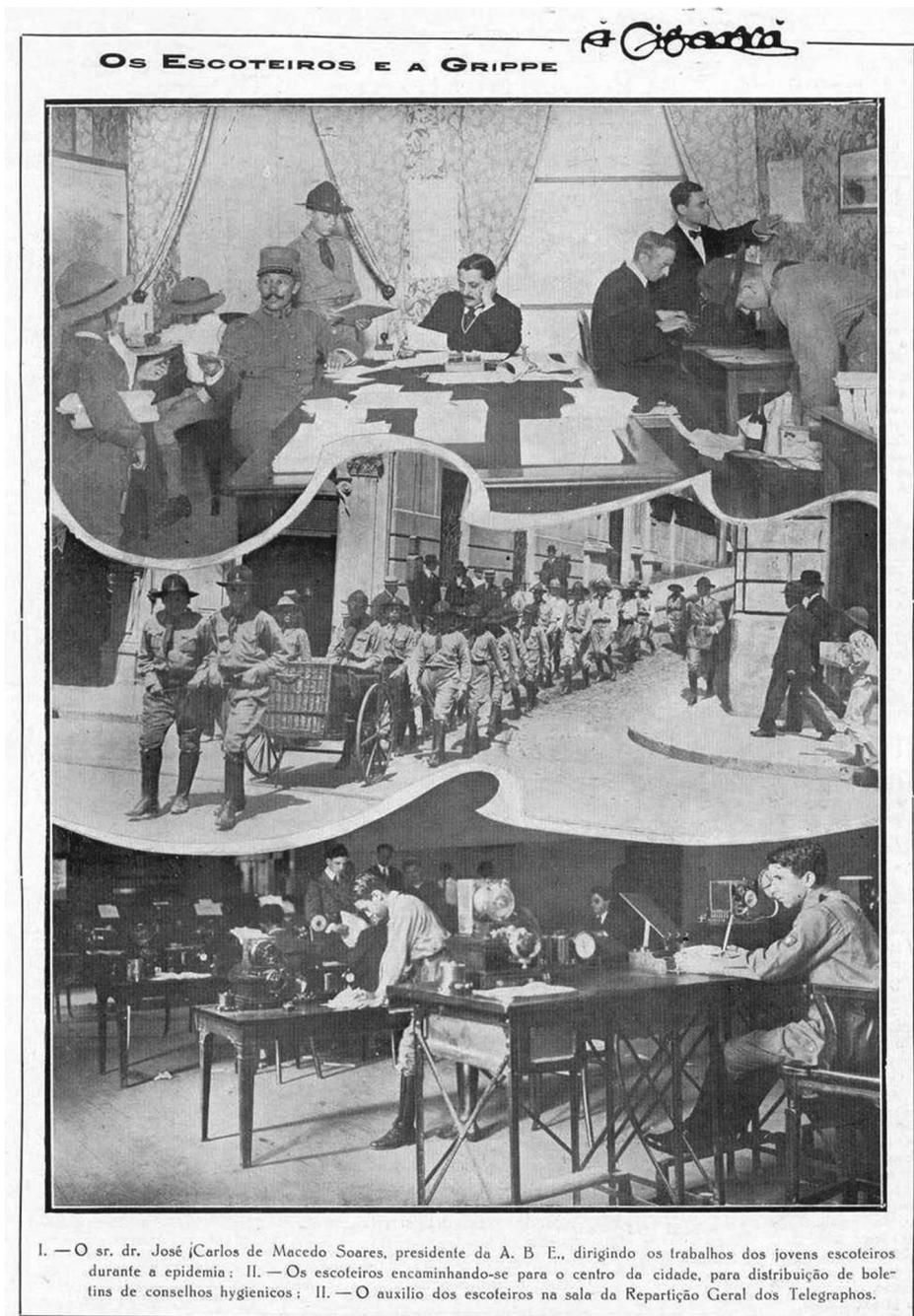


Figura 5 - Revista A Cigarra, edição de dezembro de 1918

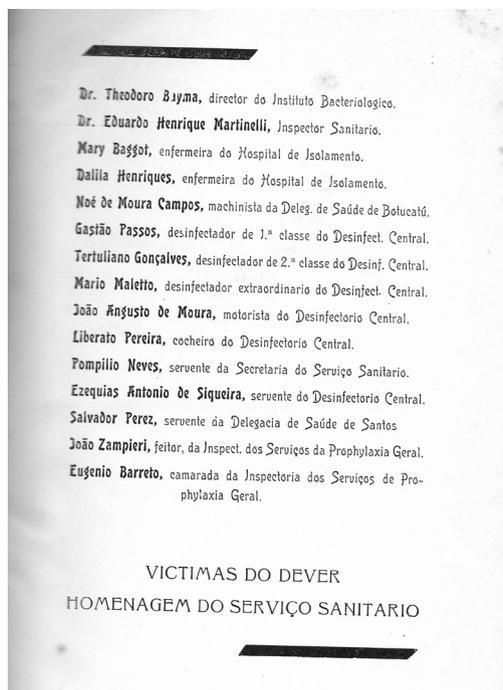


Figura 6 - Página do Relatório de 1918 do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo

de São Paulo que deveria tomar posse em 15 de novembro de 1918, porém foi acometido pela gripe no final de outubro. Por conta de seu frágil estado de saúde o Congresso Nacional resolveu adiá-la para 15 de dezembro e posteriormente para 20 de janeiro, porém o Presidente da República eleito faleceu em 16 de janeiro de 1919, numa seqüência de episódios que guardam semelhanças com a história recente de Tancredo Neves.

A epidemia não fazia muitas distinções e o próprio diretor do Serviço Sanitário, Dr. Artur Neiva⁵ foi acometido pela gripe espanhola e internado no Hospital de Isolamento. A epidemia ceifou também a vida de muitos funcionários do Serviço Sanitário do Estado. (Figura 6)

⁵ Artur Neiva nasceu em Salvador, em 1880. Médico, iniciou seus estudos na Faculdade de Medicina da Bahia e concluiu-os no Rio de Janeiro, em 1903. Em 1906, passou a trabalhar com o sanitário Oswaldo Cruz, no Instituto Soroterápico, no bairro de Manguinhos, Rio de Janeiro. Dirigiu o Serviço Sanitário do Estado de São Paulo de 21/12/1916 a 29/4/1920. (Mascarenhas, 1973)

Considerações Finais

Passada a crise sanitária ocasionada pela epidemia de gripe espanhola e lentamente retornando a vida normal na cidade, o artigo 562 do Código Sanitário que trata das doenças de notificação compulsória, foi alterado com a inclusão da “*INFLUENZA*” como uma das moléstias de notificação compulsória, por resolução do Diretor Geral do Serviço Sanitário do Estado, publicada em 19 de março de 1919. O Estado passou a se interessar pela doença, agora sob vigilância por força de lei.

A lei estadual nº 1640 de 31 de dezembro de 1918, concedeu aos funcionários públicos (do Serviço Sanitário, Professores, Médicos legistas, Delegados de Polícia, membros da Força Pública, etc.) que tenham trabalhado nas várias frentes ou quando vítimas da epidemia adoeceram no período, o acréscimo de um ano em seu tempo de serviço para fins de aposentadoria. Benefício estendido aos estudantes da Faculdade de Medicina que posteriormente viessem fazer parte dos quadros do Serviço Sanitário.

Apesar de a gripe espanhola ter posto em cheque o Código Sanitário de 1918, ele consolidou-se com o passar dos anos e novidades no campo da saúde pública foram por ele introduzidas. Os capítulos referentes ao saneamento rural desse código voltavam-se para questões das edificações na zona rural, do saneamento do meio (esgotamento sanitário e potabilidade das águas) e da higiene das plantações e criações. Com o passar dos anos, seu texto sofreu múltiplas emendas, ocorridas até o ano de 1970 quando foi revogado.

Conseqüente a essa epidemia de gripe nos últimos meses de 1918, e por não existirem à época, leis de amparo social, tais como seguro-doença, seguro-desemprego ou licença-médica remunerada, nos primeiros meses de 1919 a economia de São Paulo, estava de tal modo desorganizada que acabou gerando uma “epidemia de calotes, falências, desemprego e inadimplências”, mas isso é uma outra história, pertence ao campo da história da economia.

Referências Bibliográficas

A Cigarra nº 103 de 24/12/1918

Barata RCB. *Cem anos de epidemia e endemias*. Ciência e Saúde Coletiva, 5(2):333-345, 2000.

- Bertolli Filho C. *A Gripe Espanhola em São Paulo*. São Paulo; Paz e Terra, 2003.
- Bertucci LM. *Influenza, a medicina enferma*. Editora UNICAMP, Campinas, SP, 2004.
- Bier O. *Bacteriologia e Imunologia*. São Paulo, Ed.Melhoramentos, 1966.
- Da Matta R. *A desburocracia da burocracia no Brasil*. O Estado de S.Paulo. Caderno 2, quinta-feira 08.07.2004 – D10.
- Duarte IG. *Regulando a vida das pessoas. Contribuição para o estudo dos regulamentos sanitários paulistas*. Dissertação de Mestrado EAESP-FGVSP. São Paulo, 2005
- Farina DC. *Medicina no Planalto de Piratininga*. São Paulo, s.e., 1981.
- Mascarenhas RS. História da saúde pública no estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 1973;7(4):433-46.
- Mascarenhas RS. Contribuição para o estudo da administração sanitária estadual em São Paulo [tese de livre-docência]. São Paulo: Faculdade de Higiene e Saúde Publica da Universidade de São Paulo; 1949.
- Meyer CL. , Teixeira JR. *A gripe epidêmica no Brasil e especialmente em São Paulo*. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. São Paulo, 1920.
- Novaes HMD. *A puericultura em questão*. 1979. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Penteado J. *Belenzinho, 1910*. São Paulo; Martins, 1962, pg. 155-157.
- Rosen G. *Da Polícia Médica à Medicina Social*. Rio de Janeiro, Graal, 1980.
- São Paulo (1891) Lei nº 12 de 28 de outubro de 1891. Organiza o Serviço Sanitário do Estado.
- São Paulo (1894) Decreto nº 233 de 2 de março de 1894 Estabelece o Código Sanitário do Estado de São Paulo.
- São Paulo (1917) Lei nº 1.596 de 29 de dezembro de 1917. Reorganiza o Serviço Sanitário do Estado.
- São Paulo (1918) Decreto nº 2.918 de 9 de abril de 1918. Dá execução ao Código Sanitário do Estado de São Paulo.
- São Paulo (1918) Lei nº 1640 de 31 de dezembro de 1918. Concede favores aos funcionários públicos que auxiliaram o combate à epidemia da gripe.
- São Paulo (1919) Instituto Butantan. Relatório de Atividades de 1918.

Agradecimentos – A Prof^a Dra. Maria Lucia Mott pelas sugestões e pela cessão de imagens da revista “A Cigarra”.

Anexo I

TÍTULOS, CAPÍTULOS E SEÇÕES DO CODIGO SANITÁRIO DE 1918

TITULO I - DO SERVIÇO SANITÁRIO DO ESTADO

CAPITULO I – Da Divisão do Serviço Sanitário

CAPITULO II - Do Serviço Sanitário dos Municípios e suas relações como Serviço Geral

TITULO II - DA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO SANITÁRIO

Capitulo I – Da Directoria Geral e suas dependências

Capitulo II – Do Director Geral do Serviço Sanitário

Capitulo III - Dos Delegados de Saúde

Capitulo IV – Dos Inspectores Sanitários

Capitulo V – Das Delegacias

Capitulo VI – Das Secções Anexas

Capitulo VII Inspeção das pharmacias, drogarias, laboratórios, fábricas de produtos chimicos e pharmacêuticos e casas de instrumentos de cirurgia.

TITULO III – DA POLICIA SANITÁRIA

Capitulo I – Do exercício da medicina

Capitulo II – Do exercício da obstetrícia

Capitulo III – Do exercício da arte dentária

Capitulo IV – Do exercício da arte pharmaceutica

Secção Única – Das pharmácias

Capitulo V - Das drogarias e casas de instrumentos cirúrgicos

Capitulo VI – Das escolas

Capitulo VII – Das fábricas e officinas em geral. Sua fiscalização.

Secção Única – Das garagens e officinas de automóveis.

Capitulo VIII – Dos gêneros alimentícios. Sua fiscalização.

Secção I – Dos mercados.

Secção II – Dos matadouros

Secção III- Das triparias

Secção IV – Dos açougues

Secção V – Das fabricas de carnes preparadas, salsicharias e estabelecimentos congêneres.

Secção VI – Das padarias, fabricas de massas, de doces e conservas, refinações de assucar, torrefações de café e estabelecimentos congêneres.

Secção VII – Das fábricas de bebidas.

Secção VIII – Dos restaurantes, confeitarias, leiterias, cafés e botequins.

Secção IX – Das quitandas e depósitos de frutas.

Secção X – Do commercio do leite e laticínios. Sua fiscalização.

Capitulo IX – Das habitações em geral.

Secção I – Dos hotéis e casas de pensão.

Secção II – Dos ex-gottos domiciliarees.

Secção III – Das latrinas e dos mictórios.

Secção IV – Dos banheiros, pías e lavabos.

Capitulo X – Dos hospitaes, maternidades e casas de saúde.

Capitulo XI – Das casas de barbeiro e cabellereiro.

Capitulo XII – Das casas de banho.

Capitulo XIII – Dos theatros e casas de diversão ou de reuniões.

Capitulo XIV – Das lavanderias públicas.

Capitulo XV – Dos estábulos e das estrebarias.

Capitulo XVI – Dos necrocômios e necrotérios.

Capitulo XVII – Dos cemitérios.

Capitulo XVIII – Dos enterramentos, ex-humações e cremações.

Capitulo XIX – Dos ex-gottos e abastecimento de água das cidades.

TITULO IV – DA PROPHYLAXIA GERAL DAS DOENÇAS TRANSMISSIVEIS

Capitulo I – Da notificação.

Capitulo II – Do isolamento

Capitulo III – Da desinfecção.

Capitulo IV – Da vigilância médica.

TITULO V – DA PROPHYLAXIA ESPECÍFICA DAS DOENÇAS TRANSMISSIVEIS

Capitulo I – Da varíola.

Capitulo II – Da escarlatina e febres eruptivas.

Capitulo III – Da peste.

Capitulo IV – Da cholerae.

Capitulo V – Da febre amarela.

Capitulo VI – Da diphtheriae.

Capitulo VII – Das febres typhoide e paratyphicas.

Capitulo VIII – Da tuberculose.

Capitulo IX – Da lepra.

Capitulo X – Do impaludismo.

Capitulo XI – Da ancilostomose

Capitulo XII – Da ophtalmia granulosa (trachoma) e da conjuntivite purulenta.

Capitulo XIII – Das dysenterias (bacillar e amebiana).

Capitulo XIV – Da meningite cérebro-espinhal epidêmica.

Capitulo XV – Da paralysisia infantil ou Doença de Heine-Medin.

Capitulo XVI – Da coqueluche e das parotidites.

TITULO VI – DO CODIGO SANITÁRIO RURAL

TITULO VII – DAS INFRAÇÕES, MULTAS E SUA COBRANÇA. DOS RECURSOS.

TITULO VIII – DISPOSIÇÕES GERAIS.

Data de recebimento do artigo: 20/12/2008

Data de aprovação: 8/10/2009

Conflito de Interesse – Nenhum declarado

Fontes de Financiamento – Nenhuma