
DOSIER: SALUD E INTEGRACIÓN EN BRASIL: APROPIARSE DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA EXISTIR (FINAL DEL SIGLO XIX – AÑOS 1960) / DOSSIER: HEALTH AND INTEGRATION IN BRAZIL: EXISTING THROUGH THE APPROPRIATION OF PUBLIC POLICIES (LATE 19TH CENTURY – 1960S)

ESTADO, NATURALEZA: INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICA Y ATENCIÓN MÉDICA EN SÃO PAULO ENTRE LOS SIGLOS XIX Y XX

Márcia Regina Barros da Silva

Departamento de História-FFLCH-USP

E-mail: marciabarrossilva@usp.br

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-5849-6385>

Recibido: 23 septiembre 2021; Aceptado: 16 febrero 2023; Publicado: 11 diciembre 2023

Cómo citar este artículo / Citation: Silva, Márcia Regina Barros da (2023), "Estado, naturaleza: instituciones de salud pública y atención médica en São Paulo entre los siglos XIX y XX", *Asclepio*, 75 (2): e26. DOI: <https://doi.org/10.3989/asclepio.2023.26>

RESUMEN: El artículo tiene como objetivo discutir la noción de naturaleza y salud pública durante la transición del Imperio a la República, específicamente en São Paulo, en la región sureste de Brasil. La calidad de la naturaleza de São Paulo fue repetidamente destacada, incluso después de la llegada de las grandes epidemias de fiebre amarilla y cólera a partir de 1850. Los principales cambios que tuvieron lugar en ese período fueron el aumento de la densidad democrática, la sustitución del trabajo esclavizado por trabajadores blancos y el cambio de régimen político. El objetivo aquí es discutir de manera panorámica el lugar de asistencia brindado por las Santas Casas de Misericordia en el cambio del siglo XIX al XX, en un período en que la atención a la salud todavía era la principal preocupación del gobierno. Veremos que, con la creación de los servicios sanitarios en el período republicano, las nociones de benignidad del clima y de las tierras de São Paulo se transformaron en la apreciación del avance sanitario y la calidad del marco civilizador de São Paulo.

Palabras clave: Naturaleza; Santas Casas; Modernidad; São Paulo; Saneamiento.

STATE, NATURE: PUBLIC HEALTH AND MEDICAL CARE INSTITUTIONS IN SÃO PAULO BETWEEN THE 19TH AND 20TH CENTURIES

ABSTRACT: The article aims to discuss the notion of nature and public health during the transition from Empire to Republic, specifically in São Paulo, in the southeastern region of Brazil. The quality of nature in São Paulo was repeatedly highlighted, even after the arrival of the great epidemics of yellow fever and cholera from 1850 onwards. The main changes that took place in that period were the increase in democratic density, the replacement of slave labour by white workers and the change of political regime. The aim here is to discuss in a panoramic way the place of assistance provided by the Santas Casas de Misericordia at the turn of the nineteenth to the twentieth century, in a period when health care was still the main concern of the government. We will see that, with the creation of health services in the republican period, notions of the benignity of the climate and lands of São Paulo were transformed in the appreciation of the sanitary progress and the quality of the civilising framework of São Paulo.

Keywords: Nature; Santas Casas; Modernity; São Paulo; Sanitation.

Copyright: © CSIC, 2023. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia de uso y distribución Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

INTRODUCCIÓN

La historiografía brasileña ha discutido cómo, a partir de mediados del siglo XIX, se expandieron las formas de organización de la atención médica en Brasil, especialmente en las regiones productoras de la economía brasileña, como la provincia, luego el estado de São Paulo. Uno de los aspectos de interés a ser desarrollado en este artículo es la relación entre el crecimiento de la atención hospitalaria y los cambios en la salud en el espacio urbano de São Paulo. Durante este período, la población aumentó en las ciudades más importantes, las formas de trabajo y el régimen político también cambiaron. Se sabe que, en Brasil, entre finales del siglo XIX y el primer tercio del siglo XX, la gestión de la salud de las ciudades no incluía la gestión de la atención individual a la salud de sus poblaciones. El objetivo aquí es discutir el lugar de la asistencia brindada por las Santas Casas de Misericordia en concomitancia con los cambios en el perfil de salud de la región, en un período en que la atención a la salud era todavía la principal preocupación del gobierno.

Para introducir una discusión sobre el significado de los males que afectaron a las poblaciones en los primeros tiempos de la historia de Brasil, se puede preguntar por las relaciones establecidas entre el medio ambiente natural y la cuestión de la salud. Este es un punto de gran relevancia en la historia de la colonización brasileña y en la comprensión de los procesos de salud y enfermedad que tuvieron repercusiones en el país en diferentes momentos. Desde el inicio de la colonización, la naturaleza ha sido objeto de atención, especialmente desde la Ilustración luso-brasileña (Dias, 1968), más aún desde la historiografía que analiza este movimiento (Kury, 2001, 2004; Figuerôa, Silva y Patata, 2004; Pádua, 2002).

Hasta mediados del siglo XVIII, el sueño paradisíaco y la mitificación en torno a temas ambientales sirvieron para identificar el territorio brasileño como un mundo sin mal, alejado de las enfermedades y de los problemas que desencadenaban, tal como lo analiza Sérgio Buarque de Holanda (1994). Incluso teniendo en cuenta factores considerados peligrosos, como la posición geográfica, el clima “y la abundante presencia de otros elementos que el saber médico considera causantes de las más graves enfermedades epidémicas” como la existencia de zonas pantanosas, la humedad y el calor omnipresentes (Chalhoub, 1996, p. 60), el país permaneció inmune a las epidemias de cólera y peste que asolaron Europa. Así quedó la descripción de los procesos de salud y enfermedad hasta por lo menos la década de 1850, cuando se atestiguaron grandes brotes epidémicos de fiebre amarilla en las provincias de Bahía, Pernambuco,

Pará, Alagoas, Rio Grande do Sul y, especialmente, Rio de Janeiro (Chalhoub, 1996, p. 60).

En São Paulo, aunque atacada por la viruela de forma insistente desde el inicio de su ocupación territorial (Bertolli Filho, 2008; Teixeira, 2003), la calidad de la naturaleza fue asociada varias veces por las administraciones locales con la salud y la ausencia de enfermedades. Al seguir el conjunto de informes y mensajes de presidentes y secretarios de la provincia de São Paulo, se ve que la calidad del paisaje y el clima fueron repetidamente señalados como explicación para la ausencia de enfermedades epidémicas. A partir de la economía de subsistencia inicial, a mediados del siglo XIX, la región pasó a representar el espacio de la gran “economía agrícola de exportación basada en el trabajo esclavo y vinculada al mercado mundial” (Luna & Klein, 2005, p. 16). A partir de 1850, el café se convirtió en la principal fuente y crecimiento económico, y poco después, a partir de 1880, la ciudad se convirtió en el destino de grandes oleadas de inmigrantes europeos para reemplazar la mano de obra esclava local, con miras a la prohibición del tráfico en 1850 y el fin de la esclavitud en 1888.

IDEAS DE BENIGNIDAD DE LA NATURALEZA DE SÃO PAULO

En el período antes mencionado, la naturaleza benigna de São Paulo se destacó varias veces. Por ejemplo, en la Memoria Provincial de 1861, presentada por el presidente de la Provincia João Jacintho de Mendonça:

Conocida en todo el Imperio por la suavidad de su clima, especialmente en las altas montañas, la Provincia de S. Paulo debe agradecer a la Providencia no haber perdido, a causa de una enfermedad epidémica, que tantos estragos ha causado en otras Provincias, la fama de que disfruta, y que se ha visto poco afectado incluso en los pueblos de su costa. Ni el frío ni el calor se sienten aquí hasta el punto de requerir causas de enfermedad solo por esa razón (São Paulo, 1862, p. 31).

En el mismo informe, Mendonça discutió las enfermedades prevalentes que afectaban las ciudades de São Paulo, relacionándolas con las estaciones del año y las miasmas. Al afirmar la recurrencia de las enfermedades comunes, también indicó la ausencia de enfermedades epidémicas en la provincia. La descripción de las enfermedades prevalentes apareció como daños esperados en el contexto de fenómenos meteorológicos frecuentes en cada estación del año, que para él indicaban enfermedades recurrentes que no comprometían la salubridad de São Paulo, celebrada por el administrador:

Nota, es verdad, aun esto no podía dejar de suceder, las enfermedades propias de las estaciones: así, en tiempo frío, predominarán los reumatismos, con el tren de lesiones que mayor afinidad tienen con él, y las enfermedades de los Órganos, órganos respiratorios. En la estación calurosa, que coincide con la estación de las lluvias, son más frecuentes el tífus, las lesiones de las vísceras abdominales y otras enfermedades de carácter inflamatorio, más o menos originadas por las emanaciones palustres. Las observaciones han demostrado que los derrames en las cavidades torácica y abdominal no son infrecuentes y se deben naturalmente a las enfermedades a las que me he estado refiriendo. Todo esto, sin embargo, no disminuye sensiblemente la salubridad en este aspecto, no diré de la Capital, pero sí de toda la Provincia. Durante el último año no hemos tenido nada que lamentar en este sentido (São Paulo, 1862, pp. 31-32).

A pesar de reconocer la existencia de diferentes enfermedades entre la población, no hubo voluntad por parte del administrador de organizar los servicios asistenciales o la acción sanitaria, ya que para él todas las dolencias descritas eran esperables en el curso de la vida, y por tanto, la responsabilidad de cada individuo. Algo que también fue entendido por la población durante mucho tiempo, como en el caso de las primeras acciones contra la viruela, según Bertolli (2008, p. 89): “Las órdenes oficiales no siempre eran bien recibidas por la población, que, como una regla, prefirió entender las enfermedades, los enfermos y el cuidado de los enfermos como asuntos propios del ámbito privado, desplazados de la causa y del interés público”.

No hubo aproximación entre enfermedad y pobreza en el informe de la autoridad, y la responsabilidad de las autoridades fue solo para los casos de enfermedades epidémicas, explicadas en general por cambios climáticos y ambientales. La viruela, que constituía la rara excepción a esa condición benigna, llevó al administrador a hacer una sola observación: para él, el problema de la viruela se explicaba por la insuficiente adherencia de la población a la práctica de la vacunación, como puede verse en el pasaje debajo:

Son proverbiales los prejuicios y prejuicios que los habitantes de la Provincia tienen en general contra la viruela. Pero lo que llama la atención es que ese miedo, que en el momento de la crisis llega a la mayor exageración, no alcanza para que la población comprenda la necesidad de buscar el preservativo que la ciencia reconoce. No como infalible, porque no hay nada en este mundo que merezca tal calificación, sino como el más efectivo, y por lo tanto más generalmente adoptado en todos los países civilizados (São Paulo, 1862, p. 32).

En 1838 el entonces presidente de la Provincia Bernardo José Pinto Gavião Peixoto promulgó una ley, el n. 21¹ del 5 de marzo de ese año, indicando el nombramiento obligatorio de un “profesor o experto para la pronta propagación de la vacuna”. El contratista debe trabajar de forma gratuita o con la propina más reducida. La misma ley señalaba las sanciones para quienes no se presentarán a la vacunación y revacunación, a cargo de los diferentes ayuntamientos.

Paralelamente, el 3 de agosto de 1838, se crea en la capital paulista la Dirección Provincial de Vacunas, con nombramientos de vacunadores en los municipios del interior y distribución de algunos recursos por parte del gobierno provincial para la realización de la vacunación. En 1839 se iniciaron las publicaciones de los mapas de vacunación en los informes provinciales. Ese año, el total de vacunados en toda la provincia fue de 1.313 personas, entre la capital y algunos distritos, como São Roque, São Vicente, Capivari, Guaratuba y Areias. En el año siguiente, 1840, se vacunaron 2.435 personas, ahora en más de treinta y nueve localidades.

A lo largo del período, los administradores provinciales continuaron demostrando la misma comprensión de la naturaleza benigna de São Paulo, haciendo una clara distinción entre las enfermedades y el medio ambiente natural, aludiendo a los casos de excepcionalidad cuando se refieren a dolencias físicas. En 1870, el nuevo presidente de la provincia, Antonio Candido da Rocha, creó los cargos de Inspector de Salud Pública de la Provincia, Inspector de Salud del Puerto de Santos y Comisario Provincial de Vacunas, destacando la urgencia para la designación de los nominados, pero aun acreditando cualidades al clima de la provincia de São Paulo:

El estado sanitario de la Provincia es lo más halagador posible, y justifica cada vez más la excelencia de su clima salubre y templado como generalmente se reconoce. La misma viruela, que en otro tiempo aterrorizaba a diversas poblaciones, si ha aparecido en un momento u otro, no ha infundido el más mínimo terror, porque además de no traer ese carácter, ha sido benigna. Sin embargo, para las localidades que se han manifestado, se distribuyó con prontitud el eficaz conservante vacunal (São Paulo, 1870, p. 28).

En 1874, se creó el Instituto Provincial de Vacunas en São Paulo. En el presupuesto de ese mismo año, la ley n. 52 de 24 de abril, se cuenta con pocos recursos para su funcionamiento. Este nuevo instituto vino a reemplazar a la Dirección Provincial de Vacunas de 1839,

clausurada por motivos administrativos, indefinición presupuestaria y falta de pago del personal. En el nuevo servicio, sin embargo, la vacunación se alteró, pero no se expandió mucho más allá de los cientos: de setenta y ocho vacunados en 1867, pasó a 133 vacunados en 1877, 494 en 1878 y 235 en 1879. Hubo dificultades en la producción de linfa, pero la disminución de vacunados entre la población fue señalada por su director porque “la viruela no se ha propagado en la Capital y la gente solo busca preservativos de vacunas cuando la enfermedad los amenaza cerca” (São Paulo, 1880, p. 166)².

La Santa Casa de Misericordia de São Paulo, a pesar de su larga actividad en favor de los más necesitados, en ese momento no contaba con instalaciones adecuadas para la atención médica, como constaba en su primer informe impreso de 1875:

Es lamentable que hoy, ante tantos avances, no se haya hecho nada, conectando y conjugando la acción benéfica de la ciencia y del pueblo con el impulso esperanzador del Gobierno. Conviene destruir el prejuicio del indigente que, perdiendo la salud, prefiere enfrentarse a la miseria más dura que acudir a este Establecimiento. Esto sucede todos los días bajo nuestros ojos (Irmandade, 1909, p. 2).

En el parlamento local poco se discutió sobre la salud, incluso ante la necesidad de espacios de atención hospitalaria (Silva, 2011). La salubridad del espacio urbano fue el tema de mayor preocupación, con decisiones sobre la instalación de sistemas de distribución de agua, como la construcción de fuentes, reservorios, cisternas y caños de agua. Estas y otras discusiones sobre el uso del agua se extendieron a instituciones, como los nuevos espacios de atención a la Misericordia y las administraciones del interior de la entonces provincia. Los temas de debate también incluyeron la regulación, enajenación y expropiación de los manantiales, especialmente cuando se ubican en terrenos privados; formas de aprovechar el agua de los ríos cercanos a los centros más poblados; posibles condiciones de insalubridad y perjuicios para la salud pública; solicitudes para la construcción de redes de abastecimiento de agua potable y tuberías. En algunos casos, la autorización de uso de los recursos tenía por objeto permitir a los pequeños pueblos del interior tomar préstamos para la compra de terrenos con fuentes de agua para abastecer a la población, la sistematización de la construcción de redes de agua y alcantarillado sería propuesto, tanto para la capital como para el interior, solo en el gobierno republicano (Campos, 2015).

La viruela comenzó a aparecer de forma más destacada en la documentación oficial desde ese momento. En el informe presidencial de 1879 se describen casos de

viruela en ciudades del interior, pero bajo la indicación de que se habrían producido “sin carácter epidémico, limitando el número de afectados” (São Paulo, 1880, pp. 149-150). Lo mismo se dijo de la capital, y los afectados habrían sido solo “dos esclavos y 4 soldados del contingente de línea, que fueron trasladados al Lazareto de Sant’Anna”. El informe continuaba señalando cifras similares para diferentes localidades, tratando de demostrar la poca relevancia de la viruela en ese año.

Incluso en 1880, después de los diversos episodios de epidemias de fiebre amarilla y viruela en el estado, aún existía una cierta relación de tranquilidad en la documentación oficial, en vista de las cualidades fomentadas de la naturaleza paulista:

Entre las dotaciones favorables que invitan a nacionales y extranjeros a esta Provincia se encuentran las de sus condiciones de salud. Aquí, en el período de dos años, la administración no tuvo que combatir ninguno de esos males epidémicos, que en otras regiones cobran víctimas por miles. (...) Entre las dotaciones favorables que invitan a nacionales y extranjeros a esta Provincia se encuentran las de sus condiciones de salud. Aquí, en el período de dos años, la administración no tuvo que combatir ninguno de esos males epidémicos, que en otras regiones cobran víctimas por miles (São Paulo, 1880, p. 246).

Incluso con el crecimiento de los brotes de enfermedades, recién en 1880 sería nombrado el nuevo inspector de salud, el médico Pedro Joaquim Villaça Júnior. La nominación sirvió para definir lineamientos en torno a las acciones de salud, cambiando también el nombre de la Junta de Higiene Pública por el de Junta Central de Higiene Pública (São Paulo, 1880, p. 246). Sin embargo, la descripción del papel del médico contratado lleva a pensar que la expectativa sobre su desempeño era más cercana a la de un médico clínico y médico forense que a la de un higienista, como indica el informe de la provincia de São Paulo: “Este distinguido médico es casi el único de que dispone la policía para casos urgentes de tratamiento y corpus delicti” (São Paulo, 1880, p. 247).

CAMBIOS EN LAS CONDICIONES SANITARIAS URBANAS Y LA ATENCIÓN MÉDICA

El período de principios del siglo XX fue importante para la política de expansión de la inmigración europea como una forma de reemplazar el trabajo esclavizado. En esta época, la asistencia médica prestada en los hospitales de la Santa Casa de São Paulo estaba pasando por cambios, período en el que comenzaron a crearse nuevas Santas Casas en el interior de la Provincia de São Paulo (Silva, 2010). En 1886, inició formalmente sus

actividades la Sociedade Promotora de Imigração, que contaba con representantes de las principales familias productoras de café, y entre ellas algunas involucradas con la administración de la Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Martinho da Silva Prado Júnior, hijo del proveedor de la Misericórdia paulista Martinho da Silva Prado (1875, 1876) y sobrino del anterior proveedor Antonio da Silva Prado, Barón de Iguape (1847, 1875), participó activamente en los debates sobre la ubicación de un nuevo Hospital da Misericórdia, que había sido inaugurado en 1884. La familia Prado aparecía constantemente como donante de la Santa Casa de Misericórdia en São Paulo, con actividades caritativas que involucraban a otros representantes de grupos poderosos, como la Baronesa de Limeira, una tierra donante y grandes sumas para la misma Hermandad.

Sería exactamente en el cruce del crecimiento demográfico de los inmigrantes que se mudaban a São Paulo y el relevamiento de los registros hospitalarios que las enfermedades comenzaron a ocupar mayor atención de los órganos gubernamentales (Telaaroli Jr., 1993). Se puede ver entonces la producción de cálculos estadísticos sobre datos vitales de la población paulista realizados “con el objetivo de evaluar la frecuencia de incidencias infecciosas y la efectividad de tratamientos y técnicas terapéuticas” (Camargo, 2021, p. 1010).

El final de la Guerra del Paraguay (1870) y el lanzamiento del Manifiesto del Partido Republicano (1870) son faros que señalan el inicio de transformaciones en el marco socioeconómico y en la percepción de la experiencia moderna en Brasil. La abolición de la esclavitud (1888) ya señalaba algunas de las consecuencias de estos cambios. Contrariamente a la adopción de símbolos de la vida moderna, la persistencia de la naturaleza salvaje y el mundo rural revelaron profundos contrastes entre las porciones urbanizadas y la realidad de partes del territorio, hasta entonces en gran parte desconocidas para el país.

Luciana Murari (2009), al hacer un balance de las divergencias en el modo en que el tema de la naturaleza y su apropiación fue ejercido por una amplia gama de intelectuales brasileños, señaló la reorganización de la vida nacional y la diversidad de formas de incorporar la modernización deseada. Para el período comprendido entre el primer tercio del siglo XIX y la década de 1920, Murari concluyó que: “La gente ya no pensaba en el ‘paraíso terrenal’ de los primeros entusiastas de las riquezas naturales de Brasil, sino en un Edén construido por la mano del hombre, capaz de aunar naturaleza y técnica en la composición de un mismo paisaje” (Murari, 2009, pp. 17-18).

La asistencia sanitaria realizada por el Estado fue una de las acciones destinadas a modernizar la sociedad brasileña (Hochman, 1998). La amplia asistencia a huérfanos, indigentes, ancianos, presos y enfermos, realizada por las Irmandades das Santas Casas de Misericórdia en Brasil, pero especialmente en la capital paulista y el interior, abrió nuevas expectativas de atención a la población en casos de excepción, perturbación y desequilibrios. Aprobando en general la calidad de la naturaleza, pero al mismo tiempo necesitando resolver temas epidémicos complejos, la administración provincial se encontró con el dilema de tratar de actuar para resolver las deficiencias sanitarias que comenzaban a afectar las zonas urbanas y percibir a las clases pobres como un problema de gobierno. Al mismo tiempo, la administración continuó describiendo la naturaleza y el territorio de São Paulo de manera condescendiente para salvaguardar la dinámica de la inmigración y la economía.

En materia asistencial, el nuevo y más amplio Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, inaugurado en 1885, fue la expresión moderna de la acción médica. Ubicado cerca de la región central, en el barrio de Arouche, el hospital modificó por completo la atención médica que hasta ese momento se brindaba en el estado (Silva, 2019, 2011). El nuevo proveedor de 1900-1901, José Alves de Cerqueira César, había sido gobernador de São Paulo entre 1891 y 1892, cuando el mayordomo del hospital, Alberto da Silva e Souza, señaló el nuevo contexto de atención:

El movimiento de pacientes ha aumentado considerablemente como verán en el Anexo n. 1, y el número de defunciones era pequeño, y lo sería menos si, de los 447 fallecidos, no aumentara esta cifra en 115 tuberculosos y 58 entradas de moribundos. Aun así, podemos considerar que nuestro Hospital se encuentra en excelentes condiciones higiénicas, aunque todavía queda mucho por hacer como podemos demostrar (Irmandade, 1903, p. 27).

Las enfermedades no tuvieron mayor centralidad en los informes de los administradores, pero comenzaron a ser mencionadas a fines del siglo XIX. En el último informe de la administración provincial de São Paulo del 10 de junio de 1889, el entonces presidente de la provincia, el médico y político Antônio Pinheiro de Uilhôa Cintra, Barón de Jaguará (São Paulo, 1889a), destacó la “anormal estado” de la salud en las ciudades de Campinas y Santos. Las grandes epidemias de fiebre amarilla y cólera comenzaron a llamar la atención y se hacía referencia a estas enfermedades especialmente por su relación y perjuicio al trabajo: “para impedir la invasión del terrible flagelo que tan despiadadamente asolaba varios puntos de la Provincia, causando luto y

la desolación de importantes emporios comerciales y agrícolas, y entorpeciendo la marcha ascendente de São Paulo en la senda del trabajo y el progreso” (São Paulo, 1889a, p. 8).

En ese momento se achacó a las malas condiciones del agua, por lo que se procuró organizar un servicio de desinfección, así como desobstruir pozos y fosas sépticas y enviar médicos y reclusos a los lugares más afectados. La designación de una Comisión de Auxilio Médico para las ciudades de Santos y Campinas impulsó el traslado y tratamiento de los pacientes a las Santas Casas de Misericordia de las respectivas ciudades. Sin embargo, poco tiempo después, la enfermedad se consideró “extinta” y a finales de ese mismo año se suprimieron rápidamente las comisiones de socorro y se creó entonces una Comisión General de Vigilancia Sanitaria para todo el estado.

La relación entre inmigración y enfermedades epidémicas se explicita en la concesión de fondos con el objetivo de mejorar la salud pública y la reconocida situación de mortalidad por fiebre amarilla entre los europeos. En São Paulo, los vínculos entre la enfermedad y la inmigración no se establecieron de manera explícita. Sin embargo, cuando el presidente de la Provincia Vicente de Azevedo debatió el retiro de los créditos de inmigración por transferencia a aseo público, y dio cuenta del aumento de fondos del gobierno central, solo dijo: “Espero que este dinero sacado de inmigración no sea una pérdida pura!” (São Paulo, 1889b, p. 28).

Entendiendo que las epidemias en diferentes localidades de São Paulo fueron extinguidas, el mismo presidente agradeció a los médicos participantes de las comisiones y nombró nuevos médicos para los cargos de secretario y delegados de la Inspección de Higiene, en las ciudades de Belém do Descalvo, Campinas, Ribeirão Preto, Santa Rita do Passo Quatro, Queluz, Limeira, Pindamonhangaba y Espírito Santo do Pinhal. Todas, ciudades que aspiraron a construir sus propios hospitales. Al final del período imperial, solo se sostenía la atención hospitalaria de las mayores Misericórdias de São Paulo, Campinas, Santos, Itu, Piracicaba, Sorocaba y las Misericórdias de Bananal, Taubaté, Ubatuba, Mogy-Mirim y Casa White (São Paulo, 1889b).

El mismo presidente repartió créditos del presupuesto de Auxilio Público para gastos con indigentes y enfermos de viruela, además de créditos a las Santas Casas de Misericordia por sus acciones a favor de los pobres, asilados e instrucción de menores abandonados, pero nada se dijo al respecto a la asistencia específica a los enfermos (São Paulo, 1889b).

La Proclamación de la República no vio desaparecer el fenómeno epidémico, todo lo contrario. En el Informe sobre el traspaso del cargo de Prudente J. de Moraes Barros en 1899, como primer gobernador designado por el gobierno provisional, a Jorge Tibiriça, nombrado presidente entre 1890 y 1891, se podía ver la presencia de “fiebres de mal carácter” regresando en Campinas y en las ciudades de Mogi-Mirim, Casa Branca y Limeira, y capital. Incluso con tal crecimiento, las autoridades dijeron que los fondos estatales para los municipios serían suficientes para acciones de defensa contra la epidemia. La viruela también volvió en las ciudades de Sorocaba, Tatuí, Santos, Ribeirão Preto, Pirassununga.

Uno de los primeros actos del gobierno republicano fue la creación del Servicio Estatal de Salud, organizado por la ley no. 12 del 28 de octubre de 1891, por Américo Braziliense de Almeida Melo, elegido por el primer Congreso Constituyente el 9 de junio de 1891. El Braziliense también creó al mismo tiempo el Consejo de Salud Pública y la Inspección General de Higiene, que pronto fueron disueltos.

A pesar de reclamar fondos para la atención individual, la preocupación por las enfermedades epidémicas tuvo preeminencia en la aplicación de los recursos públicos en los inicios de la República de São Paulo. El Servicio Sanitario se complementó con la ley núm. 43 de 18 de julio de 1892, firmado por el entonces vicepresidente del Estado José Alves de Cerqueira Cesar, y finalmente reglamentado por el decreto n. 87 del 29 de julio del mismo año. El decreto también publicó el nuevo Reglamento de Higiene que definía la composición del Servicio, que en ese momento estaba compuesto por el Consejo de Salud y la Mesa de Higiene. Entre las funciones de la Dirección estaba la de organizar las estadísticas demográficas y de salud del estado, con base en la información de los registros civiles recién instalados, que por primera vez individualizaron datos sobre salud en manos del gobierno. Poco tiempo después, la Ley n. 240 del 4 de septiembre de 1893 dio una nueva reorganización del Servicio Sanitario y además comenzó a disponer la creación de una Sección de Estadísticas Demográficas-Sanitarias, con datos de estadísticas vitales para todo el estado (Alves, 1999)³.

La nueva sección fue dirigida por el doctor Rubião Meira y se encargó de publicar boletines con datos comparativos de los municipios de São Paulo, boletines distritales y parroquiales, con especial atención a las ciudades más grandes, especialmente la capital São Paulo, Santos, Campinas, Ribeirão Preto, São Carlos, Guaratinguetá y Botucatu. El informe del segundo director Emílio Ribas (Almeida, 2003), de 1905, reiteró las ventajas y los

beneficios del conocimiento producido a través de las estadísticas demógrafo-sanitarias, especialmente con una defensa intensiva del propio Servicio y en la búsqueda de la estandarización de los datos de atención a la salud. Al concluir su informe, Ribas retomó sus críticas contra la municipalización de los servicios de salud⁴:

Denunciando así las imperfecciones de los servicios municipales, que pueden ser perjudiciales para las condiciones de salud del Estado, desenmascarando y documentando los vicios incurables de la actual organización en la que se reclama a los poderes locales, si no el derecho a matar o dejar morir, nos parece oportuno solicitar de vuestra competencia, del celo que habéis mostrado por el perfeccionamiento de nuestros códigos y leyes, los remedios que estimemos adecuados y posibles, que los que están bajo la competencia directa del Poder Ejecutivo, tales como los que compiten con el legislativo (São Paulo, 1905, p. 42, énfasis del autor).

El recurso a la naturaleza ya no bastaba para garantizar la restauración de la salud. Correspondería al Servicio Sanitario realizar intervenciones para el control de las condiciones ambientales y colectivas, tales como circulación de aire y flujo de agua en áreas urbanas, condiciones de humedad del suelo, iluminación natural en edificios, realización de desinfecciones, reubicación de cementerios y ubicación de espacios para nuevos enterramientos. Además, las acciones de salud incluían mecanismos para combatir la propagación de enfermedades aún bajo concepciones derivadas de la tradición miasmática y la nueva bacteriología (Telarolli (Jr.), 1996, p. 121).

En el mismo período de transición del régimen político, 12 Santas Casas en el estado de São Paulo comenzaron a ser subsidiadas sistemáticamente por el gobierno del estado, especialmente por tener algún tipo de atención hospitalaria. Otras veinticinco Santas Casas en ciudades más pequeñas no tenían sus actividades apoyadas por el estado. Las Cofradías apoyadas, considerando las fechas de creación, fueron: Santa Casa de Misericórdia de Santos (1543), Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (1680), Santa Casa de Misericórdia de Campinas (1863), Santa Casa de Misericórdia de Itu (1840), Santa Casa de Misericórdia de Piracicaba (1853), Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba (1725), Santa Casa de Misericórdia de Bananal (1850), Santa Casa de Misericórdia de Taubaté (1872), Santa Casa de Misericórdia de Ubatuba (1854), Santa Casa de Misericórdia de Mogi-Mirim (1888), Santa Casa de Misericórdia de Casa Branca (1885) (São Paulo, 1889b).

El último informe de 1899, antes de la instauración de la República, constató el crecimiento del número de personas asistidas por las Misericordias en São Paulo, cada

vez más citadas por las actividades sociales y asistenciales que realizaban: “Con el aumento considerable del número de pacientes que buscan el Hospital, se acerca a 200 el número de los que se encuentran en tratamiento todos los días” (São Paulo, 1889b, p. 91). Con el crecimiento en el volumen de subsidios, se demostró el inicio de la constitución de una red de asistencia subvencionada por el Estado, que reconocía los compromisos establecidos por las cofradías y supervisaba los informes anuales y la filantropía privada que se encargaba de la administración de las instalaciones hospitalarias (Silva, 2019).

En cuanto al Servicio Sanitario, Emílio Ribas basó los argumentos de calidad de la institución en dos acciones principales: reforzar la lucha contra las enfermedades más conocidas, con antecedentes de epidemias con alta mortalidad, y ampliar la vigilancia en los centros urbanos, realizando “vigilancia sanitaria” en viviendas y edificios en construcción, a fin de realizar interdicciones, desinfecciones y demoliciones donde el arreglo sanitario no funcionó de acuerdo a las normas establecidas por las leyes locales.

En artículos publicados en la prensa médica, hubo demandas de alianzas entre la acumulación científica de datos, estadísticas, consejos, reglas de precaución higiénica, normas y estudios de casos, promoviendo la acumulación de conocimientos para la higiene, como sugiere Bruno Latour (1993) para el caso francés. Con eso, el Servicio Sanitario corroboró los reclamos de la comunidad médica sobre las definiciones oficiales sobre las condiciones higiénicas y la calidad sanitaria de las ciudades de São Paulo que crecían entre quienes compartían los mismos conocimientos bacteriológicos. En este contexto, el medio ambiente, y en especial el clima, ya no tenían la importancia que tenían, y así la acción sanitaria, la vacunación, la vigilancia médica, además de la acción hospitalaria, se convirtieron en puntos de apoyo para una nueva higiene.

En la revista *Gazeta Clínica*, su editor, el doctor Domingos Rubião Alves Meira, el mismo director de la Sección de Estadísticas Demográficas-Sanitarias del Servicio Sanitario de São Paulo, cargo que ocupó entre 1902 y 1914, publicó artículos en los que comparaba la mortalidad tasas de ciudades latinoamericanas con las tasas de mortalidad de ciudades brasileñas. Rubião Meira amplió la buena evaluación de las condiciones de salud de la ciudad de São Paulo, contrastándolas no solo con otras ciudades de Brasil, como Río de Janeiro, Recife y Salvador, sino con otras ciudades del continente, Buenos Aires, Montevideo, Lima, La Habana y Caracas.

La intención de Meira fue señalar que São Paulo presentaba una situación excepcional de salubridad

e higiene en comparación con las mayores ciudades latinoamericanas, en vista de los datos demográficos sobre letalidad por enfermedades infecciosas, recogidos en publicaciones internacionales. La benignidad y la calidad de las tierras paulistas continuaron, pero ahora sustentadas por el trabajo de los médicos sanitarios a favor de la higiene de las ciudades y ya no por el medio ambiente natural. Sin embargo, no parece haber un intervalo en la visión favorable de las autoridades sobre lo que sucedía en el estado de São Paulo, pasando de un carácter saludable a la descripción de instituciones saludables, ambas confirmadas por el constante avance del crecimiento económico, se originó en la agricultura, en la siembra del café y en el crecimiento ininterrumpido de los centros urbanizados a lo largo del territorio.

Sin embargo, por lo que se vio en el informe de Emílio Ribas, la ciudad estaba libre de epidemias de fiebre amarilla, pero vio un aumento de las epidemias de sarampión, la proliferación de tuberculosis, entre otras enfermedades endémicas, que iban en aumento. La persistencia de la tuberculosis, por ejemplo, ganó cierto protagonismo por ser la de mayor mortalidad del período. Para Meira, sin embargo, la enfermedad que solo se extendió en otros lugares de América Latina y en São Paulo, la tuberculosis, sería de menor intensidad. Para él, en cierto modo, la tuberculosis incluso parecía

ser un índice de civilización, por su existencia también en los países europeos. La intención de Meira era rectificar la reputación de “malsana e insalubre” que, según su visión, perseguía erróneamente a la ciudad: “excesivamente sana, verdaderamente sana y en la que la higiene conseguía hacer retroceder los morbus que distorsionan el buen concepto de pueblo” (1905, p. 361).

CONSIDERACIONES FINALES

En los anuarios de 1915 y 1916, finales del período conocido como Primera República, la interacción entre la atención de la salud y la atención individual de la salud comienza a surgir como un interés de las autoridades sanitarias. Esta perspectiva fue explícita en las encuestas que enumeraron las ciudades que tenían servicios de agua y alcantarillado y al mismo tiempo instituciones hospitalarias en funcionamiento. El Servicio Demográfico-Sanitario, ahora bajo la dirección de un nuevo médico, Carlos Mayer (São Paulo, 1916), indicó el conjunto de instituciones de asistencia gratuita y las tasas de mortalidad, consideradas bajas para el conjunto de hospitales indicado.

Como se verá en la Tabla 1, las cinco ciudades más densamente pobladas del estado de São Paulo fueron las que aparecían en los informes con el mayor número de establecimientos de salud:

Tabla 1. Ciudades más grandes con instituciones de salud en el estado de São Paulo en 1916. Tabla elaborada por el autor con datos del Anuario Estatístico da Secção de Demographia. 1916. Directoria do Serviço Sanitário. Typographia do Diário Oficial, São Paulo, 1917

TABLA 1			
Município - Con red sanitária	Instituição	Población considerada	Mortalidad por ubicación
São Paulo (capital)	-	484.901	8.176 total
	Santa Casa de Misericórdia		
	Hospital de Isolamento		
	Hospedaria dos Imigrantes		
	Hospício dos Alienados		
	Hospital Militar		
	Enfermaria da Penitenciária		
	Maternidade		
	Asilo da Mendicidade (Asilo dos Inválidos)		
	Hospital Samaritano		
	Beneficência Portuguesa		
	Hospital dos Lázaros		
	Quartel da Luz		
	Sanatório da Avenida Paulista (ou Sanatório Santa Catarina)		
	Enfermaria Militar		
	Enfermaria da Polícia (Enfermaria Cadeia)		
	Hospital da Força Pública		
	Humberto Primo		
	Casa de Saúde Homem de Mello		
	Instituto Paulista		
	Recolhimentos dos Alienados		
Campinas	-	103.346	1.842
	Santa Casa de Misericórdia		
	Hospital de Isolamento		
	Hospital de Morféticos		
	Maternidade		
	Asilo de Inválidos		
	Asilo de Órfãos		
Santos		91.941	1.833
	Santa Casa de Misericórdia		
	Hospital de Isolamento		
	Beneficência Portuguesa		
	Asilo de Infância Desvalida		
	Asilo de Mendicidade		
Ribeirão Preto		54.839	1.062
	Santa Casa de Misericórdia		
	Hospital de Isolamento		
	Casa de Saúde "São Sebastião"		
	Casa de Saúde "Campos Salles"		
Total		735.027	12.913

Las Tablas 2, 3 y 4 indican las ciudades con más de tres, dos y un establecimiento asistencial y aquellas con red de abastecimiento sanitario:

Tabla 2. Ciudades con tres o más instituciones de salud en el estado de São Paulo em 1916. Tabla elaborada por el autor con datos del Anuario Estatístico da Secção de Demographia. 1916. Directoria do Serviço Sanitário. Typographia do Diário Oficial, São Paulo, 1917

TABLA 2			
Municipios con más de tres instituciones de asistencia			
Instituciones asistenciales por municipio, población y red de abastecimiento para el año 1916.			
Municipio	Institución	Red Sanitaria	Total de muertes por lugar
Piracicaba	Santa Casa de Misericórdia	Agua y desagüe	1.070
	Hospital dos Lázaros		
	Hospital de Alienados		
	Sanatório São Luiz		
	Asilo de Mendicidade		
	Asilo de Órfãos		
Amparo	Hospital Ana Cintra	Agua y desagüe	803
	Hospital de Lázaros		
	Hospital Grêmio Português		
	Asilo de Mendicidade		
Bragança	Santa Casa de Misericórdia	Agua y desagüe	878
	Obra de Preservação dos Filhos de Tuberculosos		
	Asilo de Mendicidade		
Guaratinguetá	Santa Casa de Misericórdia	Agua y desagüe	843
	Hospital de Isolamento		
	Asilo de Mendicidade		
Total			3.594

Tabla 3. Ciudades con dos instituciones de salud en el estado de São Paulo em 1916. Tabla elaborada por el autor con datos del Anuario Estatístico da Secção de Demographia. 1916. Directoria do Serviço Sanitário. Typographia do Diário Oficial, São Paulo, 1917.

TABLA 3			
Municipios con dos instituciones asistenciales			
Instituciones asistenciales por municipio, población y red de abastecimiento para el año 1916.			
Municipio	Institución	Red Sanitaria	Total de muertes por lugar
Araraquara	Santa Casa de Misericórdia	Agua y desagüe	701
	Asilo de Mendicidade		
Batatais	Santa Casa de Misericórdia	Agua y desagüe	416
	Asilo São Vicente de Paula		
Botucatu	Santa Casa de Misericórdia	Agua y desagüe	878
	Assistência de Morféticos		
Casa Branca	Santa Casa de Misericórdia	Agua y desagüe	343
	Instituto de Caridade		
Descalvo	Santa Casa de Misericórdia	Agua y desagüe	337
	Asilo de Mendicidade		
Espírito Santo do Pinhal	Santa Casa de Misericórdia	Agua y desagüe	580
	Asilo de Mendicidade		
Faxina	Santa Casa de Misericórdia	Agua y desagüe	235
	Asilo de Mendicidade		
Franca	Santa Casa de Misericórdia	Agua y desagüe	702
	Asilo de Mendicidade		
Itapetininga	Sociedade Beneficente (hospital)	Agua y desagüe	505
	Asilo de S. Lázaro		
Itatiba	Santa Casa de Misericórdia	Agua y desagüe	365
	Asilo São Vicente de Paula		
Lorena	Santa Casa de Misericórdia	Agua y desagüe	405
	Asilo de São José		
Pindamonhangaba	Santa Casa de Misericórdia	Agua	499
	Asilo de Mendicidade		
São José dos Campos	Santa Casa de Misericórdia	Agua	678
	Hospital de Tuberculoso (em construção)		
Xiririca	Santa Casa de Misericórdia	Sin información	246
	Asilo de São José		
Total			6.890

Tabla 4. Ciudades con institución de atención médica en el estado de São Paulo en 1916. Tabla elaborada por el autor con datos del Anuario Estatístico da Secção de Demographia. 1916. Directoria do Serviço Sanitário. Typographia do Diário Oficial, São Paulo, 1917.

TABLA 4			
Municipios con una institución auxiliar			
Instituciones asistenciales por ciudad, población y red de abastecimiento para el año 1916.			
Municipio	Institución	Red Sanitaria	Muertes totales por localidad
Agudos	Santa Casa de Misericórdia	Agua	219
Aparecida	Asilo de Mendicidade	Sin red	Sin información
Araras	Santa Casa de Misericórdia	Agua	360
Areas	Santa Casa de Misericórdia	Agua	116
Atibaia	Santa Casa de Misericórdia	Agua e esgoto	479
Bananal	Santa Casa de Misericórdia	Água e esgoto	181
Barra Mansa	Santa Casa de Misericórdia	Sin red	Sin información
Barretos	Santa Casa de Misericórdia	Agua	1.035
Bauru	Santa Casa de Misericórdia	Agua y desagüe	570
Bebedouro	Santa Casa de Misericórdia	Água	326
Caçapava	Santa Casa de Misericórdia	Agua y desagüe	449
Cachoeira	Santa Casa de Misericórdia	Agua y desagüe	144
Cananeia	Santa Casa de Misericórdia	Agua	96
Capivari	Santa Casa de Misericórdia	Agua y desagüe	428
Cravinhos	Santa Casa de Misericórdia	Agua y desagüe	Sin información
Cruzeiro	Santa Casa de Misericórdia	Agua y desagüe	224
Cristais	Santa Casa de Misericórdia	Sin red	Sin información
Cunha	Santa Casa de Misericórdia	Agua	491
Dois Córregos	Santa Casa de Misericórdia	Agua y desagüe	230
Iguape	Hospital Feliz Lembrança	Água	475
Itapira	Santa Casa de Misericórdia	Agua y desagüe	427
Itararé	Santa Casa de Misericórdia	Agua	176
Jacaré	Santa Casa de Misericórdia	Sin red	424
Leme	Fechado	Sin red	167
Limeira	Santa Casa de Misericórdia	Agua y desagüe	502
Matão	Hospital de Caridade	Agua y desagüe	287
Mococa	Santa Casa de Misericórdia	Agua y desagüe	387
Mogi das Cruzes	Santa Casa de Misericórdia	Agua y desagüe	550
Mogi Guaçu	Santa Casa de Misericórdia	Agua	165
Mogi Mirim	Santa Casa de Misericórdia	Agua y desagüe	680
Nova Pauliceia	Hospital	Sin red	Sin información
Palmeiras	Santa Casa de Misericórdia	Agua y desagüe	216
Parnaíba	Santa Casa de Misericórdia	Agua y desagüe	184
Patrocínio do Sapucaí	Santa Casa de Misericórdia	Agua	201
Pinheiros	Santa Casa de Misericórdia	Agua	63
Piracaia	Fechado	Agua y desagüe	279
Piraju	Santa Casa de Misericórdia	Agua y desagüe	549
Porto Feliz	Santa Casa de Misericórdia	Agua	365
Queluz	Santa Casa de Misericórdia	Agua y desagüe	110
Ribeirão Bonito	Santa Casa de Misericórdia	Agua y desagüe	152
Rio Preto	Santa Casa de Misericórdia	Agua y desagüe	876
Santa Branca	Santa Casa de Misericórdia	Agua	156

Santa Cruz do Rio Pardo	Santa Casa de Misericórdia (Em construção)	Sin red	601
Santa Rita do Passo a Quatro	Santa Casa de Misericórdia	Agua	285
Santo Amaro	Hospital da Misericórdia	Sin red	234
Santo André	Santa Casa de Misericórdia	Sin red	Sin información
São Bento do Sapucaí	Santa Casa de Misericórdia	Sin red	384
São Bernardo	Santa Casa de Misericórdia	Sin red	390
São Carlos	Santa Casa de Misericórdia	Agua y desagüe	742
São João da Boa Vista	Santa Casa de Misericórdia	Agua y desagüe	895
São João da Bocaina	Santa Casa de Misericórdia	Agua y desagüe	234
São José do Rio Pardo	Santa Casa de Misericórdia	Agua y desagüe	641
São Luiz do Paraitinga	Santa Casa de Misericórdia	Agua	401
São Pedro	Santa Casa de Misericórdia	Sin red	251
São Roque	Santa Casa de Misericórdia	Agua	275
Serra Negra	Santa Casa de Misericórdia	Agua	378
Sertãozinho	Santa Casa de Misericórdia	Agua	629
Silveiras	Santa Casa de Misericórdia	Sin red	144
Socorro	Santa Casa de Misericórdia	Sin red	497
Taquaritinga	Santa Casa de Misericórdia	Agua	406
Tatui	Santa Casa de Misericórdia	Agua	741
Tiete	Santa Casa de Misericórdia	Agua y desagüe	920
Ubatuba	Santa Casa de Misericórdia	Agua	124
Total			21.911

El anuario de 1916 continuaba señalando el clima como uno de los factores de baja mortalidad, en vista del buen estado sanitario de la ciudad de São Paulo, en comparación con las principales ciudades de Brasil:

São Paulo se mantiene a la vanguardia, con un coeficiente inferior al de todas las demás ciudades, con excepción de S. Salvador, que demuestra una vez más la excelencia y las buenas cualidades del clima de esta Capital, rodeada de todos los medios higiénicos, por lo que constituyéndose en un centro de actividad para quienes la buscan, lo que la hace cada vez más próspera y floreciente (São Paulo, 1917, p. 36).

En ese mismo informe, la comparación con otros países apuntaba para tasas inferiores de ciertas enfermedades, cuando comparadas con las “ciudades avanzadas del mundo” (São Paulo, 1917, p. 61), como escarlatina y crup. Cuando sucedía lo contrario, con un aumento de la mortalidad, como en los casos de sarampión, tos ferina o gripe, muchas veces se aludía la justificación a la propia negligencia de los pacientes: “Como la gripe es una variedad morbosa aún no muy conocida, se presta, que bajo esa etiqueta se encubran otras enfermedades para que las personas en las casas donde ocurrieron las defunciones escapen a la acción benéfica de las medidas higiénicas” (São Paulo, 1917, p. 73).

Cada enfermedad tenía entonces su propia historia, la cual podía ser aprehendida a través de las descripciones que se daban en los anuarios. La malaria, por ejemplo, se creía que se originaba en el interior del estado, donde se consideraba endémica, dado que los análisis de sangre y el trabajo de investigadores, como Adolpho Lutz en 1894, indicaban su “no existencia” en la capital, aunque veinte personas han reportado muerte por la enfermedad en ese año (São Paulo, 1917, p. 76).

La tuberculosis siguió siendo elevada, 628 muertes en 1916; crecía la lepra, treinta dos personas; ira, siete; cáncer y tumores, 272. Las demás enfermedades fueron clasificadas en estos informes como: enfermedades generales; desórdenes del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos; desórdenes del sistema respiratorio; desórdenes del sistema digestivo; desórdenes del sistema genitourinario y sus anexos, estado puerperal; desórdenes de la piel y del tejido celular; afecciones de los huesos y órganos de la locomoción; defectos conformacionales; edad primera; la vejez afectos producidos por causas externas y enfermedades mal definidas.

El director del Servicio Sanitario también criticó la falta de censos regulares a la población. Su intención era que los números fueran más precisos. Este problema generó incredulidad entre las autoridades con respecto

Quadro comparativo da natalidade de Campinas com a de outras cidades brasileiras

CIDADES	Anos	Coefficientes em 1.000 habitantes
Campinas	1916	44,5
São Paulo	1916	37,0
Santos	1916	33,0
Ribeirão Preto	1916	49,2
Rio de Janeiro	1916	30,8
Florianópolis	1916	29,3
Fortaleza	1916	6,6
Belo Horizonte	1914	32,7
Curitiba	1914	39,1
Manaus	1916	13,2
Maceió	1916	12,7
Recife	1916	12,5
Niterói	1916	29,5
Parahyba	1916	5,7

Quadro comparativo da natalidade de Campinas com a de outras cidades estrangeiras

CIDADES	Anos	Coefficientes em 1.000 habitantes
Campinas	1916	44,5
Londres	1916	23,4
Paris	1915	10,7
Berlim	1915	15,3
Munique	1915	15,1
Dresden	1915	14,5
New York	1915	24,3
Estocolmo	1915	18,1
Christiania	1915	21,6
Vienna	1915	12,7

Figura 1. Diagrama Comparativo. Anuario Estatístico da Secção de Demographia. 1916. Directoria do Serviço Sanitário. Typographia do Diario Oficial, São Paulo, 1917, p. 198.

a los datos que transmiten los registros de las diferentes localidades, especialmente en lo que se refiere a las indicaciones de causas de muertes y nacimientos. A pesar de esto, los datos se consideraron generalmente fiables. En 1916 los totales se consideraron buenos, ya que el número de nacimientos siguió superando a las muertes: 145.776 nacimientos; 23.865 matrimonios; 66.302 muertes y 6.480 mortinatos.

Se realizaron comparaciones con los números de diferentes ciudades para identificar los municipios y ciudades de São Paulo en relación entre sí, en relación con diferentes capitales brasileñas y en relación con países extranjeros, como en la figura a continuación:

Por todo eso, se concluye que el medio natural permaneció por mucho tiempo objeto de atención por parte de las autoridades, desde los primeros momentos de la colonización de Brasil. Sin embargo, cuando el tema de la salud, la higiene y el sanitarismo comenzó a reemplazar la noción de naturaleza benéfica, tras el estallido de las grandes epidemias de fiebre amarilla y cólera que azotaron a partir de 1850, surgieron otros símbolos. Entre estos se encontraban las propias instituciones de salud y las instituciones hospitalarias gratuitas, dispersas desde la costa hasta el interior del estado. El carácter benéfico de São Paulo fue sustituido en el discurso de los mandatarios por símbolos de modernidad, civilización y progreso.

NOTAS

- 1 Todas las leyes y decretos fueron consultados en el sitio web de la Colección Histórica de la Asamblea Legislativa del Estado de São Paulo. Disponible en <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/1838/lei-21-05.03.1838.html>
- 2 Sobre la creación de los servicios de vacunación contra la viruela en Río de Janeiro, ver Tânia M. Fernandes (1999), donde el informe de Barão de Lavradio, en ese momento presidente de la Junta de Higiene e inspeção geral del Instituto Vacínico do Império, informa sobre la dificultad para vacunar a la población, aspecto similar al encontrado en los informes de São Paulo: “los servicios de vacunación no han sido muy fructíferos, como siempre sucede entre nosotros, por numerosas razones, entre las que se destacan, por un lado, indiferencia a que nuestra población mire los efectos de su aplicación y solo busque la ayuda que le ofrece para librarse del terrible flagelo de la viruela cuando aparece alguna epidemia devastadora; por otro lado, los preceptos que

actúan en la mente de los habitantes del interior de todas las provincias, viéndola como medio de transmisión y desarrollo de la viruela” (*apud.*, Fernandes, 1999, p. 38).

- 3 Las otras secciones previstas eran el Instituto Bacteriológico, el Laboratorio de Análisis Químicos y Bromatológicos, el Instituto Vacunagênico, el Serviço General de Desinfecção y hospitales de aislamiento (Ribeiro, 1993).
- 4 Ribas hizo así la misma afirmación que haría Michel Foucault años después: “Y creo que, precisamente, una de las transformaciones más masivas de la derecha política del siglo XIX consistió, no digo exactamente en sustituir, sino en complementar esta viejo derecho de soberanía—hacer morir o dejar vivir—con otro nuevo derecho, que no borrará al primero, sino que lo penetrará, permeará, modificará, y que será un derecho, o mejor dicho, un poder exactamente opuesto: poder de “hacer” vivir y “dejar” morir. El derecho de soberanía es, pues, el derecho de hacer morir o de dejar vivir. Y entonces, se instala este nuevo derecho: el derecho de hacer vivir y dejar morir (Foucault, 2018, p. 202, énfasis del autor).

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, Marta (2003), *República dos Invisíveis: Emílio Ribas, microbiologia e saúde pública em São Paulo. 1898-1917*, Bragança Paulista, Editora da Universidade São Francisco.
- Alves, Geraldo José (1999), *A contabilidade da higiene: representações da mortalidade no discurso médico sanitário de São Paulo (1903-1915)*, Dissertação (Mestrado em História)-Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Bertolli Filho, Claudio (2008), “História da vacina e da vacinação em São Paulo: séculos XVIII e XIX”, *Cadernos de História da Ciência-Instituto Butantan*, 4(1), São Paulo, jan-jun, pp. 85-111.
- Camargo, Alexandre de Paiva Rio (2021), “Estatísticas sanitárias e interdependência social na Primeira República”. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, 28(4), out.-dez., pp. 1007-1035.
- Campos, Cristina de (2015), “A reorganização do setor de obras públicas em São Paulo: uma análise através da trajetória profissional do engenheiro Paula Souza, 1869-1891”, *Oculum ensaios. Revista de Arquitetura e Urbanismo- PUC*, Campinas, 12(1), pp. 151-171, jan.-junho.
- Dias, Maria Odila da Silva (1968), “Aspectos da ilustração no Brasil”, *Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro*, Rio de Janeiro, 278, pp. 105-170, jan./mar.
- Fernandes, Tania Maria Dias (1999), *Vacina antivariólica: ciência, técnica e o poder dos homens (1808-1920)*, Rio de Janeiro, Fiocruz.
- Figuerôa, Sílvia Fernanda de Mendonça; Silva, Clarette Paranhos da; Patata, Ermelinda Moutinho (2004), “Aspectos mineralógicos das Viagens Filosóficas pelo território brasileiro na transição do século XVIII para o século XIX”, *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, 11(3), pp. 713-29.
- Foucault, Michel (2018), *Em defesa da sociedade. Curso no Collège de France (1975-1976)*, São Paulo, Editora WMF Martins Fontes.
- Hocham, Gilberto (1998), *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec.
- Holanda, Sérgio Buarque de (1994), *Visão do Paraíso*, São Paulo, Editora Brasiliense.
- Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (1876, 1909), *Primeiro Relatório sobre a Santa Casa de Misericórdia da cidade de São Paulo, 1875. Provedor Interino Francisco Martins de Almeida*, São Paulo, Typographia de Jorge Seckler.
- Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (1903), *Relatório apresentado à mesa conjunta pelo irmão provedor Dr. José Alves de Cerqueira Cesar em 15 de julho de 1902*, São Paulo, Escola Typographica Salesiana.
- Kury, Lorelay (2001), “Viajantes-naturalistas no Brasil oitocentista: experiência, relato e imagem”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 3 (suplemento), pp. 863-80.
- Kury, Lorelay (2004), “Homens de ciência no Brasil: impérios coloniais e circulação de informações (1780-1810)”, *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*, 11 (suplemento 1), pp. 109-29.
- Latour, Bruno (1993), *The Pasteurization of France*. Cambridge, Massachusetts, London, Harvard University Press.
- Luna, Francisco Vidal; Klein, Herbert (2005), *Evolução da sociedade e economia escravista de São Paulo de 1750 a 1850*, São Paulo, Edusp.
- Meira, Rubião (1905), “As moléstias infectuosas e a hygiene em São Paulo”, *Gazeta Clínica*, 3.
- Murari, Luciana (2009), *Natureza e cultura no Brasil (1870-1922)*, São Paulo, Alameda.
- Pádua, José Augusto (2002), *Um sopro de destruição. Pensamento político e crítica ambiental no Brasil escravista (1786-1888)*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor.
- Ribeiro, Maria Alice Rosa (1993), *História sem fim: inventário de saúde pública*, São Paulo, Unesp.
- São Paulo (1862), *Relatório apresentado, Assembleia Legislativa da Província de São Paulo na 14ª. Legislatura pelo Presidente da Província Doutor João Jacyntho de Mendonça*, São Paulo, Typ. Imparcial de Joaquim Roberto de Azevedo Marques. Disponível: <http://ddsnext.crl.edu/titles/186?terms=Jo%C3%A3o%20Jacyntho%20de%20Mendon%C3%A7a&item_id=5149#?h=Jo%C3%A3o%20Jacyntho%20de%20Mendon%C3%A7a&c=0&m=42&s=0&cv=30&r=0&xywh=-246%2C1719%2C2027%2C1429>. Acesso em: 25/01/2020.

- São Paulo (1870), *Relatório apresentado à Assembleia Legislativa Provincial de S. Paulo, pelo Presidente da Província, Antonio Candido da Rocha no dia 2 de fevereiro de 1870*, São Paulo, Typ. Americana. Disponível: <http://ddsnext.crl.edu/titles/186?terms=Antonio%20Candido%20da%20Rocha&item_id=5109#?h=Antonio%20Candido%20da%20Rocha&c=4&m=71&s=0&cv=1&r=0&xywh=-411%2C-1%-2C3813%2C2690>. Acesso em: 12/02/2020.
- São Paulo (1880), *Relatório apresentado à Assembleia Legislativa Provincial de S. Paulo, pelo Presidente da Província Laurindo Abelardo de Brito no dia 5 de fevereiro de 1880*, Santos, Typ. a Vapor do Diario de Santos. Disponível: <<http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/1024/000002.html>>. Acesso em: 25/01/2020.
- São Paulo (1889a), *Exposição com que o Exm. Snr. Dr. Barão de Jaguará*, passou a administração da Província de São Paulo ao Exm. Snr. General Dr. José Vieira Couto de Magalhães no dia 10 de junho de 1889 / Barão de Jaguará, São Paulo, Typographia a vapor de Jorge Seckler.
- São Paulo (1889b), *Relatório apresentado à Assembleia Legislativa Provincial de São Paulo pelo presidente da província Pedro Vicente de Azevedo*. No dia 11 de janeiro de 1889. São Paulo, Typographia a Vapor de Jorge Seckler & Comp.
- São Paulo (1905), *Relatório apresentado ao Dr. José Cardoso de Almeida, Secretário dos Negócios do Interior e da Justiça pelo Dr. Emílio Ribas, Diretor do Serviço Sanitário do Estado de S. Paulo*, São Paulo, Typographia do Diario Oficial.
- São Paulo (1914), *Annuario Estatístico da Secção de Demographia. (Brasil)*. 1913. Directoria do Serviço Sanitario. Typographia do Diario Oficial, São Paulo. Disponível: <<https://bibliotecadigital.seade.gov.br/view/singlepage/index.php?pubco-d=10011016&parte=1>>. Acesso em: 21/02/2020.
- São Paulo (1916), *Annuario Estatístico da Secção de Demographia. (Brasil)*. 1915. Directoria do Serviço Sanitario. Typographia do Diario Oficial, São Paulo. Disponível: <<https://bibliotecadigital.seade.gov.br/view/singlepage/index.php?pubco-d=10011019&parte=1>>. Acesso em: 21/02/2020.
- São Paulo (1917), *Annuario Estatístico da Secção de Demographia. (Brasil)*. 1916. Directoria do Serviço Sanitario. Typographia do Diario Oficial, São Paulo. Disponível: <<https://bibliotecadigital.seade.gov.br/view/singlepage/index.php?pubco-d=10011019&parte=1>>. Acesso em: 21/02/2020.
- Silva, Márcia Regina Barros da (2010), “Santa Casa de Misericórdia de São Paulo: saúde e assistência se tornam públicas, 1875-1910”. *Varia História*, 26(44), pp. 395-420.
- Silva, Márcia Regina Barros da (2011), “Concepção de saúde e doença nos debates parlamentares paulistas entre 1830 e 1900”. En: Mott, Maria Lucia; Sanglard, Gisele (Org.). *História da saúde em São Paulo: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*, Barueri/São Paulo, Minha Editora/Editora Manole/Editora Fiocruz, vol. 1, pp. 63-92.
- Silva, Márcia Regina Barros da (2019), “História da assistência hospitalar em São Paulo: a subvenção do Estado às misericórdias paulistas”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* (Impresso), Rio de Janeiro, 26 (suplemento), pp. 79-108.
- Teixeira, Luiz Antonio (2003), “Os primórdios da vacina antivariólica em São Paulo: uma história pouco conhecida”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* (Impresso), Rio de Janeiro, 10 (suplemento), pp. 475-498.
- Telarolli Júnior, Rodolpho (1993), “A secularização do registro de eventos vitais no estado de São Paulo”, *Revista Brasileira de Estudos de População*, 10(1-2), pp. 145-156.
- Telarolli Júnior, Rodolpho (1996), *Poder e saúde. As epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*, São Paulo, Editora da UNESP.