

IMIGRAÇÃO E EPIDEMIAS NO ESTADO DE SÃO PAULO*

IMMIGRATION AND EPIDEMICS IN THE STATE OF SÃO PAULO

Rodolpho Telarolli Junior**

TELAROLLI Jr., Rodolpho: 'Immigration and epidemics in the State of São Paulo'. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, III (2):265-283 Jul.-Oct. 1996.

The article discusses sanitation issues as aspects of the process of foreign immigration into São Paulo state during the first decade after the Proclamation of the Republic. The text also shows the relationships between this wave of immigration and the structuring of state sanitation services and the devising of the techno assistance model adopted by these services as of the 1890's. At a time when yellow fever was the most common and lethal of the epidemics plaguing that state — killing mainly foreigners — one of the lodestars of public health actions was the defense of this inflow of immigrants. The interests of coffee growers, expansion of the railroads, immigration, and yellow fever all came into play when the oligarchies then in power in São Paulo defined what direction sanitation measures would take. The Brazilian government's authoritarian organization left no room for individual health assistance initiatives. Long a demand of both urban and rural populations, forms of individual health assistance became widespread only in the 1930's, when Brazil developed its social health-care system.

KEYWORDS: history of public health, immigration, yellow fever, epidemiology, history of science.

Introdução

* Este artigo aprofunda alguns aspectos abordados em nossa tese de doutorado *Poder e saúde: a República, a febre amarela e a formação dos serviços sanitários no estado de São Paulo* (1993).

** Professor e pesquisador da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade Estadual Paulista (Unesp) Departamento de Ciências Biológicas. Rodovia Araraquara Jaú, km 1 Araraquara — SP CEP 14801-902

A recuperação de elementos da história política, econômica e demográfica no período de formação dos serviços sanitários nos estados, a partir da proclamação da República, traz consigo resultados muito interessantes, relacionando a saúde e esses campos da vida social. Período que recebeu pouca atenção dos especialistas no passado, atualmente já se contam às dezenas os estudos que tratam da formação dos serviços sanitários no estado de São Paulo na Primeira República.

Iniciando-se com a proclamação e estendendo-se até os acontecimentos de 1930, esse é um período fundamental para explicar o modelo tecnológico e assistencial adotado para as práticas sanitárias, a partir do momento em que a descentralização administrativa do regime republicano possibilitou a elaboração de incipientes políticas de saúde.¹

O primeiro estudo abrangente sobre a formação dos serviços sanitários no estado de São Paulo foi o de Rodolfo Mascarenhas (1948), que recuperou minuciosamente a legislação sanitária es-

¹ A constituição das ações sanitárias como políticas de saúde é objeto de polêmica. Madel Luz (1986) apre-

senta a instituição de políticas de saúde típicas como um processo mais recente no Brasil, posterior a 1974, coincidindo com o desenvolvimento do capitalismo monopolista, introdutor de uma racionalidade burocrática nos serviços de saúde. Para Costa (1985), que trabalha com uma definição próxima à do senso comum, onde as políticas de saúde aparecem como um conjunto de ações estatais destinadas à proteção da saúde e da vida de setores da população, já se podia falar nessas políticas no início do período republicano. A visão de Braga e Paula (1981) aproxima-se da definição de Costa. Para eles, com as mudanças políticas e econômicas que acompanharam a República, já estavam dadas as condições para políticas de saúde embrionárias. Elas só teriam características mais típicas, entretanto, após a Revolução de 1930, quando a centralização do poder no Estado nacional possibilitou um conjunto mais orgânico de medidas integradas em relação às demais políticas sociais, opinião que compartilhamos.

² Um estudo menos específico e mais abrangente (no tempo e no espaço) sobre o papel da formação dos laboratórios técnicos e as instituições de investigação de saúde, é o de Juan Cesar Garcia (1981), que descreveu esses processos para a América Latina, entre 1880 e 1930.

³ O conceito de 'modelo tecno-assistencial' expressa um projeto de política de saúde, articulado a certas forças sociais, à semelhança das políticas públicas em

tadual publicada entre 1889 e a criação da Secretaria de Estado da Saúde Pública, em 1948. Foi a partir da década de 1970, entretanto, que o tema recebeu maior atenção, com a publicação de vários trabalhos que permanecem como referência obrigatória aos que se dedicam à história da saúde pública do Brasil e do estado de São Paulo. Entre alguns estudos desse período, que deram uma contribuição importante à análise do assunto, estão o de Braga e Paula (1981), Madel Luz (1986), Nilson do Rosário Costa (1985) e Luiz Antonio de Castro Santos (1987), cada qual enfatizando aspectos específicos de um tema e período de grande complexidade. A pesquisa de Castro Santos esclarece aspectos importantes do processo de politização das ações de saúde pública em São Paulo, como, por exemplo, na forma de definição das prioridades, não necessariamente baseadas naqueles que eram então os principais problemas sanitários.

Já na década de 1990, algumas obras se destacam pela originalidade de suas abordagens da história da saúde pública do estado de São Paulo na Primeira República. Maria Alice Ribeiro (1991) apresentou a emergência da saúde pública e a transformação da 'questão da saúde' em 'questão social', centrando-se na análise das relações entre a formação e desenvolvimento do mercado de trabalho e o processo de urbanização, e as práticas sanitárias e os problemas de saúde que receberam maior atenção oficial no período, as epidemias e as endemias.

As pesquisas de Benchimol e Teixeira (1993) e de Teixeira (1995) também são fundamentais para o conhecimento do período, descrevendo a trajetória de dois institutos paulistas de pesquisa e apoio à ação dos serviços sanitários, o Instituto Butantan e o Instituto Pasteur, respectivamente. No mesmo sentido, qualifica-se a coletânea organizada por Antunes (1992), por ocasião do centenário do Instituto Adolfo Lutz.²

O modelo tecnológico campanhista/policial,³ que esteve subjacente ao conjunto de práticas sanitárias empregadas contra as epidemias nas duas primeiras décadas da República, combinava medidas de polícia sanitária, como a fiscalização da alimentação, o isolamento hospitalar dos doentes e as desinfecções, com ações de controle da salubridade urbana, como a instalação de redes de água e esgoto, a fiscalização da higiene domiciliar e de vias públicas etc. Tecnologicamente essas ações embasavam-se nos conhecimentos da florescente bacteriologia, e seu objetivo imediato era o controle da transmissão e do contágio das doenças, através de ações sobre a circulação e a melhoria da qualidade do ar, da água e do solo (Merhy, 1985; Costa, 1985).

Conceitos herdados da medicina colonial, tomando a aglomeração urbana como fonte potencial de perigos, também influenciaram a elaboração do conjunto de práticas sanitárias em-

geral, segundo a definição de Gonçalves (1986), retrabalhada por Merhy (1990).

⁴ Uma revisão crítica do trabalho de Machado *et al.* (1978), além de outros estudos que abordam a formação da medicina e das instituições médicas como poder disciplinador da sociedade, encontra-se em Lima e Carvalho (1992).

pregadas no período republicano. Foram adotadas, por exemplo, medidas de regulamentação das habitações urbanas, com a repressão aos cortiços e a construção de habitações populares, na tentativa de reduzir a insalubridade detectada nas cidades inchadas pela urbanização progressiva.⁴

A formação dos serviços de saúde pública no estado de São Paulo, incluindo um conjunto intrincado de práticas sanitárias, foi mais uma das modificações que acompanharam as mudanças sociais da década de 1890. No campo político, o Estado republicano encontrava-se em fase de estruturação, num período que se caracterizou por importantes embates entre republicanos e monarquistas, e entre diferentes facções republicanas, até a definição de um modelo político oligárquico (Carone, 1971; Casalecchi, 1987). No campo econômico, o cenário era o do avanço progressivo da cafeicultura, a partir da década de 1880, movida pelo trabalho imigrante, em substituição à mão-de-obra escrava.

Apesar da existência de outros problemas epidemiologicamente significativos (do ponto de vista atual), a prioridade da ação sanitária estadual nos primeiros tempos da República foi o controle das epidemias, em especial a febre amarela, que desestabilizava toda a vida política e administrativa, ameaçando as atividades da cafeicultura em diferentes etapas, bem como as demais atividades urbanas. Tendo incidido epidemicamente no país pela primeira vez no século XVIII (Santos Filho, 1947), a febre amarela ultrapassou pela primeira vez a barreira natural representada pela serra do Mar em 1889, subindo do porto de Santos até o Planalto (Studart, 1895).

A partir de então, a doença assolou a maior parte da zona cafeicultora paulista, integrando-se à nosologia da região, até sua eliminação temporária do estado, em 1904. A interiorização da doença em 1889 iniciou-se com duas grandes epidemias, em Campinas e Sorocaba. A partir de Santos, casos da doença foram levados ao interior do estado, juntamente com as famílias de imigrantes estrangeiros, dando início à sucessão de epidemias (Franco, 1976). O ingresso de um grande número de estrangeiros, relacionado à ocorrência de epidemias de doenças transmissíveis, é um processo que ocorreu em diversos estados da federação no início do período republicano, com repercussões demográficas e sanitárias variáveis.

Entre o grande número de vítimas da febre amarela destacavam-se os estrangeiros, mais sensíveis à doença, provavelmente pela ausência de contato anterior com o agente causal. A defesa do fluxo de imigrantes estrangeiros, garantindo a mão-de-obra indispensável para o café, foi um aspecto da dinâmica demográfica que esteve sempre presente para o poder estadual, dos legisladores aos técnicos dos serviços sanitários.⁵

⁵ A incidência preferencial em estrangeiros aproxima-se do padrão observado na cidade do Rio de Janeiro no mesmo período, onde 88% das mortes por febre amarela ocorridas entre 1890 e 1903 também foram de estrangeiros, num total de 23 mil óbitos pela doença (Carvalho, 1903).

Esse estudo tem por objetivo revisar algumas características de interesse sanitário no processo de imigração estrangeira para o estado de São Paulo, e suas relações com a formação dos serviços sanitários estaduais e com a elaboração do modelo tecno-assistencial adotado a partir da primeira década da República. O pano de fundo dessa caracterização são as epidemias de febre amarela que afetaram o interior do estado, por ser esse o problema de saúde enfatizado naquele momento pelos serviços sanitários. Recebe ênfase, por ser um aspecto pouco explorado nos trabalhos que se dedicaram ao período, o papel da expansão da rede ferroviária na epidemiologia e na operacionalização do combate à febre amarela.

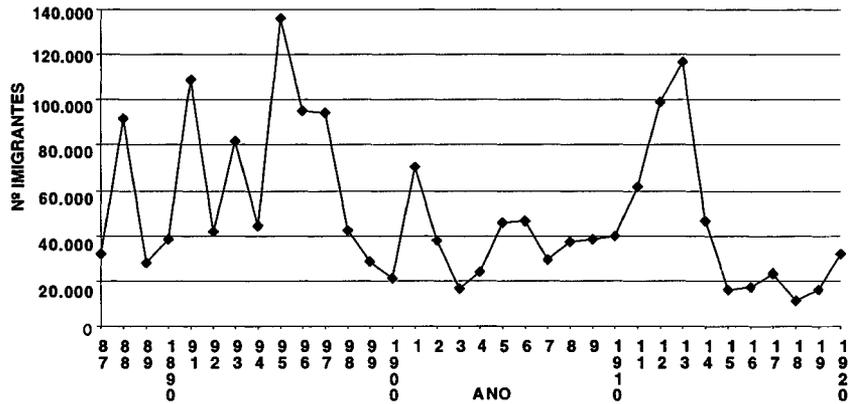
Além da bibliografia relativa ao período e ao tema, o estudo baseou-se em alguns órgãos da imprensa da cidade de São Paulo e em relatórios oficiais de secretários de Estado e autoridades sanitárias. Apesar do grande volume de informações disponíveis nesses documentos, alguns desses relatórios ainda não haviam sido utilizados em investigações dessa natureza. Por sua riqueza, eles permitem agregar informações inéditas sobre aspectos pouco conhecidos do cotidiano da população sob as epidemias de febre amarela.

Imigração e saúde pública

As primeiras tentativas de introdução de trabalhadores estrangeiros no país são anteriores à Independência, mas a entrada em massa de imigrantes só ocorreu no final da Monarquia, na segunda metade da década de 1880. A imigração, subsidiada em sua maior parte na primeira década da República, era fundamental à expansão da economia cafeeira, limitada naquele momento pela carência de mão-de-obra. A partir de 1887, a imigração estrangeira passou a ocorrer em grande escala, principalmente para São Paulo. Entre 1891 e 1900, 65% dos migrantes dirigiram-se a esse estado, 58% nos dez anos seguintes, e 63% na década de 1910 (Carone, 1970).

As principais alterações no fluxo de imigrantes durante a Primeira República relacionam-se à dinâmica da economia cafeeira. Nas primeiras três décadas do período, destaca-se a crise que se iniciou na segunda metade da década de 1890 e avançou pelos primeiros anos do século XX, reduzindo a demanda por trabalhadores. Com a recuperação dos preços do café, após o Convênio de Taubaté, em 1906, aumentou novamente o número de imigrantes para São Paulo. A partir de 1914, com a Primeira Guerra Mundial prejudicando o comércio internacional, voltam a diminuir as entradas de imigrantes no estado (Gráfico 1).

GRÁFICO 1
 Imigração para o estado de São Paulo: 1887-1920



Fonte: Holloway, 1984.

Ocorrendo com maior intensidade em São Paulo, o processo de urbanização foi simultâneo ao fluxo imigratório, estendendo-se nesse período a todas as regiões do país. Nas primeiras décadas do período republicano, a tendência à urbanização e o rápido incremento populacional foram as características da dinâmica populacional mais marcantes no estado de São Paulo. Alguns números apresentados por Sérgio Silva (1981) são ilustrativos desse processo. Enquanto em 1872 apenas a capital da província contava com mais de trinta mil habitantes, em 1920 eram 34 as cidades nessa situação, espalhadas pelo interior do estado, sua população aumentando 7.393% nesse período, contra um crescimento de 448% da população total do estado de São Paulo.

O incremento da população paulista na República foi alimentado principalmente pela corrente imigratória, mas também por outras mudanças demográficas que resultaram num crescimento vegetativo importante. Com uma mortalidade geral próxima aos vinte óbitos por mil habitantes e uma natalidade crescente, que ultrapassou os 35 nascimentos por mil habitantes na década de 1910, o saldo populacional foi sempre muito positivo. Com esse padrão demográfico, em 1920 a diferença entre natalidade e mortalidade superou os 75 mil habitantes para o estado, quase o triplo do saldo de 1900 (Marcílio, 1986).

O aporte de um grande número de estrangeiros num reduzido período de tempo não se deu sem conseqüências epidemiológicas e sanitárias. As aglomerações de imigrantes quando do desembarque no porto de Santos, e posteriormente na Hospedaria dos Imigrantes,⁶ antes do destino final no interior do estado,

⁶ A construção do prédio definitivo da Hospedaria dos Imigrantes foi iniciada em 1886. Entre 1893 e 1930, mais de 60% dos estrangeiros que imigraram para São Paulo passaram por suas instalações. Tendo sido planejada para abrigar até quatro mil pessoas, chegou a receber dez mil indivíduos, abrigados precariamente em dormitórios com capacidade para até seiscentos homens ou setecentos mulheres, que se acomodavam no chão (Holloway, 1984).

eram ocasiões propícias ao desenvolvimento de epidemias de moléstias já existentes no país, como a febre amarela e a varíola, ou de doenças importadas da Europa, como a peste. Como resultado, na década de 1890 as mortes por doenças transmissíveis chegaram a responder por um terço de todos os óbitos ocorridos no estado de São Paulo, reduzindo-se paulatinamente até chegar ao índice de 15,3%, no quinquênio 1915-20.

A concentração de trabalhadores estrangeiros nas colônias das fazendas de café e o incremento populacional das cidades interioranas (em parte à custa da transferência progressiva de imigrantes para as zonas urbanas, e em parte pela imigração direta para as cidades) favoreciam a ocorrência de epidemias, mais freqüentemente de febre amarela, pelo ajuntamento de muitos suscetíveis à doença. Foi nos municípios das zonas Central, Mogiana e Paulista,⁷ as principais produtoras de café no início do período republicano, para onde afluíram os maiores contingentes de imigrantes, que se registrou a maioria das epidemias de febre amarela e varíola em território paulista na Primeira República.

A relação entre imigração, avanço da malha ferroviária e progressão da febre amarela, pressentida pelas autoridades sanitárias paulistas logo no início do período republicano, teve uma explicação científica na década seguinte, com a identificação do mecanismo de transmissão da doença através de um mosquito vetor, transportado de um local a outro pelos trens, juntamente com cargas e passageiros. Com a rápida extensão da rede ferroviária, esse meio de transporte passou também a ser muito utilizado na fuga das populações das cidades atingidas pela doença até localidades próximas ainda indenes, favorecendo a propagação da febre amarela em torno dos focos iniciais.

Fatores de outra natureza, como a política de migração dos países de origem, refletiam-se na dinâmica do fluxo migratório para São Paulo, mas tendo na situação sanitária do Brasil uma influência fundamental. As condições sociais brasileiras em geral, e em especial a legislação sobre o trabalho assalariado, também eram consideradas pelos governos dos países europeus na formulação de sua política de migração.

Em 1886, pouco antes do início da migração em massa, o Ministério do Interior da Itália⁸ emitiu uma circular aos prefeitos do país manifestando-se contra o embarque de italianos para o Brasil, especialmente para a província de São Paulo, apontada como das “mais insalubres e inóspitas do Império” (Hutter, 1972, p. 118). Em 1888, a Hospedaria dos Imigrantes chegou a abrigar nove mil pessoas, em decorrência da dificuldade da administração provincial paulista em distribuir com eficiência pelo interior os aportados em Santos. Como consequência dessa grande aglomeração, nessa ocasião verificou-se um surto de febre amarela

⁷ Essa regionalização baseia-se nos limites geográficos naturais e na zona de abrangência das ferrovias então existentes em São Paulo, estando detalhada na clássica obra de Sérgio Milliet (1982).

⁸ A maior parte dos imigrantes que entraram em São Paulo eram italianos, seguidos por portugueses e espanhóis. Na década de 1890, os italianos responderam por 58,5% do total de entradas no estado, situação que se repetiu na década seguinte (Alvim, 1986; Camargo, 1981).

na hospedaria e vários estrangeiros morreram, com repercussões imediatas na Itália (Alvim, 1986).

Tão grande era o temor dos europeus à febre amarela que, algumas vezes, os navios estrangeiros recusaram-se a atracar nos portos de Santos e Rio de Janeiro, os passageiros destinados a São Paulo desembarcando em Buenos Aires e retornando por terra ou navegação de cabotagem ao Brasil. Por sua vez, o governo imperial, com receio de que o grande número de navios que aportavam no país pudesse favorecer a ocorrência de epidemias de febre amarela, determinou, entre 1882 e 1884, que as embarcações atracassem longe do porto, utilizando batelões chatos para o desembarque de passageiros e cargas, para evitar o revolvimento das águas mais profundas, consideradas então como uma das possíveis fontes de propagação da doença (Hutter, 1972).

A preocupação dos governos estrangeiros com os problemas de seus cidadãos no Brasil levou à proibição da migração para o país em alguns períodos. A contrapropaganda dos imigrantes já instalados no país, de onde escreviam a parentes, amigos e autoridades consulares, queixando-se das dificuldades de adaptação e dos problemas sanitários enfrentados, e a dificuldade para o acesso dos navios aos portos brasileiros, quando da ocorrência de epidemias, são apenas algumas facetas da íntima relação entre a situação sanitária de São Paulo e o fluxo de imigrantes, influenciando a formulação das ações sanitárias estaduais nesse período.⁹

As queixas dos imigrantes, apresentadas nos relatos de viajantes e autoridades consulares italianas, começavam com as condições de alojamento na Hospedaria dos Imigrantes e incluíam praticamente todos os aspectos da vida cotidiana, como era próprio a uma situação de intenso choque cultural, com grandes dificuldades de adaptação à nova sociedade. As casas pouco confortáveis das colônias das fazendas; o padrão de alimentação brasileiro, composto por cereais, carne-seca e carne de porco, totalmente distinto da dieta tradicional européia; o clima quente, tido como insalubre, em oposição ao clima mais ameno da Europa; as uniões com brasileiros, miscigenando nacionalidades, religiões e raças, apresentadas como um fator de promiscuidade e degeneração; a longa jornada de trabalho; a falta de escolas e igrejas; e o alto custo e a dificuldade na obtenção da assistência médica são alguns dos problemas apontados com mais frequência (Frescura, 1904; Tedeschi, 1907).

Em 1889, o governo italiano proibiu a imigração para o Brasil, através de um decreto que, mesmo não sendo seguido à risca, provocou uma redução na entrada de italianos no país naquele ano e em 1890. Esse decreto, revogado em 1891, foi uma medida de defesa contra a febre amarela que grassava no Rio de Janeiro

⁹ Algumas doenças epidêmicas de grande mortalidade, como a febre amarela, a varíola, o cólera, a malária, a febre tifóide e outras, monopolizaram as atenções na década de 1890. Outros problemas de saúde, exóticos para o europeu, também eram motivo de grande apreensão, como os acidentes ofídicos e o bicho-de-pé, frequentemente citados.

e em Santos, somada ao temor de que as famílias imigrantes passassem necessidades por falta de emprego (Alvim, 1986). Em 1902, o Ministério dos Negócios Estrangeiros de Roma e o Comissariado Geral da Emigração da Itália voltaram a proibir a emigração subsidiada pelo governo brasileiro, medida que afetou especialmente o estado de São Paulo, o único que ainda mantinha um programa dessa natureza.¹⁰

¹⁰ Esse regulamento, conhecido como Decreto Prinetti, foi precedido por um relatório do delegado do governo italiano, Adolfo Rossi, apresentando um quadro negro da situação do imigrante italiano no estado de São Paulo.

O receio de contaminação por doenças exóticas não era exclusividade dos imigrantes, havendo reciprocidade nos temores por parte dos brasileiros. Desde o início da imigração em massa de europeus para o Brasil, a introdução de doenças epidêmicas pelos estrangeiros se transformou em motivo de preocupação para o governo paulista.

Em 1893, uma epidemia de cólera na capital paulista, com 53 óbitos, foi motivo de pânico. Nesse episódio, a doença foi introduzida por imigrantes italianos, cujos navios haviam feito escalas em Gênova e Marselha, portos então contaminados (São Paulo, 1893). Naquele mesmo ano, o secretário do Interior instalou uma comissão para estudar a construção de uma hospedaria/lazareto dos imigrantes entre Santos e a capital, no sopé da serra do Mar, onde os recém-chegados fossem instalados após o desembarque no porto, com o objetivo de impedir a contaminação da população paulista pelas doenças de que os europeus fossem eventualmente portadores, como a escarlatina, a difteria, a varíola e o cólera, e evitando o contato dos imigrantes com a febre amarela que reinava em Santos.

A intenção inicial da Secretaria de Agricultura e Obras Públicas do Estado de São Paulo era a construção de galpões de madeira, distantes da cidade e isolados de outras construções, de modo a poderem ser facilmente destruídos pelo fogo, em caso de epidemia. Essa hospedaria para quarentena e isolamento dos imigrantes chegou a funcionar em São Bernardo do Campo, mas, em decorrência da precariedade de suas instalações, foi fechada pouco tempo depois (Motta Junior, 1894; Carvalho Junior, 1898).

Assistência à saúde

Nas primeiras décadas do período republicano, o modelo sanitário estadual não incluiu ações de assistência individual à saúde, a não ser episodicamente, como na criação do Serviço de Inscrição das Amas-de-Leite na cidade de São Paulo, cujos objetivos eram muito restritos: atestar o estado de saúde das mulheres que pretendiam se empregar como amas-de-leite; prestar atendimento médico gratuito aos filhos de indigentes; e fornecer medicamentos e conselhos higiênicos gratuitos aos pais (São Paulo, 1906). De um modo geral, o modelo tecno-assistencial campanhista/policial

de organização dos serviços sanitários, predominante nas três primeiras décadas da República, só incluía a intervenção pública no tratamento dos doentes (como, por exemplo, nos hospitais de isolamento), como um instrumento útil ao controle das doenças epidêmicas.

No início do período republicano, a legislação estadual previa apenas o atendimento aos acidentados e indigentes, e exclusivamente na capital, cabendo aos médicos da polícia acudir os feridos e abandonados nas ruas de São Paulo, nas situações de emergência (São Paulo, 1913). A assistência médica e a cura individual não faziam parte do arsenal de práticas sanitárias do modelo campanhista-policia, e as incursões do serviço sanitário estadual nesse campo, como os hospitais de isolamento ou as campanhas para o tratamento em massa do tracoma e da ancilostomose, realizadas a partir de 1905, tiveram sempre a perspectiva da campanha contra a doença e não do tratamento do doente, mesmo quando isso ocorria.¹¹

¹¹ O conjunto de fundamentos tecnológicos subjacentes ao modelo sanitário e suas relações com a organização política oligárquica no estado de São Paulo, nas primeiras décadas da República, são aspectos discutidos com mais detalhes em outro artigo de nossa autoria (Telarolli Jr., 1994).

Tratava-se não de políticas sociais incipientes no campo da saúde, mas do combate às epidemias e endemias através da exclusão ou da cura dos doentes. A oferta de assistência individual à saúde fugia completamente aos padrões de organização social da Primeira República, politicamente excludente e ao mesmo tempo liberal no campo econômico. Havia, ainda, como fator limitante, as barreiras decorrentes do incipiente desenvolvimento tecnológico da medicina terapêutica.

A prestação de assistência individual à saúde pelo Estado, com as características de política social, só se tornou realidade décadas mais tarde, com a criação dos institutos de previdência social. A assistência aos doentes foi um assunto secundário na organização sanitária durante a Primeira República, situação atenuada na década de 1920, mas que só mudou realmente de perfil com o desenvolvimento da medicina previdenciária, na década seguinte.

Apesar do vigor da cafeicultura, na zona rural a situação não era diferente. Um dos grandes temores dos colonos das fazendas de café eram as doenças, que consumiam em médicos e farmácia suas economias ou exigiam recursos de que não dispunham. O preço de uma visita médica na fazenda mais os medicamentos era equivalente a um hectare de terra ou à remuneração do colono pelo cuidado anual de mil pés de café, variando de quarenta mil-réis a sessenta mil-réis no início do século XX. Além do custo elevado, havia poucos médicos no interior do estado, concentrados nos maiores centros urbanos.¹² Em Ribeirão Preto, por exemplo, eram apenas dez médicos para 52 mil habitantes, em 1906. Naquele ano, existiam apenas seis médicos para 55 mil moradores, no município de São Carlos, e quatro profissionais para 34 mil habitantes, em Araraquara (Alvim, 1986).

¹² Para maiores detalhes sobre as condições de saúde da população rural e urbana no interior do estado de São Paulo na Primeira República, bem como informações adicionais sobre a nosologia e a assistência sanitária no período, ver Telarolli Jr. (1995).

A assistência ao parto das mulheres dos colonos também era problemática, pois o custo de uma parteira era igualmente elevado, aproximando-se do trabalho médico (o procedimento custava 25 mil-réis), sendo o mais comum as vizinhas ou o marido auxiliarem no parto. A maioria dos nascimentos nas capitais e cidades do interior do Brasil acontecia com o auxílio de parteiras práticas, sem qualificação formal. Com isso, as complicações tornavam-se fatais, havendo muitas mortes perinatais (Pinheiro e Hall, 1981; Dean, 1977). A atuação das parteiras práticas foi freqüentemente associada, mesmo no período anterior à República, aos elevados coeficientes de mortalidade materna e infantil vigentes, em decorrência da utilização de técnicas pouco ortodoxas e da falta de higiene nos procedimentos.¹³

¹³ Um viajante francês criticou severamente, em 1882, o trabalho das parteiras brasileiras, por utilizarem abusivamente o fórceps, realizando seus procedimentos sem a higiene e a assepsia necessárias. Eram práticas comuns o banho do recém-nascido em cachaça, imediatamente após o parto, e a retirada da placenta do útero com as mãos, favorecendo as infecções puerperais e neonatais (Fort, 1984).

A assistência sanitária individual aos pobres na Primeira República era quase exclusivamente privada, de natureza filantrópica. Em pequeno número após a proclamação, em 1920, os hospitais filantrópicos já estavam presentes em 114 dos 204 municípios do estado (São Paulo, 1924). Nesse período, o funcionamento dos hospitais ainda era pouco regulamentado pelo Estado, em conformidade com o modelo liberal que lançava para o campo individual a assistência à saúde.

No caso dos hospitais, a preocupação maior da legislação era com a proteção do meio urbano contra o foco de insalubridade representado por esses estabelecimentos, ficando em segundo plano a regulamentação dos aspectos relacionados ao conforto e ao tratamento dos doentes. Um exemplo são as especificações do Código Sanitário de 1894, que permaneceram inalteradas em suas linhas gerais durante toda a Primeira República. Os hospitais deviam se localizar sempre afastados dos centros urbanos, construídos sobre terrenos secos, saneados e cercados por vegetação exuberante. Para reduzir o potencial contaminador do hospital, as enfermarias não podiam ser muito numerosas, com no máximo trinta leitos, e os hospitais não podiam ter mais de quinhentos leitos (São Paulo, 1897a; São Paulo, 1895c).

Na ausência de uma política de saúde pública que incluísse entre suas prioridades a oferta de assistência individual à saúde, era freqüente o recurso a outras modalidades assistenciais, algumas delas sem o devido reconhecimento legal. É o caso, por exemplo, dos curandeiros. Negros, italianos e até padres curavam doenças com benzimentos, usando rezas e bênçãos para facilitar os partos, ajudar a nascer dentes nas crianças e favorecer as atividades agrícolas, entre outras atividades.

A assistência médica foi uma reivindicação dos colonos estrangeiros desde os primeiros tempos da imigração para a cafeicultura. Em muitos contratos de trabalho constavam cláusulas prevendo o atendimento médico periódico, mediante o pagamento

de taxas mensais fixas. Apesar disso, era freqüente que, quando se fizesse necessária, a consulta médica ainda tivesse que ser paga novamente (Rossi, 1902).

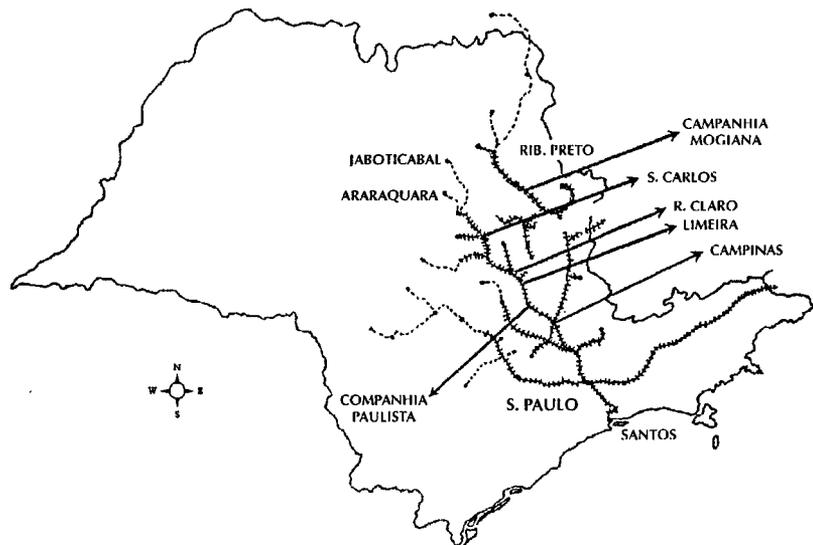
Num momento em que o modelo político oligárquico não incluía políticas sociais que garantissem à população benefícios como escola pública e assistência à saúde, o Patronato Agrícola, criado em 1911 por lei estadual, foi uma primeira iniciativa pública no estado de São Paulo para prover essas necessidades do trabalhador rural. O objetivo geral do patronato era a “defesa dos direitos e interesses dos operários agrícolas” (artigo 1º), mais especificamente o fomento à criação de cooperativas para assistência médica, farmacêutica e ensino primário, subsidiadas com recursos do Estado (São Paulo, 1912, pp. 73-7). Se seus objetivos eram amplos, acabaram tendo um impacto reduzido entre as centenas de milhares de colonos, já que as atividades do Patronato Agrícola acabaram limitadas a um universo restrito de propriedades rurais.

Ferrovias e epidemias

O processo de imigração em massa que acompanhou o avanço da cafeicultura no interior do estado só se tornou possível com o desenvolvimento da rede ferroviária, já bem estruturada na década de 1890. Essa inovação tecnológica foi fundamental à expansão da economia cafeeira, facilitando a comunicação das regiões produtoras com a capital do estado e o porto de Santos, reduzindo os custos da exportação da produção e favorecendo o acesso dos imigrantes às propriedades agrícolas. Os sucessivos episódios em que o avanço da linha férrea foi seguido da ocorrência de epidemias, em especial de febre amarela, não passaram despercebidos às autoridades sanitárias estaduais, que tiveram na intervenção no transporte ferroviário um dos pilares de sua atuação.

A rapidez nos transportes favoreceu a disseminação das epidemias na década de 1890 através da zona cafeeira, levando doentes e vetores a locais ainda não contaminados. Primeiro vinha o café, seguido pelos trilhos da ferrovia, sucedida pela febre amarela, roteiro que se repetiu à exaustão, indicando para as autoridades sanitárias a existência de uma íntima relação entre o transporte ferroviário e a situação sanitária. Na região de abrangência dos trilhos da Companhia Paulista, a febre amarela foi avançando rumo ao sudoeste. A partir de Campinas, onde a febre amarela chegara em 1889, as epidemias atingiram sucessivamente as cidades na rota da ferrovia: primeiro, foram Limeira e Rio Claro, e, em 1895, foi a vez de São Carlos e Araraquara. Jaboticabal, último município atingido pela ferrovia naquela região, foi afetada pela doença apenas em 1896 (Figura 1).

FIGURA 1
Roteiro da febre amarela: 1889-96



Fonte: Adaptado de Ribeiro, 1993.

Como conseqüência, durante as epidemias foram adotadas várias medidas profiláticas relacionadas a esse meio de transporte, como a instalação de estufas nas estações ferroviárias para a desinfecção de roupas e bagagens dos passageiros e pulverizadores para os objetos que não podiam ser submetidos àquele processo. Nos períodos de epidemia, também foi freqüente o isolamento e a vigilância dos passageiros procedentes de locais onde grassava a doença.

A reforma de 1896 da legislação sanitária estadual incluiu alguns dispositivos cujo objetivo era prevenir a propagação da febre amarela através das ferrovias. Foi prevista a implantação de três novos desinfetórios, em Santos, Campinas e Rio Claro, cidades-chave para a disseminação da doença através do estado. Santos era o porto de entrada dos imigrantes, e as demais cidades eram entroncamentos ferroviários importantes, próximos às principais regiões produtoras. Previu-se também a instalação de um posto quarentenário entre Santos e a capital e outro junto à Estrada Central do Brasil, nos limites de São Paulo com o Rio de Janeiro, para observação e desinfecção dos imigrantes e suas bagagens (São Paulo, 1897b).

Em 1897, o engenheiro Theodoro Sampaio, funcionário do serviço sanitário estadual, de posse de observações detalhadas dos acontecimentos, estabeleceu definitivamente o elo que vin-

culava os imigrantes, as ferrovias e a febre amarela: o café. As fazendas eram formadas, alguns anos depois chegavam em grande número os trabalhadores estrangeiros, mais algum tempo e a região era alcançada quase simultaneamente pelos ramais ou prolongamentos das linhas férreas já existentes, e pela febre amarela (Sampaio, 1897).

Em situações de grandes epidemias, o serviço sanitário estadual recorreu à interrupção da comunicação ferroviária entre dois trechos, proibindo baldeações de passageiros e de cargas. Em novembro de 1895, logo no início de uma das maiores epidemias que assolou a zona cafeeira, mal surgiram os primeiros casos de febre amarela na região de Araraquara e o Diretor do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, dr. Silva Pinto, montou um esquema preventivo contra a explosão da doença em Jaboticabal e demais cidades vizinhas.¹⁴ De saída, o dr. Silva Pinto solicitou à Secretaria do Interior que obtivesse junto à Companhia Paulista, ferrovia que atendia a região, a desinfecção das bagagens embarcadas na estação de Araraquara, além da apresentação da relação dos passageiros procedentes de Araraquara às autoridades municipais de Jaboticabal, então a última estação naquela linha, para prevenir a entrada de casos de febre amarela (São Paulo, 1895a).

Decorrido um mês, com a piora da situação sanitária em Araraquara, a Diretoria do Serviço Sanitário partiu para medidas mais enérgicas envolvendo o transporte ferroviário. Foi solicitado à Companhia Paulista que reservasse um vagão exclusivo para os passageiros que embarcavam em Araraquara, que seria mantido fechado durante toda a viagem, para evitar contato entre aqueles indivíduos potencialmente contaminados pela febre amarela e os passageiros dos demais vagões da composição, procedentes de outras estações até então livres da doença. As ordens eram expressas, e determinavam que o vagão para os que subiam em Araraquara permanecesse lacrado, só sendo aberto para desembarcar aos que chegavam à sua estação de destino (São Paulo, 1895b). Em 1896, com a progressão da febre amarela pela zona cafeeira, algumas dessas medidas tornaram-se freqüentes, sendo adotadas, em outras regiões, vãs tentativas de evitar a propagação da mortal doença.

A febre amarela, mantidas suas características gerais de distribuição epidemiológica, atingiu em algum grau todos os setores sociais nas localidades afetadas. Os funcionários das ferrovias não constituíram exceção, havendo o temor, em alguns momentos, de que o grande número de mortes entre o pessoal da Companhia Paulista¹⁵ colocasse em risco o funcionamento da empresa. Na epidemia de Campinas, em 1889, registrou-se a morte de noventa ferroviários, levando a direção da Paulista, apesar da inexistência

¹⁴ Na virada do século XX, apesar da cafeeira já ter se expandido mais a oeste, em manchas em meio à mata, Jaboticabal era a última localidade significativamente povoada na região de abrangência da Companhia Paulista de Estradas de Ferro.

¹⁵ A Companhia Paulista foi a pioneira em território paulista, tendo sido constituída em 1868, passando a operar seu primeiro trecho quatro anos depois, entre Jundiá e Campinas (Saes, 1981; Matos, 1974).

de benefícios previdenciários para essa categoria naquele momento, a cogitar um auxílio para as viúvas de empregados que houvessem morrido de febre amarela em seu posto de trabalho, “sob a forma de esmola”, para animar o pessoal no caso de um novo surto da “terrível febre de Campinas” (Segnini, 1982). Em Limeira, a direção da Companhia Paulista também recorreu a benefícios pecuniários, na tentativa de reduzir a debandada de seus funcionários durante a epidemia de 1896, aumentando o salário dos empregados naquela estação enquanto houvesse casos de febre amarela (Limeira, 1896).

Durante a epidemia de cólera que atingiu a parte paulista do vale do Paraíba no final de 1894, o governo central tomou a iniciativa de interromper o tráfego ferroviário entre os estados de São Paulo e Rio de Janeiro, para evitar a propagação da doença à Capital Federal. A interrupção do tráfego ferroviário permaneceu até o início do ano seguinte, dando ensejo a repetidas críticas dos paulistas, que tinham seus negócios no comércio e na indústria prejudicados. Sem sucesso, o governo estadual tentou o restabelecimento precoce do trânsito entre as duas capitais, minimizando a força da epidemia, através de matérias publicadas diariamente no *Correio Paulistano*, o órgão oficial do Partido Republicano Paulista (PRP).¹⁶

Mesmo com a posterior normalização do trânsito, durante algum tempo ainda permaneceram alguns cuidados especiais, para desgosto do governo paulista. Não se podia sair do estado de São Paulo sem um passaporte sanitário e permaneceu proibido o comércio através da ferrovia de gêneros que eram então relacionados à transmissão do cólera, como carne, leite, toucinho e queijo. E os passageiros que tomavam a composição rumo ao Rio de Janeiro, nas estações atingidas pela epidemia, como Guaratinguetá, Cachoeira, Cruzeiro e Queluz, no vale do Paraíba, tinham que ser descontaminados juntamente com sua bagagem, antes de subir no trem (Epidemia, 1895).

Numa prática muito freqüente nos primeiros tempos de República — a utilização com fins políticos de pequenos episódios envolvendo questões de saúde pública —, *O Commercio de São Paulo*, jornal que dava voz a grupos monarquistas e setores dissidentes do PRP, utilizou a interrupção do tráfego ferroviário como pretexto para mais uma de suas ácidas críticas à atuação da administração municipal de São Paulo.¹⁷ Na questão da interrupção do tráfego ferroviário pelo governo federal, o jornal esteve contra a corrente, contrapondo o “louvável rigor” do governo federal na defesa da população contra o cólera à incúria da intendência municipal. Para *O Commercio de São Paulo*, a administração municipal de São Paulo vinha se descuidando de medidas então fundamentais dentro do arsenal tecnológico disponível contra as

¹⁶ Em sucessivas notas publicadas em dezembro de 1894, o *Correio Paulistano* apresentava a epidemia de cólera como de pequena intensidade: “Felizmente, desta feita foi maior o pavor que o mal causado, e a população pode-se considerar quase que unicamente com o susto” (Estado sanitário, 1894).

¹⁷ A caracterização dos principais órgãos de imprensa no espectro político no início do período republicano encontra-se em Sodré (1966) e Telarolli Jr. (1989). A participação desses órgãos de imprensa nas questões de saúde, em especial os três então mais importantes (*Correio Paulistano*, *O Commercio de São Paulo* e *O Estado de São Paulo*) encontra-se em artigo inédito de Telarolli Jr. (no prelo).

doenças epidêmicas, como a fiscalização dos serviços de limpeza pública e a inspeção dos estabelecimentos coletivos, como cortiços, quartéis, restaurantes, colégios, hotéis e casas de pensão (Epidemia, 1894).

Conclusão

A sucessão de epidemias de febre amarela na década de 1890 já sugeria, naquele momento, ao menos da parte das autoridades sanitárias, uma relação inequívoca entre fluxo migratório, cafeicultura e expansão ferroviária, suspeita que se confirmou após a descoberta dos mecanismos de transmissão da doença no início do século XX.

As transferências de imigrantes para os núcleos urbanos regionais, depois de algum tempo de trabalho nas fazendas, ou sua transferência de uma propriedade para outra, tornaram-se progressivamente mais comuns, implicando mudanças na epidemiologia das doenças transmissíveis no estado, favorecendo o deslocamento de vetores e doentes através do espaço geográfico e alterando a proporção de indivíduos suscetíveis às doenças epidêmicas numa região ou município.

A complexa dinâmica populacional dos primeiros anos do período republicano, moldada em grande parte pelo processo migratório, continuou desempenhando um papel fundamental na determinação do perfil epidemiológico e na definição do modelo sanitário durante toda a Primeira República. Sua marca esteve presente nos vários momentos de crise sanitária que sucederam a febre amarela da década de 1890, das epidemias de peste, na virada do século XX, à epidemia de gripe espanhola, em 1918-19.

TELAROLLI Jr., Rodolpho: 'Imigração e epidemias no estado de São Paulo'. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, III (2):265-283 jul.-out. 1996.

Esse artigo tem por objetivo apresentar e discutir aspectos de interesse sanitário no processo de imigração estrangeira para o estado de São Paulo, na primeira década após a proclamação da República. Objetiva também apresentar as relações da imigração com a formação dos serviços sanitários estaduais e com a elaboração do modelo tecno-assistencial por eles adotado a partir da década de 1890. Num momento em que a febre amarela era a mais freqüente e letal das epidemias que afetavam o estado, matando principalmente os estrangeiros, a defesa do fluxo migratório foi um dos fios condutores das ações em saúde pública. A combinação entre os interesses da cafeicultura, a expansão ferroviária, imigração e febre amarela definiu os rumos da ação sanitária promovida pelas oligarquias no poder nesse período em São Paulo. A organização autoritária do Estado brasileiro não dava espaço à implantação de ações individuais de assistência à saúde. Sempre reivindicada pela população urbana e rural, somente com o desenvolvimento da medicina previdenciária no país, na década de 1930, difundiram-se as ações de assistência individual à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: história da saúde pública, imigração, febre amarela, epidemiologia, história da ciência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvim, Zuleika
1986 *Brava gente! Os italianos em São Paulo: 1870-1920.* 2ª ed., São Paulo, Brasiliense.
- Antunes, José
Leopoldo Ferreira
et al. (org.)
1992 *Instituto Adolfo Lutz: 100 anos do Laboratório de Saúde Pública.* São Paulo, Letras & Letras/Instituto Adolfo Lutz.
- Benchimol,
Jaime Larry e
Teixeira, Luiz Antonio
1993 *Cobras, lagartos & outros bichos: uma história comparada dos institutos Oswaldo Cruz e Butantan.* Rio de Janeiro, Editora UFRJ/Fiocruz.
- Braga, José Carlos de
Souza e Paula,
Sergio Goes de
1981 *Saúde e previdência: estudos de política social.* São Paulo, Hucitec.
- Camargo, José
Francisco de
1981 *Crescimento da população no estado de São Paulo e seus aspectos econômicos.* São Paulo, Fipe 3.
- Carone, Edgard
1971 *A República Velha (evolução política).* São Paulo, Difel.
- Carone, Edgard
1970 *A República Velha (instituições e classes sociais).* São Paulo, Difel.
- Carvalho Junior,
Theodoro Dias
1898 *Relatório da Secretaria da Agricultura, Commercio e Obras Publicas apresentado ao presidente do estado pelo dr. Theodoro Dias de Carvalho Junior — 1895.* São Paulo, Typ. Espindola, Siqueira e Comp.
- Carvalho, Bulhões
1903 *Contribuição para o estudo epidemiológico da febre amarela pelo dr. Bulhões Carvalho.* Rio de Janeiro, Imprensa Nacional.
- Casalecchi, José Ênio
1987 *O Partido Republicano Paulista: política e poder (1889-1926).* São Paulo, Brasiliense.
- Costa, Nilson
do Rosario
1985 *Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil.* Rio de Janeiro, Vozes.
- Dean, Warren
1977 *Rio Claro: um sistema brasileiro de grande lavoura — 1820-1920.* Rio de Janeiro, Paz e Terra.
- Fort, J. A. A.
1984 'Parteiras'. Em M. M. Leite (org.), *A condição feminina no Rio de Janeiro, século XIX: antologia de textos de viajantes estrangeiros.* São Paulo, Hucitec, pp. 125-6.
- Franco, Odair
1976 *História da febre amarela no Brasil.* Rio de Janeiro, Ministério da Saúde/Sucam.
- Frescura, Bernardino
1904 *Guida dello Stato di San Paolo nel Brasile.* Piacenza, G. Favari.
- Garcia, Juan Cesar
1981 'Historia de las Instituciones de Investigación en Salud em América Latina, 1880-1930'. *Educ. Med. Salud*, 15:1, pp. 71-90.
- Gonçalves, Ricardo
Bruno Mendes
1986 *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo.* Tese de doutoramento, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo. (mimeo.)
- Holloway, Thomas H.
1984 *Imigrantes para o café: café e sociedade em São Paulo, 1886-1934.* Rio de Janeiro, Paz e Terra.

- Hutter, Lucy Maffei
1972 *Imigração italiana em São Paulo (1880-89): os primeiros contatos do imigrante com o Brasil.* São Paulo, Instituto de Estudos Brasileiros/USP.
- Lima, Nísia Verônica T. e Carvalho, Maria Alice R.
1992 'O argumento histórico nas análises de saúde coletiva'. Em *Saúde: coletiva? Questionando a onipotência do social.* Rio de Janeiro, Relume-Dumará, pp. 117-42.
- Luz, Madel
1986 *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia.* 3ª ed., Rio de Janeiro, Graal.
- Luz, Madel
1982 *Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930).* Rio de Janeiro, Graal.
- Machado, Roberto et al.
1978 *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil.* Rio de Janeiro, Graal.
- Marcílio, Maria Luiza
1986 'A população do Brasil em perspectiva histórica'. Em Iraci Nero Costa (org.), *Brasil: história econômica e demográfica.* São Paulo, IPE/USP, pp. 11-27.
- Mascarenhas, Rodolfo dos Santos
1949 *Contribuição para o estudo da administração sanitária estadual em São Paulo.* Tese de livre-docência, Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo. (mimeo.)
- Matos, Odilon Nogueira
1974 *Cafê e ferrovias: a evolução ferroviária de São Paulo e o desenvolvimento da cultura cafeeira.* 2ª ed., São Paulo, Alfa-Ômega.
- Merhy, Emerson Elias
1990 *São Paulo de 1920 a 1948: a saúde pública como política: os movimentos sanitários, os modelos tecno-assistenciais e a formação das políticas governamentais.* Tese de doutoramento, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas. (mimeo.)
- Merhy, Emerson Elias
1985 *Capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no estado de São Paulo.* Campinas, Papirus.
- Milliet, Sérgio
1982 *Roteiro do café e outros ensaios: contribuição para o estudo da história econômica e social do Brasil.* 4ª ed., São Paulo, Hucitec.
- Motta Junior, Cesario
1894 *Relatório apresentado ao presidente do estado de São Paulo pelo dr. Cesario Motta Junior, secretário d'Estado dos Negócios do Interior em 28 de março de 1894.* São Paulo, Typ. Vanorden.
- Pinheiro, Paulo Sérgio e Hall, Michael M.
1981 *A classe operária no Brasil — 1889-1930: condições de vida e de trabalho, relações com os empresários e o Estado.* São Paulo/Campinas, Brasiliense, vol. 2.
- Ribeiro, Maria Alice Rosa
1991 *História sem fim... um inventário da saúde pública — São Paulo, 1880-1930.* Tese de doutoramento, Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas, Campinas. (mimeo.)
- Rossi, A.
1902 'Condizioni dei Coloni Italiani nello Stato di San Paolo'. *Bollettino dell'Emigrazione*, Roma, 7:3-57.
- Saes, Flavio Azevedo Marques de
1981 *As ferrovias de São Paulo — 1870-1940.* São Paulo, Hucitec.
- Sampaio, Theodoro
1897 *Relatório do dr. Theodoro Sampaio, engenheiro sanitário, ao secretário dos Negócios do Interior.* Em *Relatório apresentado ao presidente do estado de S. Paulo em 15 de março de 1897 pelo secretário de Estado dos Negócios do Interior Antonio Dino da Costa Bueno* (Estado de São Paulo, relatório), anexo I, São Paulo, Diário Oficial [do Estado de São Paulo].

- Santos, Luiz Antonio de Castro
1987 *Power ideology and public health, 1889-1930.* Cambridge, Harvard University. (mimeo.)
- Santos Filho, Lyrurgo de Castro
1947 *História da medicina no Brasil (do século XVI ao século XIX).* São Paulo, Brasiliense, 2 vols.
- Segninin, Liliana
R. Petrilli
1982 *Ferrovia e ferroviários.* São Paulo, Cortez.
- Silva, Sérgio
1981 *Expansão cafeeira e origens da indústria no Brasil.* 5ª ed., São Paulo, Alfa-Ômega.
- Sodré, Nelson
Werneck
1966 *História da imprensa no Brasil.* Rio de Janeiro, Civilização Brasileira.
- Studart, Guilherme
1895 *Pathologia historica brasileira: documentos para a história da pestilencia da bicha ou males.* Fortaleza, Typ. Studart.
- Tedeschi, U.
1907 'Le Condizioni Sanitarie degli Emigranti Italiani nello Stato di San Paolo'. *Bollettino dell'Emigrazione*, Roma, 2:107-9.
- Teixeira, Luiz Antonio
1995 *Ciência e saúde na terra dos bandeirantes: a trajetória do Instituto Pasteur de São Paulo no período de 1903-16.* Rio de Janeiro, Fiocruz.
- Telarolli Jr., Rodolpho
[no prelo] 'Imprensa e saúde pública no estado de São Paulo no século XIX'. *História*, São Paulo.
- Telarolli Jr., Rodolpho
1995 *Condições sanitárias e assistência à saúde entre os colonos do café no São Paulo republicano.* São Paulo, IPE/FEA/USP, 23 p. (monografia).
- Telarolli Jr., Rodolpho
1994 'Fundamentos tecnológicos das ações sanitárias no estado de São Paulo na Primeira República'. Em *Anais do IX Encontro Nacional de Estudos Populacionais.* Belo Horizonte, Associação Brasileira de Estudos de População, vol. 3, pp. 45-58.
- Telarolli Jr., Rodolpho
1993 *Poder e saúde: a República, a febre amarela e a formação dos serviços sanitários no estado de São Paulo.* Tese de doutoramento, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2 vols. (mimeo.)
- Telarolli, Jr., Rodolpho
1989 'Imprensa e vida política em São Paulo, na última década do século XIX'. *História*, nº especial, pp. 93-104.
- Outras fontes*
- 1924 *Anuario demographico — 1920.* São Paulo, Diário Oficial [do Estado de São Paulo] (Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária), 2 vols.
- 1913 'Lei nº 240, de 4 de setembro de 1893. Reorganiza o serviço sanitário do estado de São Paulo'. Em *Collecção das leis e decretos do estado de São Paulo de 1893.* São Paulo, Diário Oficial [do Estado de São Paulo], pp. 160-78.
- 1912 'Lei nº 1299-A, de 27 de dezembro de 1911. Cria o Patronato Agrícola'. Em *Collecção das leis e decretos do estado de São Paulo de 1911.* São Paulo, Diário Oficial [do Estado de São Paulo], pp. 73-7.
- 1906 'Decreto nº 1294, de 19 de julho de 1905. Aprova e manda observar o regulamento para o serviço de inscrição das amas-de-leite na capital'. Em *Collecção das leis e decretos do estado de São Paulo de 1905.* São Paulo, Diário Oficial [do Estado de São Paulo], pp. 101-3.

- 1897a 'Decreto nº 87, de 29 de julho de 1892. Regulamenta a lei nº 43 de 18 de julho do corrente ano, que organiza o serviço sanitário do estado'. Em *Collecção das leis e decretos do estado de São Paulo de 1892*. São Paulo, Diário Oficial [do Estado de São Paulo], pp. 185-205.
- 1897b 'Lei nº 432, de 3 de agosto de 1896. Sobre o Serviço Sanitário do Estado'. Em *Collecção das leis e decretos do estado de São Paulo de 1896*. São Paulo, Diário Oficial [do Estado de São Paulo], pp. 38-57.
- 12.1.1896 'Limeira'. *O Estado de São Paulo*, p. 1.
- 1895a *Ofício da Directoria do Serviço Sanitário, de 7 de novembro de 1895, ao secretário dos Negócios do Interior e anexos*. São Paulo, manuscrito.
- 1895b *Ofício da Directoria do Serviço Sanitário nº 1723, de 9 de dezembro de 1895, ao secretário dos Negócios do Interior*. São Paulo, manuscrito.
- 1895c 'Decreto nº 233, de 2 de março de 1894. Estabelece o Código Sanitário'. Em *Collecção das leis e decretos do estado de São Paulo de 1894*. São Paulo, Diário Oficial [do Estado de São Paulo], pp. 9-43.
- 2.1.1895 'Epidemia'. *O Estado de São Paulo*, p. 1.
- 23.12.1894 'Estado sanitário'. *Correio Paulistano*, p. 1.
- 28.11.1894 'Epidemia'. *O Commercio de São Paulo*, p. 1.
- dez. 1893 *Relatório do diretor da Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária ao diretor do Serviço Sanitário de São Paulo — 1893*. São Paulo, manuscrito.

Recebido para publicação em junho de 1996.