

GERALDO JOSÉ ALVES

## A “CONTABILIDADE DA HIGIENE”

Representações da mortalidade no discurso médico demográfico.  
São Paulo (1903-1915)



Dissertação apresentada ao  
Departamento de História da FFLCH  
da Universidade de São Paulo para a  
obtenção do título de Mestre em  
História.

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Amélia  
Mascarenhas Dantes.

São Paulo

1999

BANCA EXAMINADORA

.....

.....

.....

## **Resumo**

A partir dos dados da estatística demógrafo-sanitária sobre as causas de morte e do estabelecimento dos perfis de mortalidade vigentes na população no decorrer do período de 1903 a 1915, será questionada a própria produção destes dados enquanto discurso médico e sanitário que cria representações que circulam nos meios científicos, expandindo-se e interagindo com outros discursos presentes na sociedade. A principal fonte analisada são os **Anuários Demográficos** produzidos pelo Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Para tanto, são buscadas as referências na Classificação Internacional de Doenças e Causas de Óbito que fornecem os quadros para enquadramento das doenças. A morte, enquanto fenômeno social quantificado estatisticamente, é abordada através dos comentários do médico-demógrafo sobre os dados expostos nos Anuários que visam seu controle sanitário através do conhecimento científico de suas causas, detectadas pelos métodos pasteurianos, fonte da pretendida segurança dos diagnósticos. Por fim, o clima, marca uma outra modalidade de representação do meio natural tropical como fundamento causal freqüente para a mortalidade, sendo pontuada a transformação de sua configuração negativa para uma perspectiva otimista que embasa as possibilidade de transformação do meio natural nacional por meio da intensificação das práticas higiênicas.

**PARA**

Meus pais,  
Antônio e Therezinha

Meus irmãos,  
Afonso (em memória), Maria Sílvia,  
Rodolfo e Isabel.

**PARA**

Meu amado filho,  
Luiz

## *Agradecimentos*

Gostaria de expressar a minha gratidão às pessoas que contribuíram, de qualquer modo, para que este trabalho pudesse ser realizado.

Agradeço à Prof<sup>a</sup> Clélia Maria de Castro Tolo e Henrique Levites do IME – USP que em 1990 realizaram uma avaliação estatística preliminar em alguns dados de mortalidade que me interessava conhecer a tendência.

Os professores Augusto Hasiak Santo e Rui Laurenti e demais docentes e pesquisadores do Centro Brasileiro de Classificação de Doenças da Faculdade de Saúde Pública – USP, pela acolhedora e instrutiva incursão que me permitiram usufruir durante a realização dos cursos de treinamento e especialização na Classificação Internacional de Doenças e Causas de Óbitos, entre os meses de julho a setembro de 1990.

O professor Francisco Murari Pires, do departamento de História – USP, que leu o Júlio César numa disciplina de graduação, e nunca mais a minha vida foi a mesma. Como se não bastasse, foi pelas suas mãos que pude ler o magnífico texto de Jean Pierre Vernant *A bela morte e o cadáver ultrajado*, que me possibilitou refletir sobre a relação da morte com a memória que, no fim das contas, alimenta essa tentativa de compreender esse estranho bicho chamado homem.

A professora Maria Célia Paoli me apresentou à essa tal de Sociologia.

Em 1994 frequentei, na condição de ouvinte xereta, a disciplina de pós graduação da professora Lilia Schwarcz, que recebeu o nome de: a) Antropologia e História (caso você seja antropólogo); ou b) História e Antropologia (na razão inversa). Mas sem problemas, afinal, *somos bons vizinhos...*

Foi neste ano que nasceu o meu dádivo e amado pequeno Luiz, fato que, de certa forma, acabou impedindo que eu fizesse um trabalho de fim de curso.

Como castigo, aquele seminário horrível que eu apresentei sobre o *Montaillou* de Le Roy Ladurie, acho que foi o bendito capítulo XIX, impediu-me de dormir

tranquilo por muito tempo. O capítulo 3 dessa dissertação é uma tentativa de retomar o tema, creio ...

Meus companheiros do *Grehscia*, isso mesmo, quer dizer: *Grupo de Estudos em História Social das Ciências*, do qual estive privado da companhia pelos motivos já imaginados. Márcia Regina Barros da Silva, Regina Cândida Ellero Gualtieri, Ana Maria Alencar Alves, Jerônimo Alencar Alves, James Roberto Silva, Marta de Almeida, Marcelo Machado da Silva, vem tentando superar o isolamento e aglutinar experiência, sabedoria e um montão de boas risadas.

Raquel de Azevedo partilhou comigo, nesta reta final de redação do texto, das inseguranças e incertezas que somente são compensados pela rara colonização da razão com os sentimentos mais humanos.

A professora Maria Amélia Mascarenhas Dantes orientou não somente a pesquisa, mas possibilitou entrever virtudes intelectuais e emocionais tão significativas para cada um de nós que compartilhamos com ela nossos projetos de pesquisa e de vida.

Com essas duas magníficas mulheres, quero partilhar a alegria...

“...O choro pode durar uma noite, mas a alegria vem pela manhã. (...)

Tornaste o meu pranto em folguedo (...) e me cingiste de alegria.”

*Salmo 30, 50; 11.*

## Os mortos de sobrecasaca

Havia a um canto da sala um álbum de fotografias intoleráveis,  
alto de muitos metros e velho de infinitos minutos,  
em que todos se debruçavam  
na alegria de zombar dos mortos de sobrecasaca.  
Um verme principiou a roer as sobrecasacas indiferentes  
e roeu as páginas, as dedicatórias e mesmo a poeira dos retratos.  
Só não roeu o imortal soluço de vida que rebentava  
que rebentava daquelas páginas.

*Carlos Drummond de Andrade*

# Sumário

<b>Introdução</b> .....	9
-------------------------	---

## Capítulo 01

### **Contando os mortos, investigando as causas**

Quanto vale a vida humana? .....	23
Nomenclatura e classificação de doenças .....	26
Breve histórico da Classificação Internacional de Doenças e Causas de Óbito .....	28
Por quem os sinos dobram... ..	29
Um 'médico com interesse por números'... ..	31
Snow em tempos de cólera .....	34
Jacques Bertillon e a Internacional .....	39
Seleção de causa básica de morte e epidemiologia .....	44
Higiene e demografia segundo Afrânio Peixoto.....	47

## Capítulo 02

### **A Ortopedia da doutrina**

Uma representação do Universo .....	49
O Serviço Sanitário do Estado de São Paulo .....	52
Higiene, ciências e estatística sanitária em São Paulo.....	53
Instituições médicas e científicas no Brasil do século XIX .....	58
A Seção em três tempos .....	60
Para que serve a demografia, afinal? .....	65
Leituras da leitura .....	69
Nadando em números .....	69
Lição de demografia do dr. Rubião .....	74
O microscópio falou!.....	80

## Capítulo 03

### **Clima e saúde: representações do clima e das condições**

<b>meteorológicas no discurso médico-demográfico paulista</b> .....	86
O inverno de nossa desesperança. ....	88
Vidas aproveitadas .....	94
Quero dizer agora o oposto do que disse antes .....	105
<i>Glorious summer</i> ... ..	107
Os climas regionais de São Paulo .....	115
O clima é o sorriso da sociedade .....	130
É pura ideologia. ....	130
O Brasil não é assim, está assim. ....	148
Tempo doido... ..	155

<b>Conclusão</b> .....	156
------------------------	-----

<b>Fontes</b> .....	159
---------------------	-----

<b>Bibliografia</b> .....	160
---------------------------	-----

<b>Apêndices</b> .....	183
------------------------	-----



## Introdução

“ (...) Entre o nascimento e a morte as sociedades humanas têm um crescimento, desenvolvem-se, procriam, trabalham, declinam: como tudo se faz, em que condições ... é o mister da demografia, utilizando os dados numéricos da *estatística*. Esparso, fragmentário, diverso, decomposto em milhares de fatos individuais que escapam na imensa maioria à apreciação de um só observador, - impossível de realizar-se em condições práticas o congresso constante de todos os observadores, - a *demografia*, entretanto exerce esse milagre de conhecimento global, como se fora sensório comum que recebesse de toda a parte impressões da sociedade e as elaborasse numa consciência coletiva. No que se refere à saúde do homem e da espécie humana, agora e através do tempo, no seu significado médico, antropológico e social, que é a *higiene*, ela constitui o inestimável conhecimento, por onde se consegue saber, julgar e providenciar sobre todos os casos humanos; pode ser praticamente definida: a *contabilidade da higiene* (...)”

Afrânio Peixoto (1926 [1913], v. I, p. 201)

Consideramos hoje um truísmo dizer que as informações pertinentes aos fenômenos e processos verificados na dinâmica de uma determinada população constituem *dados demográficos*. Falamos de *dados* sobre a natalidade, nupcialidade, fecundidade, migrações e mortalidade como evidências plausíveis, construídas através da instrumentalização do método científico, que possibilitam o conhecimento dos fenômenos populacionais.

Na produção pertencente ao campo da história social verificamos com frequência o recurso de assinalar os *dados* da mortalidade geral – e da mortalidade infantil, principalmente – como *índices* das condições de vida de uma determinada classe ou grupo social dentro de um determinado contexto histórico.

Em *A vida fora das fábricas*, Maria Auxiliadora Guzzo Decca investigou o cotidiano operário na cidade de São Paulo entre os anos de 1920 a 1934, utilizando uma grande e diversificada quantidade de fontes.

Logo em seguida a um capítulo em que foram analisados “os salários operários e seu pobre poder de compra”, a autora aponta para o fato de que “a saúde e a higiene do operariado continuam precárias”, pois:

“(...) o ‘estado sanitário da capital’ era considerado bastante ruim de maneira geral. Eram altos os índices de febre tifóide, desintéria [sic], sarampo, lepra, meningite-cérebro-espinhal [sic], tuberculose. Mais que os outros na capital, os bairros operários e pobres sofriam com a falta de saneamento. Nos bairros onde havia pobreza, sem fiscalização, sem rede de esgotos, sem água encanada, onde os poços eram construídos muito próximos das fossas, a contaminação era maior, a mortalidade infantil mais alta.

(...) as estatísticas do Serviço Sanitário confirmavam a pior situação dos distritos pobres e operários no tocante à mortalidade infantil, doenças infecto-contagiosas, etc.” (Decca, 1987, pp. 39-40)

Em *Cotidiano e sobrevivência: a vida do trabalhador pobre na cidade de São Paulo (1890-1914)*, Maria Inez Machado Borges Pinto enunciou e sustentou da seguinte maneira a hipótese de interpretação por ela defendida:

“O peso significativo do setor informal no mercado de trabalho da cidade de São Paulo pode ser globalmente observado, tendo em vista os **dados demográficos** e ocupacionais da metrópole no início do século XX. Em 1900 a cidade possuía cerca de 239 820 habitantes, na sua maioria composta por elementos das camadas inferiores, sendo que em 1901 apenas cinquenta mil formavam a população operária. Assim sendo, calcula-se que a maioria expressiva da população pobre era composta por trabalhadores que viviam à base das pequenas ocupações independentes, do trabalho temporário de baixa remuneração, como também das funções marginais e dos ganhos ilícitos.” (Pinto, 1994, pp. 110-111, grifos meus)

Argumentando em favor da grande proeminência do setor informal no mercado de trabalho paulistano no período estudado, a autora faz recurso ao quadro populacional constituído naquele momento histórico:

“A incapacidade estrutural da economia paulistana em acomodar amplos contingentes da classe trabalhadora disponível no processo produtivo, além de contribuir para o desemprego permanente de largas parcelas do proletariado urbano, influiu decisivamente no crescimento do mercado casual de trabalho e no aparecimento dos mais variados tipos de profissões autônomas. O aumento populacional súbito da cidade, em decorrência do grande influxo imigratório, não foi proporcional ao seu desenvolvimento econômico, às possibilidades de gerar empregos, o que ocasionou

a ampla persistência do casualismo e do semi-emprego.” (Pinto, 1994, p. 111)

Tomando o crescimento populacional como fator propulsor fundamental da constituição do mercado informal de trabalho, a autora analisa a natureza deste fenômeno:

“O alto índice de reprodução espontânea de um grupo de pessoas pobres e desocupadas, que viviam num estado de desemprego crônico, influía diretamente na inchação do setor informal da economia paulistana.

(...) o rápido crescimento demográfico de uma população pobre, desempregada, trazida pela corrente imigratória, e a frequência das flutuações cíclicas de suas atividades, geraram o crescimento vegetativo de uma massa desenraizada, vivendo numa situação ambígua de participação-exclusão, cujas possibilidades de se integrar nas profissões lucrativas estáveis eram reduzidíssimas, estando condenada ao semi-emprego crônico.

(...) A miséria dos meios de subsistência, a subnutrição crônica, as péssimas condições de moradia e higiene, o alto índice de mortalidade infantil, os abortos espontâneos ou provocados, a morte precoce dos adultos eram quase que os únicos controles naturais que solapavam tragicamente o crescimento vegetativo, desmesurado (...)” (Pinto, 1994, p. 113)

O referido estudo constrói assim um quadro demográfico de “crescimento vegetativo” possibilitado pela imigração e pela reprodução natural da população, que mantém uma tendência de incremento positivo, apesar do “alto índice de mortalidade infantil” e da “morte precoce dos adultos”.

Assim caracterizado, o crescimento populacional paulistano gera as condições concretas de existência de uma parcela significativa da sociedade. Ao mesmo tempo, as “camadas inferiores” sofrem as conseqüências mais dramáticas dessa realidade assim constituída: pobreza, miséria, sofrimento e morte.

Nesta perspectiva, a dinâmica populacional é tomada como componente causal fundamental na configuração da realidade social, constituindo esta configuração social os limites das condições de vida de uma parcela significativa da população.

O uso instrumental das informações demográficas, utilizadas como recurso

complementar às coletadas em fontes de outra natureza, constitui uma prática corrente no manuseio da produção dos estudos desenvolvidos pela demografia histórica, como visto nos exemplos citados.

Neste trabalho, porém, os *dados demográficos* serão abordados de modo diverso. Nele as informações populacionais não terão um uso instrumental – como no caso da história social – embora não seja esta também uma investigação de demografia histórica *tout court*: é a história cultural que fornecerá o quadro de referências no qual a análise dos *dados demográficos* estará informada.

Trabalhamos com a noção de história cultural na perspectiva exposta por Roger Chartier, segundo o qual

“A história Cultural, tal como a entendemos, tem por principal objeto identificar o modo como em diferentes lugares e momentos uma determinada realidade social é construída, pensada, dada a ler. Uma tarefa deste tipo supõe vários caminhos. O primeiro diz respeito às classificações, divisões e delimitações que organizam a apreensão do mundo social como categorias fundamentais de percepção e de apreciação do real. (...) São estes esquemas intelectuais incorporados que criam as figuras graças às quais o presente pode adquirir sentido, o outro torna-se inteligível e o espaço ser decifrado.” (Chartier, 1990, pp.16-17)

Esta idéia de que a história cultural interessa-se por entender os “esquemas intelectuais incorporados” pelos sujeitos históricos remete-nos ao conceito fundamental de representação social, que Roger Chartier retoma de Émile Durkheim e Marcel Mauss. Nas palavras de Chartier:

“A noção de ‘representação coletiva’, entendida no sentido que lhe atribuíam [Mauss e Durkheim], permite, conciliar as imagens mentais claras ... com os esquemas interiorizados, as categorias incorporadas, que as gerem e estruturam. Aquela noção obriga igualmente a remeter a modelação destes esquemas e categorias, não para processos psicológicos, sejam eles singulares ou partilhados, mas para as próprias divisões do mundo social. Desta forma, pode pensar-se uma história cultural do social que tome por objeto a compreensão das formas e dos motivos – ou, por outras palavras, das representações do mundo social – que, à revelia dos

atores sociais, traduzem as suas posições e interesses objetivamente confrontados e que, paralelamente, descrevem a sociedade tal como pensam que ela é, ou como gostariam que fosse.” (Chartier, 1990, p. 19)

Entender as representações coletivas como geradoras e estruturantes da compreensão que se elabora sobre o real possibilita-nos, por outro lado, questionar sobre o fato de que estas representações não são de modo algum insípidas e ingênuas fórmulas de apreensão e de produção discursiva. Estas representações são portadoras de um sentido próprio, que revela-nos sua inserção e sua tendência no processo histórico.

“As representações do mundo social assim construídas, embora aspirem à universalidade de um diagnóstico fundado na razão, são sempre determinados pelos interesses de grupo que as forjam. Daí, para cada caso, o necessário relacionamento dos discursos proferidos com a posição de quem os utiliza. (...) As percepções do social não são de forma alguma discursos neutros: produzem estratégias e práticas (sociais, escolares, políticas) que tendem a impor uma autoridade à custa de outros, por elas menosprezados, a legitimar um projeto reformador ou a justificar, para os próprios indivíduos, as suas escolhas e condutas. Por isso esta investigação sobre as representações supõe-nas como estando sempre colocadas num campo de concorrências e de competições cujos desafios se enunciam em termos de poder e de dominação.

As lutas de representações têm tanta importância como as lutas econômicas para compreender os mecanismos pelos quais um grupo impõe, ou tenta impor, a sua concepção do mundo social, os valores, que são os seus, e o seu domínio. Ocupar-se dos conflitos de classificações ou de delimitações não é, portanto, afastar-se do social – como julgou durante muito tempo uma história de vistas demasiado curtas –, muito pelo contrário, consiste em localizar os pontos de confronto tanto mais decisivos quanto menos imediatamente materiais.” (Chartier, 1990, p. 17)

Neste sentido cabe ao historiador

“(...) considerar os esquemas geradores das classificações e das percepções, próprios de cada grupo ou meio, como verdadeiras instituições sociais, incorporando sob a forma de categorias mentais e de representações coletivas as demarcações da própria organização social (...)” (Chartier, 1990, p. 18)

Por este motivo, salienta Roger Chartier,

“A definição de história cultural pode, nesse contexto, encontrar-se alterada. Por um lado, é preciso pensá-la como a análise do trabalho de representação, isto é, das classificações e das exclusões que constituem, na sua diferença radical, as configurações sociais e conceituais próprias de um tempo ou de um espaço.(...)”

Por outro lado, esta história deve ser entendida como o estudo dos processos com os quais se constrói um sentido. Rompendo com a antiga idéia que dotava os textos e as obras de um sentido intrínseco, absoluto, único – o qual a crítica tinha a obrigação de identificar -, dirige-se às práticas que, pluralmente, contraditoriamente, dão significado ao mundo. Daí a caracterização das práticas discursivas como produtoras de ordenamento, de afirmação de distâncias, de divisões; daí o reconhecimento das práticas de apropriação cultural como formas diferenciadas de interpretação.” (Chartier, 1990, pp.27-28)

Assim, para trabalhar com informações sobre uma dada população no âmbito de uma história cultural será preciso em primeiro lugar questionar o conteúdo da expressão *dados demográficos*, no sentido em que ela encerra uma correlação com a idéia de *fato histórico*.

Constitui um consenso metodológico entre os historiadores que os fatos por eles estudados não são *dados*, ou seja, não são eventos unitários que o trabalho de pesquisa pode reconstruir paulatinamente pela adição de fragmentos informados cumulativamente pelas informações colhidas nos documentos. Nas palavras de Jean Glénisson,

“Que é, na realidade, um fato (tomado no sentido restritivo de acontecimento, como o entendem (...) na prática, a imensa maioria dos historiadores)? Nada além de uma abstração, uma construção(...)” (Glénisson, 1983, p. 130)

Se os fatos históricos são uma construção do historiador, também os *dados demográficos* são aqui entendidos como produto de um processo que os constrói, que os modela.

As abstrações que constróem os *dados demográficos*, entretanto, não podem

ser entendidas como entidades sobre-humanas e a-históricas. Como advertiu Lucien Febvre, não são “conceitos saídos de inteligências desencarnadas”.

São antes a expressão de uma vontade de saber sitiada pelas possibilidades e necessidades da ação prática de sujeitos históricos concretos. Neste caso, são formuladas por um protagonista interessado - cientista, demógrafo, médico, sanitarista, cientista social, etc. – observador e agente na realidade histórica.

Também a concepção de documento nega qualquer natureza apriorística aos objetos materiais sobre os quais a pesquisa histórica se realiza.

“Recolhido pela memória coletiva e transformado em documento pela história tradicional, (...) ou transformado em **dado** nos novos sistemas de montagem da história serial, o documento deve ser submetido a uma crítica mais radical”. (Le Goff, 1994, pp. 542-543, grifos no original.)

Essa crítica mais radical nos conduz à concepção de documento / monumento, influenciada pela obra de Michel Foucault, segundo o qual:

“O documento (...) não é mais, para a história, essa matéria inerte através da qual ela tenta reconstituir o que os homens fizeram ou disseram, o que é passado e o que deixa apenas rastros: ela procura definir, no próprio tecido documental, unidades, conjuntos, séries, relações. É preciso desligar a história da imagem com que ela se deleitou durante muito tempo e pela qual encontrava sua justificativa antropológica: a de memória milenar e coletiva que se servia de documentos materiais para reencontrar o frescor de suas lembranças; ela é o trabalho e a utilização de uma materialidade documental (...) que apresenta sempre e em toda a parte (...) formas de permanências, quer espontâneas, quer organizadas.

O documento não é o feliz instrumento de uma história que seja, em si própria e com pleno direito, **memória**: a história é uma certa maneira de uma sociedade dar estatuto e elaboração a uma massa documental de que se não separa.” (Foucault, 1987a, pp. 7-8, citado parcialmente em Le Goff, 1994, pp. 545-546, grifos nos originais.)

Entendidos dessa forma, documento e fato histórico são *construções* do objeto estudado e, ao mesmo tempo, expressões significativas dos moldes que delimitam, produzem e dão sentido à vontade de saber do sujeito do

conhecimento e do grupo social no qual ele existe e do qual ele é tanto produto quanto produtor.

Neste sentido, os dados demográficos não são o índice que permite apreender uma realidade histórica, eles constituem uma forma determinada de representação desta realidade.

Esta pesquisa tem como principal fonte documental o conteúdo dos **Anuários Demográficos** da *Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo*, no período de 1903 a 1915, momento imediatamente anterior a mudanças verificadas na direção deste órgão oficial e da seção a ele subordinada. Uma data a ser retida é o ano de 1917, quando o médico e cientista Emílio Marcondes Ribas<sup>1</sup> deixa a direção do Serviço Sanitário paulista, sendo substituído pelo também médico e cientista Arthur Neiva. Juntamente com Ribas, deixa o cargo de chefia da Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária o médico Domingos Rubião Alves Meira, sendo sucedido na função pelo médico Carlos Meyer.

Os **Anuários Demográficos** são a materialização de um ingente esforço do Serviço Sanitário de contar com estatísticas vitais confiáveis e, a julgar pelos indícios verificados na bibliografia, o Estado de São Paulo foi o primeiro Estado da União<sup>2</sup>, seguindo as iniciativas da Corte imperial, a produzi-las tão extensamente quanto possível.

Sendo o objetivo deste trabalho o estudo das estatísticas de mortalidade produzidas pela Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária do Serviço Sanitário Paulista durante os anos iniciais da implantação dos trabalhos de pesquisa, análise e publicação de estatísticas vitais da população paulista, compreendendo os anos de 1903 a 1915, um dos objetos mais constantes da análise serão os *dados* aí apresentados.

Coerentemente com as posturas anteriormente avançadas sobre as concepções

---

<sup>1</sup> Sobre a administração de Emílio Ribas frente ao *Serviço Sanitário*, remeto ao trabalho fundamental de Almeida, 1998.

<sup>2</sup> Ver: Hochman, 1998; Paula, 1991; Telarolli Júnior, 1993 e 1996; entre outros.



de fato e de documento, as informações tomadas junto às fontes dessa pesquisa serão consideradas no seu aspecto de produtos de um amplo – e não poucas vezes contraditório – processo de produção, e não como evidências ou testemunhos da realidade em foco.

O aparato de apresentação das informações sobre a mortalidade de uma população são bastante conhecidos: tabelas, gráficos, diagramas e demais formas de representação gráfica, onde a quantificação dos fenômenos estudados está submetida sempre ao princípio tácito de que “os números falam por si”. Uma das premissas básicas deste trabalho é justamente a negação dessa crença tão difundida tanto no princípio do século quanto no momento presente.

Assim, as referências aos *dados demográficos* – mortalidade, natalidade, fecundidade, nupcialidade etc. – coligidos juntos às fontes documentais, são entendidas aqui como atribuições feitas pelos autores das estatísticas, constituindo-se, portanto, representações produzidas sobre uma determinada realidade histórica.

Estas representações buscam produzir a apreensão e compreensão de diversos processos e fenômenos sociais, elaborando imagens plausíveis e articuladas sobre a saúde e a doença, sobre a população, sobre o espaço da cidade enquanto cenário social e paisagem natural, sobre a ciência, a medicina, a saúde pública, a demografia sanitária; enfim, constroem os moldes de entendimento da realidade circundante aos atores sociais – e sobre eles próprios, definindo e difundindo critérios considerados úteis, porque racionais, para as ações de intervenção – política, econômica, sanitária, policial, educativa, etc. – no espaço urbano assim concebido.

Fazendo analogia a uma idéia relatada por Carlo Ginzburg, “freqüentemente eu me sentia como se observasse por sobre os ombros” do médico demógrafo, “seguindo as suas pegadas” (Cf. Ginzburg, 1991, p. 12). Também minha “identificação emocional” com a população estudada se opunha ao olhar analítico do médico demógrafo, transfigurado assim num inquisidor da ciência.

As semelhanças, porém, param por aí.

Mesmo concordando com Ginzburg que o “desejo de verdade por parte dos inquisidores (a verdade deles, naturalmente) produziu um testemunho extremamente rico para nós ... [ainda que] ... profundamente distorcido”, não há uma “identificação intelectual” – mesmo que contraditória – com o “meu” inquisidor.

Aqui, ele e sua produção de representações são os *objetos* da investigação, e não um recurso heurístico de acesso a uma realidade histórica da demografia, das condições de saúde e doença ou das políticas de saneamento realizadas no período enfocado.

Não se trata, portanto, de conhecer os perfis de mortalidade e os padrões de evolução dos grupos de causas de óbito dentro da população da cidade de São Paulo no final do século XIX e início do século XX *através* dos relatos “extremamente ricos em informações” contidos nos **Anuários Demográficos** da Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, *embora* “profundamente distorcidos” pelo viés do seu produtor, o médico que chefia a Seção.

Trata-se antes, de tomar como objeto mesmo da investigação a natureza e conformação do próprio olhar que recorta as informações coletadas junto ao registro civil, compõe e analisa estes perfis e padrões de comportamento da população dentro de um determinado quadro de percepção, quadro esse constituído a partir de múltiplas referências empíricas e teóricas, de uma determinada perspectiva de interpretação do processo econômico, social e político, determinado manuseio das técnicas consideradas então científicas – clínicas, epidemiológicas, demográficas, sanitárias, sociológicas etc. - disponíveis para realização desta produção.

Neste sentido, a produção das estatísticas demográfico-sanitárias será abordada como um discurso portador de representações constituídas por um determinado grupo de cientistas sobre o momento histórico no qual eles não somente contemplam processos sociais através dos filtros produzidos pela evolução do discurso científico, mas também participam ativamente desse processo como atores sociais, quando então esta *vontade de saber* legitima

condutas, prescreve normas técnicas e metodológicas, traduzem preceitos morais e psicológicos que elaboram e dão sentido a uma identidade que se constrói dentro deste quadro de referências.

Fazendo recurso à expressão criada por Marilena Chauí, optei por tomar as análises do médico-demógrafo como um protótipo do discurso competente que, *define* a autora:

“O discurso competente é o discurso instituído. É aquele no qual a linguagem sofre uma restrição que poderia ser assim resumida: não é qualquer um que pode dizer a qualquer outro qualquer coisa em qualquer lugar e em qualquer circunstância. O discurso competente confunde-se, pois, com a linguagem institucionalmente permitida ou autorizada, isto é, com um discurso no qual os interlocutores já foram previamente reconhecidos como tendo o direito de falar e ouvir, no qual os lugares e as circunstâncias já foram predeterminados para que seja permitido falar e ouvir e, enfim, no qual o conteúdo e a forma já foram autorizados segundo os cânones da esfera de sua própria competência.” (Chauí, 1989, p. 7).

Tomar o discurso científico como objeto de pesquisa, nestes termos, implica refletir sobre seu papel fundamental como *locus* de elaboração de representações sociais que ganharam significado inaudito na moderna civilização ocidental.

A produção da história social demonstrou nos últimos anos uma preocupação fundamentalmente crítica para com o método e o discurso científico, entendidos como segmentos inextricáveis da própria historicidade da constituição do mundo contemporâneo. Essa perspectiva crítica associou o discurso científico como sendo o discurso ideológico da história do mundo após a Revolução Industrial.

No livro de Nicolau Sevcenko, *Literatura como missão: tensões sociais e criação cultural na Primeira República*, o contraponto entre a obra de Euclides da Cunha e Lima Barreto inscreve-se numa dicotomização necessária entre discurso científico como o oposto daquele cultural ou literário.

“Assim, por exemplo, veríamos Euclides da Cunha deslumbrar-se com ‘as magias da ciência, tão poderosas que espiritualizam a

matéria', enquanto Lima Barreto nela via somente uma fonte de preconceitos e superstições." (Sevcenko, 1989, p.123.)

Assim expressa-se uma determinada apreensão sobre a natureza, a história e o papel do discurso científico. E é desta forma emblemática que se expressa sua associação com o projeto civilizador europeu:

"Ciência, raça e civilização constituíam pois, um sistema indefectível de crenças e valores que sustentavam o domínio europeu sobre o mundo até a I Guerra Mundial. Traduziam-se por uma forma típica de economia, sociedade e organização política, tidos como indiscutivelmente superiores". (Sevcenko, 1989, p.124.)

Em outro trabalho, no qual seu autor, Sidney Chalhou, coloca-se como especialista em história social "por formação, teimosia e opção política", o discurso científico também é entendido como pertencente a uma esfera específica – aquela destinada unicamente à dominação dos "de abaixo". Em seu instigante trabalho *Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial*, Sidney Chalhou exprime-se nestes termos:

"Tenho dúvidas se os médicos que redigiam os relatórios sobre a vacina no século XIX poderiam jamais perceber – e então registrar – o sentido cultural e religioso das variolizações de que tinham notícia. Os esculápios lanceteiros pensavam apenas que lutavam contra 'preconceitos' e 'ignorância'; ou seja, sua visão estava informada apenas pelos preconceitos e ignorância característicos de sua própria 'ciência'." (Chalhou, 1996, pp. 149-150)

Se podemos concordar plenamente com os autores citados de que o discurso científico é parte constitutiva do contexto ideológico de afirmação da moderna civilização européia e de seu processo de expansão e domínio imperialista, cabe entretanto lembrar que toda e qualquer forma de representação da realidade somente pode ser entendida no contexto de sua historicidade, quadro no qual ela ganha inteligibilidade e sentido.

Citando novamente Marilena Chauí, a tarefa do pensamento crítico deve ser o de resgatar a historicidade que dá existência concreta e significado a esse

discurso que, uma vez institucionalizado, ganha a dimensão de discurso competente justamente '*porque perdeu os laços com o lugar e o tempo de sua origem*' (Chauí, 1989, p. 7).

Neste sentido, prossegue a autora,

“(...) não é paradoxal nem contraditório em um mundo como o nosso, que cultua patologicamente a cientificidade, surgirem interdições ao discurso científico.” (Chauí, 1989, p. 7)

Assim, a opção da recente historiografia em buscar no conceito de cultura um possível antídoto contra o discurso científico, considerado nestes termos ideológico, também deve ser entendida com reservas, uma vez que não é na 'interdição do discurso científico' que necessariamente encontrar-se-á a crítica ao culto patológico da cientificidade.

Mesmo o discurso historiográfico pode – e muitas vezes o é - uma forma de discurso competente, na medida em que “pode ser proferido, ouvido e aceito como verdadeiro ou autorizado”. (Chauí, 1989, p. 7)

O objetivo deste trabalho será investigar uma certa modalidade de discurso científico, procurando restituí-lo ao 'lugar' e ao 'tempo' de sua produção, na busca da historicidade que o constituiu enquanto uma representação plausível da realidade social.

No capítulo 1 tento traçar um esboço sobre a história da quantificação como instrumento de apreensão do real, de formulação de métodos de abordagem social, dando ênfase ao contexto histórico de surgimento dos sistemas de classificação de fenômenos patológicos, examinando a trajetória de desenvolvimento da *Classificação Internacional de Doenças e Causas de Óbito*, na medida em que é esta a forma utilizada pelos Anuários Demográficos para classificar os dados da mortalidade verificados na cidade de São Paulo no período de 1903 a 1915.

Início a análise partindo das concepções que alguns sanitaristas e epidemiologistas articulam sobre a natureza e necessidade da Classificação,

passando em seguida a traçar uma história da idéia de classificação de doenças, relacionando-a com o contexto de evolução da política econômica mercantilista e cameralista do século XVII.

No capítulo 2 exploro informações que levaram o Serviço Sanitário do Estado de São Paulo a criar uma Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária, que recebeu a incumbência de publicar boletins demográficos regulares, além dos Anuários Demográficos, cujo conteúdo exploro sob o ponto de vista de alguns eixos temáticos que concentram representações significativas sobre o discurso científico, a revolução pasteuriana e bacteriológica e seu impacto na concepção de causalidade patológica.

No capítulo 3 desenvolvo o tema das representações articuladas sobre o clima como fator da salubridade do meio, enfocando os comentários presentes nos Anuários Demográficos, contrastando em seguida, essas percepções com a de outros cientistas e personalidades públicas.

## Capítulo 1

### *Contando os mortos, investigando as causas*

#### *Quanto vale a vida humana?*

*Aritmética política ou Um discurso sobre a extensão e o valor das terras, gentes, edifícios; lavouras, manufaturas, comércio, pesca, artesãos, marinheiros, soldados; arrecadação pública, juros, impostos, lucros excedentes, registros, bancos; avaliação dos homens, aumento do número de marinheiros, da milícia, dos portos, situação da navegação, do poderio naval etc. – com relação a todos os países em geral, porém mais particularmente aos territórios de Sua Majestade da Grã-Bretanha e a seus vizinhos da Holanda, Zelândia e França.*

Este é o título do livro escrito, em 1690, por Sir William Petty, membro da *Royal Society*, a quem interessava, como podemos perceber, colocar todos os conhecimentos e experiência que pôde reunir durante a sua existência à serviço de Sua Majestade Real.

A *Aritmética política* de Petty, chama a atenção não somente pela extensão do seu título integral, mas também porque explicita as idéias do autor sobre o que constitui o cabedal do Reino: a associação de gentes, coisas e relações sociais. Considera, neste sentido, a “avaliação dos homens” tão importante para a riqueza da nação quanto o são as “lavouras, manufaturas, comércio, pesca”; a destreza, habilidade e dedicação dos “artesãos, marinheiros, soldados” encontra-se relacionada ao lado da “arrecadação pública, juros, bancos”.

Em outro texto de Sir William Petty, *Verbum sapienti*<sup>1</sup>, o capítulo II traz o título *Do valor da população*. Nele podemos ler mais sobre o que o autor considera ser a natureza e o propósito de tal valor:

---

<sup>1</sup> O tradutor da obra nos avisa que esta expressão “é uma forma contrata do ditado latino *Verbum sat sapienti (est)*, que em português corresponde a “para bom entendedor, meia palavra basta”. Em inglês, a forma consagrada é *A word to the wise*, literalmente “uma palavra

“Se os recursos do reino, que rendem apenas 15 milhões, valem 250 milhões, então o povo, que rende 25 milhões, vale 416 2/3 milhões. –Embora se faça o cálculo do indivíduo humano como se considerássemos o valor que renderia em 8 anos, a própria espécie humana vale tanto quanto a terra, sendo, como sabemos, de natureza igualmente perpétua.

Se 6 milhões de pessoas valem 417 milhões de libras esterlinas então cada pessoa vale 69 libras, ou cada um dos 3 milhões de trabalhadores vale 138 libras, calculando-se o rendimento de 7 anos, a cerca de 12 pence por dia. Não é preciso, nesse caso, computar mais que o necessário para a subsistência do trabalhador.” (Petty, 1996, p. 117)

E o que poderia ser aconselhado a Sua Majestade diante destes cálculos?

Deixemos que o autor o conte:

“Daí se concluí que, se 100 mil pessoas morreram de peste – afora as que morreram de causas normais – , isso representou uma perda de cerca de 7 milhões para o reino. Conseqüentemente, não teriam sido bem gastos 70 mil libras para evitar essa perda cem vezes maior?” (Petty, 1996. p. 117)

Apesar deste conhecimento não ter podido evitar a queda da dinastia dos *Stuarts*, seus ensinamentos tornaram-se de grande utilidade e percorreram o mundo, ganhando o reconhecimento de homens de governo e de cientistas que incluíam a curiosidade sobre a sociedade entre seus interesses.

Aqui mesmo, no Brasil, podemos ver o quanto frutificou a árvore plantada no final do século XVII por *Sir William Petty*. O médico Afrânio Peixoto, por exemplo, relatou avaliações sobre o valor da vida humana: 3:000\$000 para os homens e 2:000\$000 para as mulheres, segundo Aureliano Portugal, 6:333\$340 para os homens e 4:166\$670 para as mulheres, como queria Carlos Seidl ou, tomando-se a vida útil de um homem no período dos 16 aos 55 anos de idade, ele valeria 32:120\$000, enquanto uma mulher estaria avaliada em 21:413\$000, no Brasil. Quando fez avançar suas próprias estimativas, preferiu valorizar o brasileiro (entendido como homem, adulto e trabalhador), tendo

---

para o sábio”, *cf.* Petty, 1996, p. 109. Neste volume da coleção *Os economistas* foram enfileirados, sob a designação genérica de *Obras econômicas*, três trabalhos de *Sir William Petty*: *Tratado dos impostos e contribuições*; *Verbum sapienti* e *Aritmética política*; contando também com a obra de François Quesnay. Na apresentação do volume, o conhecido



avaliado seu valor em 9:600\$000 ou 16.000 francos anuais. (cf. Peixoto, 1926 [1913], v. I, pp. 11-12)

Sendo este estudo em parte dedicado a investigar as raízes históricas da *Classificação Internacional de Doenças e Causas de Óbitos*, fui imiscuindo-me, pelo estudo do tema, pouco a pouco, no panteão dos seus *pais fundadores*. Na bibliografia que consultei, os autores consideram unanimemente a seguinte linhagem de descendência: dos estudos pioneiros do inglês John Graunt, passa-se às contribuições de seu conterrâneo William Farr, até chegar, finalmente, à Classificação proposta pelo francês Jacques Bertillon, autor do protótipo da *Classificação* atualmente em uso.

Decidido a começar do começo, procurei os escritos de John Graunt. Encontrei somente citações indiretas e descrições rápidas de suas contribuições. Havia quase desistido de localizar e conhecer tão misteriosa personagem, quando descobro, para meu espanto, um livro na prateleira de uma biblioteca. O título da obra: *The economic writings of Sir William Petty together with the Observations upon the Bills of Mortality more probably by captain John Graunt*.

Para aumentar ainda mais minha inquietação, verifico que o nome da coleção em que foi publicada esta obra chamava-se *Reprints of Economic Classics*.

O fundador do método quantitativo na análise dos dados da mortalidade tinha-se transformado, repentinamente, num obscuro *captain* John Graunt, a quem atribuía-se a autoria – *more probably by* – das Observations...

Percebi então que, para entender o que fizera John Graunt, tinha de apreender não somente o conteúdo de sua obra, mas principalmente compreender que ele fazia parte de um circuito que reunia homens com algumas ambições intelectuais e que partilhavam crenças comuns em algumas questões, e que, sem eles, a obra de Graunt não sobreviveria isolada.

---

economista brasileiro Roberto Campos chama a atenção do leitor para as similitudes entre os dois autores: "(...) ambos foram médicos-economistas". cf. Petty, 1996, p. 7.

## *Nomenclatura e classificação de doenças*

Em torno do fenômeno morte e das reflexões que pôde suscitar, sempre uma questão despertou nos homens um fio de curiosidade: a causa ou causas que levam à morte. "Não o 'porque?' mas sim 'do que?' ou 'como?'" (Laurenti, s.d., p. 1)

Esta curiosidade, porém, não era diletante ou estéril. Pelo contrário, já na sua formulação esta curiosidade possuía um objetivo prático, pois, no encaixo de diminuir o sofrimento e a letalidade que as doenças causavam, fazia-se necessário conhecer suas causas. Laurenti prossegue:

"Na procura ou tentativa incessante do homem para evitar a morte ele verificou, com o correr dos tempos, que era importante conhecer o que estava acontecendo quanto às causas de morte em diferentes populações, comparando-as com a sua. Era importante, visto que se em um determinado agrupamento humano não ocorriam ou ocorriam muito poucas mortes por uma causa específica, é porque havia alguma coisa que a prevenia ou impedia o aparecimento da mesma. (...) O homem (...) passou a se interessar por comparações no campo das causas de morte, isto é, comparar frequência de doenças." (Laurenti, s.d., p. 2)

Como a profilaxia estava, assim, vinculada necessariamente com a questão da comparabilidade dos dados, tornou-se evidente que o primeiro passo prático seria o de uniformizar a linguagem usada na nomenclatura médico-sanitária de diferentes áreas geográficas e populações. Isto é "determinado agravo à saúde, que produzisse determinados sintomas, sinais, bem como alterações patológicas específicas, precisava receber o mesmo rótulo (isto é diagnóstico) em qualquer lugar do mundo. Necessitou-se então de uma nomenclatura de doenças, isto é, de uma lista que contivesse todos os termos diagnósticos pelos quais eram chamados as doenças."

Como o próprio nome induz, elaborar uma nomenclatura significa criar uma lista, uma relação ou catálogo que tenha por objetivo principal nomear corretamente cada uma das categorias, ou seja, elaborar uma *terminologia*,

uma expressão mais precisa e uniforme que descreva (...) o diagnóstico.” (Laurenti, s.d., p. 3)

Uma vez elaboradas as nomenclaturas, iniciaram-se os estudos e análises estatísticas das causas de morte. Percebeu-se porém que uma nomenclatura, sozinha, não satisfazia as condições ótimas para o desenvolvimento dessas análises, principalmente porque muito extensas e exaustivas, pois apresentavam as doenças de modo muito detalhado, incluindo minúcias que dificultavam uma generalização das análises. Tomada como variável para uma análise estatística, as doenças necessariamente impõem um grande número de categorias. Por outro lado não estava claro ainda que tipo de lógica ou ordem deveria reger as hierarquizações propostas até então: ordem alfabética, numérica, nosológica, etc.

Fazia-se necessário, a partir das nomenclaturas já existentes, elaborar uma *classificação de doenças* que causavam a morte, ou seja, o interesse era trabalhar com um número limitado de *grupos de causas* e não com os *causas individuais*. A lógica ou ordenação da classificação deverá contemplar os interesses colocados em jogo no momento e no objetivo das análises. O eixo da classificação poderá ser anatômico, etiológico, anátomo-funcional (localização), anátomo patológico (morfologia das neoplasias), clínico ou epidemiológico (referente ao risco) ou mesmo por uma combinação de eixos.

O texto de introdução do *Manual da Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbito*<sup>2</sup>, alerta que há várias maneiras de se classificar as doenças:

“O anatomista, por exemplo, desejaria talvez uma classificação baseada na localização da afecção, ao passo que o patologista está principalmente interessado na natureza do processo mórbido, o médico sanitário na etiologia e o clínico na manifestação particular objeto de sua assistência. Em outras palavras, existem muitos eixos de classificação e o interesse do investigador determinará aquele eixo a ser escolhido. A classificação estatística das doenças e dos traumatismos depende, portanto, do uso que terão os dados a serem colhidos.” (CID-9, 1985, p. VII)

---

<sup>2</sup> O *Manual da Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de óbito*, 9ª Revisão (1975), OMS, 1985, será doravante citado como CID-9.

A natureza da classificação em medicina implica ordenar de forma a alocar *igual com igual*, ou *semelhante com semelhante*. O objetivo da classificação é criar condições para as generalizações científicas, além de possibilitar o aproveitamento, pela conservação, das experimentações bem sucedidas na medicina, uma vez que a experiência aprendida com um paciente - de como manusear uma doença particular - ou grupo de pacientes, poderá servir para o tratamento de outros.

Neste sentido - classificação - em particular, o conhecimento médico se baseava numa pressuposição filosófica - herdada dos gregos: antropós micrós cosmos, o homem é um microcosmo - que acreditava numa certa *uniformidade na natureza*, ou seja, que as doenças têm um certo curso clínico semelhante. Ou seja, independentemente dos casos atípicos de uma moléstia, a classificação pressupõe que a maioria dos casos segue um determinado *padrão de semelhança*.

Assim, podemos considerar que uma boa classificação de doenças deva atender aos critérios de utilidade, naturalidade, exaustividade, flexibilidade e, principalmente, de simplicidade. Uma boa classificação pressupõe uma boa nomenclatura, o que implica dizer que estes conceitos têm, apesar de buscarem preencher objetivos diferentes, uma ação complementar.

### ***Breve histórico da Classificação Internacional de Doenças e Causas de Óbito***

Vários textos médicos que chegaram até nós comprovam a consciência que as civilizações egípcia, assíria e indiana possuíam das especificidades que envolviam as várias entidades patológicas: o Papiro Ginecológico de *Kahun* de cerca de 1900 a.C.; o Papiro *Edwin Smith* de cerca de 1600 a.C.; o Papiro de *Ebers* de cerca de 1500 a.C.; as tabuletas de argila da Biblioteca de Nínive sob o rei Assurbanipal entre 668-626 a.C.; e o *Charaka Samhita* de cerca do ano 100 d.C. Além destes, encontramos pela primeira vez a idéia de uma *classificação ordenada* no *Sushruta Samhita* de cerca do ano 600 d.C., que já arrolava doenças e injúrias, ou seja, percebia uma distinção entre *causas*

*endógenas e causas externas* de penas ao corpo humano. (cf. Wells, 1984, pp. 18-33)

### *Por quem os sinos dobram...*

No início dos tempos modernos surgiram os primeiros estudos estatísticos sobre as doenças. Nesse contexto, a moderna epidemiologia remonta ao inglês John Graunt. Façamos, porém, um pequeno histórico do que precedeu e mesmo possibilitou o trabalho do homem considerado o pioneiro neste segmento de estudos: John Graunt., no século XVII.

Por volta de 1532, em Londres, era época de peste e o Conselho Municipal decidiu realizar uma contagem dos mortos por peste ou por outras causas. Este registros, semanais, eram coletados da seguinte forma:

"When any one dies, then, either by tolling, or ringing of a Bell, or by bespeaking of a Grave of the Sexton, the same is known to the Searches, corresponding with the said Sexton. The Searchers hereupon (who are antiente matrons, sworn to their office) repair to the place, where the dead Corps lies, and by view of the same, and by other enquiries, they examine by what Disease, or Casualty the Corps died." (cf. Monson, 1980, p. 1)

Foram coletados desta forma por mais de 100 anos os dados referentes às mortes ocorridas em Londres até que, sem que se saiba bem ao certo por que motivo especial, um mercador de tecidos - John Graunt - se interessou por estudá-los.

Já se pode ver de início um toque inusitado no pioneirismo de Graunt: foi um leigo que iniciou os primeiros estudos de mortalidade que originaram a epidemiologia moderna; não sendo nem médico nem estatístico, Graunt iniciou uma tradição, respeitada até hoje nos meios biomédicos, do espectro multidisciplinar que envolve tudo em torno dos estudos de mortalidade e das estatísticas vitais em geral.

Logo nas primeiras análises que Graunt fez sobre os *The London Bills of Mortality*, possibilitaram-lhe perceber, de forma sintética, os "princípios elementares da epidemiologia:

- 1 - Voluminous data should be reduced to a few perspicuous tables;
- 2 - The description of these data should be brief;
- 3 - The interpretation of these data should be conservative;
- 4 - Profit may be gained by observing data arising from populations." (Monson, 1980, p. 2)

Assim, Graunt foi o primeiro a verificar que havia mais nascimentos do sexo masculino que feminino e também a "superioridade da mortalidade masculina sobre a feminina, da urbana sobre a rural e, visando estudar as mortes de crianças menores de seis anos (a idade das pessoas não constava dos assentamentos paroquiais), tomou todos os assentamentos como base, selecionando dos mesmos, aqueles cuja causa de morte fosse - em seu entendimento - compatível com a idade visada. Estudos posteriores mostraram que os percentuais de morte nessa faixa etária, estimados por Graunt, com essa metodologia, não estavam longe da verdade." (Jorge, 1990, p. 9)

Foi assim que Graunt estimou a divisão da mortalidade londrina por faixas etárias pela primeira vez na história:

---

Óbitos por faixas etárias (em 100 óbitos)

---

óbitos nos 6 primeiros anos (0 - 6)	36
óbitos nos 10 anos seguintes (6 - 16)	24
óbitos na segunda década (16 - 26)	15
óbitos na terceira década (26 - 36)	09
óbitos na quarta década (36 - 46)	06
óbitos na próxima década (46 - 56)	04
óbitos na próxima década (56 - 66)	03
óbitos na próxima década (66 - 76)	02
óbitos na próxima década (76 - ...)	01
<i>Total:</i>	100

---

*Fonte:* Monson, 1980, p. 2.

---

Como todo trabalho no novo campo de atuação exigia, a preocupação médico-sanitária estava indissociavelmente vinculada às questões metodológicas e práticas da aplicação da demografia. John Graunt não descuidou destes aspectos, tendo ele sido um rigoroso observador e crítico dos métodos de coleta e análise dos dados. Monson observou esta preocupação:

"The numbers may or may not reflect facts. More than one explanation usually is possible. The role of the epidemiologist is to collect the data in as accurate a manner as possible and to suggest possible explanations. More definite interpretation must be provided by persons who can judge not only the data but also the data collector." (cf. Monson, 1980, p. 2)

Graunt também foi o responsável pela elaboração pelas primeiras tábuas de vida, aproveitando seu material básico de observação e construindo um modelo teórico. Publicou em 1662 seu trabalho fundamental, *Natural end Political Observations Made upon the Bills of Mortality*, onde listou 83 causas de morte, muitas das quais ainda são identificáveis hoje <sup>3</sup>.

### *Um 'médico com interesse por números' ...*

Durante o século XVIII - quase cem anos depois do trabalho pioneiro de Graunt - surgiram novas contribuições à pesquisa e operacionalização da classificação das causas de morte. François Bossier de Lacroix, melhor conhecido como Sauvages (1706-1777) foi o primeiro a tentar a classificação sistemática das doenças - lembremos que a lista de Graunt era mais uma nomenclatura em ordem alfabética das 83 causas por ele levantadas. O resultado de seu vasto trabalho de pesquisa foi publicado na sua obra *Nosologia Methodica*.

Outro que se preocupou com a questão foi o metodologista, botânico e médico sueco Linneo (1707-1778) que escreveu, entre outros, o *Genera Morborum*. No final do século XVIII surgiu a classificação, usada até o começo do século

---

<sup>3</sup> A nomenclatura das causas de óbito constantes no trabalho de John Graunt estão listadas na página seguinte.

## ***Natural and Political Observations Made Upon the London Bills of Mortality [1662]***

As 83 causas de morte registrados por John Graunt :

- 1 Abortive and stillborn
- 2 Aged
- 4 Apoplex
- 5 Bleach
- 6 Blasted
- 7 Bleeding
- 8 Bloody Flux, Scouring and Flux
- 9 Burnt
- 10 Calenture
- 11 Cancer, Gangrene and Fistula
- 12 Canker, Sore Mouth and Thrush
- 13 Childbed
- 14 Chrisomes and Infants
- 15 Cold and Cough
- 16 Colick and Wind
- 17 Consumption and Cough
- 18 Convulsion
- 19 Cramp
- 20 Cut of the Stone
- 21 Dropsy and Tympany
- 22 Drowned
- 23 Excessive Drinking
- 24 Executed and Prest to Death
- 25 Fainted in a bath
- 26 Falling-Sickness
- 27 Flox and small Pox
- 28 Found dead in the Streets
- 29 French-Pox
- 30 Frighted
- 31 Gowt
- 32 Grief
- 33 Hanged and made away with themselves
- 34 Head-Ach
- 35 Impostumes
- 36 Itch
- 37 Jaudies
- 38 Jaw-faln
- 39 Killed by several Accidents
- 40 King's Evil
- 41 Leprosy
- 42 Lethargy
- 43 Livergrown, Spleen and Rickets
- 44 Lunatique
- 45 Meagron
- 46 Measles
- 47 Mother
- 48 Murthered
- 49 Overlayd and starved at Nurse



- 50 Palsie
- 51 Piles
- 52 Plague
- 53 Plague in the Guts
- 54 Planet
- 55 Pleurisie
- 56 Poysoned
- 57 Purples and spotted fever
- 58 Quinsie and sore throat
- 59 Rickets
- 60 Rising of the Lights
- 61 Rupture
- 62 Scal 'd-head
- 63 Sciatica
- 64 Scurvey
- 65 Shingles
- 66 Shot
- 67 Smothered and stifled
- 68 Sores, Ulcers, broken and brused limb
- 69 Spleen
- 70 Starved
- 71 Stitch
- 72 Stone and Strangury
- 73 Stopping of the Stomach
- 74 Surfet
- 75 Swine-Pox
- 76 Teeth and Worms
- 77 Thrush
- 78 Tissick
- 79 Vomiting
- 80 Wen
- 81 Wolf
- 82 Worms
- 83 Sodainly

---

*FONTE:*

WELLS, Ronald - Experiences with the International Classification of Diseases and emerging problems, in: *International Conference on Health Statistics for the year 2000*, Budapest, W.H.O. / Statistical Publishing House, 1984, p. 18.

---

XIX de William Cullen (1710-1790), de Edimburgo, a *Synopsis Nosologiae Methodicae*.

Um salto de qualidade comparável ao de Graunt, porém, somente foi dado por um outro inglês, quase duzentos anos depois do primeiro. William Farr (1807-1883) foi o primeiro médico estatístico empregado - em 1839 - no *General Register Office of England and Wales*, que havia iniciado seus trabalhos em 1837. Uma boa definição para William Farr nesta época seria a de um "médico com interesse por números - uma descrição perfeita para os primitivos epidemiologistas"; ele havia sido influenciado também pelo trabalho que Linneo havia realizado na classificação da fauna e da flora.

Farr baseou seu trabalho no abundante material que lhe servia a repartição onde trabalhou por mais de 30 anos. Mas William Farr, porém, não se tornaria um "obscuro compilador de obscuros dados. Ele reconhecia que aqueles dados derivavam de vidas humanas e que esses dados poderiam ser utilizados para entender algo sobre a existência humana." (Monson, 1980, p. 3),

Farr foi pioneiro num campo onde Graunt não havia tocado: a epidemiologia ocupacional. Ele reconheceu que uma das faces das doenças era a de ceifar força de trabalho: muitas doenças eram responsáveis diretas pela incapacitação para o trabalho. Ele dizia que a "morte é a extinção da dor. Há uma relação entre morte, saúde e energia do corpo e da mente. Há uma relação entre morte, nascimentos e casamentos" (Monson, 1980, p. 3).

E ele era capaz de levar estas crenças até um tom nacionalista, acreditava que a supremacia de uma nação tinha relação direta com o quadro da sua mortalidade:

"There is a relation betwin death and national primacy: numbers turn the tide in the struggle of populations, and the most mortal die out" (Monson, 1980, p. 3).

Certa vez denominaram o trabalho de Graunt de *aritmética política*. Se pensássemos um título para Farr este título teria que representar emblematicamente todo o fervor nacionalista dele. Contextualizando as ações de Farr, poderíamos situá-lo num momento delicado no que se refere às crenças: a revolução industrial tinha se instalado completamente, mas o

problema das "classes perigosas" estava nas conversas mais corriqueiras e, sem dúvida, não fugiram à atenção de Farr como planejador. Logo após, e até mesmo na esteira do processo da Reforma que o Parlamento inglês implementou, surgiram as instituições que significavam esta preocupação com a questão das massas proletárias citadinas.

O *General Register Office* iniciou seus trabalhos em 1837, Farr foi contratado dois anos apenas depois (1839), momentos antes do início das leis da Reforma: em 1842 a Lei das Minas proibiu o trabalhos de mulheres e crianças menores de dez anos nas minas de carvão, em 1847 a Lei da Dez Horas impôs, na indústria têxtil, que o trabalho de mulheres e crianças não poderia ser superior a dez horas. Logo em seguida, em 1875, caíram as limitações então impostas aos sindicatos, o que garantiu o direito de associação e tornou o sindicato numa arma real da classe operária na luta por melhores condições de vida e de trabalho.

Outro traço que não podemos deixar de notar em Farr é um toque que já prenuncia um certo darwinismo social e que, se tivesse ocorrido mais tarde, provavelmente o teria tornado um eugenista - se lamarkista ou mendeliano não importa aqui discutir - atuante.

Outra das inúmeras contribuições de William Farr para a epidemiologia foi o fato de ele ter conseguido associar a mortalidade por cólera com a elevação com relação ao nível do mar. Ele demonstrou que pessoas que viviam em elevações maiores morriam menos de cólera que aquelas que viviam ao nível do rio Tâmsa.

Porém, as contribuições de Farr ainda não haviam se traduzido de forma tão concreta como o seriam na seqüência dos fatos.

Durante o *Primeiro Congresso Internacional de Estatística*, realizado em Bruxelas em 1853, reconheceu-se a necessidade, para o bom andamento dos trabalhos na área da estatística médico-sanitária, a criação de uma "nomenclatura uniforme de causas de morte que pudesse ser aplicada em todas as nações" e foi pedido a William Farr e também a Marc d'Espine, médico de Genebra, a preparação, em separado, de classificações de causa de morte.

Em 1855, durante o Congresso seguinte, ambos apresentaram suas propostas de classificação. A classificação de Farr previu cinco grupos distintos de moléstias: doenças epidêmicas, doenças generalizadas, doenças localizadas classificadas segundo sua localização anatômica, doenças do desenvolvimento e doenças que são consequência direta de traumatismo. Além desses cinco grupos iniciais, Farr subdividiu algumas destas *classes* em *ordens* que detalhavam o conteúdo da classe. Para a classe terceira - doenças localizadas - havia, por exemplo, oito ordens: doenças do sistema nervoso, doenças da circulação, doenças da respiração, doenças da digestão, doenças do sistema urinário, doenças da reprodução, doenças da locomoção e doenças do sistema tegumentar." (Wells, 1984, p. 19)

D'Espine, por sua vez, classificou as doenças segundo a sua natureza: gotosa, herpética, hemática, etc. Foi adotada uma classificação que incorporava as sugestões das duas propostas, nascendo então uma lista que contava com 139 categorias. Essa Classificação foi objeto de revisões posteriores, como a de Paris em 1864, e ainda nos anos seguintes: 1874, 1880 e 1886.

A importância dessas primeiras classificações não está relacionada diretamente à sua aplicabilidade ou funcionalidade. Na verdade ela não chegou a ser utilizada, como proposto, por todas as nações do mundo. Ficou porém como uma nota de prestígio a W. Farr que acabou, com suas sugestões, influenciando todas as demais classificações, inclusive a utilizada atualmente. É dele a proposta de se utilizar como critério de classificação das doenças a localização anatômica, o que foi mantida como "base da Lista Internacional de Doenças, antecessora direta da atual Classificação Internacional de Doenças".

### *Snow em tempos de cólera*

John Snow é o homem que muitos consideram o fundador da moderna epidemiologia. Ele, porém, soube trabalhar com brilho a herança deixada por John Graunt e William Farr, sendo responsável, por isso, no passo seguinte do processo histórico.

Snow era um médico praticante e que iniciou seu trabalho na observação de seus pacientes com cólera. Ele reparou, por exemplo, que a tripulação de um navio que chegava de um país livre da cólera não era atacada pela doença senão depois do contato da tripulação, na chegada, em lugares onde a cólera existia em forma endêmica. Ele concluiu, então, que a doença era transmissível de pessoa para pessoa. Snow, observando pacientes, verificou também algo em torno do processo desse processo de transmissão: pessoas que atendiam ou conviviam com doentes de cólera não necessariamente ficavam expostas ao mal, e que o contágio podia ser feito à distância.

Suas observações foram baseadas na experiência pessoal acumulada durante os anos que ele trabalhou como clínico. Ao contrário dos dois antecessores seus, ele trabalhava mais com a *dedução* que com volumes grandes de dados e registros.

Talvez o seu mais brilhante e minucioso trabalho tenha sido o estudo da associação do abastecimento de água com a cólera.

Ele já sabia que Farr havia feito a relação entre a doença e a altitude, e, usando dados fornecidos por Farr, Snow construiu a seguinte tabela:

*Óbitos por cólera em Londres de acordo com a companhia de água que abastece o distrito de residência.*

companhia de água	população	óbitos por cólera	óbitos (por 100.000 hab.)
(1) Southwark and Vauxhall	17.805	19	107
(2) Kent Southwark and Vauxhall	118.267	111	94
(1) Lambeth and (2) Southwark and Vauxhall	346.363	211	61

*Fonte:* Monson, 1980, p.7.

Snow pode observar que as taxas de mortalidade por cólera eram mais brandas nos distritos supridos - mesmo que parcialmente - de água pela Lambeth Company. Esta companhia obtinha sua água do Tâmsa, como os demais, mas havia um detalhe interessante: esta água era obtida na porção do rio onde a água estava livre dos esgotos de Londres. Sabendo desse dado, Snow prosseguiu com seu trabalho tentando agora relacionar as óbitos por cólera em distritos onde o abastecimento de água pudesse ser mais precisamente especificado.

O resultado dessa pesquisa mostrou o perfil da mortalidade por cólera em relação ao abastecimento de água, distinguindo os distritos servidos pela Lambeth Company daqueles servidos pela Southwark and Vauxhall, o que possibilitou a ele construir a seguinte tabela:

*Mortalidade por cólera em Londres de acordo com a companhia de suprimento de água dos distritos de residência.*

<i>companhia de água</i>	<i>população (1851)</i>	<i>óbitos por cólera</i>	<i>óbitos (por 100.000 hab.)</i>
Southwark and Vauxhall	167.654	192	114
ambas as companhias	301.149	182	60
Lambeth	14.632	0	0

*Fonte: Monson, 1980, p. 7.*

Esses fatos mostravam, com fortes evidências, a influência de se beber água contaminada pelos esgotos da cidade com o alastramento da cólera.

Assim, nas localidades que eram servidas pelas duas companhias ao mesmo tempo, enquanto o abastecimento d'água era regido apenas pela livre competição entre as empresas que ofereciam esse serviço, ficava a cargo dos proprietários ou inquilinos das residências a escolha do fornecedor que mais lhe agradasse. Os tonéis e pipas de cada companhia serviam às ruas e vielas do distrito, fazendo com que, em algumas casas se usasse de uma, enquanto

em outras casas, de outra, de acordo com a decisão dos fregueses; em alguns casos a mesma casa se abastecia alternadamente por uma e outra ou até pelas duas ao mesmo tempo. O resultado desse sistema de distribuição é que cada companhia acabava por suprir tanto casas ricas como pobres, tanto grandes casas como as pequenas, o que eliminava os critérios de condição social ou ocupação como seletivos à exposição á doença.

Num testemunho pessoal, John Snow expõe sobre o caso:

"To turn this grand experiment to account, all that was required was to learn the supply of water to each individual house where a fatal attack of cholera might occur (...). I was desirous of making the investigation myself, in order that I might have the most satisfactory proof of the truth or fallacy of the doctrine which I had been advocating for five years. I had no reason to doubt the correctness of the conclusions. I had drawn from the great number of facts already in my possession, but I felt the circumstance of the cholera-poison passing down the sewers of a great river, and being distributed through miles of pipes, and yet producing its specific effects, was a fact of so startling a nature, and of so vast importance to the community, that it could not be too rigidly examined, or established on too firm a basis." (cf. Monson, 1980, p. 8)

Introduzindo na epidemiologia o expediente da entrevista, Snow coletou, de casa em casa, o nome da companhia que supria cada casa onde, naquele momento, um caso fatal de cólera ocorrera. Ao tornar esse procedimento uma rotina, Snow pode contar o número total de casas, em cada distrito, servida por cada uma das companhias de água. Baseado nesses dados, ele compôs seguinte tabela:

*Mortalidade por cólera em Londres, de acordo com a companhia de suprimento de água dos Domicílios de residência.*

<i>companhia de água</i>	<i>número de domicílios</i>	<i>óbitos por cólera</i>	<i>óbitos (por 100.000 hab.)</i>
Southwark and Vauxhall	40.046	1.263	315
Lambeth	26.107	98	37
resto de Londres	256.423	1.422	59

*Fonte: Monson, 1980, p. 8.*

Esse estudo de John Snow serve de modelo para as indagações que os epidemiologistas de hoje tentam fazer, porque:

- "1. Ele reconhece a associação entre exposição e doença (companhia de água e mortalidade por cólera).
2. Ele formou uma hipótese: o esgoto na água causa cólera.
3. Ele coletou informações substanciais para sustentar sua hipótese: nos distritos supridos por uma única companhia, a associação - entre a companhia que fornece água e a cólera - é mais forte.
4. Ele reconheceu que havia uma explicação alternativa para a existência desta associação: a variável classe social se associava - indistintamente, no caso - com ambas as demais, distrito de residência e cólera.
5. Ele encontrou um meio para minimizar os efeitos desta explicação alternativa, comparando as taxas de incidência de cólera de acordo com o suprimento de água. Ele fez tal comparação tanto entre os domicílios de uma mesma vizinhança, quanto entre distritos entre si.
6. Ele efetivamente minimizou a coleta de falsas informações, quando a maioria das pessoas não estava consciente do nome do seu fornecedor de água ." (Monson, 1980, p. )

O mais importante em todo esse processo, no entanto, foi o fato de que o trabalho de Snow - uma vez evidenciada a validade de suas hipóteses -



possibilitou a *prevenção da cólera*, que teve suas taxas de mortalidade reduzidas.

### *Jacques Bertillon e a Internacional*

Em 1891, no *Congresso Internacional de Estatística* realizado em Viena, foi criada uma comissão que se responsabilizaria por preparar, finalmente, uma *Classificação das Causas de Morte*. O comitê nomeado para tão importante tarefa seria presidida pelo demógrafo francês Jacques Bertillon (1851-1922), que ocupava então o cargo de Chefe dos Trabalhos de Estatística da Cidade de Paris. Bertillon era, além disso, neto do Dr. Achille Guillard, botânico e estatístico de renome que foi o autor da resolução de 1853 que solicitou a William Farr e Marc d'Espine que formulassem uma classificação uniforme - e que gerara a Lista Internacional de Causas de Morte que não obtivera, em sua aplicação no nível mundial, o sucesso que se esperava.

Dois anos depois (1893), durante o Congresso Internacional, desta feita realizado em Chicago, Bertillon apresentava uma classificação que se baseava na lista de causas de morte utilizada até então na cidade de Paris, e que representava desde a revisão feita em 1885, uma síntese das classificações regionais, utilizadas pela Inglaterra, Alemanha e Suíça.

Esta classificação listava 161 causas de morte em 14 grupos, os *Capítulos*, que levavam em consideração as propostas de William Farr, como a de fazer uma distinção entre as moléstias generalizadas daquelas localizadas num órgão ou região anatômica. Além disso, seguindo sugestões do Dr. L. Guillaume, Diretor da Repartição Federal de Estatística da Suíça, Bertillon incluiu à lista principal - de 161 títulos - duas classificações abreviadas: uma com 44 títulos e outra, com 99 títulos. São os seguintes os Capítulos propostos por esta primeira classificação:

- I Moléstias Gerais
- II Moléstias do Sistema Nervoso e dos Órgãos dos Sentidos
- III Moléstias do Aparelho Circulatório
- IV Moléstias do Aparelho Respiratório

- V Moléstias do Aparelho Digestivo
- VI Moléstias do Aparelho Gênito-urinário e seus anexos
- VII Estado Puerperal
- VIII Moléstias da Pele e do Tecido Celular
- IX Moléstias dos Órgãos da Locomoção
- X Vícios de Conformação
- XI Moléstias da Primeira Idade
- XII Senilidade
- XIII Afecções produzidas por Causas Externas
- XIV Moléstias Mal Definidas. (cf. Wells, 1984, p. 20)

Esta *Classificação de Causas de Morte* de Bertillon, como ficou conhecida, recebeu aprovação geral e foi adotada por vários países ou mesmo por cidades, independentemente de uma ação coordenadora dos trabalhos pelo poder central. Em 1898 a Associação Americana de Saúde Pública, reunida em Ottawa, Canadá, decidiu recomendar a adoção da classificação de Bertillon pelos oficiais de registro do Canadá, México e Estados Unidos. A mais importante contribuição da Associação Americana, porém, não esteve no fato de ter difundido o seu uso, mas o de ter partido dela a sugestão para que essa classificação fosse revisada a cada dez anos, o que realmente aconteceu e redundou em originar a atual *Classificação Internacional de Doenças*. Na reunião seguinte do Instituto Internacional de Estatística, Realizada em Christiania em 1899, o Dr. Bertillon apresentou relatório sobre o progresso da classificação. Adotou-se, então, a seguinte resolução:

"O Instituto Internacional de Estatística, convencido da necessidade de empregar nos diferentes países nomenclaturas comparáveis (...) registra com satisfação a adoção, por todos os serviços de estatística da América do Norte, por alguns da América do Sul e por alguns da Europa, do sistema de nomenclatura de causas de morte apresentado em 1893. Insiste vivamente em que esse sistema de nomenclatura seja adotado, em princípio e sem revisão, por todos os serviços de estatística europeus; aprova, pelo menos em linhas gerais, o sistema de revisão decenal proposto pela Associação Americana de Saúde Pública em sua sessão de Ottawa (1898). Concita os serviços de

estatística que ainda não aderiram a fazê-lo sem demora, a fim de contribuir para a comparabilidade da nomenclatura de causas de morte." (CID-9, 1985, p. XI)

A primeira revisão da classificação foi feita, em agosto de 1900, em Paris, quando se realizou a primeira Conferência Internacional de Revisão da Classificação de Bertillon ou Classificação Internacional de Causas de Morte - encontro realizado a convite do governo francês e distinto do Congresso Internacional de Estatística. Esta Conferência adotou, em 21 de agosto de 1900, uma classificação pormenorizada das causas de morte composta de 179 títulos, além de outra, abreviada, de 35 títulos. Em concordância com as decisões anteriores, reconheceu a utilidade de revisões decenais e, para tal, solicitou ao governo francês que sediasse, em 1910, a reunião seguinte.

Além dessa primeira revisão (1900), seguiram-se as de 1909 (Segunda Revisão) e 1920 (Terceira Revisão), todas sob responsabilidade do Instituto Internacional de Estatística e dirigidas pessoalmente por J. Bertillon.

O grau de aperfeiçoamento técnico e científico que cercava a confecção de uma nova revisão da classificação se aumentava, e contrastava com o fato de não se ter uma igual revolução no conhecimento médico nesta época. Como Secretário-Geral da Conferência Internacional, Bertillon submeteu, em 1920, uma revisão provisória ao exame de quinhentos técnicos para que emitissem pareceres.

Em 1922, porém, Bertillon falece, deixando sem direção os trabalhos que havia, até então, conduzido com sua eficiente liderança.

Em 1923, M. Michel Huber, o sucessor de Bertillon na França, apresenta moção ao Instituto Internacional de Estatística para que reafirmasse sua política iniciada em 1893 quanto a Classificação.

A partir de então, houve um interesse mais geral pelos rumos dos trabalhos na revisão da classificação. O governo francês mostrou-se interessado em continuar patrocinando o trabalho, além da Organização de Higiene da Liga das nações e do Instituto Internacional de Estatística, que tomaram, também, grande interesse pelas estatísticas sanitárias. Aumentou o número de peritos estatísticos nomeados para estudos relativos à classificação das doenças e

das causas de morte, assim como para resolver problemas vinculados a outros campos das estatísticas médicas.

Uma inovação proporcionada pelo aumento dos estudos nessa área foi o interesse em se utilizar as listas e classificações também em estudos de morbidade. Para este fim, realizaram-se estudos para a inclusão dos títulos necessários na Lista Internacional de Causas de Morte de 1920. O resultado destas pesquisas foram publicados pela Organização de Higiene da Liga das nações em 1928.

As revisões seguintes, 1929 (Quarta Revisão) e 1938 (Quinta Revisão) foram patrocinadas como as anteriores. A partir da Sexta Revisão (1948), porém, a responsabilidade passou a ser da Organização Mundial de Saúde, e desde então foram realizadas a Sétima Revisão (1955), Oitava Revisão (1965) e, atualmente em uso, a Nona Revisão (1975).

A que definitivamente se destacou como elo entre as primitivas classificações e a atual foi, sem dúvida a Sexta Revisão que foi responsável por determinar, entre outras coisas, longas listas de mortalidade e de morbidade, que ganhara decisivo impulso nas pesquisas médico-sanitárias no período pós-guerra, tendo sua utilidade sido planejada para atender às necessidades dos trabalhos de estatísticas de morbidade hospitalar (causas de internação), principalmente. Além de estabelecer regras internacionais para a seleção da *causa básica de morte* nos atestados de óbito,

"(...) recomendou a adoção de amplo programa de colaboração internacional no campo de estatística vital e sanitária, inclusive a criação de comissões nacionais especializadas que se encarregassem de coordenar o trabalho de estatística no país e de servir de enlace entre os serviços de estatísticas nacionais e a Organização Mundial de Saúde." (CID-9, 1985, p. XII)

Para se ter uma idéia do processo de transformação das feições da *Classificação Internacional de Doenças* utilizaremos a seguinte tabela:

Categorias da *Classificação Internacional de Doenças e Causas de Óbito* (1855 –1975)

revisões	ano	doenças	mortes violentas causas externas	motivos de assistência à saúde	total
Farr	1855	126	12	-	138
Bertillon	1893	150	11	-	161
1 <sup>a</sup>	1900	157	22	-	179
2 <sup>a</sup>	1912	157	32	-	189
3 <sup>a</sup>	1920	166	39	-	105
4 <sup>a</sup>	1929	164	36	-	200
5 <sup>a</sup>	1938	164	36	-	200
6 <sup>a</sup>	1948	769	153	88	1.010
7 <sup>a</sup>	1955	800	153	88	1.041
8 <sup>a</sup>	1965	858	182	48	1.088
9 <sup>a</sup>	1975	909	192	77	1178

Fonte: Laurenti, s.d., p. 8.

Como se pode notar, é após a Sexta Revisão (o ano, 1948, na tabela, representa o ano em que a classificação entrou em vigor) que se verifica um salto marcante no número de títulos classificados. que Esse fato está ligado não com o aumento da lista de Causas de Morte, mas sim com a inclusão, para fins de estudos de morbidade, de afeções que não levam necessariamente ao óbito, como é o caso das doenças crônico-degenerativas, injúrias externas não letais, e dos motivos de procura dos Serviços de Assistência à Saúde (vacinação e pesagem de bebês, exames, etc.). Tais mudanças foram introduzidas com o objetivo de atender os interesses articulados aos estudos de morbidade, que possibilitaram, tempos depois, conceituar e compreender a chamada "transição epidemiológica"<sup>4</sup>.

*Correspondência das Classes de Moléstias segundo as Classificações de Jacques Bertillon e William Farr:*

<i>Jacques Bertillon:</i> <i>Capítulos</i>		<i>William Farr:</i> <i>Classes e Ordens</i>
<i>I</i>	doenças gerais	classe 1: doenças epidêmicas, endêmicas e contagiosas classe 2: doenças constitucionais
<i>II</i>	doenças do sistema nervoso e órgãos do sentido	classe 3: doenças localizadas ordem 1: doenças do sistema nervoso
<i>III</i>	doenças do aparelho circulatório	classe 3: doenças localizadas ordem 2: doenças da circulação
<i>IV</i>	doenças do aparelho respiratório	classe 3: doenças localizadas ordem 3: doenças da respiração
<i>V</i>	doenças do aparelho digestivo	classe 3: doenças localizadas ordem 4: doenças da digestão
<i>VI</i>	doenças do aparelho genito-urinário e seus anexos	classe 3: doenças localizadas ordem 5: doenças do sistema urinário
<i>VII</i>	estado puerperal	classe 3: doenças localizadas ordem 6: doenças da reprodução
<i>VIII</i>	doenças da pele e do tecido celular	classe 3: doenças localizadas ordem 8: doenças do sistema inter-tegumentário
<i>IX</i>	doenças dos órgãos da locomoção	classe 3: doenças localizadas ordem 7: doenças da locomoção
<i>X</i>	vícios de conformação	classe 4: doenças do desenvolvimento
<i>XI</i>	primeira idade	classe 4: doenças do desenvolvimento
<i>XII</i>	velhice	classe 4: doenças do desenvolvimento
<i>XIII</i>	afecções produzidas por causas externas	classe 5: doenças ou mortes violentas
<i>XIV</i>	moléstias mal definidas	

### *Seleção de causa básica de morte e epidemiologia*

Desde os estudos pioneiros de John Graunt em 1662 até hoje muitas mudanças ocorreram na estrutura, nos usos e métodos das listas e na classificação de doenças e de causas básicas de morte. Um critério, porém, permaneceu inabalavelmente sendo seguido: selecionar, para cada morte, apenas uma única causa. Deixando de lado as considerações práticas que impõe esta necessidade, podemos dizer que este critério, aparentemente lógico, não se pode aplicar de forma coerente para todas as doenças e tipos de doenças. Uma doença infecciosa, por exemplo, geralmente possuiu uma etiologia e nosologia configuradas de tal modo que é possível estabelecer seu percurso mórbido desde o aparecimento até a conseqüência, por exemplo, o óbito. O mesmo não ocorre, porém, com as doenças não transmissíveis, crônico degenerativas, de longa duração que, freqüentemente, se associam entre si. Podemos citar como exemplo o caso do diabetes, da hipertensão arterial e das complicações da arteriosclerose.

Faz-se necessário, então, uma distinção inicial entre *única causa* e *causas múltiplas* que levam ao óbito. Esta distinção, antes de qualquer discussão a respeito da sua natureza, depende essencialmente do fato de que as causas que levaram ao óbito, sejam elas únicas ou associadas (múltiplas), foram descritas em alguma parte do respectivo atestado de óbito pelo médico ou legista que assistiu à vítima. Sem essa menção, seria impossível sequer imaginar quais foram as causas que concorreram para o evento. O bom preenchimento e um sistema burocrático estável e único para formulários e atestados são, portanto, pré condição necessária à melhoria dos registros e, conseqüentemente, das estatísticas de mortalidade. No Brasil, por exemplo, somente em 1975 foi implantado um sistema único, nacional de formulário para atestados de óbitos, e somente recentemente, devido ao prosseguimento das fraudes e demais irregularidades, é que se iniciou o sistema de numeração dos formulários dos atestados.

---

<sup>4</sup> Ver: LAURENTI, 1990.

Encontra-se assim definida *causa de morte* no *Manual da Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbito*:

"As causas de morte, a serem registradas no atestado médico da causa de morte, são todas aquelas doenças, estados mórbidos ou lesões que produziram a morte, ou que contribuíram para ela, ou as circunstâncias do acidente ou da violência que produziu essas lesões." (CID-9, 1985, p. 803)

E, da mesma fonte, tiramos a definição de causa básica de morte (*underlying cause of death*):

"A causa básica de morte é (a) a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte, ou (b) as circunstâncias do acidente ou violência que produziu a lesão fatal." (CID-9, 1985, p. 803)

Como a característica básica que define a epidemiologia em contraposição à medicina está no fato de que a primeira é tipicamente considerada *medicina preventiva* e a segunda, *medicina curativa*, podemos entender o uso de tais definições.

Como dissemos anteriormente, a estruturação de uma classificação de doenças obedece sempre, nos seus eixos fundadores, a realização de um certo papel teleológico. As patologias associadas à neoplasia, por exemplo, referem diferentes posicionamentos dentro do saber médico. Quando o objetivo é *curar* a anomalia já instalada - *caso de medicina curativa* - o interesse por dados sobrecarrega sobre as informações capazes de listar, indicar ou selecionar um tratamento adequado. Estaremos diante, então, de preocupações que envolvam diagnóstico, radioterapia, quimioterapia e cirurgia. Quando se trata de uma postura que pensa *prevenir* a doença antes que ela aconteça na realidade - *caso da medicina preventiva* - a demanda dos dados se expressará pela busca das *circunstâncias* que expõe os indivíduos a tais moléstias.

Assim, selecionar a causa básica de morte significa buscar a "doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos" e não o seu atual estado, sua nosografia; ou ainda, no caso de acidentes, a causa básica será



representada pelas "circunstância do acidente ou violência que produziu a lesão fatal".

Este processo de seleção, ou mesmo de modificação, da causa básica de óbito requereu, desde as primeiras classificações, a fabricação de um instrumental de regras capazes de não somente selecionar a causa básica, como também, uniformizar e universalizar tal método.

Já na Conferência da Primeira Revisão (1900), foi proposto o seguinte tratamento estatístico para as chamadas *causas múltiplas de morte*:

1. Se uma entre duas doenças é uma imediate e freqüente complicação da outra, a morte poderá ser classificada sob o nome da doença primária.
2. Se a regra precedente não é aplicável, a seguinte poderá ser usada: se uma das doenças é certamente fatal e a outra é de menor gravidade, a primeira deverá ser selecionada como causa da morte.
3. Se nenhuma das duas regras precedentes é aplicável, use a seguinte: se uma das doenças é epidêmica e a outra não, então escolha a doença epidêmica.
4. Se nenhuma das três regras precedentes é aplicável, a seguinte poderá ser usada: se uma das doenças é freqüentemente muito mais fatal que a outra, então esta poderá ser escolhida como causa da morte.
5. Se nenhuma das quatro regras precedentes não puderam ser aplicadas, tente a seguinte: se uma das doenças é de rápido desenvolvimento e a outra é de desenvolvimento lento, a doença de rápido desenvolvimento poderá ser pega.
6. Se nenhuma das cinco regras se aplicam, então o diagnóstico poderá ser selecionado pela que melhor caracterizar o caso.”  
(Wells, 1984, p. 21, grifos no original)

Como dissemos, a Sexta Revisão (1946) foi a mais profícua na elaboração dessas regras e de sua divulgação, mas, como demonstra o exemplo acima citado, os princípios destas regras já estavam plenamente constituídos no final do século XIX e início do século XX: determinar a doença que é *causa* e não *conseqüência* de outra; a doença fatal e não uma afecção trivial; a que é transmissível e não a degenerativa; a epidêmica e não a endêmica; a de maior incidência e não a ocasional; as formas agudas e não as crônicas e; finalmente, as melhor definidas e não as mal definidas.

Hoje a seleção de causas de morte é realizada com uma regra geral (1), duas regras de seleção (2 e 3) e mais 9 outras de modificação da causa básica (4 a 12).

### *Higiene e Demografia segundo Afrânio Peixoto*

Há um ditado que diz que à ciência somente se coloca os problemas que ela pode resolver. Em perspectiva histórica, o caso da implementação sistemática e do desenvolvimento dos serviços de demografia sanitária parecem obedecer plenamente a este padrão.

No manual de *Higiene* escrito por Afrânio Peixoto (1926)<sup>5</sup> encontramos a conceituação necessária dos elementos em jogo:

"A Higiene (...) não é precisamente ciência, porque é aplicação prática de quase todas. É um conjunto de preceitos, buscados em vários conhecimentos humanos, mesmo fora e além da medicina, tendentes a cuidar da saúde e a poupar a vida." (Peixoto, 1926 [1913], v. I, p. 7)

Essa caracterização da higiene como 'aplicação prática' não deve nos enganar sobre as crenças que o autor desenvolvia sobre o seu lugar no campo científico, pois, uma vez nascida como ramo da medicina atingiu 'a independência como corpo de doutrina à parte (...) chegando até às veleidades de experiência, como disciplina independente' (Peixoto, 1926 [1913], v. I, p. 7).

O momento da separação higiene - medicina poder ser claramente identificado: foi a 'era pastoriana' o divisor de águas definitivo, dado que, com a nova doutrina 'a causa-germen [das doenças] se estabeleceu com notável precisão, dando à Higiene as suas primeiras noções científicas.' (Peixoto, 1926 [1913], v. I, pp. 7-8).

Por outro lado, na tentativa de definir a natureza e o campo de atuação da demografia, Afrânio Peixoto recorre à autoridade de Jacques Bertillon e do brasileiro Rocha Faria, indicando ser esta

---

<sup>5</sup> A primeira edição *Elementos de Higiene* é de 1913, seguindo-se uma segunda de 1917. Em 1922 sai a terceira edição com o título *Noções de Higiene*, e em 1926, em dois volumes, a *Higiene*, em quarta edição.

“(...) o estudo da vida coletiva (J. BERTILLON) ou, no sentido próprio, a aplicação da estatística ao estudo coletivo do homem e seus atributos. (...) Entre o nascimento e a morte as sociedades humanas tem um crescimento, desenvolvem-se, procriam, trabalham, declinam: como tudo isto se faz, em que condições (...) é o mister da *demografia*, utilizando os dados numéricos da *estatística*.. (...) No que se refere à saúde do homem e da espécie humana, agora e através do tempo, no seu significado médico, antropológico e social, que é a higiene, ela constitui o inestimável conhecimento, por onde se consegue saber, julgar e providenciar sobre todos os casos humanos: pode ser praticamente definida: a *contabilidade da higiene* (ROCHA FARIA).” (Peixoto, 1926, v. II, p. 250, grifos no original) <sup>6</sup>

---

<sup>6</sup>Apesar da defesa da independência da higiene no campo médico, não podemos deixar de notar a analogia existente entre a expressão definidora de sua ação 'saber, julgar e providenciar' com o primeiro aforismo de Hipócrates: '*a vida é breve, a arte é longa, a ocasião fugaz, a experiência falaz, o juízo difícil. Cumpre ao médico intervir no momento oportuno, assim como é mister que o enfermo e quantos o cercam o ajudem nessa tarefa.*'

## Capítulo 2 – A ortopedia da doutrina

*“A nossa ciência não é nem mesmo uma aproximação; é uma representação do Universo peculiar a nós e que, talvez, não sirva para as formigas ou gafanhotos. Ela não é uma deusa que possa gerar inquisidores de escalpelo e microscópio, pois devemos sempre julgá-la com a cartesiana dúvida permanente. Não podemos oprimir em seu nome.” (Lima Barreto <sup>1</sup>)*

### *Uma representação do Universo ...*

Considerando o que foi dito na introdução desta dissertação, neste capítulo procuro analisar o conteúdo dos **Anuários Demográficos** produzidos pela Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária do Serviço Sanitário paulista, correspondentes aos anos de 1903 a 1914, publicações produzidas durante o período em que o dr. Domingos Rubião Alves Meira dirigiu a Seção, respondendo como *médico demographista* pelos estudos sobre a natalidade, nupcialidade e mortalidade constantes nestes **Anuários**.

Parafraseando a expressão citada de Lima Barreto, procuro entender esta produção enquanto registro de um *'universo peculiar de representações'* elaboradas em torno dos fenômenos que pretende descrever e analisar, embora invocando para si a autoridade e a universalidade atribuídos ao método e ao discurso científico.

Procurando julgar este discurso com a *'cartesiana dúvida permanente'*, tentei tomar uma posição de observação que possibilitasse espreitar por sobre os ombros do dr. Rubião Meira à sua mesa de trabalho, compulsando um emaranhado de papéis, enredado na árdua tarefa de coligir, ordenar, classificar, analisar e expor, pela escrita e por meios de representação gráfica,

---

<sup>1</sup> Cf. Tenho esperança que..., *Bagatelas*, 03/05/1918. Nesta crônica, Lima Barreto recorda seu professor Oto de Alencar, que lhe inspirou estas idéias. *Apud* Barreto, 1995, p. 16.

as informações que constituiriam, assim, uma percepção da estrutura e dinâmica dos processos vitais pertinentes à população presente na Capital do Estado de São Paulo naquele momento vivido.

Além da falta pessoal de conhecimentos, preparo e experiência no manuseio dos métodos próprios à *demografia histórica*<sup>2</sup>, dois outros motivos levaram-me a não tentar utilizar, mesmo subsidiariamente, qualquer abordagem quantitativa dos 'dados' presentes nas fontes documentais que examinei.

Em primeiro lugar, é preciso ter presente que o estabelecimento de tendências temporais pertinentes à qualquer fenômeno deve levar em consideração a *extensão da série* de informações em que se baseia o estudo. Por exemplo, pesquisas sobre componentes da mortalidade em perspectiva histórica deverão ser feitas sobre um intervalo suficiente de tempo para deixar perceber os ritmos que marcam a evolução do componente estudado. Neste sentido, advirto que meu objetivo não foi articular uma percepção sobre *tendências* da mortalidade paulista no período de 1903 a 1914, já que este intervalo é curto demais para permitir uma avaliação nesta perspectiva.

Por outro lado, e vinculando-se ainda à primeira observação, estudos quantitativos feitos sobre extensas séries temporais, associando numerosas variáveis analíticas, impõe limitações de ordem material que praticamente impedem a incursão de um pesquisador autônomo no trabalho solitário de seleção, coleta, processamento e análise de uma tão grande quantidade e variedade de informações. Neste sentido, grande parte dos trabalhos que utilizam os métodos da demografia histórica necessitam de uma vinculação institucional que garanta não somente o suporte material e técnico, mas também possibilite a intervenção multidisciplinar de historiadores, geógrafos, antropólogos, sociólogos, filósofos, cientistas políticos, médicos, biólogos, educadores, matemáticos, demógrafos, estatísticos, programadores e engenheiros de computação, entre outros, em todo processo de concepção e realização da investigação<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Sobre o tema, ver: *História da família e demografia histórica*, de Sheila de Castro Faria, in: Cardoso & Vainfas, 1997, pp. 241-258; Fausto, 1991; Henry, 1977; Klein, 1989; Imhof, 1984, 1987; Lowrie, 1938; Marcílio, 1973, Paula, 1991; 1984; Sawyer, 1980.

<sup>3</sup> Exemplo de trabalho que utilizou fontes de tipo similar às que utilizei nesta pesquisa, mas incorporou métodos e técnicas de demografia histórica em sua realização, é *Les causes de*

Por outro lado, analisar as representações articuladas pela demografia sanitária sobre as causas de morte, distribuídas e ordenadas segundo os eixos propostos pela então recente *Classificação Internacional de Doenças e Causas de Óbito*, constitui tarefa que não pode ignorar conceitos produzidos pelos estudos demográficos, na medida em que essas concepções permitem construir um quadro de referências dentro do qual torna-se possível problematizar e interrogar criticamente os 'dados' descritos. Neste sentido, com o objetivo de construir um entendimento qualitativo, levei em conta as discussões atuais em torno dos conceitos de *transição demográfica* e *transição epidemiológica*, na medida em que, mesmo sendo tema de controvérsias, constituem referências usuais e freqüentes nesta área de pesquisa, sem no entanto assumi-las enquanto pressupostos na explicação das fontes utilizadas<sup>4</sup>.

Neste sentido, o conceito de *transição demográfica* é utilizado para acompanhar as transformações nos perfis de estrutura e dinâmica das populações, em perspectiva histórica. Em linhas gerais, pode-se dizer que o perfil demográfico das sociedades rotuladas 'pré-industriais' é caracterizado pelas altas taxas de mortalidade e de natalidade, que de certa forma compensam-se mutuamente. No período de *transição demográfica* para os padrões considerados contemporâneos, poder-se-ia esperar encontrar nas sociedades estudadas uma significativa queda nas taxas de mortalidade, mais rápida, e de natalidade, esta em ritmo mais lenta.

Relacionada com a *transição demográfica*, a *transição epidemiológica* indica como se constituem e evoluem os processos vitais nas populações estudadas, no contexto de sua evolução social.

Neste sentido, os traços mais evidentes da presença da *transição epidemiológica* são a regressão das causas de óbito por moléstias infecto-

---

*décès en France de 1925 a 1978*, que dificilmente poderia ter sido realizado fora do contexto institucional proporcionado pelo *Institut National d' Études Démographiques* (INED). Note-se também que o intervalo de tempo investigado nesta pesquisa abarca 53 anos. Ver: Vallin & Meslé, 1988.

<sup>4</sup> O aspecto controverso da concepção de *transição demográfica* encontra-se discutido com rigor teórico e metodológico nos estudos de Patarra, 1994; e Patarra & Ferreira, 1986. Já a concepção de *transição epidemiológica* encontra-se presente, sem o mesmo aspecto crítico, entretanto, no trabalho de Laurenti, 1990.

contagiosas (doenças transmissíveis), que produzem um quadro de grande mortalidade infantil e estão associadas a uma baixa expectativa de vida da população em geral; e aumento paulatino das causas de óbito por moléstias crônicas degenerativas, com significativo declínio da mortalidade infantil e aumento da expectativa de vida, apesar do padecimento extensivo imposto por este tipo de causas – como o câncer e as moléstias do aparelho circulatório, por exemplo.

O trabalho de Sérgio Góes de Paula, *Morrendo à toa*, enfrentou a difícil tarefa de concatenar abordagens qualitativas com quantitativas, demonstrando como não são a suposta objetividade e a precisão dos dados demográficos que possibilitam compreender dinâmicas sociais complexas, já que mesmo os “os dados ‘falhos’ adequavam-se às hipóteses” assumidas em sua pesquisa sobre os dados referentes às causas da mortalidade no Brasil, no período de 1940 a 1980 (Paula, 1991, p.129).

### *O Serviço Sanitário do Estado de São Paulo.*

No contexto mais amplo de implantação de um projeto médico sanitário republicano, é inevitável a referência, num recorte sincrônico, às campanhas sanitárias chefiadas no Rio de Janeiro por Oswaldo Cruz; a implantação da microbiologia como modalidade de pesquisa médica, institucionalizada pela criação do Instituto de Manguinhos; a saga dos trabalhos de profilaxia rural, iniciados após as expedições de pesquisadores do Instituto, entre eles, o próprio Oswaldo Cruz e Belisário Pena, que expuseram ao grande público urbano os padecimentos sanitários que acometiam os habitantes do interior do país<sup>5</sup>.

No nível local, a evolução do Serviço Sanitário paulista situa-se no quadro de demandas médicas e sanitárias articuladas aos processos de rápida urbanização e industrialização no nível econômico e, no contexto político, da

---

<sup>5</sup> Sobre o tema, ver: Almeida, 1998; Amaral, 1958; Antunes, 1992; Barbosa & Resende, 1909; Bertolli Filho, 1996; Falcão, 1971; Hochman, 1998; Scliar, 1994; Stepan, 1976.

crescente defesa do modelo federativo vivido por este Estado, no final do século XIX e princípios do século XX.

Assim, a criação do Serviço Sanitário paulista assinala a resposta oficial aos problemas crescentes apostos ao pleno fluxo de pessoas (trabalhadores imigrantes) e de mercadorias (exportação do café pelo porto de Santos) pelos problemas sanitários <sup>6</sup>.

### *Higiene, ciência e estatística sanitária em São Paulo.*

*"Malraux disse que o pensamento estatístico é mais importante que o marxismo. A influência da estatística no pensamento contemporâneo ainda não foi medida ..."* (Virilio, 1984, p. 134)

Na virada do século XIX várias localidades brasileiras viveram, destacando-se por motivos diversos a capital federal e o Estado de São Paulo, um período de transição nas concepções e nas práticas de higiene e saúde pública. Processo complexo e tenso que, expondo em sua trama uma tessitura que ora opunha, ora congregava, depois clivava interesses dos grupos médicos, políticos, econômicos e sociais, produziu uma alteração significativa nos tipos de compreensão, posturas e soluções relacionados à esta época e lugar, com relação ao papel, necessidade e possibilidades da intervenção social das ações de saúde pública.

Momento histórico que representou a transição de formas *antigas / tradicionais* para *novas / modernas*, este processo pode ser apreendido em termos de modelos epidemiológicos.

Até o início do século passado, no Brasil, havia correntes de pensamento que entendiam a saúde pública dentro de um quadro determinado pelo contexto histórico e social mais amplo: o ambiente aristocrático e excludente da sociedade articulava uma compreensão própria da questão, uma vez que predominava o interesse estritamente particular e individual. Este personalismo traduzia-se no isolacionismo das ações, marcando de individualismo as



posturas dos homens de saúde e políticos diante do tema. Pensado as implicações coletivas desse tipo de percepção e atuação, os prognósticos não poderiam ser piores, na medida em que, não reconhecendo os fenômenos vitais, como a saúde e a doença, como pertinentes à vida social, chegava-se, levando esta lógica ao extremo de suas implicações, à conclusão segundo a qual a saúde *pública não existe*.

No decorrer do século XIX, entretanto, este cenário vai ser transformado, na medida em que se processaram mudanças capazes não só de cambiar os aparatos técnicos e científicos passíveis de uso pela atuação médica e sanitária, como também possibilitaram equacionar estas novas conquistas da ciência em termos de poder político, permitindo a criação e manutenção, pela administração pública, de um conjunto orgânico de instituições médicas e sanitárias fundadas sob a égide do que se entendia ser então o moderno método científico. Entendendo o espaço natural e social das cidades como permeado pelas doenças e patologias que atacam os homens, animais e plantas a eles associados, são criados organismos institucionais cuja tarefa é constituir uma rede de informações que alimentam os sistemas políticos de planejamento social. Os fenômenos patológicos ganham assim uma inusitada visibilidade que permite atribuir-lhe o estatuto de entidade social.

Nesse processo, o tipo de compreensão do problema médico sanitário passa a ser de ordem técnica, despertando interesses que se articulavam nos círculos profissionais marcados pela busca da autoridade científica, gerando uma postura corporativa, na medida em que busca a união das excelências profissionais em torno da resolução de um mesmo problema.

A questão da etiologia das diferentes doenças tornava-se de fundamental importância, na medida em que possibilitava, de um lado, encaminhar ações de prevenção; constituindo, por outro lado, etapa considerada necessária para a utilização da terapêutica clínica mais eficiente nos casos em que a patologia já encontrava-se instalada.

---

<sup>6</sup> Para o caso de São Paulo, ver as contribuições de Almeida, 1998; Antunes, 1992; Blount, 1982; Castro Santos, 1980, 1985; Gambeta, 1984; Hochman, 1998; Lowrie, 1938; Ribeiro, 1993; São Paulo (Cidade), 1985; Stepan, 1976; Telarolli Júnior, 1995, 1996.

Moléstias presentes endemicamente na população e que constantemente ceifava vidas humanas, que interessava ao Estado, por vários motivos, preservar, mobilizavam os profissionais médicos a buscar as causas dessas patologias.

Sobre esta questão de capital importância tanto para a saúde coletiva quanto para o tratamento clínico, médicos, higienistas e cientistas dividiam suas opiniões quanto à determinação, em última instância, das causas das moléstias

O historiador Sidney Chalhoub, em seu livro *Cidade febril*, captou com argúcia e descreveu com clareza o quadro deste debate entre as concepções de **contágio e infecção**:

“Os **contagionistas** acreditavam que a doença podia ser transmitida de pessoa a pessoa, ou diretamente, através do contato físico, ou indiretamente, através do toque em objetos contaminados pelos doentes ou da respiração do ar que os circundava. Em outras palavras, os contagionistas achavam que o aparecimento de uma determinada moléstia sempre se explicava pela existência de um veneno específico que, uma vez produzido, podia se reproduzir no indivíduo doente e assim se espalhar na comunidade, e isso independentemente da continuação das causas originais reinantes quando da produção do veneno.

Por **infecção** se entendia a ‘ação exercida na economia por miasmas mórbidos’. Ou seja, a infecção se devia à ação que substâncias animais e vegetais em putrefação exerciam no ar ambiente. A infecção não atuava senão na esfera do foco do qual se emanavam os tais ‘miasmas morbíficos’. Era possível que uma doença infecciosa se propagasse de um indivíduo doente a outro são; contudo, tal processo não ocorria propriamente por contágio: o indivíduo doente agia sobre o são ao alterar o ambiente que os circundava. **Os paradigmas médicos do contágio e da infecção se combinavam com freqüência, de maneiras imprevistas e originais, quanto os escolápios do século XIX discutiam a etiologia e as formas de transmissão de moléstias como a cólera e a febre amarela.**

Os médicos higienistas – brasileiros e outros – defendiam interminavelmente seus pontos de vista sobre as idéias de **contágio e infecção**; na realidade, muitos passaram boa parte de suas vidas debruçados sobre esse assunto. (...) De fato, havia sólidas razões de ciência e experiência em apoio a cada uma das partes em confronto (...).

O que importa registrar é que aqueles que acreditavam no **contágio** (...) recomendavam medidas como quarentenas para

navios que chegavam ao porto e isolamento rigoroso dos doentes em hospitais estabelecidos em locais distantes do centro da cidade. Os **infeccionistas**, por seu turno, consideravam tais providências ineficazes, e advogavam medidas mais abrangentes para transformar as condições locais e impedir a produção das temidas 'emanações miasmáticas'.

Foram os (...) **infeccionistas**, na verdade, que produziram o arcabouço ideológico básico às reformas urbanas realizadas em várias cidades ocidentais na segunda metade do século XIX e nas primeiras décadas do século XX." (Chalhoub, 1996, pp. 64-65, grifos meus)

No trecho acima citado, o autor refere-se especificamente ao caso da febre amarela<sup>7</sup>. Podemos, entretanto, considerar esta dinâmica que opõe e compõe as posições contagionistas e infeccionistas como paradigmática, na medida em que expressa percepções que podem ser aplicadas à quase totalidade das moléstias.

Gilberto Hochman, por exemplo, estudando os efeitos políticos da interdependência sanitária verificou, para o período que vai de 1910 a 1930, ser crescente a consciência social da existência das **doenças que pegam**, expressão popular que encontrou no livro de educação sanitária de Sebastião

---

<sup>7</sup> Confirmando serem paradigmáticas estas concepções sobre a etiologia das doenças no decorrer do século XIX, cito o seguinte trecho, que também trata da febre amarela, cujo autor é um historiador com formação médica: "(...) *miasmas ou bactérias?* Havia duas teorias causais para a febre amarela, a *transmissão* ou *infecção*, e o *contágio*. Para os adeptos do *contágio*, os agentes responsáveis pela doença passavam de pessoa a pessoa, através do contato de um corpo doente com outro são, pela pele, ou pelo ar, penetrando no organismo através do sistema respiratório. Já segundo a teoria da *transmissão*, chamada eventualmente de *infecção*, havia uma etapa intermediária, em que os agentes causais permaneciam na natureza, no solo ou na água, penetrando no organismo pelo aparelho digestivo. **Os exemplos mais comuns de doenças contagiosas eram a difteria, a varíola, o sarampo e a coqueluche, e de doenças transmissíveis, o cólera e a febre tifóide.** Não houve consenso quanto à forma de propagação da febre amarela até a aceitação da transmissão pelo mosquito, no início do século XX. De um lado, havia os adeptos da transmissão exclusivamente hídrica da doença, cujo representante de maior prestígio era o dr. Luiz Pereira Barreto, e os que acreditavam na transmissão da febre amarela por diversos meios, incluindo água, solo, subsolo e ar; de outro, com a teoria mais aceita, estavam os que defendiam a propagação da doença de forma *mista*, combinando mecanismos de contágio e transmissão, conferindo-lhe uma natureza infecto-contagiosa. Essa foi a origem do conjunto heterodoxo de técnicas empregadas pela Diretoria do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo no combate às epidemias de febre amarela, resultado da adoção simultânea das duas teorias causais para a doença. (...) [Em junho de 1894, no interior do estado] As atividades da comissão incluíam o levantamento de aspectos geográficos das cidades e de dados sobre o solo superficial e profundo, as condições das águas e da atmosfera, e a higiene das habitações, combinando aspectos dos modelos da *transmissão* e do *contágio*", cf. Telarolli Júnior, 1996, p. 95, grifos meus.

Barroso, que serve para designar a propriedade de comunicação ou transmissão de vários fenômenos patológicos.

“Para alguns autores, o século XIX teria completado o longo processo de secularização do conceito de infecção, iniciado na Antigüidade clássica, superando tanto versões religiosas quanto a perspectiva que alimentou e movimentou as primeiras reformas da saúde pública: a de que epidemias resultavam de condições ambientais tais como fatores atmosféricos e climáticos, circunstâncias locais, ausência de tratamento de esgotos e lixo, suprimento de água precário, habitações sem ventilação e superlotadas etc. (...) Para o que se convencionou chamar de teoria miasmática, as doenças seriam transmissíveis através de miasmas, *humores* que surgiam de matéria orgânica em decomposição, vegetal ou animal, resultantes de condições ambientais específicas, e não através de micróbios.

Ao longo do século XIX, ou pelo menos até sua comprovação pela bacteriologia, a aceitação, ou não, da idéia de infecção e contágio através de microorganismos, conhecida como *teoria do germe*, este sempre associada ao intenso debate e invariável conflito em torno das medidas a serem tomadas para que se evitassem doenças, em especial aquelas para combater e evitar a difusão de epidemias.” (Hochman, 1998, p. 54, grifos no original)

Após historiar a evolução destas concepções, sintetiza o autor:

“(...) *contágio* refere-se à idéia de que doenças podem ser transmitidas diretamente de uma pessoa para outra ou, indiretamente, por ar, água, seres vivos e outros meios e objetos contaminados (...). Já o termo *infecção* pode ser definido como a ‘invasão do corpo por germes que se reproduzem e multiplicam causando doenças’ (...). Sempre houve certa dificuldade em distinguir-se entre o agente que é transmitido por pessoas ou via meio ambiente, mais associado à idéia de contágio, e o processo de transmissão, mais vinculado à idéia de infecção.” (Hochman, 1998, p. 53, grifo no original)

Uma rápida leitura dos comentários tecidos pelo dr. Rubião Meira, médico demógrafo da Seção de Estatística que publica os **Anuários Demográficos** fará ver que seu conteúdo não pode ser enquadrado em qualquer uma dessas concepções isoladamente. Se por um lado expressa sua convicção nos métodos e práticas consideradas científicas, por outro lado deixa entrever que

*Moléstias de notificação compulsória no Estado de São Paulo (1891-1917)*

1893	1894	1896	1906	1911	1917
beribéri	-	-	-	-	-
m. septicêmicas	-	-	-	-	-
m. infectuosas puerperais	-	-	-	-	-
febre amarela	febre amarela	febre amarela	febre amarela	febre amarela	febre amarela
cólera	cólera	cólera	cólera	cólera	cólera
peste	peste	peste	peste	peste	peste
variola	variola	variola	variola	variola	variola
escarlatina	escarlatina	escarlatina	escarlatina	escarlatina	escarlatina
sarampão	sarampão	sarampão	sarampão	sarampão	-
-	coqueluche	-	-	coqueluche	coqueluche
difteria	difteria	difteria	difteria	difteria	difteria
-	-	tuberculose	tuberculose	tuberculose	tuberculose
-	-	febre tifóide	febre tifóide	febre tifóide	febre tifóide
-	-	-	tracoma	tracoma	tracoma
-	-	-	-	lepra	lepra
-	-	-	-	impaludismo	impaludismo
-	-	-	-	ancilostomose	ancilostomose
-	-	-	-	disenteria	disenteria
-	-	-	-	-	epizootia
-	-	-	-	-	paralisia infantil
-	-	-	-	parotidite (em habitações coletivas)	
-	-	-	-	infecção puerperal e oftalmia do recém-nascido (maternidades)	

Fonte: adaptado de Telarolli Júnior, 1996, p. 230.

não ser completamente imune às crenças que informam, delimitam e enformam o quadro cultural mais amplo no qual está inserido.

### *Instituições médicas e científicas no Brasil do século XIX.*

Se, por um lado, essa era, em grandes linhas, a apreensão do processo de transição, de outro lado não devemos esquecer que este foi apenas seu desenrolar. Todo o processo de maturação e preparação que antecedeu aos acontecimentos em si foram realizados vinte anos antes.

Sobre este processo, em conexão com o processo de implantação da epidemiologia no Brasil, em particular na Cidade de São Paulo, podemos perceber certos contornos característicos.

Assim com a idéia de epidemia suscitava uma reação diversa em cada um dos diversos níveis que compõe o tecido social, as permanências também apontam para a existência de certas uniformidades:

"(...) a instantaneidade da doença, a procura de pretensos culpados, a dissolução dos costumes, a abnegação (mortal para eles próprios) dos médicos e dos parentes que se opunham ao abandono dos moribundos e dos mortos, as preces aos deuses e a sua ineficácia, as conseqüências políticas e econômicas funestas para a cidade, são outros tantos aspectos que conhecerão as comunidades humanas de cada vez que um drama semelhante [a peste] se abater sobre elas." (Sournia & Ruffié, 1986, pp. 78-79)

Como vimos, no nascimento mesmo dessa ciência com John Graunt, em 1662, lá estavam presentes quase todos os instrumentos básicos que depois se fez somente ampliar, à exaustão, a utilidade.

No caso da implantação de tal conhecimento no Brasil, esse processo se deu de forma inteira e acabada, não somente no sentido em que "recebeu" todo pacote pronto dos países de origem, mas principalmente porque aqui já se haviam desenvolvido as condições necessárias à própria operacionalização dos conceitos então importados. Isso significa dizer que não somente as condições materiais concorreram para o sucesso da penetração da moderna epidemiologia no Brasil, mas que a forma mesmo como se pensava essa nova

ciência, seus pressupostos, métodos e aplicações, encontrava ecos no processo, paralelo, de desenvolvimento das ciências no país.

Para um rápido retrospecto, devemos lembrar que a transmigração da família real portuguesa para o Brasil em 1808 ocasionou, como reflexo imediato das novas necessidades então criadas, o início dos primeiros cursos superiores no país: os cursos médicos - medicina e cirurgia - na Bahia e no Rio de Janeiro. Em 1810 acontece fundação da Academia Militar, no Rio de Janeiro, que representou um "esforço deliberado do Príncipe Regente para alterar a mentalidade literária tradicional do país. Os livros de textos europeus mais modernos de matemática e física foram importados para uso na instrução" que objetivava formar oficiais cadetes nas "artes e ciências da guerra, e prepará-los para o levantamento e exploração do que era ainda uma terra virtualmente desconhecida." (cf. Stepan, 1976, p. 37)

Em 1858 iniciou-se a separação da engenharias civil e militar ensinadas anteriormente pela Academia Militar. Desse desmembramento resultou que a Escola Central continuava formando oficiais e a Escola Politécnica (1876) foi a primeira escola de engenharia civil do país. No mesmo ano se fundou também uma escola para ensinar a engenharia de minas, em Ouro Preto; e em 1893 surge a Escola Politécnica em São Paulo.

O século XIX o Brasil se fez, portanto, de médicos e engenheiros.

E, com a transformação do cenário social, econômico e político, São Paulo será, por volta de 1900, um ponto central na convergência e da fusão destas duas tecnologias - médica e matemática.

"Com a Proclamação da República em 1889 e a transferência da responsabilidade pela educação e pela ciência para as legislaturas individuais dos Estados, a preocupação com o saneamento e a medicina estavam crescendo, particularmente no Estado de São Paulo, economicamente bem sucedido." (Stepan, 1976, p. 48)

E, se o desenrolar dos acontecimentos indicava um aumento das necessidades, estas foram plenamente respondidas pelos poderes públicos do estado mais rico da federação, com a liberação de verbas generosas que possibilitaram, antes mesmo que isso ocorresse no Rio de Janeiro, que São Paulo tivesse uma ciência institucionalizada, pelo menos na área da pesquisa

biomédica, além da forte influência exercida pela existência da Escola Politécnica nos meios intelectuais da cidade.

Este processo que propiciou a implantação, pioneira no Brasil, de estatísticas demógrafo-sanitárias mantidas por órgão público e orientadas para um planejamento das ações governamentais em saúde pública e da pesquisa aplicada que se fazia nos laboratórios então em processo de implantação, como o Instituto Bacteriológico de São Paulo, ficou marcado pela publicação dos **Anuários Demográficos** da Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária, o primeiro em 1894. A partir destes, anualmente, os dados do Registro Civil em todo Estado de São Paulo, referentes aos nascimentos, casamentos, e óbitos serão publicados e, mais importante, serão o resultado imediato da implantação da epidemiologia moderna no Brasil, a mesma que se fazia, ao mesmo tempo, em lugares mais desenvolvidos do mundo, quer dizer, mesmos métodos, mesmos problemas, mesmas vias de soluções. Além do Registro Civil, e dando prosseguimento ao projeto que se amplia ano a ano, os Anuários vão trazer também dados de movimento da população imigrante, além de estatística econômica e moral.

### *A Seção em três tempos*

*1893 - 1902: os anos de implantação.*

Este intervalo de tempo corresponde ao período de organização da Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária, sendo melhor conhecido por documentação de ordem jurídico institucional (leis e decretos), que propriamente pelas publicações da própria Seção, como é o caso dos boletins demográficos publicados na grande imprensa e dos **Anuários Demográficos**.

A Lei nº 240 de 04/09/1893, reorganizando o Serviço Sanitário paulista, indicou como órgãos dependentes da sua Diretoria as seguintes repartições:

1. Instituto Bacteriológico;
2. Laboratório de Análises Químicas;
3. Instituto Vacinogênico;
4. Serviço Geral de Desinfecção;



5. Hospitais de Isolamento;
6. Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária e;
7. Instituto Soroterápico.

A sede da Diretoria do Serviço Sanitário ocupava um prédio na rua Florêncio de Abreu, enfrente à várzea do Carmo, e abrigava, no pavimento superior, também a Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária .

Neste período articula-se o projeto do Serviço Sanitário Paulista, que significativamente incorpora a preocupação com os estudos demográficos à sua lista de prioridades. Dado o caráter específico de Seção voltada para a produção de conhecimento sobre o meio sanitário onde atua o Serviço Sanitário paulista, ao contrário dos institutos de pesquisa, como no caso dos Institutos Bacteriológico e Vacinogênico, nos quais o ritmo do laboratório impõe um tempo mais lento, apesar de mais preciso, lá serão mais nítidos os contornos da ação do Serviço Sanitário enquanto tentativa de conhecimento, de produção e instrumentalização de saberes, com uma finalidade específica e de caráter prático, a constante tessitura do quadro sanitário do Estado. Os anuários produzidos neste período são questionáveis na consistência dos dados apresentados, visto ser bastante lacunar o envio dos registros necessários à totalização do quadro<sup>8</sup>.

Quando da reorganização do Serviço Sanitário em 1893, as preocupações com o levantamento de dados demográficos sobre a mortalidade e mais especificamente sobre as causas de óbito tomaram forma na Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária que, com base nos dados recolhidos do registro civil, deveria publicar o seu **Anuário Demográfico**, contemplando, além da mortalidade, dados sobre a natalidade e nupcialidade.

---

<sup>8</sup> O trecho a seguir demonstra, além das condições precárias de funcionamento da Seção de Estatística, que devemos estar prontos para afastar qualquer expectativa quanto à pretensa isenção e objetividade inerentes ao discurso científico: "(...) era nosso intuito estudá-las [as cidades do interior do Estado] detalhadamente, como o fizemos, em relação à Capital, analisando, comparando e comentando as respectivas cifras de nupcialidade, natalidade e mortalidade; mas, **por motivos de saúde**, desistimos desse intento e aqui concluímos este nosso desprezioso trabalho a cuja confecção **fomos coagidos pela letra do Regulamento**. S. Paulo, 6 de junho de 1903, o Diretor Interino, dr. Castro Lima", cf. Anuário Demográfico, 1902, p. 122, grifos meus.

## NOMENCLATURA DAS CAUSAS DA MORTE

com sinonímia latina e francesa, conforme foi adotada pelo Congresso Internacional de Estatística de Paris [1855]

DIVISÃO DAS CAUSAS DA MORTE	NOMES EM PORTUGUÊS DAS ESPÉCIES	NOMES LATINOS	NOMES FRANCESES	OBSERVAÇÕES
1. mortos de nascimentos.	1. nascidos mortos ou mortos no nascedouro.	1. <i>natus mortus</i> .....	1. mort né.....	Quando a criança não tiver chegado a respirar, deve-se declarar se nasceu de tempo, ou não, e se não foi de tempo, qual o tempo de vida intra-uterina que teve, bem como se foi única, gêmea, ou trigêmea. Quanto à mãe, deve-se declarar se era primípara, e quando não, se tinha já tido outros filhos mortos; se a criança morreu antes ou durante o trabalho do parto, e no 1º caso quanto tempo antes. Se tiver morrido durante o trabalho do parto de clare-se qual foi a causa da morte; apresentação, posição, edência do cordão umbilical, e operações que forem tentadas. Igualmente, quem foi que assistiu à parturiente; se um médico, ou um cirurgião, uma parteira, ou alguma pessoa estranha à arte; e finalmente, o estado de saúde da mãe durante a gravidez.
2. mortos por debilidade congénial, vício original de conformação ou monstruosidade	2. fraqueza congénial... 3. hidrocéfalo..... 4. cianose..... 5. espinha bífida..... 6. imperfuração do ânus..... 7. outros vícios de conformação ou monstruosidade.....	2. <i>debilitas congenita</i> 3. <i>hydrocephalus</i> ..... 4. <i>cyanosis</i> ..... 5. <i>spina bifida</i> ..... 6. <i>anus imperforatus</i> . 7. <i>altera vitia conformationis aut monstruosæ deformitatis</i> .....	2. faiblesse congéniale..... 3. hydrocephalie..... 4. cianose..... 5. spina bifida..... 6. imperforation de l'anus..... 7. autres vices de conformation et monstruosité.....	Deve-se neste caso designar qual era a qualidade da fraqueza, e se a criança era de tempo, ou não; neste último caso, em que idade da vida intra-uterina morreu ela.
3. mortos de velhice.	8. marasmo senil	8. <i>marasmus senilis</i>	8. marasme senile	Não se deve inscrever aqui senão os casos de morte por velhice, propriamente ditos, e referir à outras divisões e outras causas, qualquer morte proveniente de alguma doença ou acidente, por mais avançada que seja a idade do defunto. Importa distinguir bem o aniquilamento das forças físicas e a depressão mental,

				que resultam somente da idade avançada, de outros sintomas mais salientes, e muitas vezes mais súbitos, que resultam de uma afeção cerebral propriamente dita.
4. mortos por algum acidente exterior ou morte violenta.	09. suicídio.....	09. <i>suicidium</i> .....	09. suicide.....	<p>Deve-se indicar a profissão do suicida, o lugar do seu nascimento, e desde quando reside naquele em que se suicidou e, finalmente, mencionar as três circunstâncias seguintes:</p> <p>1<sup>a</sup> causa ocasional da morte. Submersão, asfixia (neste caso, qual o gás?), envenenamento (qual o veneno?), queimadura, combustão, queda, instrumento cortante ou contundente, arma de fogo e outros instrumentos de morte.</p> <p>2<sup>a</sup> situação física e moral do indivíduo. Deboche, avareza, ciúme, amor, revezes de fortuna, desgostos da vida, hipocondria, moléstias, desgostos domésticos, miséria e outras circunstâncias.</p> <p>3<sup>a</sup> hereditariedade. Hipocondria, epilepsia, alienação, escrófulas, tísica, meningite tuberculosa, moléstias da pele, do pai, da mãe, avós, filhos, netos, irmãs, irmãos, tios, tias, sobrinhos e sobrinhas.</p>
	9. homicídio.....	10. <i>homicidium</i> .....	10. homicide.....	Deve-se indicar o instrumento com que foi executada a morte, consultando o catálogo dado a respeito do suicídio.
	10. execução legal.....	11. <i>supplicium legale</i> ..	11. execution juridique	Deve-se declarar qual foi o crime que deu lugar à execução.
	11. morte na guerra.....	12. <i>mors in bello</i> .....	12. mort á guerre.....	Trata-se somente das feridas mortais recebidas no campo da batalha.
	13. morte involuntária.....	13. <i>mors involuntaria</i> ..	13. mort par accidente involuntaire.....	Deve-se descrever o acidente sob o duplo ponto de vista das lesões que produziram a morte e das suas causas, e indicar especificadamente as causas seguintes: submersão, queimadura ou combustão, combustão espontânea, envenenamento (qual o veneno?), asfixia (qual o gás asfixiante?), explosão, raio, desmoronamento, queda, mordedura de animais venenosos, frio, fome, indigestão, embriaguez, etc.
5. mortos de moléstia definida.	14. morte violenta por causa desconhecida.	14. <i>mors violenta a causa ignota</i> .....	14. mort violente dont la cause est ignoré	

<p>N.B. As espécies aqui designadas desde o n.º 15 até 46 correspondem à classe das moléstias agudas especificadas de Marc d'Espine, e à das moléstias zimóticas de W. Farr. Recomenda-se muito aos médicos que forem chamados a escolher nesta divisão a espécie de moléstia que tenha causado a morte, que antes de fazerem a sua escolha procurem inquirir todas as circunstâncias mórbidas ocorridas desde o estado de saúde até a morte do indivíduo, para poderem distinguir a moléstia essencial e primitiva, sob a rubrica da qual unicamente devem eles inscrever o caso, guardando-se bem de o referir a uma moléstia secundária ou terciária.</p> <p>Uma vez referido o caso à moléstia primitiva e principal, dever-se-á mencionar numa nota à parte a moléstia ou acidente que por ele terminou; como, por exemplo, se o sarampo tiver terminado por uma pneumonia, a escarlatina por uma anasarca aguda, a tísica pulmonar por uma hemoptise fulminante, a encefalite crônica por apoplexia, etc. Recomenda-se-lhes mais, que declarem se a forma da moléstia era aguda ou crônica para que seja possível separar na</p>	15. bexigas.....	15. <i>variola</i> .....	15. variole.....	<p>É natural nos não vacinados, depois da vacina.</p> <p>Nesta espécie deve ser compreendida a angina gangrenosa da escarlatina e os acidentes secundários: anasarca, albuminúria, etc.</p> <p>Perniciosa?</p> <p>Espécie admitida somente como particular a alguns países e que não compreende certas febres renitentes que não são senão sintomáticas de outras moléstias.</p> <p>O tétano traumático não deve figurar entre as causa de morte, porque provém de feridas e pertence aos acidentes.</p> <p>Não se confunda esta espécie com aquela que provém de ferida e pertence aos acidentes.</p>
	16. variolóide ou catapora.....	16. <i>varioloides</i> .....	16. varioloide.....	
	17. miliar.....	17. <i>miliaria</i> .....	17. fièvre miliaire (suette).....	
	18. sarampo.....	18. <i>morbili</i> .....	18. rougeole.....	
	19. escarlatina.....	19. <i>scarlatina</i> .....	19. scarlatine.....	
	20. difteria.....	20. <i>diphtheritis</i> .....	20. diphtherite.....	
	21. croup.....	21. <i>laryngitis pseudo-membranacea</i> .....	21. croup pseudo-membraneaux.....	
	22. parotidite.....	22. <i>parotitis</i> .....	22. oreillons.....	
	23. coqueluche.....	23. <i>pertussis</i> .....	23. coqueluche.....	
	24. gripe ou catarro epidêmico.....	24. <i>influenza</i> .....	24. grippe.....	
	25. reumatismo agudo.....	25. <i>febris rheumatica</i> .....	25. rhumatisme aigu.....	
	26. febre tifóide.....	26. <i>febris typhoides</i> .....	26. fièvre typhoide.....	
	27. tifo.....	27. <i>typhus</i> .....	27. typhus.....	
	28. febre amarela.....	28. <i>typhus icterodes</i> .....	28. fièvre jaune.....	
	29. peste.....	29. <i>pestis</i> .....	29. peste orientale.....	
	30. febre intermitente.....	30. <i>febris intermittentes</i> .....	30. fièvre intermittente.....	
	31. febre renitente.....	31. <i>febris remittentes</i> .....	31. fièvre remittente.....	
	32. cólera asiática.....	32. <i>cholera asiatica</i> .....	32. choléra indien.....	
	33. cólera esporádica.....	33. <i>cholera indigena</i> .....	33. choléra indigén.....	
	34. cólera das crianças.....	34. <i>cholera infantum</i> .....	34. cholera des enfants.....	
	35. disenteria.....	35. <i>dysenteria</i> .....	35. dysenterie.....	
	36. tétano.....	36. <i>tetanus</i> .....	36. tetanos.....	
	36a. trismo.....	36a. <i>trismus</i> .....	36a. trisme.....	
	37. noma.....	37. <i>noma</i> .....	37. nome.....	
	38. gangrena de hospital.....	38. <i>gangrena nosocomialis</i> .....	38. pourriture d'hôpital.....	
	39. piemia (flebite).....	39. <i>pyemia</i> .....	39. resorption purulente.....	
	40. febre puerperal.....	40. <i>febris</i> .....	40. fièvre puerpérale.....	

<p>classificação os casos agudos ou crônicos, se assim for necessário.</p> <p>É do maior interesse conhecer a duração das moléstias primitivas, e seria muito para desejar, portanto, que se indicasse em dias, meses ou anos o tempo que houver decorrido entre o estado de saúde e a morte; e depois, a duração especial da moléstia ou do acidente secundário que precedeu imediatamente a morte, se for possível ajuntar à simples indicação da moléstia primitiva e da moléstia secundária alguns sintomas mais salientes, dever-se-á fazê-lo, afim de dar aos médicos encarregados da classificação dos fatos, a certeza de que o diagnóstico não foi levemente feito. As operações que certas moléstias reclamarão deverão ser também indicadas; e, finalmente, não deverão ser omitidas algumas palavras também sobre a autópsia, todas as vezes que ela tiver sido praticada.</p> <p>N.B.</p> <p>1 ° As espécies de n ° 47 a 75 correspondem às duas classes de inflamações agudas, francas ou locais e das inflamações crônicas locais de Marc d'Espine, e à classe das esporádicas dos diversos sistemas especiais</p>	41. erisipela.....	<i>puerperalis</i> ..... 41. <i>erysipelas</i> .....	41. erysipéle.....	<p>Sob esta denominação devem ser compreendidas as inflamações francas, quer do cérebro, quer dos seus invólucros.</p> <p>A laringite e a faringite não foram aqui indicadas porque quando são mortais terminam sempre pelo edema [d]a glote.</p>
	42. antrax.....	42. <i>anthrax</i> .....	42. anthrax.....	
	43. pústula maligna.....	43. <i>pustula maligna</i> .....	43. pustile maligne.....	
	44. hidrofobia.....	44. <i>rabies</i> .....	44. rage.....	
	45. mormo.....	45. <i>mallens</i> .....	45. morve-farcin.....	
	46. intoxicação cadavérica.....	46. <i>intoxicatio cadaverica</i> .....	46. infection par piqûre cadaverique.....	
	47. encefalite.....	47. <i>encephalitis</i> .....	47. encephalite.....	
	48. mielite.....	48. <i>myelitis</i> .....	48. myelite.....	
	49. cardite (pericardite e endocardite).....	49. <i>carditis(pericarditis et endocarditis)</i> .....	49. peri et endocardite non rhumatismale..	
	50. moléstia orgânica do coração.....	50. <i>morbi cordis organici</i> .....	50. maladies organiques du coeur	
	51. aneurisma.....	51. <i>aneurisma artenarum</i> .....	51. anévrisme spontané des artères.....	
	52. edema da glote.....	52. <i>oedema glottite</i> .....	52. oedema de la glotte	
	53. bronquite.....	53. <i>bronchitis</i> .....	53. bronchite.....	
	54. pleuris.....	54. <i>pleuritis</i> .....	54. pleurisie.....	
	55. pneumonia.....	55. <i>pneumonia</i> .....	55. pneumonie.....	
	56. apoplexia pulmonar..	56. <i>apoplexia pulmonum</i> .....	56. apoplexie pulmonaire.....	
	57. enfisema pulmonar...	57. <i>emphysema pulmonum</i> .....	57. emphysema pulmonaire.....	
	58. glossite.....	58. <i>glossitis</i> .....	58. glossite.....	
	59. gastrite.....	59. <i>gastritis</i> .....	59. gastrite.....	
	60. enterite.....	60. <i>enteritis</i> .....	60. enterite.....	
	61. peritonite.....	61. <i>peritonitis</i> .....	61. peritonite.....	
	62. peritifilite.....	62. <i>perityphlitis</i> .....	62. perityphlite.....	
	63. iléus, invaginação intestinal.....	63. <i>ileus, intussusceptio</i> .....	63. ileus et invagination.....	
	64. hérnia.....	64. <i>hernia</i> .....	64. hernie.....	
	65. hepatite.....	65. <i>hepatitis</i> .....	65. hepatite.....	
	66. cálculos biliares.....	66. <i>calculus biliaris</i> .....	66. calcul biliaire.....	
	67. cirrose do fígado.....	67. <i>cyrrhosis</i> .....	67. cyrrhe du foie.....	

<p>de órgãos de W. Farr.</p> <p>2 ° Deve-se Ter cuidado em distinguir para todas as inflamações locais a forma aguda da crônica. Os casos crônicos que tiverem tido uma terminação aguda serão assim especificados: crônicos com terminações agudas.</p> <p>3 ° As diferentes diáteses (tubérculos, cancros de diferentes órgãos) serão reservadas para as espécies a que pertencem.</p> <p>N.B. As espécies de n ° 76 a 111 correspondem às diversas diáteses crônicas de Marc d'Espine, e as esporádicas incertas sedis, assim como a uma parte das esporádicas dos diversos sistemas especiais de órgãos de W. Farr.</p>	<p>68. nefrite.....</p> <p>69. cistite.....</p> <p>70. metrite.....</p> <p>71. pólipos do útero.....</p> <p>72. fleugmão.....</p> <p>73. fleugmão do sistema urinário.....</p> <p>74. gangrena.....</p> <p>75. gangrena senil.....</p> <p>76. escrófulas.....</p> <p>77. tumor branco.....</p> <p>78. moléstia vertebral de Pott.....</p> <p>79. tubérculos.....</p> <p>80. tubérculos mesentéricos.....</p> <p>81. peritonite tuberculosa.....</p> <p>82. tubérculos pulmonares.....</p> <p>83. tubérculos encefálicos.....</p> <p>84. cancro.....</p> <p>85. raquitismo.....</p> <p>86. bócio (papo).....</p> <p>87. cretinismo.....</p> <p>88. loucura.....</p> <p>89. epilepsia.....</p> <p>90. histerismo.....</p> <p>91. coréa, ou dança de São Guido.....</p>	<p>68. <i>nephritis</i>.....</p> <p>69. <i>cystitis</i>.....</p> <p>70. <i>metritis</i>.....</p> <p>71. <i>polipus uteri</i>.....</p> <p>72. <i>phlegmone</i>.....</p> <p>73. <i>phlegmone systematis urinarii</i>.....</p> <p>74. <i>gangraena</i>.....</p> <p>75. <i>gangraena senilis</i>.....</p> <p>76. <i>scrofulosis</i>.....</p> <p>77. <i>tumor albus</i>.....</p> <p>78. <i>morbus Pottii</i>.....</p> <p>79. <i>tuberculosis</i>.....</p> <p>80. <i>tuberculosis enteromesenterica</i>.....</p> <p>81. <i>tuberculosis peritonitica</i>.....</p> <p>82. <i>tubercula pulmonum</i>.....</p> <p>83. <i>tuberculosis encephalica</i>.....</p> <p>84. <i>cancer</i>.....</p> <p>85. <i>rachitis</i>.....</p> <p>86. <i>struma</i>.....</p> <p>87. <i>cretinismus</i>.....</p> <p>88. <i>insania</i>.....</p> <p>89. <i>epilepsia</i>.....</p> <p>90. <i>hysteria</i>.....</p> <p>91. <i>chorea</i>.....</p>	<p>68. nephrite.....</p> <p>69. cystite.....</p> <p>70. metrite.....</p> <p>71. polype uterin.....</p> <p>72. phlégmom.....</p> <p>73. phlégmom des voies urinaires.....</p> <p>74. gangrène locale.....</p> <p>75. gangrène senile.....</p> <p>76. scrofules.....</p> <p>77. tumeur blanche.....</p> <p>78. maladie de Pott.....</p> <p>79. tuberculisation.....</p> <p>80. tuberculisation entéromesenterique.....</p> <p>81. peritonite tuberuleuse.....</p> <p>82. tuberculisation pulmonaire.....</p> <p>83. tubercules cerebraux.....</p> <p>84. cancer.....</p> <p>85. rachitisme.....</p> <p>86. goître.....</p> <p>87. cretinisme.....</p> <p>88. alienacion mentale.....</p> <p>89. epilepsie.....</p> <p>90. hystérie.....</p> <p>91. chorée.....</p>	<p>Não se confunda com as espécies sob n ° 57 e 58.</p> <p>Deve-se aqui indicar se a moléstia é aguda ou crônica, bem como a sua sede, se não está prevista em alguma das espécies seguintes:</p> <p>Ou tísica pulmonar. Deve-se indicar o modo de terminação da moléstia; a hemoptise pertence a esta espécie.</p> <p>Sob esta denominação deve-se compreender o schirro e o encefalóide, em uma palavra todas as espécies de cancro. Não se deve deixar de indicar a sede orgânica do cancro.</p> <p>A loucura tem diversas formas e não se deve atribuir a esta espécie senão os casos em que a alienação mental tenha influído sobre a morte.</p> <p>Deve-se declarar se a morte teve lugar em algum dos ataques epiléticos.</p>
---	--	--	--	--

	92. asthma thymica.....	92. <i>laryngismus estridulus</i> .....	92. asthme thymique.....	
	93. pelagra.....	93. <i>pellagra</i> .....	93. pellagre.....	
	94. elefantíase dos árabes.....	94. <i>elephantiasis arabum</i> .....	94. elephantiasis.....	
	95. elefantíase dos gregos.....	95. <i>elephantiasis graecorum</i> .....	95. elephantiasis des Grecs.....	
	96. gota.....	96. <i>podagra</i> .....	96. goutte.....	
	97. cálculos da bexiga e dos rins.....	97. <i>calculi vesicae</i> .....	97. calculcs de la vessie et des reins.	
	98. nefrite albuminosa...	98. <i>morbus Brightii</i> .....	98. maladie de Bright....	
	99. diabetes.....	99. <i>diabetes</i> .....	99. diabète.....	
	100. escorbuto.....	100. <i>scorbutus</i> .....	100. scorbut.....	
	101. púrpura hemorrágica.....	101. <i>purpura hemorrhagica</i> .....	101. pourpre hemorrhagique(de Werlhoff).....	
	102. clorose.....	102. <i>chlorosis</i> .....	102. chlorose.....	
	103. vermes.....	103. <i>vermes</i> .....	103. entozoaires, hydatides etc.....	
	104. sífilis.....	104. <i>syphilis</i> .....	104. maladies syphilitiques.....	
N.B. As espécies de n ° 105 a 111 são os diversos envenenamentos crônicos.	105. alcoolismo embriaguez.....	105. <i>alcoholismus ebrietas</i> .....	105. alcoolisme.....	Deve-se indicar se a sífilis é constitucional, os diversos graus da infecção, e a natureza e sede das lesões.
	106. ergotismo.....	106. <i>ergotismus</i> .....	106. ergotisme.....	
6. Mortos de moléstias incompletamente definidas ou designadas somente por um sintoma saliente.	107. saturação iódica.....	107. <i>saturatio iodica</i> .....	107. saturation iodique...	Forma gangrenosa, forma convulsiva.
	108. saturação saturnina.	108. <i>saturatio saturnina</i> .....	108. saturation par le plomb.....	
	109. saturação pelo ópio.	109. <i>saturatio opii</i> .....	109. saturation par l'opium.....	
	110. saturações diversas.	110. <i>aliae saturationes</i>	110. autres saturations...	
	111. inanição.....	111. <i>febris a fame</i> .....	111. inanition chronique.	
	112. síncope.....	112. <i>syncope</i> .....	112. syncope.....	
N.B. 1 ° As espécies de n ° 112 a 138 correspondem a diversas espécies esporádicas de W.Farr, e algumas dentre elas aos acidentes mórbidos de Marc d'Espine. Muitas dessas	113. morte repentina.....	113. <i>mors repentina</i> .....	113. mort subite.....	
	114. apoplexia.....	114. <i>apoplexia</i> .....	114. apoplexie cerebrale	
	115. convulsões.....	115. <i>convulsio</i> .....	115. convulsion.....	Deve-se declarar se o primeiro, segundo ou terceiro ataque da moléstia e o modo de sua terminação.
	116. eclampsia.....	116. <i>eclampsia</i>	116. eclampsie des	Não se compreendem aqui as convulsões que são

<p>espécies desaparecerão à medida que os médicos, em lugar de se referirem a um sintoma saliente, remontarem à moléstia que deu lugar a este sintoma.</p> <p>Esta divisão não tem sido conservada senão para satisfazer às necessidades momentâneas resultantes de antigos hábitos.</p> <p>Dever-se-á procurar sempre, quanto for possível, na quinta divisão, a espécie que corresponda a cada caso; e é somente quando as informações obtidas forem insuficientes para caracterizar a espécie mórbida que será lícito inscrevê-la sob as rubricas desta Sexta divisão.</p>	<p>117. paralisia.....</p> <p>118. paraplegia.....</p> <p>119. epistaxis.....</p> <p>120. hemorragia.....</p> <p>121. parto.....</p> <p>122. aborto.....</p> <p>123. anemia.....</p> <p>124. hidropsia.....</p> <p>125. hidrotórax.....</p> <p>126. ascite.....</p> <p>127. diarréia.....</p> <p>128. asthma.....</p> <p>129. estreitamentos de.....</p> <p>130. angina aftosa.....</p> <p>131. icterícia.....</p> <p>132. febre renitente das crianças.....</p> <p>133. esplenite.....</p> <p>134. prostatite.....</p> <p>135. tumor do ovário.....</p> <p>136. tumor abdominal.....</p> <p>137. lepra.....</p> <p>138. reumatismo crônico.....</p> <p>139. mortes por causa desconhecida.....</p>	<p><i>parturientium</i>.....</p> <p>117. <i>paralysis</i>.....</p> <p>118. <i>paraplegia</i>.....</p> <p>119. <i>epistaxis</i>.....</p> <p>120. <i>hemorrhagia</i>.....</p> <p>121. <i>puerperium</i>.....</p> <p>122. <i>abortus</i>.....</p> <p>123. <i>anemia</i>.....</p> <p>124. <i>hydrops</i>.....</p> <p>125. <i>hydrothorax</i>.....</p> <p>126. <i>ascites</i>.....</p> <p>127. <i>diarrhæa</i>.....</p> <p>128. <i>asthma</i>.....</p> <p>129. <i>structura</i>.....</p> <p>130. <i>aphtæ</i>.....</p> <p>131. <i>icterus</i>.....</p> <p>132. <i>febris remittens infantum</i>.....</p> <p>133. <i>morbi splenis</i>.....</p> <p>134. <i>morbi prostatae</i>.....</p> <p>135. <i>tumor ovarii</i>.....</p> <p>136. <i>tumor abdominalis</i>.....</p> <p>137. <i>lepra</i>.....</p> <p>138. <i>rhumatismus chronicus</i>.....</p> <p>139. <i>causa ignora</i>.....</p>	<p>femmes en couches</p> <p>117. paralyisie.....</p> <p>118. paraplegie.....</p> <p>119. epistaxis.....</p> <p>120. hemorrhagie.....</p> <p>121. accouchement.....</p> <p>122. avortement.....</p> <p>123. anemie.....</p> <p>124. hydropisie.....</p> <p>125. hydrothorax.....</p> <p>126. ascite.....</p> <p>127. diarrhée.....</p> <p>128. asthme.....</p> <p>129. retrecissement de.....</p> <p>130. aphtes.....</p> <p>131. ictère.....</p> <p>132. fièvre remittente des enfants.....</p> <p>133. maladies de la rate.....</p> <p>134. maladies de la prostates.....</p> <p>135. tumeur de l'ovaire.....</p> <p>136. tumeur abdominale.....</p> <p>137. lépre.....</p> <p>138. rhumatisme chronique.....</p> <p>139. mort de cause inconnue.....</p>	<p>sintomáticas das espécies pré-citadas.</p> <p>As mais das vezes são sintomas.</p>
---	---	---	--	--

## Fonte:

BARBOSA, P. e RESENDE, C.B. – Os serviços de saúde pública no Brasil especialmente na cidade do Rio de Janeiro de 1808 a 1907, R.J., Imprensa Nacional, 1909, volume II (esboço histórico e legislação), pp. 575-579.



Partindo do princípio de que os números 'falam por si', os **Anuários Demográficos** constituem-se em culto aos gráficos, tabelas e diagramas da mais variada espécie. Neles aparecem as causas de óbito classificadas segundo padrões que são alterados com o tempo, aproximando-se ou alterando a classificação em implantação na Europa. Além da exposição dos dados quantitativos, o diretor da Seção, tecia os comentários que achava necessários, numa tentativa de síntese sobre os padrões e perfis da mortalidade e dos demais dados demográficos apresentados.

*1903 - 1915: os anos Rubião Meira.*

Período de consolidação da Seção sob o comando do médico clínico Domingos Rubião Alves Meira. Sua ação vai no sentido de transformar a interpretação dos dados publicados em verdadeiros manifestos em defesa da ação do Serviço Sanitário e num campo de batalha que contrapõe percepções pré e pós pasteurianas de etiologia patogênica. É notável o esforço do diretor da Seção para transformar a demografia em instrumento de conhecimento social, ao mesmo tempo em que maneja seus produtos como argumentos científicos de observação e experimentação para comprovar a validade das premissas pasteurianas e, por contraste, para demonstrar, o arcaísmo e anacronismo das práticas médicas a elas infensas. Nomeado para a chefia da Seção pelo diretor do Serviço Sanitário, dr. Emílio Ribas, estabelece a organicidade do projeto do Serviço Sanitário como unidade operativa de um programa articulado e informado pelas mesmas concepções e representações sobre o saber científico, sua aplicabilidade no campo social, etc.

Quando Emílio Ribas deixa a direção do Serviço Sanitário no ano de 1916, o dr. Rubião Meira desliga-se da Seção de Estatística, tornando-se professor da Faculdade de Medicina de São Paulo.

*Biografia e história da ciência na vida de Domingos Rubião Alves Meira.*

Outra questão levantada pelo estudo da Seção de Estatística Demógrfo-Sanitária do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo e dos **Anuários Demográficos** por ela produzidos remete ao fato de repensar os recortes

metodológicos utilizados na história da medicina, principalmente no tocante ao uso da biografia como recurso ao conhecimento do contexto e dos saberes médicos num determinado tempo e lugar.

Formado na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, o dr. Rubião Meira foi personagem ativa na comunidade médica paulista, onde exerceu atividade clínica, atuou na *Gazeta Clínica*, periódico médico com o qual contribuiu e chegou a editar, além de dirigir a Seção entre os anos de 1903 a 1915. As notas biográficas que pude coligar, entretanto, dão ênfase aos fatos ocorridos somente à partir de 1916, ano em que deixou a direção da Seção, passando a conciliar sua atividade clínica, que jamais havia abandonado e da qual dava depoimentos nos seus escritos, à guisa de confirmação para esta ou aquela questão, com a docência na Faculdade de Medicina de São Paulo, há pouco criada.

A direção da Seção foi, ao lado da clínica privada e do trabalho numa enfermaria na *Santa Casa de Misericórdia*, seu primeiro emprego público, tendo-a ocupado pouco depois de sua formatura.

Sua trajetória pessoal demonstra os ingredientes para a compreensão do projeto sanitário articulado pelos diretores do Serviço Sanitário, principalmente sob o comando de Emílio Ribas: o projeto da modernidade pasteuriana contrapondo-se ao tradicionalismo clínico e carcomido. Desses valores ele certamente comungava e soube defendê-los com competência e zelo.

No ano de 1912 defendia sua tese de livre docência pela Faculdade na qual havia se formado, apresentando o trabalho intitulado *Valor dos novos métodos e processos de diagnóstico em clínica médica*, que dedicou ao pai, o também médico João Alves Meira.

Como interpretar suas opções acadêmicas à luz de seu trabalhoso combate na Seção? Teria o médico-demógrafo sucumbido à sua vocação clínica?

Com certeza não. O objeto de sua tese incorpora os anos de sua experiência e debate, no trânsito entre a análise dos dados demográficos e a necessidade imperiosa de fazê-los transbordar para uma nova prática clínica mais de acordo com as premissas da nova medicina. Seu trabalho é, na verdade, um grande exercício de convencimento e mesmo didática, numa crença iluminista, dirigida

*Classes de Moléstias presentes nos Anuários Demográficos da Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária do Serviço Sanitário paulista (1901-1916)*

<i>Classes de Moléstias</i>	<i>Abreviatura *</i>
moléstias infecto-contagiosas	I.a
moléstias generalizadas	I.b
moléstias gerais	I.c
moléstias localizadas	II.a
moléstias do sistema nervoso e órgãos da sensibilidade	II.b
moléstias do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos	II.c
afecções do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos	II.d
moléstias do aparelho circulatório	III.a
afecções do aparelho circulatório	III.b
moléstias do aparelho respiratório	IV.a
afecções do aparelho respiratório	IV.b
moléstias do aparelho digestivo	V.a
afecções do aparelho digestivo	V.b
moléstias do aparelho genito-urinário e de seus anexos	VI.a
afecções do aparelho genito-urinário e de seus anexos	VI.b
moléstias puerperais	VII.a
estado puerperal	VII.b
moléstias da pele e do tecido celular	VIII.a
afecções da pele e do tecido celular	VIII.b
moléstias dos órgãos da locomoção	IX.a
afecções dos ossos e dos órgãos da locomoção	IX.b
vícios de conformação	X
infância	XI.a
moléstias da infância	XI.b
primeira idade	XI.c
Velhice	XII
mortes violentas	XIII.a
afecções produzidas por causas externas	XIII.b
causas exteriores	XIII.c
afecções produzidas por causas exteriores	XIII.d
moléstias mal definidas	XIV.a
moléstias mal determinadas	XIV.b

\* Ver: *Mortalidade por causa de óbito, sexo e idade - São Paulo (Capital): 1901 - 1916*, nos Apêndices.

aos seus parceiros de profissão, tentando explorar junto de seus ouvintes e leitores os progressos e os limites do diagnóstico clínico calcado nos instrumentos biológicos, elétricos, físicos e funcionais de que então se dispunha. Sua citação do eletrocardiograma, por exemplo, parece-nos bastante precoce, apesar de que o recurso à tecnologia - no caso à eletricidade – fosse uma constante desde que exigiu dos médicos o exame de sangue para comprovar o óbito de uma suposta, segundo ele, vítima de malária.

Venceu o médico-demógrafo, no sentido de que a demografia ensinava ao clínico.

As palavras finais, com uma sugestiva metáfora iluminista, dão a síntese de seu combate, principalmente quando assimila as lições de Hipócrates com aquelas baseadas no diagnóstico, e não no prognóstico, como seria corrente, hoje, identificar-se:

"Está estudado o valor dos novos métodos e processos de diagnóstico em clínica médica, cabendo, eu tire a conclusão de que a medicina de hoje em matéria de propedêutica é riquíssima e capaz de em dia não remoto ver nos órgãos as modificações não só anatômicas como funcionais, que aí se processam, **transformando a diagnose em tarefa ao alcance de todos**. Por enquanto, muita nuvem tolda o horizonte, muitos problemas ficam sem solução, mas é justamente esse contraste do claro e do escuro quem dá a harmonia na vida e nas coisas, que encanta o espírito e fornece a fé para grandes descobrimentos que ilustrarão o capítulo básico da medicina, qual o **diagnóstico**, o solo sobre que se eleva o edifício de Hipócrates." (Meira, 1912, pp. 100-101, grifos meus)

#### 1916-1920: os anos Carlos Meyer

Representa a estabilização da Seção como levantadora e publicadora de dados demográficos do Estado, estando significativamente superado o período 'heróico' de Rubião Meira (nos dados) e de Emílio Ribas e Adolpho Lutz (nos laboratórios). Não há o mesmo tom *doutrinador* na análise e exposição dos dados, buscando-se, sempre que possível, a linguagem lacônica dos gráficos e tabelas solitários. Período de visível inversão de concepção das funções da

Seção, portanto, de acordo com a própria dinâmica vivida pelo Serviço Sanitário como um todo, sob o comando de novas personalidades médicas.

Os anos 20 assistem a uma nova concepção e organização do Serviço Sanitário, com o enfraquecimento dos institutos de pesquisa e fortalecimento das tarefas de assistência e atendimento, dando origem, subsequente ao projeto de implantação dos postos de saúde, por exemplo. Por outro lado, verifica-se o influxo da eugenia como doutrina significativa no cenário de debate médico sobre a causalidade das doenças.

### *Para que serve a demografia, afinal?*

A análise das concepções e da produção demográfica apresentam uma boa quantidade de possibilidades, todas elas bastante instigantes. Nesta dissertação, pretendo assinalar o caráter de representação dos comentários tecidos sobre os dados aparentemente objetivos, já que manipulados com a perícia e o rigor do método científico pelo médico demógrafo. Revelando sua natureza de representação específica, entretanto, a demografia sanitária explicita sua dependência e filiação à doutrina pasteuriana e ao método bacteriológico que busca atribuir uma causa única e particular a cada uma das doenças presentes no quadro nosográfico produzido pela Seção. Neste sentido, longe de constituir um veículo de divulgação das "verdades científicas", os **Anuários Demográficos** são o registro de uma luta a favor de um conjunto de doutrinas e práticas em detrimento de outras, que considera descabidas na linha de evolução previsível e segura que prevê ser o caminho "natural" da civilização.

Retomando a conceituação proposta por Afrânio Peixoto de higiene e de demografia, caberia problematizar a própria razão de sua existência. Se a higiene e a demografia praticamente, pode-se dizer, nasceram das necessidades produzidas pelo processo da revolução microbiológica, então aquelas características atribuídas à demografia - 'saber, julgar e providenciar' - já não se sustentam. Ora, os dados estatísticos coletados e analisados pelo

médico demógrafo – publicados em boletins <sup>9</sup>na imprensa ou nos **Anuários Demográficos** – não serviram de subsídios fatuais para a realização das campanhas sanitárias realizadas em São Paulo e Rio de Janeiro no final do século XIX e início do século XX: serviram antes como **registro dos efeitos** dessas campanhas e como **prova de sua eficácia**.

Marta de Almeida, em sua dissertação *República dos invisíveis*, utilizou as análises de Bruno Latour sobre a atividade científica para concluir que uma das funções da experimentação científica tornada pública através da imprensa médica, e mesmo outros meios de comunicação, além de constituir uma etapa do processo de comprovação ou refutação de uma determinada hipótese sobre uma questão científica específica, pode ser encarada como um verdadeiro *espetáculo* oferecido pelos seus protagonistas aos demais cientistas, que conferem reconhecimento e autoridade a seus realizadores, como também à toda sociedade, à qual deve ser demonstrada a eficácia e poder da ciência, constituindo assim, um verdadeiro **"teatro da prova"**. (cf. Almeida, 1998, p. 200, grifo meu)

Por outro lado, pesquisas da historiografia recente têm abordado a questão da seleção dos alvos principais das campanhas sanitárias e, além de apontar para o fato de que a mortalidade por tuberculose excedia em muito aquela verificada por febre amarela, objeto principal da ação de Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro, têm enfatizado vários aspectos para essa seletividade dos objetivos. Entre esses motivos não estão excluídos aqueles ligados à necessidade econômica da manutenção de níveis mínimos de salubridade no tocante à circulação de pessoas (*i.e.* imigrantes) e mercadorias (*i.e.* café, produtos industrializados, etc.) nos portos brasileiros, o que leva ao combate à febre amarela, febre

---

<sup>9</sup> Coletei, à título de exemplificação, o seguinte boletim demográfico num periódico de grande circulação à época: "Durante a semana de 5 a 11 do corrente, faleceram nesta capital 134 pessoas, vitimadas por: escarlatina, 2; difteria, 1; gripe, 2; febre tifóide, 1; disenteria, 1; lepra, 2; tuberculose, 8; septicemia, 4; cancros, 6; afecções do sistema nervoso, 15; do aparelho circulatório, 17; do respiratório, 22; do digestivo, 23; do urinário, 4; acidentes puerperais, 2; debilidade congênita, 15; senilidade, 1; mortes violentas, 5; outras moléstias, 1, e moléstias mal definidas, 2. Das falecidas eram 63 do sexo masculino e 66 do feminino, 87 nacionais e 47 estrangeiros, 44 menores de 2 anos. Houve na mesma semana 365 nascimentos, 46 casamentos e 17 nascidos mortos. Foram vacinados contra a varíola 407 pessoas e 186 revacinadas; foram feitas 54 imunizações contra a febre tifóide e 3 anti diftélicas", cf. DEMOGRAFIA SANITÁRIA, *O Correio Paulistano*, S.P., 15/08/1918, p. 5, seção fatos diversos.

tifóide e peste bubônica, principalmente; até os motivos de fundo não tão objetivos, como aqueles relacionados à percepção racial da composição da população, o que levaria ao ataque à febre amarela, um “flagelo de brancos” (cf. Chalhoub, 1990b, p. 43).

Porém, em nenhum momento foram evocados os dados demográficos como orientadores da ação sanitária, seja em São Paulo, seja no Rio de Janeiro. Do ponto de vista do conhecimento das necessidades, devemos levar em conta que as principais doenças eram reconhecidas publicamente, seja nas suas manifestações endêmicas ou epidêmicas, quase que como um dado do senso comum.

Aplica-se, nesse caso, o ditado que diz que a ciência só se coloca os problemas que pode resolver, uma vez que as campanhas sanitárias voltaram-se contra aqueles problemas para os quais havia uma possibilidade concreta e imediata de intervenção, o que não acontecerá com a tuberculose, por exemplo, que embora já tivesse seu agente identificado, o bacilo de Koch, carecia de uma terapêutica apropriada, o que somente se daria com a sintetização dos antibióticos.

O ponto fundamental, porém, que caracteriza as análises dos dados demográficos tal qual pode-se depreender da leitura dos **Anuários Demográficos**, é a função que resolvi chamar de **ortopedia da doutrina**.

Como vários estudos vêm enfatizando, a constituição do campo médico enquanto discurso hegemônico, coerente e principalmente influente nos projetos sociais é fruto de um longo processo de embate no qual o discurso médico opera pela dicotomização constante entre o saber médico considerado científico, contra o do curandeirismo, charlatanismo ou das assim chamadas crenças populares, numa palavra, a polarização entre o discurso competente do médico contra o discurso desqualificado, senão demonologizado, do leigo, remetido à categoria de expressão de empirismo primitivo do qual a medicina dita científica conseguira à pouco libertar-se.

Devemos entender, porém, esse movimento como uma via de mão dupla, sendo válida tanto no que se refere ao campo externo como também no campo interno, ou seja, dentro da própria medicina era necessário reformar velhos

conceitos e práticas que principalmente à luz das novas concepções oriundas da revolução pasteuriana opunham constantemente a ação dos médicos clínicos 'tradicionais' face aquela iniciada pelos 'convertidos' médicos científicos, auto proclamados modernos. Nesse aspecto, os tradicionais representam amplamente aqueles clínicos que mantiveram sua prática informada principalmente pelas concepções de caráter hipocrático, onde a relação médico paciente é fundamentada na leitura dos sintomas e no acompanhamento do paciente, mais que a cura interveniente, dando razão de ser da profissão médica. Os novos médicos, inflamados pelas perspectivas de uma intervenção mais ampla e eficiente, desdenham então aqueles pressupostos, colocando a ênfase na análise laboratorial dos agentes causais, como no caso do exame de sangue, por exemplo, e na possibilidade de uma ação individual ou coletiva que pudesse atacar esses agentes causais. Era a luta do **prognóstico seguro** contra o **diagnóstico comprovado**.

Os efeitos dessa contenda não tardaram a repercutir na produção das estatísticas demógrafa-sanitárias. Constantemente a apresentação de certos dados sobre a mortalidade constituía-se em momento apropriado para a realização da apologia das novas conquistas da pesquisa no que diz respeito aos agentes e à terapêutica, como também para a repreensão àqueles médicos que insistiam em rubricar atestados de óbito que, ignorando os procedimentos laboratoriais de diagnóstico, baseavam-se somente na experiência do médico na apreensão dos sinais clínicos indicados em cada um dos momentos de evolução do fenômeno patológico. Não é raro encontrar, então, discordâncias abertas quanto ao diagnóstico de determinadas doenças. Demonstra-se, pela descrição das novas propostas de interpretação da patogenia que ela não poderia existir nas dadas condições epidemiológicas existentes na cidade, evocando-se desde as características meteorológicas e climáticas do meio, numa constante e interessante reinterpretação, senão recriação, da percepção do *habitat* produzido pelo meio<sup>10</sup>, ou mesmo servindo-se desse diagnóstico considerado 'desviante' para confirmar a eficácia da ação do Serviço Sanitário que atuou nas suas causas de modo a elas não mais

---

<sup>10</sup> Este tema será aprofundado no capítulo 3.



existirem, sendo taxados esses registros como manifestações de uma tendência de resistência ao novo, de ignorância das novas técnicas de conhecimento das causas das moléstias, e até mesmo como indicador de uma certa mentalidade atrasada que deve ser combatida com o objetivo de fazer vencer os princípios da verdade médica, redentora da civilização, guardiã do progresso e mantenedora da salubridade individual e social.

### *Leituras da leitura.*

Passo agora a analisar o conteúdo dos **Anuários Demográficos** da Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária, procurando entender, no conjunto, o sentido dos dados quantitativos com os quais trabalhava, privilegiando porém, a constituição peculiar dos comentários qualitativos que a Seção dava aos números, gráficos e tabelas por ela coletados, coligidos e totalizados. É na *leitura da leitura* encaminhada pela Seção que abrem-se as possibilidades de interpretação crítica do discurso científico, explicitamente apoiado nas premissas da objetividade e imparcialidade (*'os números falam por si'*), que revelar-se-ão representações tecidas sobre os mais variados atores e grupos sociais, garantindo assim a produção de uma visão de mundo auto confirmadora e confiante nas promessas de um progresso, senão uniforme, porém seguro.

Essa abordagem pretende ampliar as possibilidades de compreensão do discurso médico enquanto parte integrante de uma dinâmica social onde, aos embates pela hegemonia no campo econômico e político, corresponde uma renhida batalha no campo do simbólico e na tessitura das representações sociais.

### *Nadando em números...*

Ao assumir a direção da Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária, o dr. Rubião Meira torna-se o *médico demographista*, tendo pela frente a tarefa de

produzir o **Anuário Demográfico** relativo ao ano de 1903, que será publicado no mês de agosto de 1904.

Anunciando o conteúdo desta publicação, evidencia que sua utilidade não está somente ligada aos interesses sanitários :

“Relativamente à Capital, conservando a tradição vamos fazer algumas considerações sobre a nupcialidade, a natalidade, a mortinatalidade e mortalidade – estudando cada uma detalhadamente nas suas múltiplas faces, interessantes e notáveis tanto ao higienista como ao sociólogo.” (Anuário Demográfico, 1903, p. 5)

Neste mesmo **Anuário Demográfico**, o dr. Rubião Meira irá registrar o fato que tornar-se-á tema constante em todo o período aqui estudado:

“Mas, para que esses nossos estudos oferecessem maior soma de valor, seria preciso que os baseássemos sobre o algarismo certo da nossa população. Infelizmente o não temos. **Não se procurou até agora realizar o recenseamento da nossa cidade.** É sem dúvida essa uma tarefa difícil, difícil e custosa. **No nosso meio em que se procura levar certas coisas para o ridículo não se tem conseguido o resultado almejado e só se poderá atingi-lo, à custa de somas enormes que em nosso atual estado financeiro não convém despende.** Entretanto, seria uma despesa compensada, e o governo que empreender semelhante progresso e realizá-lo terá feito obra meritória. Mas, já que não possuímos o verdadeiro algarismo, temos que basear os nossos estudos em cálculos aproximados. A população foi avaliada para **1903, como para 1902, em 286.000 habitantes**, cifra que muito deve se aproximar da real e que certo não anda muito longe da verdade.” (Anuário Demográfico, 1903, p. 5, grifos meus)

Nos **Anuários Demográficos** subseqüentes encontramos, ano após ano, insistentes reclamos por parte do responsável por sua edição quanto à ausência de um recenseamento que possibilite ao médico demógrafo calcular as porcentagens e os coeficientes relativos aos processos vitais estudados de modo exato e rigoroso. Em tons variados, que vão do simples lamento pela impossibilidade de apresentar números que, de outra forma poderiam traduzir mais fielmente a realidade, atingindo a exortação aos poderes públicos no sentido de que realizem esta “obra meritória”, cujos benefícios superam em muito o ônus de seu elevado custo.

Depois de reclamar da falta do recenseamento da população nos **Anuários Demográficos** relativos aos anos de 1903 e 1904, o dr. Rubião Meira parte para atitudes mais positivas no sentido de conseguir seu intento. Quando editou o volume dedicado ao estudo do ano de 1907, em abril de 1908, o médico demógrafo revela quais foram suas providências:

“A população da Capital de S. Paulo carece de ser recenseada. Já vos remeti, em 17 de Agosto de 1905, **um ofício em que reclamava desse melhoramento indispensável para realçar o valor dos nossos trabalhos, propondo-se a Seção a realizá-lo**, fato que coincidiu o projeto do deputado Dr. Washington Luís, abrindo crédito e criando **a lei do recenseamento decenal**. Infelizmente, já são decorridos quase dois anos e tudo continua no mesmo estado; **a população é computada a mesma que em 1901**, quando ela cresce vantajadamente, a olhos vistos, e quanto não crescesse pela imigração, que ninguém contesta, ao menos **se avoluma pelo excesso de natalidade, que a estatística demonstra**. Não podemos, portanto, bem compreendeis, uma vez que não se procede ao recenseamento, que, repito, **é medida de ordem indispensável e urgente**, ficar guardando, em nossos boletins, para o cálculo a **mesma cifra que nele se vê desde 1901**.” (Anuário Demográfico, 1907, p. 6, grifos meus)

Observando os quadros referentes aos dados da população, publicados nos Anuários Demográficos, verificamos que os argumentos do dr. Rubião Meira são justificados, na medida em que, para os anos de 1901, 1902, 1903, 1904, 1905 e 1906, à população da cidade de São Paulo é atribuído o número de 286.000 habitantes em todo intervalo. Fato que trouxe preocupação, sem dúvida, na medida em que, assumindo por seis anos um número fixo como base de cálculo para o estabelecimento da estatística demográfica, compromete o princípio de proporcionalidade que deve ser observado na análise da ocorrência dos eventos vitais, distribuindo-os pela população presente.

Por outro lado, a solução apontada pelo dr. Rubião Meira para este problema parece, pelo menos, destituída de qualquer princípio lógico ou prático. Lembrando que inicia sua insistente pregação em prol da realização do recenseamento em 1903, apenas 3 anos após a realização do último (1900), cabe questionar: qual periodicidade o médico demógrafo propunha para a

execução do recenseamento? No trecho acima citado, aplaude a aprovação de recursos orçamentários destinados ao recenseamento **decenal**, periodicidade com a qual, entende-se, concorda. Desejaria o dr. Rubião Meira que o Estado fizesse tal levantamento num intervalo menor, invocando para a cidade de São Paulo algum tipo de especificidade que deveria ser atendida pela autonomia política garantida pelo federalismo?

Com certeza, dirigia seus reclamos ao governo do Estado de São Paulo<sup>11</sup>, uma vez que

“O regime federativo adotado na República garantia aos governos da União, dos estados e dos municípios autonomia na organização de seus sistemas administrativos. Os serviços de estatística das três esferas administrativas tinham plena liberdade de organizar, planejar e executar o levantamento das informações necessárias ao conhecimento da realidade econômica e social da área sob sua jurisdição.” (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1991, p. 11)

Quando, em 1910, não se realizou o recenseamento previsto pelos atos legislativos de 1907, a frustração do dr. Rubião Meira talvez o tenha feito concordar totalmente com a afirmação de Afrânio Peixoto:

“Parece temos horror ao censo - de fato, são custosos (...) – e, **para não os realizar, parece, pusemos a obrigação de os fazer, na Constituição...**” (Peixoto, 1975, p. 63)

Sem o levantamento geral da população, o médico demógrafo teve de recorrer a outro expediente, passando a calcular a população presente com base nos números anteriores, utilizando-se do seguinte procedimento:

“Na impossibilidade de darmos, para cada cidade, a soma de seus habitantes, pela falta de recenseamento, que ainda não foi feito e

---

<sup>11</sup> As iniciativas de centralização das informações estatísticas para todo o território nacional estavam a cargo da *Diretoria Geral de Estatística* que, sob a direção do “(...) dr. Bulhões de Carvalho [que] impulsionou estudos e propostas que levaram à edição do Decreto n.º 6.628, de 5 de setembro de 1907. Esse decreto reformulava os estatutos da Diretoria, atribuindo-lhe competência para executar todos os trabalhos de levantamentos estatísticos, exceto aqueles que já eram de responsabilidade das repartições especiais existentes. O Conselho Superior de Estatística, cuja principal tarefa era a de coligir, coordenar e uniformizar os trabalhos preparados pelas repartições especiais, também foi criado em sua gestão.”, cf. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1991, p. 11.

que precisa ser feito, custe o que custar aos cofres públicos, limitamo-nos, em 1912, (...) a avaliar tão somente a massa dos **habitantes da Capital, baseados em elementos que são os mais seguros para afirmar um algarismo aproximado.**

Em 1911 a população de S. Paulo estava computada em 358.000 almas; em 1912 aumentamos a essa cifra mais 42.000, dando um total de 400.000. Esses 42.000 habitantes foram acrescidos pelo excesso dos que nasceram sobre os que faleceram no ano último e dos que ficaram sobre os que saíram desta cidade. (...)

Houve, pois, que ainda desprezamos para ficar com margem a erros que porventura possam existir, 5.941 pessoas, que não incluímos em nossos cálculos. (...) **O algarismo se acha, portanto, computado de acordo com as regras da Demografia e assim vimos sempre fazendo e sempre faremos, até que o recenseamento exato possa nos oferecer cifra livre de enganos.**” (Anuário Demográfico, 1912, p. 5, grifos meus)

A questão é complexa. Envolve não somente o questionamento das proporções numéricas que constam dos **Anuários Demográficos**, mas deixa entrever também o quanto o médico demógrafo levava à sério suas incumbências<sup>12</sup>. Por outro lado, podemos questionar que poder externo o impediu de realizar o recálculo da população presente nos anos de 1901 a 1906, como o fez em 1912 e nos anos seguintes, até que finalmente, em 1 de setembro de 1920, fosse finalmente concretizado o tão sonhado recenseamento da população.

Para dar uma resposta a essas questões, será necessário empreender uma investigação que articule as relações dos órgãos públicos de caráter técnico e científico com o teor do discurso que produzem e as práticas que encaminham, articulação que neste trabalho constatamos, mas que não pode ser nele aprofundada.

Uma pista para o início desse projeto de pesquisa encontramos nas palavras de Pierre Bourdieu, que propõe uma genealogia para o conceito:

“... a palavra  *censor*, para designar o detentor estatutário desse poder de constituição que pertence ao dizer autorizado, capaz de fazer existir nas consciências e nas coisas as divisões do mundo social. **O censor, responsável pela operação técnica – census, recenseamento – , tendo como função classificar os cidadãos segundo sua fortuna, é o sujeito de um arbítrio que está mais**

***próximo daquele do juiz que do sábio***, e que na verdade consiste – cito Georges Dumézil – em 'situar (um homem, um ato, uma opinião etc.) em seu devido lugar hierárquico, com todas as conseqüências práticas dessa situação, e isso através de uma justa avaliação pública'.” (Bourdieu, 1988, pp.10-11, grifos meus)

### *Lição de demografia do dr. Rubião*

Mesmo levando em conta as considerações citadas anteriormente sobre as implicações negativas exercidas pela falta de um recenseamento seguro da população, fato capaz de comprometer a confiabilidade que assegura a apreensão das tendências dos processos vitais estudados pela estatística demográfica, o médico demógrafo professa convicção entusiástica na objetividade que a representação oferecida pelos algarismos é capaz de expressar.

Associando aos números adjetivos que atribuem qualidades sentimentais, o dr. Rubião Meira ensina que “algarismos (...) confrontados e interpretados com lealdade valem mais que palavras estrepitosas”; confia na “simplicidade eloqüente dos algarismos”, e chega mesmo a dizer que “os números falam com eloqüência indiscutível”.

A apresentação gráfica desses números em gráficos oferece também, aos olhos do médico demógrafo, o mesmo espetáculo de razão e sensibilidade, afirmando que um “diagrama (...) fala mais alto que todas as palavras, convence melhor que todos os argumentos.” (Anuário Demográfico, 1904, p. 6) Os números apresentam-se constantemente expressando o valor que o médico demógrafo, ele, capta das informações. Um coeficiente é “invejável”, a evolução dos coeficientes diz ter a mortalidade um padrão “regular”, as condições sanitárias da cidade de São Paulo constituem seu “florão de glória” quanto comparadas com outras localidades.

Por outro lado, os números exercem um impacto sobre o humor do homem que os analisa, já que o dr. Rubião Meira expõe a “contragosto” informações que avalia negativamente, não servindo de “consolo” a ele saber serem os casos de malária notificados um erro de diagnóstico.

Expressando-se nestes termos, o médico demógrafo expõe o que acredita ser o papel da estatística demográfica:

“Acredito que à Seção de Demografia não se pode acusar de pôr em destaque o fato do mau coeficiente mortuário desse ano que estudamos, pois que o seu papel é de analisar friamente os algarismos, compará-los, examiná-los, e apontar o mal aí onde ele reside.” (Anuário Demográfico, 1908, p. 20)

Atribuindo a si mesmo, enquanto cientista, o papel de tradutor de um significado oculto pelas cifras reunidas, o dr. Rubião Meira inverte a perspectiva que possibilita alcançar essa verdade misteriosa. Os algarismos não são “frios”, mas é a operação calculada do cientista treinado em analisá-los “friamente” que possibilita atingir o significado vivo que neles habita.

Nessa versão tácita do “teatro da prova”, às virtudes e capacidades da ciência opõe-se a ignorância e a estreiteza de vistas dos não cientistas, que aparece preferencialmente encarnada nos funcionários encarregados do registro civil.

Ao apresentar o conteúdo do **Anuário Demográfico** relativo ao ano de 1905, por exemplo, o médico demógrafo indigna-se ao comunicar que esta publicação:

“(...) não contém de menos **senão um** dos distritos de todo o Estado. Bem longe estávamos em 1903, quando aqui assumimos a Diretoria desta seção e quanto entramos na luta para conseguir dar a estatística de todo o Estado de São Paulo, que breve estaríamos a termo, se **não fosse o escrivão dessa triste Iporanga**, que deixa de figurar entre 171 distritos. É esse, estamos certos, um grande passo que marca o glorioso pendor dos nossos esforços e indica a suavidade a percorrer-se nos anos que se seguem.

As considerações que fizemos sobre o anuário de 1905 são em tom ligeiro, obedecendo a nosso plano que o queremos em 1906 perfeitamente ampliado, com todas as somas de seus ensinamentos úteis. Oxalá então todos estejam aptos a produzir os seus trabalhos, como nós estaremos, sempre prontos, à hora de desfilar a nossa tarefa.” (Anuário Demográfico, 1905, p. 5, grifos meus)

Em 1907, o dr. Rubião Meira relata como consoladora a vitória obtida, através do “esforço e (...) quase diárias reclamações perante os escrivães do Registro

Civil” , que foi alcançada somente graças à **“ação enérgica da Secretaria de Justiça quem (...) conduziu ao cumprimento do dever”** aqueles “que fugiram às suas obrigações.” (Anuário Demográfico, 1907, p. 5, grifos meus)

Diante da epidemia de varíola que toma de assalto o Estado de São Paulo em 1908, alarmando tanto a população quanto os médicos, a precisão da ciência encontra obstáculos na ignorância da relação de interdependência que, numa metáfora à *doença que pega*, liga o popular e o erudito, o leigo ao cientista. Neste caso, a interdependência é positiva: os dados produzidos pelos *escrivães* do registro civil *transmitem* as informações que poderiam fazer os cientistas produzir, por seu lado, uma resposta adequada ao ataque epidêmico.

**“Convém que digamos o que todos devem saber.** É que os nossos algarismos são extraídos dos mapas que os **escrivães de registro civil** nos enviam cada mês, esses algarismos aqui apresentados, representando o que contêm esses mapas, nos dizem qual o número de mortes ocorridas pela varíola. Fazemos essa declaração para que não cause estranheza achar-se essas nossas cifras em desacordo com as que foram levadas ao conhecimento do Diretor do Serviço Sanitário, pelos Inspetores que estiveram nas zonas infectadas, como, por exemplo, em Pindamonhangaba. Mas, a nossa missão é apurar os dados que nos chegam pelos nossos subsidiários legais, que são os *escrivães de registro civil*. E, é de acordo com **esses funcionários, cuja responsabilidade eles bem sabem quão grande ela é**, que confeccionamos os nossos trabalhos, que há de merecer por isso a confiança que nós neles depositamos.” (Anuário Demográfico, 1908, p. 30-31, grifos meus)

Se na citação anterior o médico demógrafo descreve com detalhe os percalços que podem influir na qualidade dos dados dentro do circuito percorrido pelas informações referentes aos eventos vitais captados pela burocracia estatal, em outra circunstância faz valer o mesmo argumento quando trata, em depoimento de sua experiência pessoal enquanto clínico, do preenchimento do atestado de óbito, relatando que

“(...) nós mesmos freqüentemente somos convidados a alterar o diagnóstico nos certificados de óbitos, o que nunca fizemos por entendermos que o exemplo deve partir de cima, com o intuito de não alterar **a estatística sanitária que se baseia tão somente no critério dos médicos**. Insistimos nesses fatos para que a



demografia represente sempre a expressão da verdade.” (Anuário Demográfico, 1914, p. 32, grifos meus)

Como se vê pelo trecho acima citado, mesmo no seio dos homens de ciência a dinâmica que regula a interdependência existente entre seres classificadas em escalas diferentes de posição não é aceita passivamente por alguns.

Mesmo no âmbito da Seção de Estatística, que classifica eventos vitais e processos sociais, designando a posição de cada qual, esta questão não esteve ausente. Como relata o dr. Rubião Meira

“Dos anos anteriores não podemos dar iguais coeficientes mortuários porque então a norma seguida na estatística era de computar os falecimentos nas idades de 0 a 1 mês, de 1 a 12 meses e de 1 a 5 anos **de sorte que não se pode e não devemos comparar fatos diferentes.**” (Anuário Demográfico, 1907, p. 20, grifos meus)

Acatando a nova forma de agrupamento das faixas etárias, no que diz respeito à mortalidade infantil, encontra nas regras do método comparativo a justificativa que suprime a necessidade do julgamento.

Assim, em 1909, quando a Seção retoma a distribuição dos óbitos da mortalidade infantil na faixa etária de 0 a 1 ano, substituindo a forma anterior de agrupamento que ia de 0 a 2 anos de idade, o dr. Rubião Meira saúda as vantagens possibilitadas pela mudança, na medida em que, constituindo um padrão internacional o intervalo de 0 a 1 ano. Por outro lado, reconhece que o sistema anterior, de 0 a 2 anos, fez ver que, no caso paulista, a maioria absoluta dos óbitos ocorria nesse intervalo<sup>13</sup>.

Outro problema encontrado pelo médico demógrafo foi a alocação dos natimortos nas rubricas existentes na *Classificação* utilizada pela Seção de Estatística. O critério internacional adotado era o registro em separado da natimortalidade tanto em relação à mortalidade infantil, quanto à mortalidade geral.

---

<sup>13</sup> É possível acompanhar a mudança destas formas de distribuição nas faixas etárias – somente no caso da mortalidade infantil, no quadro referente ao tema, nos Apêndices.

Verifica-se, porém, que na estatística demográfica paulista, os natimortos<sup>14</sup> eram classificados de modo diferente.

No *Anuário Demográfico* de 1909, por exemplo, comentando terem sido registrados sob o rótulo de *moléstias mal definidas* 807 óbitos, o dr. Rubião Meira tece as seguintes considerações:

**“Se desses 807 óbitos retirarmos 655 nascidos mortos ficam 152 falecimentos mal classificados pelos clínicos ou de causa totalmente ignorada, número considerável para uma cidade dotada de corpo médico estudioso que S. Paulo comporta.”**  
(Anuário Demográfico, 1909, p. 42, grifos meus)

A inclusão dos natimortos, inseridos sob outras rubricas<sup>15</sup>, nos quadros referentes à distribuição dos óbitos por moléstias, sexo e idade, constitui grave problema na interpretação das estatística produzidas pela Seção no período aqui estudado. A simples inclusão do número de natimortos no cômputo geral da mortalidade é suficiente para produzir distorções, principalmente se levarmos em conta que não podemos sequer confirmar como constante esta inclusão, nem determinar sob qual categoria ocultam-se estas causas de morte<sup>16</sup>.

Se o caso dos nascidos mortos revela uma aparente autonomia do diretor da Seção de Estatística na distribuição dos óbitos nos grupos de causas que compõe a *Classificação*, o mesmo não ocorre em outras circunstâncias como, por exemplo, quanto ao tétano:

**“Há a notar aqui que o tétano não quer dizer infecção tetânica, mas simplesmente é o conhecido ‘tétano dos recém-nascidos’ que a nova classificação de moléstias manda colocar entre as moléstias gerais e na mesma casa que o tétano, opinião, no nosso entender, destituída de razão, mas que somos**

<sup>14</sup> Localizei no *Museu de Saúde Pública Emílio Ribas* parte da correspondência entre o diretor do Serviço Sanitário, dr. Emílio Ribas, e o dr. Rubião Meira, diretor da *Seção de Estatística*. Em alguns ofícios Ribas alerta para o fato de que os natimortos *não devem* ser computados na mortalidade geral, demonstrando inclusive as distorções produzidas por esse procedimento nos coeficientes publicados nos *Anuários Demográficos*.

<sup>15</sup> Outro exemplo deste procedimento: “Dentro deste último grupo, de moléstias mal definidas [694] se acham os nascidos mortos, que, como vimos, foram em número de 632”, cf. *Anuário Demográfico*, 1908, p. 23.

<sup>16</sup> Ver os dados coletados nas planilhas referentes aos óbitos distribuídos por moléstias, idade e sexo nos Apêndices.

***obrigados a acatar e respeitar, até que o novo Congresso de Demografia renove esta maneira de sentir.***” (Anuário Demográfico, 1911, pp. 24-25, grifos meus)

Externando sua opinião pessoal contrária às determinações da norma estabelecida pela reunião dos sábios que formulam a uniformização da linguagem nosológica, o dr. Rubião Meira acata imediatamente a novidade, incorporando o procedimento à produção do Anuário Demográfico referente ao ano de 1911.

Mesmo demonstrando não ser a classificação das causas de óbito um território imune a conflitos, o dr. Rubião Meira mantém a convicção na utilidade da estatística sanitária como instrumento de qualificação pela quantificação, confirmando nos anos posteriores o que havia dito quando da publicação do primeiro **Anuário Demográfico** por ele produzido:

“(...) ver-se-á a exatidão do conceito de que a **demografia é a contabilidade da higiene**, porque desse balanço de 10 anos, se verifica a ação benéfica que ela [higiene] tem tido na nossa cidade e se conclui que os nossos **lucros** são muito maiores que as nossas **perdas** e que, a continuar assim, teremos em pouco tempo dobrada a nossa população e atingido grande progresso.” (Anuário Demográfico, 1903, p. 6, grifos meus)

Traduzindo as expectativas *do que deveria ser* o papel da estatística sanitária, antes do que ela efetivamente articulava enquanto veículo privilegiado de propaganda e convencimento da classe médica, o dr. Rubião Meira dirá do seu ofício que

“(...) ao demografista compete pesquisar e estudar as causas, no intuito de indicar os meios tendentes ao cessamento delas ou pelo menos quando impossível, ao decréscimo de sua ação.” (Anuário Demográfico, 1908, p. 17)

Contrastar as duas citações anteriores permite-nos perceber que a significativa diferença do tom empregado revela as paixões que animam e alentam os caminhos do médico demógrafo.

## *O microscópio falou!*

Em um artigo sugestivamente intitulado *Diagnóstico*, o escritor Monteiro Lobato<sup>17</sup> opôs duas formas de atuação médica que, testemunhava, faziam parte do cenário social e cultural no final dos anos 1910:

“Em face dum moribundo, o médico que lhe acena com literatura, ou reformas eleitorais, ou cantarolas, em vez de acudir com o tópico adequado, é um criminoso.

E criminoso da pior espécie, porque consciente e deliberado.

Depois dos estudos de Carlos Chagas, Artur Neiva, Oswaldo Cruz, e depois das veementíssimas palavras de Belisário Pena, governo nenhum, nenhuma associação, nenhuma liga, pode alegar ignorância.

O véu foi levantado.

### ***O microscópio falou.***

A fauna mentirosa dos apologistas que vêm ouro no que é amarelo e luz na simples fosforescência pútrida, que recolha os safados **adjetivões** que velaram durante tanto tempo os olhos da nação.

Pangloss emudeça, porque se a tarefa é assoberbante hoje, será maior amanhã – e impossível depois de amanhã.” (Lobato, 1957a [1918], pp. 256-257, grifos meus)

Relatando, sob a forma de estereótipos caricaturais, as duas formas de compreender e praticar a medicina que registra conviverem em sua época, Monteiro Lobato, em tom panfletário, conclama a “nação” a tomar partido entre a carcomida medicina “tradicional” e a nascente, porém eficiente medicina científica.

Significativamente, o divisor de águas que aparta absolutamente ambas as formas de pensar e agir da medicina é identificado pelo autor pela figura do microscópio que, perscrutando o mundo do infinitamente pequeno, trouxe novas luzes sobre as causas das doenças que assolavam o país.

Nas palavras de Monteiro Lobato, esse instrumento, típico e emblemático da pesquisa bacteriológica trouxe, em primeiro lugar, as luzes de um saber que

---

<sup>17</sup> Ao atualizar a grafia deste trecho de Monteiro Lobato, imaginei agir como o dr. Rubião Meira que, mesmo enquadrando numa classificação os fenômenos que observava nos registros, concluía, ao final da operação, que certas coisas são inclassificáveis, porque mantêm o caráter de estranhamento que constitui sua identidade.

revelou recônditos inauditos da natureza. Agora, porém, ele falou, quer dizer, constituiu um discurso articulado, e trouxe consigo um projeto não somente de ver – conhecer – mas, principalmente, de falar – ato político – de uma nova maneira, sobre aquilo que não estava, e nem podia estar, na fala dos homens. Revelando novos mundos, incitou a fala sobre a possibilidade da construção de outros mundos.

O trecho citado de Monteiro Lobato, como o é todo o seu livro *Problema vital*, constitui um relato paradigmático da compreensão que os médicos cientistas que defendiam os métodos da bacteriologia e, de maneira mais ampla, da doutrina de Pasteur, tinham de si mesmos e, por oposição, de como representavam aqueles médicos que mantinham-se ao largo das inovações trazidas pelas pesquisas laboratoriais, preferindo cultivar a arte médica tal qual, imaginavam, a haviam recebido como herança de Hipócrates.

O dr. Rubião Meira, médico que tem por função classificar fenômenos vitais, pode ele próprio, ser enquadrado neste esquema de compreensão das representações que se opõe nesta luta pela conquista da autoridade do conhecimento, da proeminência política, da eficácia econômica, do reconhecimento social e do estatuto de cientificidade para os métodos e práticas que professam.

Neste sentido, a ação do médico demógrafo da Seção de estatística, apresenta como uma de suas mais proeminentes características, aquilo que chamei anteriormente de *ortopedia da doutrina*.

É recorrente nos **Anuários Demográficos** a presença de exortações à classe médica para que passe a assimilar em sua prática o recurso aos exames laboratoriais para a identificação de doenças que, de outro modo, seriam rotuladas pela da evolução dos sintomas relatados nas queixas do doente, no depoimento dos que o assistiam ao leito e, principalmente, pelo exame do médico que, auscultando suas entranhas, estabelece a leitura exegética dos sinais.

Sendo no *diagnóstico* que se confirma a exatidão do método bacteriológico, será a designação *erro de diagnóstico* empregada para presumir a ausência da

utilização dos novos recursos – ditos diagnósticos – postos em funcionamento à partir da revolução pasteuriana.

O médico Afrânio Peixoto assimilou esta modalidade de explicação para alguns dos coeficientes apresentados pela estatística sanitária:

“A despeito (...) de **erros de diagnóstico que exageram os números**, as estatísticas brasileiras (...) são muito favoráveis.”  
(Peixoto, 1926 [1913], v. I, pp. 138-139, grifos meus)

No exercício de suas atividades de análise dos dados demográficos da Seção de Estatística, o dr. Rubião Meira vai repetidas vezes utilizar esta nova categoria de classificação das causas de óbito.

O caso dos diagnósticos de malária – impaludismo – é o mais dramático nessa luta pela autoridade médica.

Ainda que de forma tímida, o **Anuário Demográfico** de 1902 reconhece a discordância entre os médicos quanto ao diagnóstico desta moléstia:

“É bem possível que em pouco tempo a malária quase desaparecesse dos quadros estatísticos da Capital se [da] **parte do nosso corpo clínico houvesse uniformidade de vistas sobre a verdadeira patogenia das pirexias** que reinam mais freqüentemente nesta cidade.” (Anuário Demográfico, 1902, p. 116. grifos meus)

Anos depois, o clima já era de uma verdadeira “cruzada do saber”:

“Pretendemos com as considerações que vamos **apresentar chamar a atenção de nossos colegas** para esse assunto com o fim exclusivo de vermos desaparecer a **malária** quase por completo do nosso quadro estatístico, como causa de morte. Vamos dar o motivo dessa nossa opinião, **sentindo que não haja aqui uma voz que fale com a energia e a eloquência** com que o professor Francisco de Castro agitou, em seu discurso proferido na Faculdade de Medicina, quando paraninfo dos doutorandos de 1898, a classe médica do Rio de Janeiro, pregando, com a convicção de um sábio, a não existência desse morbus naquela cidade. A sua oração, palpitante do entusiasmo, com que **costumava pregar doutrinas científicas, levantou no momento a grita descompassada dos velhos clínicos**, que se viam perturbados pelo espírito sintético que se lhes apresentava, **pela teoria que surgia violentamente e queria derruir concepções arraigadas. Mas, a idéia venceu, e venceu porque o que se**

***pregava ali era a realidade das coisas e não mera hipótese nem filigranas de fantasia.*** E, o parasita malárico que tudo invadia, que dominava a carta nosográfica da Capital da República, que tinha ali propriedades que noutra parte se desconhece, que ia até provocar supurações, ***teve de recuar diante aquela palavra autorizada.***” (Anuário Demográfico, 1907, p. 28-29, grifos meus)

Aqui, parece estar explicitado que os interlocutores preferenciais do médico demógrafo que edita o **Anuário Demográfico** sejam os outros médicos, ou ainda uma seleta e diminuta comunidade científica de interesses variados. No Rio de Janeiro, o emprego do diagnóstico permitiu reduzir sensivelmente os índices da mortalidade pela malária, sob a nova orientação dos procedimentos médicos, demonstrando-se sua superioridade ao remover do cenário clínico os procedimentos considerados ultrapassados:

“E, esse resultado, esperamos, há de ser cada vez mais acentuado, de um lado, porque a geração nova está sendo educada nessa escola, de outro porque as medidas higiênicas ali executadas hão de conseguir o seu efeito, expulsando a maior parte das moléstias infectuosas perfeitamente evitáveis.” .” (Anuário Demográfico, 1907, p. 29)

Assim, desenvolve-se uma curiosa contenda pelo mundo do diagnóstico médico: ou acabamos com a doença, por uma astúcia da memória médica, ou ela acaba, por ocorrência anacrônica numa cidade civilizada.

Repare-se na seguinte afirmação a respeito do pioneirismo de São Paulo, que o termo bacteriológico, com letra minúscula é aquele agente externo da doença, no modelo exógeno de etiologia, é a origem do próprio mal, já Instituto e Estado, em maiúsculas, encarnam a positividade dos agentes que trazem a solução – a desinfecção:

“Em S. Paulo anteriormente, já eram conhecidos os estudos do Instituto bacteriológico do Estado. As chamadas ‘febres paulistas’ não eram mais que formas leves da própria febre tifóide, como ficou demonstrado por fatos e provas científicas irrefutáveis. (...) Daí por diante, na estatística dos óbitos, veio baixando o número de casos fatais atribuídos às febres intermitentes, renitentes ou perniciosas, (todas mais ou menos ‘paulistas’) aumentando, então, os casos de febres tifóides.” (Anuário Demográfico, 1907, p. 29)

Rompe-se, ainda que por uma fina fresta regada de respeitadas desculpas, o silêncio imposto à comunidade médica no tocante àquela sua ética corporativa e classista. Porém, será no campo da ciência que se justifica tal acinte aos "colegas":

"Ora, não nos conformamos, ainda que respeitemos a opinião de nossos colegas subscritores desses diagnósticos, em admitir que a totalidade desses óbitos sejam realmente provocados pela malária. Ela não tem absolutamente razão para existir em S. Paulo. Cidade saneada, que conseguiu ver abater a letalidade tífica, que não oferece as condições de vida para o parasita da malária, que não possui pântanos visíveis ou invisíveis (...)." (Anuário Demográfico, 1907, p. 30)

A superação dos procedimentos antigos é denunciada na administração inadequada do quinino, ao se recorrer a este medicamento "impunemente a doses elevadas, repetidas e multiplicadas", devendo se substituído pelo exame de sangue, como indispensável recurso propedêutico, assim como da busca do parasita para a apreciação dos sintomas de febre, componentes dos novos elementos de que dispõe a diagnose, ou seja os médicos não devem desconhecer estas "coisas mezinhas de patologia". Tais mudanças de hábito são imprescindíveis para a garantia da confiabilidade dos dados estatísticos:

"Só assim, poderá garantir a presença ou ausência do impaludismo e atestar com convicção e verdade, mantendo a estatística patológica em pé de merecer todo o conceito que se lhe deve." (Anuário Demográfico, 1907, p. 31)

Além do impaludismo, a gripe também é suspeita de ocultar outras causas de óbito, conforme diagnósticos incorretos que ainda trariam a consequência indesejável de denegrir a imagem da classe médica paulista:

"Os **clínicos** devem ter sua atenção dirigida para esse morbus e chamamos mais uma vez a sua atenção para ele. **Quantas bronquites, quantos embarços gástricos e enterites, quantos fenômenos nervosos de natureza diversa, não são rotulados com a simples designação de gripe!** É isso que se deve evitar em uma cidade como S. Paulo, **dotada de clínicos de renome.**" (Anuário Demográfico, 1909, p. 35)



Abordando os problemas do diagnóstico da febre tifóide, numa rara ocasião na qual distingue suas funções de clínico daquela do demógrafo, o dr. Rubião Meira inquieta-se com a fatalidade da doença:

“Essa infecção ora sobe ora desce entre nós. É preciso que isto assim não seja e que ela tenda de uma vez a desaparecer, retirando da carta nosológica de S. Paulo essa moléstia que a macula. Entretanto, falando antes como clínico que como demografista, cabe-nos dizer que ultimamente são gravíssimos os casos desse morbus que temos encontrado. (...) Temos pugnado sempre pelo declínio da moléstia entre nós, estudando suas causas, para que a lealdade nos obrigue a declarar não estarmos satisfeitos com o que vamos observando.” (Anuário Demográfico, 1909, p. 35)

Por outro lado, o conhecimento médico dos velhos clínicos é aproximado àquele do senso comum, ao confundir a disenteria com a diarreia, cabendo, também neste caso a necessidade de apurar os diagnósticos para que revertam na alteração das estatísticas de modo a refletir os “verdadeiros dados”. Após insistentes advertências quanto à distinção entre a moléstia infecciosa e a intoxicação alimentar, cujo quadro clínico não pode ser aglutinado sob um mesmo rótulo estatístico, sua pregação parece obter algum resultado positivo, enquadrando os procedimentos dos clínicos antigos no exercício diagnóstico adequado, é a *ortopedia da doutrina*:

“Queremos acreditar que nossas palavras valeram de algum efeito no espírito dos clínicos, quando chamamos a sua atenção para o que é verdadeiramente disenteria e para os estudos intestinais que o povo classifica, erradamente – e os médicos com o povo – de disenteria. A estatística requer se apure a verdade e esta não estava evidentemente com os algarismos elevados, que representavam a mortalidade por disenteria. ” (Anuário Demográfico, 1910, p. 40)

## Capítulo 3

### *Clima e saúde: representações do clima e das condições meteorológicas no discurso médico demográfico paulista.*

*“... O ‘tempo’ é o assunto humano sobre o qual se diz maior cúmulo de imbecilidades. Esta vive sentindo ‘correntes de ar’ (...); aquele se aparenta a Diderot: ‘j’ai l’esprit fou aux grands vents’ (e não só quando venta...); aquele outro, quanto troveja não sabe com que santos se pegue e se mete na cama, acompanhado... Temas literários de conversação mundana. A meteoropatologia depende do imposto de renda...”*  
Afrânio Peixoto (1938)

*“Não é sem fundamento que se diz à boca pequena, e antes diz-se com muito acerto, com a sabedoria do povo, ‘que S. Paulo não é cidade para crianças nem para velhos’...”*  
Anuário Demográfico (1903)

*“ O que mais há na terra, é paisagem. Por muito que do resto lhe falte, a paisagem sempre sobrou, abundância que só por milagre infatigável se explica, porquanto a paisagem é sem dúvida anterior ao homem, a apesar disso, de tanto existir, não se acabou ainda. Será porque constantemente muda: tem épocas do ano em que o chão é verde, outras amarelo, e depois castanho, ou negro. E também vermelho, em lugares, em que é cor de barro ou sangue sangrado. (...) Não faltam cores a esta paisagem. Porém, nem só de cores. Há dias tão duros como o frio deles, outros em que se não sabe de ar para tanto calor: o mundo nunca está contente, se o estará alguma vez, tão certa tem a morte. E não faltam ao mundo cheiros, nem sequer a esta terra, parte que dele é e servida de paisagem. Se no mato morreu animal de pouco, certo que cheirá ao podre do que morto está. Quando caiha estar quieto o vento, ninguém dá por nada, mesmo passando perto. Depois os ossos ficam limpos, tanto lhe faz, de chuva lavados, de sol cozidos, e se era pequeno o bicho nem a tal chega porque vieram os vermes e os insetos coveiros e enterraram-no.”*  
JOSÉ SARAMAGO (*Levantado do chão*)

*“... em nenhum caminho da sua história (...) os homens passeiam nus. Precisam de ‘fatos’, de signos e imagens, de gestos e figuras, a fim de comunicarem entre si e se reconhecerem ao longo do caminho.”*  
BRONISLAU BACZKO (*Imaginação social*)

Recentemente o tema das relações do homem com a natureza tem sido tomado como possibilidade de abordagem em perspectiva histórica. Alguns historiadores dedicaram-se a estudar várias das facetas que este objeto

comporta, como o clima<sup>1</sup>, a paisagem<sup>2</sup>, o contraste entre o meio rural e urbano<sup>3</sup>, as atitudes humanas diante das plantas e dos animais<sup>4</sup>, as percepções européias sobre a fauna, a flora e o clima das Américas<sup>5</sup>, entre outros.

Neste capítulo, entretanto, apesar de referir-me constantemente ao clima, o tema da análise será o conjunto de representações elaboradas sobre as condições climáticas da Cidade e do Estado de São Paulo, relatadas nos *Anuários Demográficos da Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária* do Serviço Sanitário paulista, durante o período compreendido pelas balizas cronológicas que delimitam este estudo.

Em sintonia com a concepção de representação social elaborada por Roger Chartier, Bronislau Baczko também entende os imaginários sociais como sendo constituídos num campo de luta constante, onde verifica-se a produção e 'propaganda', mas também a 'vitória' ou 'derrota' de determinados projetos simbólicos.

Conforme Baczko:

*"Com efeito, o imaginário social informa acerca da realidade, ao mesmo tempo que constitui um apelo à ação, um apelo a comportar-se de determinada maneira. Esquema de interpretação, mas também de valorização, o dispositivo imaginário suscita a adesão a um sistema de valores e intervém eficazmente nos processos da sua interiorização pelos indivíduos, modelando os comportamentos, capturando as energias e, em caso de necessidade, arrastando os indivíduos para uma ação comum."*  
(Baczko, 1985a, p. 311)

Deste modo, tentarei analisar como a visão elaborada pelo discurso médico-demográfico sobre o meio natural paulista foi produzida dentro de um campo de luta balizado e informado fundamentalmente pelo projeto civilizatório<sup>6</sup> que

<sup>1</sup> Emmanuel Le Roy Ladurie, *O clima*, in: LE GOFF, J. e NORA, P., 1976, pp.11-32.

<sup>2</sup> Simon Schama, *Paisagem e memória*, S.P., Cia. das Letras, 1996.

<sup>3</sup> Raymond Williams, *O campo e a cidade*, S.P., Cia. das Letras, 1990.

<sup>4</sup> Keith Thomas, *O homem e o mundo natural*, S.P., Cia. das Letras, 1988.

<sup>5</sup> Antonello Gerbi, *O novo mundo*, S.P., Cia. das Letras, 1996.

<sup>6</sup> O conceito de *projeto civilizatório* aqui mencionado encontra-se informado por vários trabalhos pertinentes ao período estudado, como exemplos, veja-se: Almeida, 1998; Carvalho, 1989; Castro Santos, 1980, 1985; Chalhoub, 1986, 1988a, 1990a, 1990b e Sevckenko, 1983, 1992.

constituía-se nas premissas que subjazem às práticas científicas e sociais então consideradas relevantes.

### *O inverno de nossa desesperança*

Nos **Anuários Demográficos** produzidos no período de 1901 a 1916 as condições climáticas e meteorológicas de São Paulo, tanto na Capital como no interior do Estado, são constantemente invocadas como fatores intervenientes nos processos patológicos que levam aos óbitos registrados e analisados pela demografia sanitária.

Comentando os dados da mortalidade geral verificada na capital paulista no ano de 1902, considera o coeficiente geral de 18,17 óbitos por 1.000 habitantes “muito regular e inferior ao de muitas cidades da Europa e da América” (p.106). Verificando, entretanto, um aumento significativo em relação com os dados pertinentes aos três anos anteriores<sup>7</sup>, o clima é lembrado em primeiro lugar para explicar este crescimento dos coeficientes:

*“... Em São Paulo, a mortalidade foi mais elevada na primavera e no estio, o que julgamos estar em relação com as bruscas variações termométricas observadas nessas estações e que são causas determinadas de grande número de afeções das vias aéreas, principalmente nas crianças, cuja mortalidade muito concorre para engrossar o obituário geral; e bem assim, foram os meses de novembro e janeiro que apresentaram coeficientes mais elevados, tendo sido o mais baixo o mês de agosto.”* (Anuário Demográfico, 1902, pp. 107-108)

Nesta passagem, as informações sobre o clima aparecem também apreendidas como *dados* utilizados em correlação com aqueles indicativos do número de óbitos verificados segundo os meses do ano. Assim, o médico-demógrafo observa que os meses em que houve mais óbitos (novembro e janeiro) apresentam uma correspondência com aqueles meses do ano pertencentes ao final da primavera (novembro) e auge do verão (janeiro). Em contraste, o mês de agosto aparece como sendo aquele em que foi registrado

<sup>7</sup> cf. Quadro Geral da Mortalidade – São Paulo (Capital): 1894 – 1920.

o menor número de óbitos. Os meses de novembro e janeiro, nesta análise, são identificados como aqueles em que houve abruptas variações de temperatura, condição causal dos óbitos verificados por afeções respiratórias, atingindo sobremaneira as faixas etárias mais jovens da população.

Reiterando o caráter maléfico da temperatura sobre o quadro nosológico da capital, o autor do *Anuário Demográfico* expõe conclusivamente:

*“Sem dúvida devem os modificadores meteorológicos exercer manifesta influência sobre as condições de salubridade, durante as diferentes estações do ano, dentre eles é a temperatura que principal influência exerce. Os outros elementos como a chuva, o ozônio e a pressão atmosférica influem secundariamente, quando contribuem para abaixar ou elevar a temperatura. (Anuário Demográfico, 1902, p. 114)*

Estes comentários estão respaldados pela observação de que o *coeficiente específico* de mortalidade por moléstias do aparelho respiratório neste ano teria atingido 2,94 óbitos por 1.000 habitantes<sup>8</sup>, superior àqueles relativos aos quatro anos anteriores (2,88 em 1901; 2,13 em 1900; 2,51 em 1899 e 2,75 em 1898. Em 1897 este coeficiente foi de 3,20 óbitos por 1.000 habitantes)

Porém, a percepção de que o montante geral da mortalidade cresceu por causa do incremento dos óbitos ocorridos devido a afeções do aparelho respiratório não pode ser justificada de modo tão categórico como decorrência *natural* da ação do clima paulistano, cuja manifestação é principalmente apreendida pela presença de oscilações bruscas de temperatura em alguns meses do ano.

Este enfoque de análise presente nas fontes ignora, por exemplo, que a *participação percentual* das doenças pelas moléstias localizadas no aparelho respiratório no ano em questão ter sido 16,20% do total de óbitos, menor que a do ano anterior, que apresentou um percentual de 18,30% para este grupo de causas no conjunto de todas as mortes verificadas. Ainda que seja esta uma cifra superior aos outros anos anteriores constantes do registro (13,49% em 1900; 15,31% em 1899; 14,07% em 1898; 14,03% em 1897; 14,50% em 1896; 15,82% em 1895; e 12,93% em 1894), ela representa uma queda nada

<sup>8</sup> cf. Quadro: Mortalidade por afeções dos principais aparelhos – São Paulo (Capital) 1894 – 1923.

desprezível de 2,1 pontos percentuais com relação a 1901<sup>9</sup>. Este declínio pontual poderia ser entendido como o início de uma tendência global de queda da participação deste grupo de causas na mortalidade geral, fato confirmado em 1903, quando esta percentagem correspondeu a 13,79% do total de óbitos, 2,41% menor que em 1902.

Mais adiante, esta interpretação das condições climáticas como causadoras *únicas e naturais* dos picos de mortalidade deixa entrever uma relação mais complexa que aquela de automática causa e efeito:

*“Os óbitos por bronquites e bronco-pneumonias são mais freqüentes em certas estações do ano, como a primavera e o outono, justamente nas que são acompanhadas de maior umidade atmosférica.”* (Anuário Demográfico, 1902, p. 117)

Assim, já não é a temperatura a única variável climática responsável pelos efeitos nocivos apresentados no quadro geral da mortalidade paulistana, considerando-se significativo, neste trecho, a presença da umidade atmosférica como fator associado àquela termométrica, anteriormente defendida.

Em outra parte, esta associação automática entre clima e mortalidade também assume um caráter contraditório, senão inconcludente:

*“Em 1902 foi o mês de Janeiro o que maior mortalidade apresentou e o de Agosto o de menor, não se observando, porém, o mesmo em relação aos outros anos, nos quais nem sempre esses mesmos meses apresentam a maior e menor cifra mortuária.”* (Anuário Demográfico, 1902, p. 114)

Pode-se concluir, segundo esta afirmativa, que nos anos anteriores foram outros os meses onde as variações mais bruscas de temperatura – e agora também de umidade – encontram-se distribuídas em outros meses.

A associação entre clima e mortalidade mantém-se pertinente, segundo a avaliação exposta no **Anuário Demográfico** de 1902, apenas de modo condicional.

A explicação para as oscilações da mortalidade, associadas *pari passu* às oscilações encontradas no meio climático, constitui atitude recorrente nos **Anuários Demográficos** durante o período aqui estudado. A seguinte

---

<sup>9</sup> *Idem.*

passagem deve ser entendida como uma evidência de que mesmo com uma maior amostragem de dados, possibilitada por uma série contendo um maior número de anos de registro demográfico e de informações climáticas, esta perspectiva de associar o clima – em caráter determinante – às causas da variabilidade da mortalidade mantém-se paradigmática para as análises da Seção de Estatística Demógrafa-Sanitária do Serviço Sanitário Paulista. Apesar de pertencente ao **Anuário Demográfico** de 1910, seu conteúdo indica uma permanência de percepção que sintetiza e denuncia a presença de um mesmo modelo explicativo:

*“O que, com certeza, concorre para o aumento da mortalidade em S. Paulo, é a instabilidade de seu clima, a inconstância máxima de sua temperatura. Assim, por afecções do aparelho respiratório, em que essa influência se faz sentir de modo manifesto, faleceram 996 pessoas (...) [cifra mortuária] reveladora da abundância de casos fatais de afecções dependentes da variabilidade excessiva do clima.”* (Anuário Demográfico, 1910, p. 21)

A percepção de que grande parte da mortalidade paulistana está relacionada com a “instabilidade de seu clima”, da “inconstância máxima de sua temperatura”, estabelece uma relação de causa e efeito, na medida em que entende aquelas cifras como “*dependentes* da variabilidade excessiva do clima.” (grifo meu)

Aos olhos do médico-demógrafo essa percepção tornar-se ainda mais aceitável e plausível na medida em que nela podemos reconhecer uma contraposição fundamental que contrasta estabilidade \ instabilidade, regularidade \ irregularidade, ordem \ desordem.

Assim, em 1902, por exemplo, ele considera como favoráveis os dados relativos a um dos coeficientes abordados porque, numa análise retrospectiva, seu padrão de evolução apresenta-se “muito regular e inferior ao de muitas cidades da Europa e da América” (Anuário Demográfico, 1902, p.106), .

Em oposição, à regularidade dos números, a inconstância do clima torna-se a explicação para a causa de um grupo de óbitos em 1903:

*“As bronquites determinaram 315 vítimas, das quais 273 crianças de 0 a 2 anos, fato também explicado pela maior vulnerabilidade do aparelho [respiratório] nesta idade, exposta às intempéries das*

*estações, como as nossas, sem fixidez, sem época e sem regularidade.”* (Anuário Demográfico, 1903, p. 25)

Além disso, neste mesmo ano, os óbitos atribuídos à “inconstância máxima” das condições climáticas não são somente aqueles localizados no aparelho respiratório:

*“Como se dá em todos os anos, a mortalidade exagera-se e cresce na primavera e no estio, isto explicado pelas abruptas mudanças de temperatura que caracterizam especialmente estas estações. As afecções gastro-intestinais que dominam no obituário das crianças - que por sua vez avultam no geral - e as da árvore respiratória são os causadores desse acréscimo.”* (Anuário Demográfico, 1903, p. 18)

A inclusão de mais este grupo de causas de óbito no conjunto daquelas consideradas influenciáveis pelas condições climáticas não constitui, entretanto, produto de uma observação circunstancial, reflete na verdade a regularidade e hierarquização da participação de cada um dos grupos de causas no total dos óbitos. No período em foco, mantém-se constante o padrão de distribuição dos grupos: o aparelho digestivo é aquele onde ocorre constantemente o maior número de óbitos, seguido por aqueles atribuídos ao aparelho respiratório. Seja com relação à participação percentual no total de óbitos, seja no coeficiente relativo de mortalidade proporcional à população. Mesmo somados, o número de óbitos associados aos demais grupos – sistema nervoso e órgãos dos sentidos; aparelho circulatório e aparelho gênito-urinário – não são a metade daqueles relativos aos aparelhos digestivo e respiratório. Dos óbitos ocorridos em 1903, 28,34% foram reportados como relativos ao aparelho digestivo (4,56 por 1000 habitantes); 13,79% eram os óbitos localizados no aparelho respiratório (2,22 por 1000 habitantes). Ao sistema nervoso e órgãos dos sentidos foi atribuída uma participação de 8,36% da mortalidade geral (1,34 por 1000 habitantes), o aparelho circulatório participou com 11,38% (1,83 por 1000 habitantes) e ao aparelho gênito-urinário correspondeu a parcela de 3,08% (0,49 por 1000 habitantes)<sup>10</sup>

<sup>10</sup> *Idem.* Os óbitos relacionados neste quadro são aqueles atribuídos a *afecções localizadas* (excluídas as moléstias da pele e do tecido celular e dos órgãos da locomoção). Não constam



Os grupos de causas óbitos reportados na citação anterior estão, portanto, não somente indicando a presença adicional de mais um deles afetados pelo clima, eles estão relatados rigorosamente na ordem decrescente de participação na mortalidade geral. Deste modo, devemos entender literalmente a afirmação segundo a qual as afecções gastro-intestinais “dominam no obituário das crianças - que por sua vez avultam no geral”, sendo estas quantitativamente seguidas pelas afecções localizadas na “árvore respiratória”. Esta é uma assertiva que expressa o *ordenamento* da participação dos grupos de causas no conjunto da mortalidade, não devendo ser interpretado como a inclusão de apenas mais um grupo que sofre as influências do meio.

Se a associação dos fatores climáticos aos óbitos ocorridos por afecções localizadas no aparelho respiratório parece bastante justificada – e recorrentemente relatada, o mesmo não ocorre com aquelas do aparelho digestivo. Encontramos posteriormente uma rara tentativa de explicação:

*“O que contribui em S. Paulo para avultar a nossa mortalidade infantil é o grupo das afecções do tubo gastro-intestinal - cuja causa reside de um lado na falta de conhecimentos, de cuidados, na ignorância com que se alimentam aqui as pequeninas crianças e de outro nas alterações súbitas da temperatura atmosférica que exerce, sobre o sistema nervoso desse aparelho, influência decisiva para a facilidade de um acometimento mórbido.”* (Anuário Demográfico, 1908, p. 21)

Como visto no capítulo anterior, a “falta de cuidados” dos pais na alimentação das crianças constituía uma categoria insistentemente utilizada nas explicações produzidas pelos **Anuários Demográficos** acerca dos motivos da mortalidade infantil.

Por outro lado, a afirmação da influência climática sobre o sistema nervoso do aparelho digestivo parece, no mínimo, uma hipótese *ad hoc*, constituindo, de qualquer modo, uma explicação que sobrevaloriza o alcance do tipo de alteração produzida nestas condições.

---

aí aqueles reportados em outros grupos de causas, como as moléstias generalizadas, puerperais, vícios de conformação congênitos, as chamadas “moléstias da infância”, velhice, afecções produzidas por causas exteriores e as moléstias mal definidas. que não aparecem neste agrupamento são aqueles assinalados como devido à causas mal definidas,

Nesse contexto, a recorrente relação estabelecida entre as condições climáticas e o quadro de causas de óbito revela, na verdade, a presença de um paradigma de caráter monocausal de explicação impingido aos óbitos verificados pela estatística demógrafo-sanitária.

### *Vidas aproveitadas*

Em raras ocasiões as condições climáticas surgem como favoráveis aos habitantes de São Paulo.

Em uma destas vezes, após citar um texto de Jacques Bertillon, que ensinava que:

*“... celibatários têm mais forte mortalidade que os casados e os viúvos ainda mais forte que os celibatários ..., exceção quanto aos casamentos contraídos antes de 20 anos, cuja mortalidade é sempre mais elevada.”*

O médico-demógrafo paulistano acatava aquele que era considerado o mestre, adaptando os fatos verificados na realidade local de acordo com os princípios gerais por ele estabelecidos:

*“De fato as uniões intempestivas e prematuras, obrigando órgãos, ainda não de todo desenvolvidos ao exercício de funções para as quais não se achem ainda perfeitamente preparados trazem-lhes grande número de moléstias que são causas das esterilidades prematuras, abortos, distocias, etc.  
Mas cumpre ponderar que nos climas tropicais, como o nosso, o desenvolvimento físico é mais rápido, e, em geral, completo aos 20 anos.”* (Anuário Demográfico, 1902, p. 109)

Esta explicação permite problematizar duas ordens de questões.

Em primeiro lugar, o clima de São Paulo aparece aqui associado aos “climas tropicais”, rótulo lábil e impreciso para caracterizar apenas uma região restrita do extenso território brasileiro.

O clima de São Paulo somente pôde ser apreendido e classificado neste grupo genérico que o compreende como incluído no cenário nacional mais amplo não sem um esforço conceitual.

Como demonstrou Gilberto Hochman, o Estado de São Paulo constrói uma “interação tensa e peculiar” com os “demais estados e o poder central, ao longo da Primeira República”. Rejeitando uma explicação baseada no “simples isolamento e singularização”, caracteriza esta relação como uma “síntese entre regionalismo, interpenetração e integração.” Segundo este autor “São Paulo valia-se do poder central na economia, afastava-o nas políticas de saneamento e saúde, mas concordava com sua franquia aos demais estados.”<sup>11</sup>.

Assim, a caracterização do clima de São Paulo como tropical somente pode ser entendida em um sentido denotativo subjacente àquelas imputações negativas anteriormente relatadas. São Paulo partilha com os demais estados da União – ainda que de modo singular porque em condição superior às suas - a condição de ser portador de um clima que é apreendido como antípoda do padrão ideal – estável, regular, ordeiro: ele é, numa palavra, não-europeu.

É neste sentido que podemos entender como o médico-demógrafo não considera contraditório afirmar repetidas vezes a influência significativamente negativa do clima na causalidade de doenças, para em seguida atribuir-lhe uma face inesperadamente salubre:

*“...é excelente o coeficiente de mortalidade dos estrangeiros, o que vem a provar que (...) se é verdade que alguns pontos do Brasil merecem a pecha de insalubres, o mesmo não acontece com a capital do Estado de São Paulo, que pode e deve ser reputada uma das mais salubres do mundo (...)”* (Anuário Demográfico, 1902, p. 111)

Esta lógica de apreensão opera uma aproximação do meio natural de São Paulo com aquele presumido nos países europeus, permitindo-lhe concluir ser “excelente o coeficiente de mortalidade dos estrangeiros” imigrantes.

O clima de São Paulo aparece representado como portador uma valorização ambivalente. Na medida em que a autoconsciência de alguns de seus intérpretes avalia como recuado ou incipiente o estágio aí alcançado pelas transformações possibilitadas pela moderna civilização, esta percepção o aproxima do conjunto dos demais estados da União, com os quais partilha as dificuldades características de um clima “tropical” (não-europeu). Por outro

---

<sup>11</sup> cf. Hochman, 1998, p. 241.

lado, sentindo-se na dianteira neste processo civilizatório e de modernização face aos demais estados, a “locomotiva” cria uma representação de seu clima que o aproxima do europeu e o singulariza nacionalmente, interpretando seu território favorável à presença de grande quantidade de estrangeiros.

Esta apreensão, revestida de grandes implicações econômicas<sup>12</sup> para o momento histórico, somente pôde ser produzida ignorando, por exemplo, que a grande mortalidade verificada corresponde às faixas etárias mais jovens da população, e que seria necessário conhecer também acuradamente o perfil etário da população originada da imigração<sup>13</sup>.

Paradoxalmente, a questão da distribuição etária dos óbitos não somente encontra-se presente no trecho citado sobre a variável estado civil no contexto da mortalidade, como tem papel central na explicação avançada para o fato de que “... celibatários têm mais forte mortalidade que os casados e os viúvos ainda mais forte que os celibatários...”. Na verdade o comentário procura explicar apenas a exceção àquela regra: os casados com idade inferior a 20 anos também estão expostos a um risco maior se comparados com os demais de idade superior.

Obviamente o fator preponderante neste fato é o grupo etário em que se encontra o sujeito, pois o risco maior está em sua idade, e não em seu estado civil, ainda que consideradas as supostas vantagens de uma maior estabilidade – ou seja, mantidas como premissas favoráveis a regularidade, estabilidade e ordem – proporcionadas pela instituição do matrimônio.

Além disso, o comentário impõe uma forma de censura às uniões “intempestivas”, porque expõe o corpo prematuramente a atividades para as quais encontra-se ainda não plenamente desenvolvido – a procriação. E aponta as conseqüências nefastas para a superação desta forma de interdito médico: “esterilidades ..., abortos, distocias, etc.”

Além de tomar a exceção pela regra, o médico-demógrafo assume um discurso permeado pela mesma sociologia canhestra – epidemiologia *idem* – presente

---

<sup>12</sup> O tema do papel central da imigração na engrenagem econômica da Primeira República e suas várias implicações no contexto social e sanitário do processo histórico foi ressaltado em diversos estudos. Veja-se, por exemplo, Bertucci, 1992; Castro Santos, 1980, 1985; Chalhoub, 1990b, 1996; Gambeta, 1988, Martins, 1981; Ribeiro, 1993; Telarolli Júnior, 1996.

<sup>13</sup> cf. Klein, 1989, Moura, 1988; Marcílio, 1984.

na controvérsia contemporânea opondo o Ministro da Saúde, José Serra, e a apresentadora de programas infantis Xuxa Meneghel acerca dos motivos da crescente ocorrência de gestações na adolescência e mesmo na pré-adolescência.

Assim, mesmo quando as condições climáticas locais são apreendidas como favoráveis – “desenvolvimento físico (...) mais rápido” – face ao clima europeu, este mantém seu caráter de modelo pela desqualificação moral das conseqüências das práticas que ele permite (precocidade da atividade sexual). Já o clima europeu é saudado indiretamente como mais sábio, na medida em que possibilita um amadurecimento físico em compasso com a maior integração social.

Outro exemplo de como o clima paulistano aparece reportado como vantajoso para seus habitantes está presente no mesmo ano de 1902, aqui anteriormente citado justamente pela profusão de interpretações negativas produzidas pela demografia sanitária para com o meio natural local.

Assinalando o fato de terem sido registrados somente três óbitos causados por febre amarela, e salientando terem sido todos eles “de pessoas procedentes de outros pontos”, comenta o analista:

*“Cremos porém, que este fato não é bastante para nos tranqüilizar: de acordo com a nova teoria da transmissão da febre amarela por meio do mosquito, teoria comprovada pelas brilhantes e escrupulosas experiências a que procederam, em Cuba, os médicos americanos e ultimamente repetidas, com igual êxito, no nosso hospital de Isolamento pela comissão para esse fim designada pela Diretoria Sanitária, (...) já tendo havido e havendo, em todas as estações calmosas, em São Paulo casos de febre amarela, mesmo procedentes de outros lugares, (...) julgamos que para a propagação dessa moléstia nesta Capital apenas, falta ao *stegomya fasciata*, que aqui existe em escala mais ou menos larga, condições especiais de meio ou de temperatura, ainda não determinadas, as quais com certeza promovem a capacidade de propagação do germen. É o caso, pois, de estarmos alertas e previdentes, em estado de verdadeira paz armada.”* (Anuário Demográfico, 1902, p. 117)

Saudando a teoria *havanesa* sobre o modo de transmissão da febre amarela como comprovada cientificamente, aproveita a oportunidade para assinalar a

atuação do Serviço Sanitário paulista no episódio dos estudos coordenados por Adolfo Lutz.

Por outro lado, a constatação da presença do mosquito transmissor *stegomya fasciata* na Capital “de forma mais ou menos larga” colocava a necessidade de uma explicação coerente da ausência desta doença na cidade que, segundo o Dr. Luiz Pereira Barreto, constituía-se no “baluarte inexpugnável para a febre amarela”<sup>14</sup>.

A hipótese proposta coloca a efetividade da infestação pela febre amarela na dependência de “condições especiais de meio ou de temperatura” que, embora “ainda não determinadas”, seriam capazes de aumentar ou inibir a “capacidade de propagação do germem.”

Esta posição, deduzida à partir da aceitação da teoria defendida por Carlos Finlay sobre a transmissão da febre amarela, e reiterada pelos resultados aqui obtidos, colocava em evidência a relação estabelecida entre a potencialidade patogênica do agente – em presença do hospedeiro transmissor – e as condições climáticas da cidade, às quais atribuía-se a propriedade de pôr em funcionamento o processo mórbido.

Coerente com a percepção segundo a qual o meio climático da cidade de São Paulo inspirava receio e preocupação pela sua instabilidade e irregularidade, a idéia de profilaxia tomava corpo na metáfora bélica da “paz armada” naquele cenário imprevisível no qual a razão positiva nada pode.

A malária constituía-se também doença cujo aparecimento e proliferação estava relatado como em condição de dependência direta das condições naturais da cidade. Segundo o comentário do analista, esta moléstia

*“(...) não tem absolutamente razão para existir em S. Paulo. Cidade saneada ... que não oferece as condições de vida para o parasita da malária, que não possui pântanos visíveis nem invisíveis, ... cidade quase toda edificada, não se pode permitir que seja assinalada na sua carta nosográfica essa moléstia, que ao contrário da tuberculose, é tocada pelo fogo vivo da civilização, foge diante a esta com o mesmo ímpeto com que se aninha nas cidades desertas, à margem dos rios, à beira dos lagos, junto aos*

<sup>14</sup> apud Telarolli Júnior, 1996, p. 101.

*pântanos. Deixemo-la para as ribanceiras de Mogi, excluamo-la da nossa capital.*” (Anuário Demográfico, 1907, p. 30)

Apresenta-se aqui de modo explícito e articulado a contraposição estabelecida pelo médico-demógrafo entre *natureza* e *cultura*.

Anunciando sua filiação à crença no poder de transformação do “fogo vivo da civilização” que, apesar de reconhecidamente estar associado – como produtor e abrasador – a um mal de não pouca importância nos índices de mortalidade como é o caso da tuberculose, entende seu processo de expansão como correlato daquela da conquista. Constrói assim uma percepção geográfica do processo civilizatório: ele avança sobre o cenário natural, compreendido como inexoravelmente hostil ao estabelecimento do homem, domesticando-o para seu proveito. A cidade de São Paulo foi, segundo esta expectativa, conquistada pela civilização, diferentemente das “ribanceiras de Mogi”, local que, apesar de bastante próxima da Capital, permanece uma região ribeirinha e pantanosa porque atrasada na corrida civilizatória.

Em 1904, concluindo por ter havido uma “extraordinária melhoria de nossas condições sanitárias” em comparação com os anos de 1895, 1896, 1897 e 1898, o diretor da Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária infere que:

*“... a tendência é toda para a decadência da cifra mortuária, para o declínio da mortalidade, o que se há de manifestar certamente em breves anos. Já demos o motivo do aumento da letalidade neste, todo ele fora da ação da higiene, submetido à influência climatérica, contra a qual só podemos com o percurso de tempo que há de modificar nossas condições meteorológicas [sic].”*  
(Anuário Demográfico, 1904, p. 19)

A percepção de que o desenvolvimento da capacidade de intervenção das ações de saneamento do meio caracterizam a própria vitória da civilização sobre o meio natural, permitem ao médico-demógrafo levantar a expectativa de que será possível, ainda que num futuro ainda distante, “modificar nossas condições meteorológicas”. Afirma-se, assim, a visão segundo a qual o clima é o fator fundamental no processo de causalidade dos processos patológicos, permitindo-se mesmo imaginá-lo como o inimigo contra o qual a instituição da higiene pública, municiada pelo conhecimento técnico e científico, poderá

lograr uma vitória que significará não a adaptação do homem ao clima presente no meio no qual habita mas, antes, e ao contrário, que o clima adaptar-se-á às sociedades civilizadas, podendo por assim dizer ser domesticado pelo engenho humano, para sua comodidade e satisfação. Remete, desta forma, o momento de plena salubridade do meio para um futuro ainda distante, entendendo assim com resignação o alcance limitado das ações saneadoras que se oferecem no momento presente como passíveis de intervenção.

Esta perspectiva traduz um cálculo: em 1904, diante da manutenção e até mesmo do incremento constante de alguns dos índices de mortalidade, avalia que o ambicioso projeto de saneamento posto em prática pelo estado mais rico da União encontra-se em uma fase ainda insuficientemente desenvolvida para que possa colher os frutos dos esforços até aí encetados. Projeta para um futuro indeterminado o momento de pleno êxito desta empreitada diante da constatação presente das poucas alterações significativas que esta ação pôde produzir nos números da mortalidade paulistana.

Neste mesmo ano, registrando o "insólito" número de 102 vítimas da "violenta epidemia" de coqueluche que grassou na cidade, conclui o diretor da Seção insistindo que:

*"Muitos (...) pagaram com a vida, não tanto pela moléstia como pelas complicações, provocadas pelas incessantes variações de temperatura e instabilidade do clima."* (Anuário Demográfico, 1904, p. 21)

Delinea-se assim, na perspectiva do médico-demógrafo, a tendência constante de tomar as possíveis influências que podem exercer os fatores climáticos no desenvolvimento de processos patológicos em contraposição à compreensão da natureza e limites das ações de higiene encetadas pelo Serviço Sanitário paulista no cenário urbano da Capital do estado.

Mais que mero exercício de definição do se entende como próprio da higiene como instrumento de intervenção no espaço social, esta operação de contraposição assimila e reproduz aquela que delimita *natureza* e *cultura*: entende a higiene como agente do processo civilizatório empreendido pelos homens no sentido de atingir o completo domínio sobre o meio natural.



É dentro deste quadro de referências que aparecem avaliados no **Anuário Demográfico** de 1907 alguns dados da mortalidade assinalada para o ano de 1906:

*“... atribuímos [para 1906] esse incremento da mortalidade ao fato do maior número de afecções da árvore respiratória, que obedece mais as modificações climatéricas e ao estado atmosférico, fugindo à ação benéfica que a higiene exerce (...)  
No anuário de 1906 dissemos ‘foram as afecções do aparelho respiratório as responsáveis pelo incremento da mortalidade em São Paulo, causa contra a qual a higiene é impotente e não há recursos que se lhe possam antepor’ (...)”* (Anuário Demográfico, 1907, p. 18)

Explicita-se nesta citação o modo como o chefe da Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária do Serviço Sanitário paulista apreende os limites próprios e inelutáveis do fazer da higiene, traduzidos pelos dramáticos números publicados nos **Anuários Demográficos**: os óbitos aí relacionados são em sua grande maioria aqueles produzidos pela influência maléfica do meio natural presente na cidade de São Paulo. Subentendendo que as ações possíveis e necessárias de intervenção foram aquelas que, uma vez postas em prática pelo Serviço Sanitário, contribuíram para evitar que mais mortes tenham sido assinaladas no quadro da mortalidade.

Revela assim a idéia de os óbitos que aparecem nos **Anuários Demográficos** são justamente aqueles contra os quais a obra – em sua visão – previdente e eficaz do Serviço Sanitário nada poderia realizar.

Longe de constituir uma declaração isolada, esta percepção do alcance e das propriedades das ações de saúde pública expressa a compreensão que o médico-demógrafo elabora sobre os limites da medicina social.

Em 1911, reiterando esta posição, esclarece o redator do **Anuário Demográfico**:

*“ (...) mais de mil pessoas pagam o tributo à variabilidade da nossa temperatura, adquirindo afecções, contra as quais a higiene pública está desarmada e que só encontram guarida nos preceitos da higiene particular e individual.”* (Anuário Demográfico, 1911, p. 21)

Conclui assim o Dr. Rubião Meira estar o exercício das artes médicas também submetido a um regime de divisão de trabalho que delimita as esferas de atuação: se a 'higiene pública está desarmada' para enfrentar aqueles males causados pela 'variabilidade da nossa temperatura', é no espaço da medicina clínica que os cidadãos poderão encontrar os 'preceitos da higiene particular e individual'.<sup>15</sup>

A ação da higiene pública é entendida positivamente como responsável pela preservação de um segmento significativo da população presente: a população adulta, economicamente ativa.

O médico-demógrafo constata, assim, que:

*"É, pois, pesado o tributo pago pela infância à mortalidade ... o que é até certo ponto justificável por serem os indivíduos de pouca idade sujeitos, por circunstâncias especiais, a maior letalidade do que os adultos e grande o número deles em nossa capital."*  
(Anuário Demográfico, 1902, p. 108)

A grande mortalidade presente nas faixas etárias mais jovens e mais longevas da população são atribuídas a condições que ainda não correspondem às possibilidades de intervenção da ação pública, pelo estado incipiente de instituição do modelo civilizado de vida neste território.

Esta delimitação etária apresenta-se instaurada sob o ponto de vista de uma distribuição espacial, na medida em que estabelece a dimensão do espaço que deve ser ganho pela civilização à natureza. Enquanto o meio natural não encontrar-se suficientemente domesticado para o pleno usufruto humano, a higiene coletiva traduz sua ação enquanto prescrição que classifica os espaços, mapeando suas características quanto à salubridade, indicando a possibilidades presentes de ocupação social e também de utilização econômica.

Apesar de grafar no plural aquelas 'circunstâncias especiais', o dr. Rubião Meira significativamente entende que os óbitos verificados entre crianças,

<sup>15</sup> A relação entre medicina social e atuação clínica constitui um espaço de tensão constante nos escritos do dr. Rubião Meira. Isso não somente enquanto redator dos **Anuários Demográficos**, mas em toda a sua atuação como médico e acadêmico. Veja-se a este respeito as considerações que estão presentes na Conclusão deste trabalho.

jovens e velhos estão associados às condições climáticas existentes no meio ambiente paulistano.

Entendendo que as ações do Serviço Sanitário do Estado de S. Paulo foram eficientes no campo da saúde coletiva (higiene pública), desloca para o exercício da clínica médica – ‘particular e individual’ – o enfrentamento daquelas causas de óbito registrados nas faixas etárias que não possuem participação econômica imediata.

Em 1914, o clima aparece representado como favorável, justamente porque benigno para a população adulta:

*“ ... as nossas condições climatéricas, a nossa salubridade são excelentes, motivo mesmo que atrai a população trabalhadora para aqui, ao lado de nosso desenvolvimento material, social e intelectual sempre crescente.”* (Anuário Demográfico, 1914, p. 22)

Conforme tem insistido a historiografia<sup>16</sup> produzida sobre o período aqui analisado, uma das motivações para a implementação das campanhas sanitárias por parte dos órgãos públicos estava justamente na necessidade de criar condições de preservar o enorme contingente populacional constituído pela grande imigração de trabalhadores europeus vindos para o trabalho na cafeicultura paulista. Dado o grande dispêndio implicado neste tipo de solução para o problema da transição do sistema de trabalho cativo para o livre, a vida dos imigrantes era avaliada pela produtividade que dela pudesse ser extraída. Encarado como investimento produtivo em capital humano<sup>17</sup>, a grande imigração deveria garantir o retorno, no prazo mais curto de tempo possível, dos dispêndios financeiros nele empenhados.

É neste contexto que podemos entender a concordância presente em algumas passagens pertencentes aos **Anuários Demográficos** a alguns saberes populares como, por exemplo, naquele singelo trecho que assinalamos como segunda epígrafe para este capítulo.

<sup>16</sup> historiografia sobre a imigração: MARTINS, CHALHOUN, HOCHMAN, ETC.

<sup>17</sup> Como visto no Capítulo 1, o interesse por parte dos Estados em mensurar quantitativamente os fenômenos populacionais constituía uma atitude própria da política econômica mercantilista que considerava a produtividade proporcionada pela vida humana como componente fundamental da riqueza das nações.

O médico-demógrafo, usualmente epítome do cientista que denuncia e combate o que considera a ignorância revelada pelos usos e costumes das camadas mais pobres da população, faz coro – numa rara concessão – à ‘sabedoria do povo’, anuindo que ‘S. Paulo não é cidade para crianças nem para velhos’. Com ‘muito acerto’ percebe a população as condições concretas de sua existência, ainda que o ‘fundamento’ desta percepção somente possa ganhar um estatuto de verdade se pronunciado pelo discurso competente do médico e cientista.

Apesar dos números apresentados pela Seção de Demografia apontarem recorrentemente uma grande mortalidade das crianças e esboçar um quadro substancial dos padecimentos que sujeitam a população de idades mais avançadas, há a convicção permanente de que as ações de saneamento empreendidas pelo Serviço Sanitário deram frutos positivos. Segundo a percepção do médico-demógrafo, a intervenção da higiene pública proporcionou a garantia de vida para a população adulta que alimentava de braços o mercado de trabalho paulista em todos os setores de atividade.

Esta vitória da higiene – pelo emprego ‘correto’ do método considerado científico – constitui um dos fundamentos necessários da elaboração daquela percepção que firmou-se no imaginário coletivo desde então, de que S. Paulo é a terra do trabalho, da produtividade, das oportunidades e das demais possibilidades de reverberação imaginativa em corolário desta idéia.

O estado de São Paulo se auto representa desde então como a ‘locomotiva’ que puxa os demais estados da federação como que fossem vagões.

Uma forma de clivagem desta mesma metáfora serve para compreender também a configuração da organização social presente no nível local.

Dentro dos limites internos do estado, São Paulo configura-se como a ‘locomotiva da locomotiva’, onde a população adulta, economicamente ativa porque preservada pela ação cientificamente orientada pelas ações da política de saúde pública patrocinada pelos órgãos públicos, libera produtivamente suas energias na fornalha que serve de altar no culto do progresso. Os grupos sociais não envolvidos imediatamente no processos produtivos que ressarcem o retorno dos investimentos realizados pelo segmento econômica e

politicamente hegemônicos constituem-se fardos carregados à custo nos vagões atrelados e alinhados à máquina da máquina que garante o 'desenvolvimento material, social e intelectual sempre crescente'.

Somente assim pôde a demografia sanitária relativizar o fracasso das ações sanitárias no enfrentamento da grande mortalidade presente nos grupos etários mais jovens e mais velhos da população paulista. Valorizando hierarquicamente a população com relação à faixa etária face a sua produtividade econômica, considera como qualitativamente favorável o quadro geral da mortalidade que, em termos quantitativos, expressa um desproporcional risco de óbito àqueles que se encontram imediatamente não integrados no processo produtivo.

Estranho destino daqueles que crêem que os 'números fala por si mesmos': serem obrigados a desprezar as mais óbvias evidências quantitativas em favor de interpretações que são informadas pelos vetores de força qualitativos que emolduram o contexto cultural (popular e científico), econômico, político e social.

Nos primeiros versos do *Ricardo III* de William Shakespeare o 'inverno' é uma figura de linguagem, uma astúcia poética: a percepção do ambiente é na verdade uma subjetivação antropomórfica da percepção política. Numa palavra, é uma metáfora.

No discurso produzido pela demografia sanitária paulista no início do século XX, a ordem natural da sucessão de estações climáticas também o é.

Neste caso também a uma determinada percepção das condições naturais – climáticas – está associada uma correlação de correspondência com leitura social que seus leitores – os autores dos **Anuários Demográficos** – lhe impingem.

O verão é o inverno de nossa desesperança!

***Quero dizer agora o oposto do que disse antes***

Na introdução deste trabalho apontei em linhas gerais a perspectiva que orienta a percepção do discurso científico como objeto do trabalho de interpretação histórica. Procurei assinalar então uma percepção crítica que recusa o caráter dicotômico do discurso científico face às demais modalidades de construção discursiva, inclusive literárias. O discurso científico somente poderá ser assim entendido tendo como premissa uma crença canhestra em sua pretensa objetividade, imparcialidade, neutralidade, generalidade ou universalidade.

Como ficou exposto no item anterior e no teor das relações que aparecem na sua conclusão, procurei empreender uma leitura do discurso científico não apartada do universo cultural no qual sua produção está inextricavelmente dependente e informada. Neste sentido, percebe-se na análise dos **Anuários Demográficos** o uso profuso das metáforas e da presença da linguagem como reveladoras das concepções não somente científicas ou oriundas do processo metódico de investigação, mas também dos meandros subjacentes à compreensão e o sentido que os homens de ciência davam à produção de uma determinada forma de inteligibilidade dos fenômenos sociais, políticos, econômicos, psicológicos, morais, etc.

Esta concepção dá força à investigação do discurso literário, entre outros<sup>18</sup>, valorizando deste modo o trabalho citado de Sevcenko<sup>19</sup> no contexto mais amplo de sua formulação. Seu projeto de interrogação histórica abre um caminho fecundo de busca e um método pertinente de realizá-lo.

Como podemos ver no texto *A questão da narrativa na teoria contemporânea da História* de Hayden White<sup>20</sup>, não levar em conta o caráter modelador e performativo da linguagem na análise do discurso histórico seria ignorar as características do próprio suporte de qualquer discurso: o discurso histórico também é um texto<sup>21</sup>.

---

<sup>18</sup> Veja-se como exemplo o empenho de Carlo Ginzburg na defesa dos documentos inquisitoriais como fonte histórica, apesar de sua "contaminação" pelo viés de seus produtores, cf. Ginzburg, 1987 e 1991, principalmente.

<sup>19</sup> cf. Sevcenko, 1983.

<sup>20</sup> White, 1991, pp. 47-89.

<sup>21</sup> Cabe lembrar entretanto que a aceitação das premissas básicas aqui assumidas em relação a este texto de H. White não significam uma adesão ao conteúdo presente em outros trabalhos

Assim o discurso científico, não deixando de considerar as especificidades que são inerentes à sua própria e necessária identidade, também pode e deve ser apreendido levando em conta a sabedoria e argúcia que Alcuíno empregava na educação do jovem Pepino, no crepúsculo do século VIII:

“Pepino: O que é a escrita?  
 Alcuíno: O guarda da história.  
 Pepino: O que é a palavra?  
 Alcuíno: O delator dos segredos da alma.  
 Pepino: O que é a língua?  
 Alcuíno: O chicote do ar.”<sup>22</sup>

### ***Glorious summer***

Após a tempestade de protestos contra o clima ‘intempestivo’ do estado de São Paulo durante a gestão do dr. Rubião Meira à frente da Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária do Serviço Sanitário paulista, verifica-se a elaboração de uma nova representação para designar as condições climáticas do meio ambiente neste estado da federação.

Nomeado para a direção da Seção por decreto datado de 17 de abril de 1916, o dr. Carlos Meyer entrou no pleno exercício das funções do cargo no dia 24 do mesmo mês. Sua primeira incumbência foi o de confeccionar o **Anuário Demográfico** correspondente ao ano de 1915, trabalho concluído no mês de agosto de 1916.

Ambientando-se às necessidades inerentes à suas novas tarefas, o neófito médico-demógrafo expõe sua atitude diante do trabalho:

---

do mesmo autor. Para um exemplo de trabalho que recebeu críticas por seu caráter controvertido veja-se o seu *Meta-História*, White, 1997.

<sup>22</sup> cf. Alcuíno, *Pippini regalis et nobilissimi juvenis disputatio cum Albino scholastico*, in: Migne (ed.) *Patrologiae cursus completus, series latina, apud Lauand*, 1986, p. 79.

*“Devo dizer com franqueza que, na confecção do presente anuário, observei rigorosamente o mesmo plano do meu ilustre antecessor, o Prof. Rubião Meira...”* (Anuário Demográfico, 1915, p. 5)

Verificamos, pelas análises contidas no **Anuário Demográfico** de 1915 que o dr. Carlos Meyer, nessa sua primeira incursão oficial pela demografia sanitária, utilizou do expediente da paráfrase para realizar aquilo que acreditava ser ater-se ‘rigorosamente’ a metodologia do seu antecessor. Comentando ser o coeficiente geral de mortalidade neste ano – 15,24 óbitos por 1000 habitantes – o ‘menor verificado nestes últimos 15 anos’, conclui que este dado:

*“... vem provar que a nossa Capital, pelo seu clima e sua higiene, pode-se colocar perfeitamente ao nível de muitas outras cidades civilizadas do mundo. (...)*

*São excelentes as nossas condições climatéricas e de salubridade, concorrendo esse fato para tornar sempre crescente o nosso desenvolvimento material, social e intelectual.”* (Anuário Demográfico, 1915, pp.24-25)

Ainda neste mesmo trabalho, e fazendo coro ao que dissera o dr. Rubião Meira no **Anuário** relativo ao ano de 1914, o Dr. Carlos Meyer lamenta que a manutenção da Primeira Grande Guerra Mundial na Europa impossibilitasse a obtenção de dados para comparação atualizada com os aqui levantados.

Mantém-se em suas linhas gerais as tendências de análise da presença e influência do clima como fator associado aos motivos que levam aos óbitos verificados. Assim, no **Anuário** de 1916, o Dr. Carlos Meyer assinala que:

*“São Paulo conserva-se em primeira linha, com o coeficiente menor que o de todas as outras cidades [do Brasil], com exceção de Salvador, o que vem mais uma vez demonstrar a excelência e as boas qualidades do clima desta Capital, cercada de todos os meios higiênicos...”* (Anuário Demográfico, 1916, p. 36)

Neste mesmo ano, apontando a ocorrência de 1543 óbitos causados por afecções do aparelho respiratório, reitera ainda uma vez a associação presente entre estas causas de morte com os fatores climáticos, já que, comenta:



“... o que não é de estranhar-se pelas constantes variações, às vezes bruscas, de temperatura, do estado higrométrico do ar e dos ventos reinantes.” (Anuário Demográfico, 1916, p. 102)

Após a edição dos **Anuários** de 1915 e 1916, entretanto, opera-se uma mudança substancial na representação do clima e sua influência direta ou indireta como causa de patologias que levam ao óbito, instituindo-se uma percepção otimista, totalmente favorável ao meio natural paulista

Fato significativo indicativo dessa nova postura é a constatação da ausência, a partir de 1917, nos **Anuários**, de qualquer menção acerca da influência do clima no quadro da mortalidade. Mesmo aquelas causas anteriormente freqüentemente associadas a esses fatores, como no caso das afecções localizadas no aparelho respiratório, por exemplo, deixa-se de atribuir qualquer tipo de causalidade ou mesmo a menor influência devidas aos aspectos do meio climático.

Além desta ausência de atribuição patológica causal ao clima de São Paulo, fato ainda mais significativo da mudança de perspectiva com relação a como o meio passa a ser representado e entendido no discurso médico-demográfico paulista é a aberta ofensiva encetada pelo diretor da Seção contra aquela percepção pessimista quanto ao clima presente neste estado.

O dr. Carlos Meyer fez encartar ao **Anuário** correspondente ao ano de 1917 o ‘bem elaborado trabalho’ intitulado **Contribuição para o clima de S. Paulo**, de autoria do dr. José Nunes Belfort de Mattos, chefe do Serviço Meteorológico do estado e diretor do Observatório de São Paulo, ‘expressamente escrito para este *Anuário*’. (Anuário Demográfico, 1917, pp. 11-56<sup>23</sup>).

Considerando esta **Contribuição** um sinal do ‘grande desenvolvimento’ do **Anuário**, que o dr. Carlos Meyer atribui à ‘(...) sábia orientação do Exmo. sr. dr. Arthur Neiva, Diretor Geral do Serviço Sanitário’, e que ‘obedecem ao plano de serem gradualmente melhorados, de acordo com os conhecimentos que a prática nos for ensinando.’ (Anuário Demográfico, 1917, p. 6)

<sup>23</sup> As citações são da Apresentação elaborada pelo diretor da Seção, e estão na p. 6.

É necessário lembrar que o **Anuário Demográfico** relativo ao ano de 1917 somente foi editado no ano de 1919. O texto da **Contribuição**, por sua vez, foi redigido no mês de junho de 1918, como registra seu autor:

“A última onda fria, que se manifestou intensamente nos dias 24, 26 e 27 de Junho de 1918, foi (...) uma das mais fortes (...) e, sob a impressão desse recente fato meteorológico, escrevemos estas linhas.” (Contribuição para o clima de S. Paulo, in: Anuário Demográfico, 1917, p. 36)

O meteorologista inicia seu trabalho conceituando o termo *clima*, que define utilizando um enfoque diacrônico:

“... antigamente [designava] uma divisão sistemática do globo em zonas, [e] passou, mais tarde, a exprimir o *conjunto de fenômenos meteorológicos que caracterizam o estado atmosférico de um determinado lugar*.” (Contribuição para o clima de S. Paulo, in: Anuário Demográfico, 1917, p. 11)

Ressalta em seguida o autor o estágio atual em que se encontra a evolução do conceito:

“Verdadeiramente a divisão do globo em climas horários e de mês tem um valor mais histórico do que atual, por isso que foi caindo em desuso, e abandonado, por fim, desde que ficaram adotados para fixar a posição geográfica dos pontos do globo, as latitudes, bem como as longitudes e as altitudes, que definem com precisão a localização de qualquer ponto sobre a terra.” (Contribuição para o clima de S. Paulo, in: Anuário Demográfico, 1917, p. 11)

Justamente por considerar que a primeira forma de *concepção* ‘tem um valor mais histórico do que atual’, e que ‘por isso foi caindo em desuso, e abandonado, por fim’, o meteorologista entende por justificada sua opção pela segunda forma de abordagem, trocando assim o conceito estático pelo dinâmico:

“Só empregaremos o termo *clima* significando o aludido conjunto de fenômenos meteorológicos que caracterizam o estado atmosférico local.” (Contribuição para o clima de S. Paulo, in: Anuário Demográfico, 1917, p. 11)

A seguir o autor dá a saber que pode-se formar uma 'idéia clara' do clima de uma determinada região:

"... conhecendo as médias das determinações meteorológicas, bem como os valores extremos e o modo pelo qual se fez a variação dos denominados *elementos do clima*, a saber: a *temperatura do ar*, sua *umidade*, a *evaporação*, a *nebulosidade*, o *regime dos ventos*, a *pressão barométrica*, o número de *horas de sol desanuviado*, etc. (...)" (Contribuição para o clima de S. Paulo, in: Anuário Demográfico, 1917, p. 11)

Analogamente às informações demográficas, que devem constituir séries, assim também os meteorológicos devem ser:

"... deduzidos de um longo período de observações, de modo a terem um certo peso." (Contribuição para o clima de S. Paulo, in: Anuário Demográfico, 1917, p. 11)

Por outro lado, deixa-se vislumbrar as possibilidades pragmáticas de tais estudos tão duramente constituídos

"O estudo do clima de uma região qualquer não se limita unicamente à aquisição de dados relativos aos elementos climatológicos, com os quais se organizem longos e áridos quadros numéricos, mas após esse trabalho preparatório, dever-se-ão seguir as aplicações de ordem científica ou no terreno prático, para fins utilitários ..." (Contribuição para o clima de S. Paulo, in: Anuário Demográfico, 1917, p. 12)

Entendendo o método científico como instrumento capaz de perscrutar com rigor o '*grande laboratório da vida*', o dr. Belfort de Mattos toma como premissa da sua abordagem a constância e universalidade *das leis que regem a atmosfera*, concebida como o plano sobre o qual os estudos sobre os climas se realizam.

Na sua dimensão terrestre, a atmosfera envolve todo o planeta, lugar de onde o homem, talvez mais precisamente o cientista,

"... contempla a natureza, meditando nas infinitas formas que desabrocham em tenro rebentão, crescem em opulentos festões, e pendem, fanados pela morte, apresentando um ciclo de transformações completas, que se reproduzem anualmente." ..."

(Contribuição para o clima de S. Paulo, in: Anuário Demográfico, 1917, p. 12)

Além disso, a atmosfera constitui, segundo o autor, não somente uma característica local, ganhando a força de um verdadeiro '*laboratório universal*':

“Colocando o homem em comunicação com o infinito universo, a atmosfera nos deixa entrever a harmonia que domina os astros, em sua maioria cheios de fulgores, exuberantes de calor, de luz e, quiçá, de vidas semelhantes ou não às que povoam o nosso planeta.” (Contribuição para o clima de S. Paulo, in: Anuário Demográfico, 1917, p. 12)

Mais que apontar nesta passagem a presença, na concepção do autor, da possibilidade de aceitação, em bases 'científicas', da existência de formas de vida em outros planetas, cabe antes assinalar que esta afirmação na verdade cumpre um papel fundamental em sua argumentação, na medida em que estabelece um plano universal e unitário para a compreensão do meio físico do planeta, rejeitando assim qualquer premissa particularista que imponha aprioristicamente um ponto de vista do qual a observação pode 'corretamente' ser coletada. Deste modo o dr. Belfort de Mattos anuncia sua rejeição a pontos de vista informados em qualquer forma de determinismo geográfico, como o eurocentrismo<sup>24</sup>.

O meteorologista passa então a qualificar as características do clima de todo o estado de São Paulo. Iniciando por localizar o território paulista no globo terrestre, o dr. Belfort de Mattos assinala estar ele 'situado entre os paralelos de 20 ° e 25 °', sendo 'cortado pelo trópico de Capricórnio, linha geográfica que marca o limite entre a *zona tórrida* e a *zona temperada austral*' (p. 14, grifos no original).

Retomando o conceito de *elementos do clima*, o analista passa a descrever como cada um deles manifesta-se no território paulista.

<sup>24</sup> Como demonstrou Lilia Schwarcz em seu estudo *O espetáculo das raças*, a oposição entre poligenistas e monogenistas no contexto do debate sobre a origem do homem, tendo como pano de fundo as implicações raciais daí decorrentes, proporcionou calorosa polêmica que contrapunha *grosso modo* percepções particularistas e etnocêntricas, do lado dos poligenistas, e universalistas e unitaristas, do lado dos monogenistas. Ver: Schwarcz, 1993, principalmente o capítulo 2 (Uma história de 'diferenças e desigualdades': as doutrinas raciais no século XIX).

Considerando os efeitos do relevo e da altitude sobre a temperatura, conclui que aqueles aspectos 'por tal maneira modificam as temperaturas que o clima da maior parte do Estado pode ser incluído na classe dos *climas suaves das zonas temperadas*' (p. 14, grifos no original).

Nestas condições, como grande parte do território do estado encontra-se num planalto que eleva-se 'aproximadamente a 550 m. sobre o mar', as 'temperaturas médias anuais, exceção feita do extremo norte, variam entre 20 ° e 15 ° no planalto' (p. 14).

Se as temperaturas médias verificadas no extremo norte do estado são superiores às verificadas no planalto, há também outra zona de exceção, neste caso com médias inferiores. Em Vila Jaguaripe, no município de Campos do Jordão, havia uma estação meteorológica que registrava uma temperatura média anual de 13 °, dado este que, segundo o meteorologista, 'mostra que o *clima de altitude dos Campos do Jordão* poderia ser incluído na classe dos *climas temperados*' (p. 14, grifos no original)

Sobre o regime dos ventos, verifica que mesmo no caso das '*rajadas fortes de NE e NW, (...) as correntes aéreas poucas vezes excedem à velocidade de 30 metros por segundo*', sendo capazes de causar prejuízos muito limitados. (p. 15, grifo no original)

Para dar uma idéia de como o regime ventos presente no estado de São Paulo deveria ser considerado bastante brando, o meteorologista afirma, por contraste, que o território paulista recebe ventos que dão apenas uma 'pálida idéia da impetuosidade dos *pampeiros*, que sopram nos campos argentinos, em rijas tempestades' (p. 15, grifo no original).

O autor esclarece os motivos desse fato:

"Os efeitos destruidores desses meteoros, que tão prejudiciais são na República Argentina, atenuam-se pouco a pouco ao passarem pelas ondulações do solo do Rio Grande e Santa Catarina, bem como ao correrem sobre os acidentes formados pelas serras do Paraná, e de tal sorte se enfraquecem, que chegam a S. Paulo sem a sua primitiva violência (...)" (Contribuição para o clima de S. Paulo, in: Anuário Demográfico, 1917, p. 15)

Também o fenômeno da evaporação apresenta uma face benigna no estado de São Paulo, sendo que, à sombra, a média registrada atinge a marca de 600<sup>mm</sup>. Analisando esta característica, o dr. Belfort de Mattos procura exemplificar aquela premissa que havia anunciado anteriormente, segundo a qual o clima pode ser avaliado 'no terreno prático, para fins utilitários' (p. 12):

"(...) como as chuvas fornecem anualmente cerca de 1400<sup>mm</sup> de água, haverá saldos superiores a 800<sup>mm</sup>, que são empregados em alimentar a vegetação, os lençóis de água subterrânea e os inúmeros mananciais das ricas bacias hidrográficas paulistas, onde as grandes quedas e as muitas corredeiras podem fornecer à apropriação industrial uma força mecânica de muitos milhares de cavalos-vapor." (Contribuição para o clima de S. Paulo, in: Anuário Demográfico, 1917, p. 16)

Sobre a nebulosidade do céu em contraste com o número de horas de sol desanuviado, o meteorologista afirma que os estudos realizados no Observatório da Avenida Paulista mostram que a 'insolação efetiva anualmente observada na Capital anda por 2033 h. ou seja 46% das 4421 h. durante as quais o Sol permanece anualmente acima do horizonte' (p. 17).

Verificando que em São Paulo ocorrem somente 25 dias sem sol durante o ano, o dr. Belfort de Mattos permite-se dizer que 'o céu de S. Paulo é bem mais claro do que o firmamento de muitas cidades importantes da Europa tidas como saudáveis', apesar da Capital do estado, localizada junto à Serra do Mar, estar situada na 'linha topográfica que (...) marca o máximo de anuviamento no Estado' (p. 17).

A abordagem do elemento climático umidade do ar oferece ao meteorologista o ensejo para relacionar as características verificadas no meio natural com o processo de ocupação e intervenção humana que nele se realiza. Tomando os registros pertinentes aos primeiros cinco anos de atuação do Serviço Meteorológico, entre 1887 e 1892, verifica que a umidade relativa do ar na Capital do estado era de 85%. Já entre 1907 e 1912, quinze anos depois, este valor diminuiu para 'apenas (...) 79%'. (p. 17)

Na avaliação do dr. Belfort de Mattos, a comparação destes dados constituíam uma importante evidência do alcance atribuído por ele à:

“(…) intervenção inteligente do homem no sentido de modificar o clima de uma região, melhorando-lhe as condições higiênicas, tal como tem sucedido na Capital do Estado de S. Paulo, com a transformação e melhoramentos sofridos pela *urbs* com a sua grande expansão construtora, a drenagem da zona urbana, o dessecamento dos pântanos marginais dos rios que cortam a Capital .” (Contribuição para o clima de S. Paulo, in: Anuário Demográfico, 1917, p. 17)

Considerando uma citação que o meteorologista emprega sem oferecer qualquer informação sobre seu autor, se o ‘clima abrange todas as condições físicas próprias de uma região, que exercem uma influência geral e constante sobre os seres organizados’ (p.12), pelo relato acima descrito sobre cada um dos elementos que compõe o clima do estado de São Paulo, evidencia-se-nos como no trabalho do dr. Belfort de Mattos a percepção do meio natural afasta-se significativamente daquela presente nos **Anuários Demográficos** até o ano de 1915, oferecendo uma representação onde a suavidade e constância do clima paulista constitui um quadro todo ele favorável à fixação e ao desenvolvimento dos propósitos humanos.

### **Os climas regionais de São Paulo**

Considerando os fatores ‘propriamente *físicos*’ (p. 17, grifo no original), o meteorologista apresenta em seguida o estado de São Paulo dividido em quatro ‘categorias climáticas, bem distintas entre si, e perfeitamente caracterizadas’ (idem).

Classificando e ordenando assim os ‘*climas regionais* de S. Paulo’ (p.17, grifos no original), o autor deste estudo meteorológico inicia esta parte de seu trabalho com um parágrafo introdutório sintético que insiste no caráter benéfico e salubre do território paulista:

“Teremos ocasião de ver que ao clima marítimo e quente do litoral sucede o clima úmido e frio do Alto da Serra e, penetrando no interior, encontramos depois daquela região, onde reina a maior umidade do Estado, o saudável e brando clima do planalto, cujo solo é aqui e ali entremeado de elevados maciços montanhosos, onde o clima de altitude oferece as vantagens que lhe são

peculiares. Há, pois, entre nós, climas muito variados, preenchendo todas as exigências do organismo humano, e satisfazendo as indicações estabelecidas pela medicina que, nas quatro categorias das terras de S. Paulo, a que aludimos, pode encontrar valiosos recursos para o tratamento de muitas e cruéis enfermidades.” (Contribuição para o clima de S. Paulo, in: Anuário Demográfico, 1917, p. 17)

Segundo o meteorologista, as ‘4 regiões climatéricas’ de São Paulo tem ‘(...) uma feição própria que (...)as individualizam’. São as seguintes, segundo ele, as 4 ‘classes de climas regionais paulistas’: clima do litoral; clima do alto da Serra do Mar; clima do planalto; e clima das terras altas ou climas de altitudes (p. 17).

### *O litoral*

Área caracterizada pelas menores oscilações de temperatura em comparação com as demais regiões climáticas paulistas, é por este motivo classificada como pertencente à ‘*classe dos climas regulares*’ (p. 20, grifos no original).

Apontando ser o impaludismo mal endêmico que compromete a salubridade da faixa costeira do estado, considera que a conveniente drenagem dos trechos alagados possibilitará tornar-se totalmente saudável a região. Longe de considerar o clima como um elemento estático e inexorável, considera serem grandes as possibilidades de intervenção humana, aludindo mesmo ser um objetivo realista a transformação de um clima:

“É esse o belo exemplo do quanto pode a intervenção benéfica da engenharia sanitária, quando aplica criteriosamente os seus processos para melhorar as condições de habitabilidade em zonas palustres, transformando-lhe vantajosamente o clima, como sucedeu em Santos que, após os melhoramentos e medidas higiênicas realizadas pelo Governo, tornou-se uma das mais saudáveis cidades da América do Sul.” (Contribuição para o clima de S. Paulo, in: Anuário Demográfico, 1917, p. 22)

### *Alto da Serra*

Logo nos parágrafos iniciais o meteorologista aponta os motivos da presença constante da garoa e das chuvas no alto da Serra: a altitude média onde se encontram estes terrenos, que em algumas partes estão a 900 metros ou mais



em relação ao nível do mar, e as 'matas seculares' que recobriam grande parte da região. (p. 23)

Assinalando que aí a oscilação da temperatura média verificada entre o mês mais quente e o mais frio do ano é de 6,3 °, o meteorologista não faz nenhum comentário para qualificar a amplitude de variação termométrica verificada, abstando-se de qualquer adjetivação. Informa a média numérica 6,3 ° como se fosse evidente para o leitor as implicações pertinentes, sequer oferece qualquer dado comparativo com outras regiões do estado de São Paulo, do Brasil, ou mesmo de outros países.

No discurso do meteorologista a expressão '*diferença máxima entre (...) temperaturas médias mensais*' (p. 23, grifos no original) ganha o estatuto de medida pertinente ao método científico, remetendo os reclamos anteriormente profusos sobre a variabilidade brusca de temperatura nesta região à categoria de julgamento baseado em mera percepção imediata. Opera assim a desqualificação justamente pela recusa a entrar no terreno da qualificação .

Por outro lado, entretanto, ao mesmo tempo que impunha a medida numérica como suficiente para aquilatar as qualidades de toda uma região, o dr. Belfort de Mattos baseava suas conclusões sobre a salubridade deste local pela simples constatação de que aí 'residem famílias de nacionais e estrangeiros, notadamente alemães, que ali se dão perfeitamente bem e muito elogiam o clima de tais paragens' (p. 23).

### *O planalto paulista*

Se a faixa litorânea sofre com o impaludismo e no alto da Serra do Mar as chuvas e a garoa marcam significativamente a paisagem, entende-se o motivo de terem sido abordadas estas regiões de modo muito mais lacônico em comparação com a descrição elaborada das duas regiões climáticas seguintes. Já nas primeiras linhas dedicadas ao clima reinante no planalto paulista o dr. Belfort de Mattos afirma peremptoriamente:

"É das quatro categorias do território de S. Paulo a que melhor clima possui, sendo superiores as condições de salubridade, no vasto trecho territorial paulista ocupado pelas terras que formam esta região climatológica.

No planalto estão principalmente situadas as maiores e mais belas cidades do Estado, e nelas se acha disseminada a maior parte da nossa riqueza agrícola, pastoril e manufatora." (Contribuição para o clima de S. Paulo, in: Anuário Demográfico, 1917, p. 28)

A principal virtude apontada pelo meteorologista para os terrenos localizados no planalto é justamente a diversidade de características que aí podem ser encontradas, possibilitando uma grande variedade de formas de ocupação econômica:

"A fertilidade das terras do planalto facilitam a exploração das mais variadas lavouras. Nas terras pouco elevadas, que formam o norte do Estado, onde as temperaturas sobem a valores altos nos meses quentes, medram vantajosamente plantas diversas, que eram consideradas como exclusivamente reservadas ao clima e às terras dos Estados do norte do Brasil e, nas suas terras altas, encontram-se árvores frutíferas do sul da Europa, da África setentrional e da Ásia, que aí se desenvolvem perfeitamente, após conveniente e breve adaptação ao meio." (Contribuição para o clima de S. Paulo, in: Anuário Demográfico, 1917, p. 28)

Além das benesses do relevo e da temperatura, o território paulista é agraciado pela natureza com um regime de chuvas que disponibiliza água em abundância para qualquer finalidade prática. Esta conclusão é apresentada pelo meteorologista que consulta dados empíricos que indicam que:

" (...) as colunas pluviométricas do ano normal, no Estado de S. Paulo, ficam superiores a 1000<sup>mm</sup>, sendo de 94 o menor número de dias de chuva em todo o território paulista.

Em qualquer de nossas zonas agrícolas há, pois, boa provisão de água meteórica, e espontaneamente ou por irrigação, se poderá estabelecer qualquer lavoura, que reclame farta distribuição de água pelas plantações." (Contribuição para o clima de S. Paulo, in: Anuário Demográfico, 1917, p. 38)

Segundo este autor, as chamadas "chuvas de verão" também são benéficas, na medida em que ,

"(...) nos chegam em ocasião de calor excessivo, suavizando, portanto, a alta térmica e estabelecendo uma certa compensação

ou equilíbrio climatérico, em proveito do nosso bem estar.” .”  
 (Contribuição para o clima de S. Paulo, in: Anuário Demográfico, 1917, p. 39)

Não obstante, o dr. Belfort de Mattos passa a tratar de um problema que constitui aspecto prejudicial do clima sobre a atividade agrícola desenvolvida nesta área. Este fenômeno é assim descrito pelo autor:

“ (...) neste mês, já se tendo despertado a vegetação do sono hibernal, sucede que as geadas, sobrevindo em meados de Agosto, são excessivamente danosas para as lavouras, muito prejudicando a primeira florada dos cafeeiros e as colheitas que se lhe seguem.” (Contribuição para o clima de S. Paulo, in: Anuário Demográfico, 1917, p. 34)

Debruçando-se sobre o delicado tema das “ondas frias” que “em alguns anos (...) assumem proporções extraordinárias, gravando sobremodo a riqueza agropecuária paulista” (p.35), o meteorologista utiliza-se de uma fonte não institucional. Realizando entrevista com o “ilustre e venerando paulista” sr. Fernando Motta<sup>25</sup>, o meteorologista colhe da memória do depoente “notícias que vão até 1842”. Por outro lado, consulta o livro diário desta mesma fonte onde, assegura-nos o pesquisador, constam registros feitos sem interrupção desde o ano de 1862 até a data em que foi produzido o texto do dr. Belfort de Mattos.

O meteorologista registra que, em seu depoimento, o sr. Fernando Motta:

“(...) lembra-se bem das grandes ondas frias que visitaram S. Paulo, sendo a primeira de que tem memória a de 1842, cujos estragos conheceu por seguras narrativas de seus maiores e ainda pelas recordações de sua meninice”. (Contribuição para o clima de S. Paulo, in: Anuário Demográfico, 1917, p. 35)

<sup>25</sup> Não foi possível saber mais sobre o informante do dr. Belfort de Mattos. Podemos supor que ele é tomado como um observador leigo que testemunha as mudanças ocorridas na cidade de São Paulo. Por outro lado, devemos lembrar que ele é introduzido no texto que analisamos sob o epíteto de *ilustre e venerando paulista*, e não paulistano. Devo indicar, entretanto, que não encontrei no texto dos *Anuários* nenhuma forma clara de classificação dos nascidos ou habitantes da cidade de São Paulo como paulistanos e os do interior ou do litoral como paulistas.

Por outro lado, consultando os diários do mesmo informante, o pesquisador passa informar outras datas em que aparecem registrados picos excepcionais de “depressão térmica”.

Encontra-se assim registrado que, de 22 a 29 de junho de 1870 ocorreu “a mais duradoura onda fria de que há menção”. Durante a madrugada, “geou mais ou menos fortemente, registrando os periódicos de então os grandes estragos causados nas lavouras”. (p. 35)

Citando cada um dos extremos mínimos de temperatura registrados pela observação meteorológica e experimentados pela população paulista como fenômenos circunstanciais, o dr. Belfort de Mattos apresenta o fenômeno como uma exceção pontual, cuja extraordinária ocorrência contrasta com a regularidade e constância que caracterizam, segundo o autor, o clima do estado.

Narrando estas ocorrências individualmente, o meteorologista aponta, por exemplo, que em 24 de agosto de 1898 “geou fortemente em S. Paulo”, e que em 1902, também no mês de agosto, mas desta vez no dia 19, houve a ocorrência de “rápida onda fria”, que entretanto “determinou fortes geadas (...) no planalto paulista”. Neste ano foram registradas temperaturas abaixo de zero em várias localidades: 6° em Lençóis, 3,4° em Campos Novos do Paranapanema e Cascata e, na capital e em Piracicaba, 2 ° negativos.

A última aparição do fenômeno – “sem dúvida, uma das mais fortes de que há memória” – é registrada justamente no momento em que o meteorologista escrevia o texto que ora analisamos, entre os dias 24 e 27 de junho de 1918<sup>26</sup>, quando foram verificadas temperaturas negativas de até 3° (ao relento), e 6,8° e mesmo 12° abaixo de zero em localidades que contavam com termômetro desabrigado (p. 36).

Narrando um exemplo dos efeitos destas temperatura mínimas, o dr. Belfort de Mattos assinala que:

“Próximo à cidade de Cunha foi possível atravessar um curso d’água sobre uma espessa camada de gelo e verdadeiras quedas de neve foram observadas em vários pontos do Estado.”

---

<sup>26</sup> cf. *Contribuição...*, p. 36. Esta passagem está citada no início desta seção do capítulo, p. 25.

(Contribuição para o clima de S. Paulo, in: Anuário Demográfico, 1917, p. 36)

A dramaticidade da experiência presenciada pelo pesquisador na cidade de São Paulo encontra-se, assim como no caso dos fatos verificados na cidade de Cunha, em não se tratar mais de geadas – já reportadas como excepcionais, mas de “verdadeiras quedas de neve”:

“Na Avenida Paulista, além da congelação da água exposta ao relento, em depósitos de pequena profundidade, tivemos a queda de neve em quantidade apenas perceptível, no Observatório de S. Paulo.” (Contribuição para o clima de S. Paulo, in: Anuário Demográfico, 1917, p. 36)

Fato novo na paisagem do estado de São Paulo, a presença de neve fez-se sentir também pelas conseqüências que trouxe para a vida cotidiana dos habitantes das localidades onde ocorreu:

“Em várias cidades do interior, e principalmente em Vila Jaguaribe, o abastecimento de água foi dificultado ou interrompido pela congelação do líquido estacionado na rede de distribuição particular.” (Contribuição para o clima de S. Paulo, in: Anuário Demográfico, 1917, p. 36)

Sob o impacto da recente onda fria, o meteorologista imagina meios de poder reafirmar o caráter estável e constante do clima paulista. Procurando interpretar o fenômeno da ocorrência das ondas frias sob o ponto de vista da sua freqüência, em detrimento de sua intensidade, constata entretanto a ausência da regularidade e constância dos fenômenos climáticos, principalmente no caso daqueles extremos:

“As ocorrências de tão intensas ondas frias são, como vimos, bem raras, e em cerca de 80 anos só tivemos conhecimento das de 1840 [sic], 1870, 1902 e 1918, isto é, o reaparecimento de tais fenômenos se faz sem um ciclo definido de sucessão, decorrendo quase 12 anos entre a onda fria de Agosto de 1902 e a de Junho de 1918.” (Contribuição para o clima de S. Paulo, in: Anuário Demográfico, 1917, p. 36)

Confirmando que os embates em torno das representações elaboradas sobre o clima constituem dinamicamente o imaginário social, encontrei o dr. Belfort de Mattos no centro de uma polêmica contemporânea. No jornal *Folha de São Paulo* do dia 22 de agosto de 1999<sup>27</sup> aparece o texto intitulado *O dia em que nevou em São Paulo. Meteorologista diz ter visto neve na Paulista*, que põe sob suspeição o registro do meteorologista, ainda então responsável pelo Observatório da avenida Paulista, de ter nevado na cidade de São Paulo entre os dias 24 e 28 de julho de 1925<sup>28</sup>, quando o dr. Belfort de Mattos relata terem os termômetros assinalado 3º abaixo de zero. Nesta reportagem questiona-se o fato de ter ocorrido “exatamente” o fenômeno registrado pelo dr. Mattos. Consultando a opinião de duas pessoas consideradas autoridades no tema, a matéria toma o depoimento do meteorologista Carlos Magno, mais conhecido pelo público por emprestar sua honorabilidade técnica e científica à seção “previsão do tempo” em telejornais diários em uma grande emissora. Segundo ele, o dr. Mattos “deve ter observado uma sublimação de nevoeiro, com gotículas sólidas caindo no solo, de forma semelhante à neve”, fato que – conforme conclusão do jornal – “deve ter sido quase como se fosse neve”.<sup>29</sup> Outro especialista consultado nesta reportagem, o também meteorologista Mário Festa, institucionalmente ligado ao Instituto Astronômico<sup>30</sup> e Geofísico da Universidade de São Paulo (IAG – USP), afirma conhecer o registro de ocorrência de neve neste ano, concluindo, entretanto que “foi uma geada forte, o que é completamente diferente”.

<sup>27</sup> cf. *Folha de São Paulo*, “O dia em que Nevou em São Paulo. Meteorologista diz ter visto neve na Paulista” (boxe), caderno São Paulo, 22/08/1999, p. 3-3. Este caderno trouxe como tema central a ocorrência – significativamente no já citado mês de agosto – de uma “onda fria” causada pela entrada de uma “frente fria impulsionada por uma massa polar”. Podem ser lidas nele chamadas como: “Frio pega brasileiro de calças curtas” (p. 3-1); “Operação inverno enfrenta o delírio” (p. 3-2); “Temperatura influi na produtividade” e “Desprevenidos sofrem com as ondas de frio” (p. 3-3).

<sup>28</sup> Note-se que se trata de uma data interessante: pela primeira vez não foi o mês de agosto, aquele no qual verificou-se uma onda fria. Por outro lado, confirma a previsão do meteorologista de que este fenômeno “se faz sem um ciclo definido de sucessão” (cf. *Contribuição...*, p. 36)

<sup>29</sup> Esta opinião do meteorologista Carlos Magno encontra-se, entretanto, emendada pela afirmação de que Belfort de Mattos “era um profissional muito sério”, assegurando, ainda que contraditoriamente, que “caso contrário (...) [ele] não teria feito esse registro” (cf. *O dia...*, p. 3-3).

<sup>30</sup> Na matéria do jornal, o IAG aparece cognominado Instituto Agrônomo [sic] e Geofísico da USP.

Alheio a esta polêmica sobre como denominar – para em seguida categorizar e classificar – o fenômeno verificado na cidade de São Paulo em 1925, entre a ocorrência de “verdadeira” neve ou uma forte geada, o dr. Belfort de Mattos continua seu trabalho de enumeração das evidências que comprovam, segundo sua visão, a representação da constância do clima paulista.

Neste sentido, outro índice apontado como favorável às condições climáticas dessa região é a *variação interdiurna da temperatura*, que o meteorologista explica serem as “*diferenças das temperaturas médias tomadas entre dois dias consecutivos*” (p. 30, grifos no original). Avaliando as informações coletadas pelo Observatório da Avenida Paulista desde o ano de 1903 sobre esta medida, aponta o dr. Belfort de Mattos:

“A variação média anual é de 1,4 °, bastante reduzida, como a mostrar que na Capital este elemento do clima tem digressão lenta, e não varia bruscamente, como na Europa e na Argentina.” (Contribuição para o clima de S. Paulo, in: Anuário Demográfico, 1917, p. 31)

Utilizando outra medida, que trata da “diferença entre as temperaturas médias do mês mais quente e do mês mais frio”, o meteorologista reporta ser possível classificar os climas locais em três categorias:

1. *climas regulares ou constantes*, quando aquela diferença é igual ou menor a 10° ;
2. *climas médios*, que apresentam diferenças de temperatura entre 10° e 20°;
3. *climas excessivos ou extremados*, onde verifica-se diferença superior a 20°<sup>31</sup>.

Sob este ponto de vista, o meteorologista faz uma análise sintética da região ora sob o foco de seu estudo, afirmando que:

“(…) que nas 68 localidades, já climatologicamente estudadas, nem uma só possui a diferença termométrica característica do clima superior a 10° cent., ficando assim o território paulista todo ele na classe dos *climas regulares* ou *constantes*, e vastos trechos do Estado, em zonas de temperaturas suaves tão propícias ao seu desenvolvimento, e ao seu brilhante progresso, em grande parte devido ao elemento estrangeiro, que aqui vem encontrar, com um

<sup>31</sup> cf. *Contribuição...*, p. 37.

clima ameno e saudável, o acolhimento fidalgo que caracteriza a nossa nacionalidade.” (Contribuição para o clima de S. Paulo, in: Anuário Demográfico, 1917, p. 37, grifos no original)

Para entender o sentido desta farta adjetivação num discurso fundado sob os pressupostos da metodologia científica, que se utiliza da observação empírica como repertório de apreensão da realidade para construir sobre ela uma explicação palpável, devemos ter em mente as palavras de Pierre Bourdieu, que nos lembra que sob a aparente contradição entre objetividade do discurso sobre o real e a subjetividade da qualificação e valoração dos objetos e do mundo, repousa a mecânica mesma do processo de produção do sentido.

“(…) praticamente só se fala daquilo que é, para dizer, por acréscimo, que é conforme ou contrário à natureza das coisas, normal ou anormal, admitido ou excluído, bendito ou maldito. Os substantivos são combinados a adjetivos tácitos, os verbos, a advérbios silenciosos, que tendem a consagrar ou a condenar, a instituir como digno de existência e de perseverar no ser, ou, ao contrário, a destituir, a degradar, a desacreditar.” (Bourdieu, 1988, pp. 16-17)

Climas podem ser classificados em “regulares e constantes”; “médios”; “excessivos ou extremados” (p. 37); o clima pode ser “ameno e saudável” (p. 37), dotado de “excepcional suavidade” (p. 44); proporcionando aos homens um “acolhimento fidalgo” (p. 37); já que, por exemplo, os ventos que aqui vigoram em nada lembram a “impetuosidade dos *pampeiros*” (p. 15); e é patente a “superioridade dos Campos do Jordão, relativamente [à] Suíça” (p. 47) que proporciona, “ao ar livre, um bem estar e conforto” (p. 49).

### *As Terras Altas de S. Paulo*

*Em defesa do clima de S. Paulo*: assim denominou o dr. Belfort de Mattos um outro trabalho seu<sup>32</sup>. Título significativo, e em muitos sentidos. Basta porém associá-lo ao caráter do estudo que aqui estamos analisando: encarnando um Piatão *belle époque*, o meteorologista também é apologético.

<sup>32</sup> Infelizmente não pude localizar este trabalho, ou mesmo obter quaisquer outras referências sobre o seu conteúdo. Sua existência encontra-se indicada na *Contribuição...*, p. 31.



E é nesta seção da *Contribuição* que se pode perceber este projeto. Podemos dizer mesmo que todo o trabalho converge e encontra sua razão de existir no trecho mais extenso deste estudo, dedicado ao que o autor chama genericamente de as *terras altas de S. Paulo*, querendo com isso na verdade quase que particularmente referir-se à cidade de Campos do Jordão.

A argumentação apresentada pelo autor é clara e direta: o clima presente nos Campos do Jordão, por sua “excepcional suavidade”, é em muitos aspectos superior ao de Davos Platz, localidade Suíça cujo clima é “tido como um dos mais saudáveis do mundo” (p.44). A perspectiva que anima todo o texto do meteorologista é a pressuposição de que esta região, tornada objeto de estudo pela “ilustre classe médica”, revelou “excelentes qualidades” que, pelo teor de toda exposição subsequente, devemos entender sejam terapêuticas no tratamento de algumas doenças. (p. 44)

Em tudo o quadro natural da localidade brasileira é apresentada como superior – e muito – em comparação com aquela Suíça. Aqui não se registra a passagem dos “ciclones destruidores ou dos ventos impetuosos que lembrem as rijas correntes aéreas das paragens do Velho e do Novo Continente” (p. 46). A pressão do ar, registrada pelos barômetros, também depõe contra o clima de Davos-Platz, que encontra-se

“(...) sujeita às grandes oscilações barométricas que reinam na Europa, determinando a ocorrência de violentas tempestades, acompanhadas de frios excessivos, que muitas vezes são substituídas, em curto prazo, pelos ventos secos e exageradamente quentes, de efeitos tão vários e perniciosos, como sucede nos vales da Suíça, ao soprar o bem conhecido ‘föhn’”. (*Contribuição para o clima de S. Paulo*, in: *Anuário Demográfico*, 1917, p. 52)

Por outro lado, estas “grandes oscilações” não podem ser verificadas nos Campos do Jordão, uma vez que o meteorologista classifica o seu clima como “pertencente à categoria dos climas regulares”, ressaltando sua “superioridade” sobre o clima “*quase excessivo* de Davos-Platz.” (p. 52, grifos meus)

O argumento mais poderoso em favor do clima de Campos do Jordão, segundo o dr. Belfort de Mattos, é a presença constante da luminosidade e dos efeitos benéficos dos raios solares:

“Todos sentimos, mais ou menos, a ação perniciosa que sobre nós exercem os climas nebulosos, nos quais a falta de luz é agravada pelo excesso de umidade, e desde muito que a sabedoria popular diz que ‘onde penetra a luz, não entra o médico’, afirmando os higienistas que a força ou deficiência da luminosidade regeia, até certo ponto, a distribuição da tuberculose, que é a doença social por excelência.” (Contribuição para o clima de S. Paulo, in: Anuário Demográfico, 1917, p. 46)

Demonstrando ser o apelo aos saberes do povo uma estratégia corrente do discurso científico quando busca ungir de legitimidade suas próprias concepções, o meteorologista

pôde novamente concluir o caráter médico da “(...) superioridade dos Campos do Jordão, relativamente, àquele trecho da Suíça, principalmente no que toca ao emprego da luz como principal agente curativo da tuberculose.” (p. 47)

Esta conclusão aparece sustentada por um aparatoso rol de provas coligidas junto a reconhecidos e “eminentes experimentadores” que atestam cientificamente a “ação destruidora da luz sobre os micro-organismos”, sendo que a “luz difusa do Sol (...) atua como elemento destruidor dos bacilos” (p. 47)

Tendo em mente que o momento em que escreve o meteorologista é uma época na qual a doutrina pasteuriana da causalidade das doenças traz consigo o corolário metodológico da microbiologia na abordagem do mundo dos seres infinitamente pequenos, o apelo às propriedades germicidas dos raios solares<sup>33</sup> reveste-se de uma fundamental importância argumentativa, que encontra o ápice de dramaticidade quando aponta que

“(...) o homem e os seres mais importantes da escala animal sucumbiriam sob a invasão dos micróbios patogênicos, caso a luz

<sup>33</sup> Sendo a credibilidade deste “forte argumento” dependente da variedade e qualidade oferecida pelos “experimentadores”, o dr. Belfort de Mattos cita trabalhos que aprofundam, quantificando, esta característica. Assim, por exemplo, um estudo ressalta ser essa “ação muito (...) lenta, (...) verificando-se (...) que o bacilo tífico morre quando exposto meia hora à incidência direta dos raios solares, ao passo que à luz difusa pode resistir de 8 até 10 horas”. Outros estudos asseguram, entretanto, que se pode “promover mais rapidamente a morte dos micróbios, recorrendo a condições especiais do meio”, sendo que “Engel, ao sol do deserto, verificou que os bacilos da tuberculose, nos escarros, foram mortos com 6 horas de exposição à luz, os do tifo em 1 hora e meia e os estafilococos piogênicos em 2 horas.” Segundo outro autor, Arloing, “antes mesmo de sucumbirem, os micróbios atenuam-se pela ação da luz, (...) o que mostra não ser preciso levar a insolação até a morte do micróbio para que ele se torne inofensivo”. Estas passagens encontram-se todas na p. 47.

do Sol se enfraquecesse ou viesse a se extinguir.” (Contribuição para o clima de S. Paulo, in: Anuário Demográfico, 1917, p. 47)

Uma assim tão “poderosa garantia da saúde e da vida humana” merece ser substancialmente quantificada, levando o meteorologista a registrar que no Observatório de Vila Jaguaribe – em Campos do Jordão, verifica-se que há

“(…) 23% de insolação a mais sobre a taxa (…) que se registra em Davos, fato que traz uma brilhante confirmação da inferioridade do clima do sanatório suíço em relação ao paulista, onde (…) a luminosidade é maior e muito mais longa.” (Contribuição para o clima de S. Paulo, in: Anuário Demográfico, 1917, p. 49)

Sintetizando as observações que fizera a propósito da “nebulosidade e da duração da insolação”, o dr. Belfort de Mattos conclui que “a intensidade da radiação luminosa em Vila Jaguaribe é muito forte e, sem dúvida, superior à de Davos” (p. 50) , descrevendo em tom quase poético os efeitos do clima dos Campos do Jordão:

“A amenidade do clima é tal que, logo após a dissipação do nevoeiro matutino, sob o regime de altas pressões barométricas, com o termômetro ainda alguns graus abaixo de zero, sente-se, ao ar livre, um bem estar e conforto, que dão a impressão de se estar em ambiente com temperatura bem mais elevada.” (Contribuição para o clima de S. Paulo, in: Anuário Demográfico, 1917, p. 49)

Esta defesa tão extensa quanto intensa das qualidades da região onde se localiza a cidade de Campos do Jordão e que aparece como fecho magistral do trabalho do meteorologista encontra seu motivo de ser quando explicita-se o programa de utilização prática visualizado pelo dr. Belfort de Mattos:

“(…) a excelência do clima desse trecho paulista (...), onde se acha reunido um conjunto providencial de circunstâncias, que colocam aquelas terras altas em uma situação bem fadada para a instalação de vilas de repouso, realizando as condições quase ideais, para a criação de sanatórios destinados à cura da tuberculose.” (Contribuição para o clima de S. Paulo, in: Anuário Demográfico, 1917, p. 55)

Entende-se assim como articula-se necessariamente às representações sobre o clima paulista todo um conjunto de concepções concernentes à salubridade e às possibilidades consideradas pertinentes de um projeto de intervenção<sup>34</sup> que toma os pressupostos da saúde pública como premissa calcada na objetividade da experimentação e na veracidade incontestável do discurso científico.

Falando de um *topos* identificado com esta modalidade de conhecimento, o discurso do cientista meteorologista dirige-se à “preclara e benemérita classe médica paulista” (p. 55),

público específico ao qual se destina, entende-se então, a publicação dos **Anuários Demográficos**.

Compreendendo o território paulista como meio favorável ao desenvolvimento dos assuntos humanos justamente pela multiplicidade climática que possibilita diferentes formas de ocupação e de atividade, a Contribuição para o clima de São Paulo representa este Estado brasileiro como um microcosmo quase autônomo.

Transformando as fronteiras políticas em limites naturais constitutivos de uma identidade territorial paulista, não relaciona as formações geológicas expressas pelo relevo encontrado nos terrenos deste Estado em continuidade “natural” com os Estados limítrofes, já que o planalto é paulista e a Serra do Mar aparece em seu discurso como apanágio particular daquelas fronteiras.

Se a diversidade dos climas presentes no território paulista levam à conclusão de que todas as características climáticas encontradas na Europa – ou em outros lugares a que se atribui uma condição natural favorável à presença humana; por outro lado, curiosamente, a particularidade do Estado de São Paulo é conter potencialmente o estrangeiro sem manter qualquer relação de pertencimento, proximidade ou identidade com o território e a nação brasileira.

---

<sup>34</sup> É importante lembrar, ainda que apenas incidentalmente, que esta apologia às condições climáticas dos Campos do Jordão, atribuindo-lhe tantas qualidades “naturais” que ensejam a implantação de sanatórios para tuberculosos e casas de repouso encontra-se muito significativamente afinada com as diretrizes traçadas pelo dr. Emílio Ribas enquanto fora diretor do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Natural do vale do Paraíba (Pindamonhangaba), Emílio Ribas foi um defensor fervoroso do projeto de instalação daquele tipo de instituição médica na localidade serrana situada nas proximidades da cidade onde nasceu e na região onde clinicou durante alguns anos. A questão encontra-se investigada em profundidade no trabalho de Almeida, 1998, pp. 203-216. Na biografia de Ribas escrita por

Constrói assim uma representação caracterizada por uma ubiqüidade extremamente parcial, marcada por um particularismo que leva a idéia política de federalismo republicano <sup>35</sup> aos limites da percepção que representa o meio natural.

Mesmo tendo em mente que a nacionalidade é composta por uma entidade quase mística que irmana e articula as partes e o todo, o dr. Belfort de Mattos expõe, no parágrafo final deste trabalho, a compreensão particular sobre o lugar que este Estado ocupa no conjunto da nação, deslocando a hierarquia oriunda da esfera da dominação política e da interdependência econômica para fatores naturais constitutivos não de uma construção histórica, mas de um “dom natural”:

“O clima de S. Paulo é, portanto, dos melhores, e a posição invejável que esse dom natural lhe confere na América do Sul, garante-nos um brilhante porvir na Comunhão Brasileira, da qual o Estado de S. Paulo é uma das mais ricas parcelas e um dos mais sólidos sustentáculos.” (Contribuição para o clima de S. Paulo, in: Anuário Demográfico, 1917, p. 56)

---

Brandão, 1975, apesar do viés apologético ao herói paulista em contraposição ao mito carioca de Oswaldo Cruz, também apresenta informações sobre a questão.

<sup>35</sup> Esta questão foi estudada por Gilberto Hochman em seu instigante livro *A era do saneamento*. A abordagem ao mesmo tempo criativa e metódica desenvolvida neste trabalho ajudou em muito a compreensão da dinâmica política das relações do Estado de São Paulo com os demais Estados da federação e com a União, possibilitando entender a dinâmica complexa que integrava a percepção da autonomia federativa vivida no contexto político com a realidade de uma interdependência sanitária cada vez mais significativamente importante na constituição do projeto paulista. Cf. Hochman, 1998, principalmente o capítulo 5, pp. 209-242.

### *O clima é o sorriso da sociedade*

Será possível entender melhor o quanto a questão das representações antagônicas elaboradas sobre percepções do clima constitui um campo tenso e de luta se, ampliando o campo de visão, percebermos que o tema em debate não se encontrava restrito ao âmbito institucional da Seção Demógrafo-Sanitária do Serviço Sanitário paulista ou do Serviço Meteorológico do Estado, como verificamos anteriormente.

Parte dinâmica de um imaginário social complexo e de múltiplas faces, na medida em que

elabora o registro que baliza a autoconsciência necessária para a produção do processo crucial de construção de uma identidade nacional, o tema esteve presente nas preocupações de outros autores, que construíam e emitiam seus discursos de lugares sociais diversos.

Lembrando o que Bronislaw Baczko disse sobre a introdução do *calendário perpétuo* na França revolucionária, devemos ter em mente que

“Não se tratava, contudo, de símbolos isolados, mas de um sistema global de representações que tinha de impregnar não só a vida pública, como também, e sobretudo, constituir o quadro da vida quotidiana de todos os cidadãos.” (Baczko, 1985a, p. 323) .

Assim, procurarei explorar em seguida, as opiniões expressas sobre o tema por duas personalidades distintamente inseridas no cenário dos debates que dão conteúdo à elaboração do imaginário social mais amplo: o médico Afrânio Peixoto e o escritor Monteiro Lobato.

### *É pura ideologia*

Afrânio Peixoto<sup>1</sup> apresenta uma posição que poderíamos considerar, em vários aspectos, concorde com aquela exposta pelo meteorologista dr. Belfort de Mattos, que acabamos de abordar.

---

<sup>1</sup> Nesta seção, além de utilizar o trabalho Higiene, já explorado em capítulos anteriores desta dissertação, farei constantes referências ao livro *Clima e saúde: introdução biogeográfica à*

Porém, em um sentido particular, vai muito além da mera concordância sobre o fato de ser o clima de São Paulo bastante diferente do que pintavam aqueles que o detratavam em escritos crivados de adjetivos pouco elogiosos. Brande astuciosamente sua verve ferina não somente para denunciar como impostura tudo quanto se dizia sobre o meio natural paulista, mas coloca sua pena científico literária à serviço da denúncia de que essas opiniões que ele atacava constituíam um discurso ideológico articulado pelos países europeus para legitimar sua dominação colonialista pelo mundo.

Entende, deste modo, que um tema aparentemente isolado e restrito está enredado numa teia de relações de representações que ligam o todo e a parte dinamicamente, reconhecendo assim, de certa forma, o valor cultural das lutas em torno das representações. Talvez seja esse o motivo que anima uma tão encarniçada e violenta batalha sobre um tema muitas vezes então, e ainda hoje, tratado como marginal, uma vez que sua abordagem implica um duplo movimento de utilização do método científico na observação e descrição dos fenômenos – ditos “naturais” – com uma reflexão que, levada ao limite das implicações pertinentes, acaba por construir uma crítica ao aspecto ideológico do próprio discurso científico.

No manual de Higiene que publicou pela primeira vez em 1913, Afrânio Peixoto constatava que

“É habitual ler em livros europeus expressões como estas: doenças dos países quentes, perigos dos trópicos, e outras semelhantes, que envolvem a idéia que nestas latitudes o clima é ameaça constante à saúde e à vida, altera profundamente uma, encurta ou anula completamente a outra, por força de fatalidade irremovível ... A fácil, e justificada, superioridade que cada um se

---

civilização brasileira, editado pela primeira vez em 1938, mas que, como veremos adiante, reitera insistentemente as opiniões que o autor professava desde há muito tempo. Neste sentido, cabe assinalar que uma parte não desprezível do texto de 1938 constitui mera paráfrase – quando não uma glosa de si mesmo – do manual de Higiene de 1913. Como que indicando o caráter agonístico do conflito de representações sobre o tema tratado, é o próprio autor que insiste na dimensão quixotesca da precocidade de sua empreitada: “Sendo este livro ‘jubilar’, de uma idéia, entendeu o autor reproduzir, tal qual, a parte relativa ao assunto, da sua monografia original: *Clima e doenças do Brasil*, Rio, 1907, in-4º, 36 págs., que teve divulgação em várias línguas (cf. *Climate and diseases of Brazil in Brazilian Year Book*, Rio, 1908; *Climats et maladies du Brésil in Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, Paris, 1908). **Neste tempo, não era empurrar porta aberta...**” (Peixoto, 1975, p. 74 (nota), grifos meus) Utilizei uma edição mais recente, cf. Peixoto, 1975.

atribui à custa dos outros, o medo das viagens, as informações apressadas e fantasistas, são os culpados desse erro inveterado, que já produziu, e ainda causa, à mesma Europa, sérios prejuízos coloniais, consideráveis perdas econômicas, pelas prevenções <sup>[2]</sup> e faltas, decorrentes dessa lenda. E é antiga, se não de sempre.” (Peixoto, 1926 [1913], p. 132)

E, ao final desta mesma página, acrescenta o autor com a ironia que sente partilhada com outros de mesma opinião:

“Não só estas, mas todas as terras além de seus limites foram pelos Europeus suspeitadas. Foram Americanos do Norte, de igual latitude, que escreveram: ‘A superioridade que a Europa conservou desde muito, dispô-la a se considerar como dona do Universo, e a supor o resto do mundo criado para sua utilidade. Homens, admirados como grandes filósofos, atribuíram positivamente a seus habitantes superioridade física, e seriamente asseguraram que todos os animais, assim como a raça humana, degeneravam na América; que os próprios cães perdiam a faculdade de ladrar, depois de ter respirado algum tempo em nossa atmosfera.’ The Federalist. A. HAMILTON, nº XI.” (apud Peixoto, 1926 [1913], p. 132, nota 1)

Esta crítica às percepções crivadas de etnocentrismo europeu consolidaram-se em arraigada convicção para este autor, como podemos ver pelo texto abaixo citado, que muito tempo depois ainda chamava sua atenção esta atitude “parcial”:

“Para não citar senão um e recente [autor], leiam isto: ‘A herança de um homem branco não lhe permite, por exemplo, suportar impunemente o clima dos trópicos: ele aí perde não apenas suas qualidades físicas senão também seu *caráter moral*’ ... André Missenard: - L’homme et le climat - Paris, Plon, 1937 - p. VI.” (Peixoto, 1975, p. 57 (nota), grifos meus)

Afrânio Peixoto rotula como “despropósito” a atitude dos “tratadistas europeus” que insistem em “chamar tórridos” certos climas, porque:

---

<sup>2</sup> Como veremos adiante, o termo *prevenção* é utilizado no vocabulário afrâniano com o sentido de *preconceito*, empregado *grosso modo* com o sentido de uma opinião ou atitude parcial, denotando assim uma postura crivada por posição ideológica que necessita ser esclarecida.



“(...) é um artifício pueril riscar na carta geográfica zonas climáticas, condecoradas pomposamente com denominações estritas, que pretendem fixar qualidades definidas. É o que fazem entretanto quase todos os tratadistas de Higiene: daí o acervo de absurdos e injustiças com que vêm, há muito tempo, errando o conhecimento deste assunto. (...) **é pura ideologia.**” (Peixoto, 1926 [1913], p. 114, grifos meus)

Baseando sua crítica no ataque ao apego às tradições culturais que, segundo sua visão funcionam como uma espécie de freio que impede a adesão às novas perspectivas pelo excessivo apego aos cânones consagrados e que constituem mera ritualização do saber, explica que o alvo de sua crítica é um “erro de mais de 25 séculos”, originado pela aceitação irrefletida da posição de Aristóteles que atribuía “ao meio da terra uma zona inatingível, devido ao calor”. (Peixoto, 1926 [1913], p. 115)

Essas *prevenções* têm, segundo este autor, uma história, e esta história não se resume completamente ao tipo de “resgate” que os modernos fizeram dos antigos. Na verdade, foi a época moderna que produziu, de forma inextricavelmente imbricadas, a descoberta de novos mundos e um conjunto de representações que a eles se impingiam, inadvertidamente.

“(...) prevenções de um lado e tendências de outro, descabidas todas” (Peixoto, 1926 [1913], p. 117), expressam apenas “designações que nada traduzem” (idem, p. 133), nos discursos produzidos pelos europeus sobre a América, portadores de um desejo irremediável de comprovar a inferioridade do Novo Mundo.

Segundo esta visão enviesada, as terras americanas foram sempre lidas pelos europeus sob o signo de uma determinada ausência de qualificações que permitissem aí o desenvolvimento da civilização de modelo ocidental. E, segundo Afrânio Peixoto, pode-se perceber três tipos de enquadramento classificatório que encobrem, cada qual com seus pretensos bons motivos, aqueles preconceitos:

Logo ao período dos contatos iniciais, sobressai a atitude de “admiração” do conquistador face à contemplação de um “(...) paraíso sulcado de rios, enfolhado de verdura, habitado por gente” (Peixoto, 1926 [1913], p. 133).

Os escritores europeus, como Buckle<sup>3</sup>, “filósofo e historiador inglês”, regozijavam-se em descrever “a festa prodigiosa da natureza”, dotada de “vegetação de incrível profusão”, numa terra que “parece entregar-se à orgia desregrada de pujança”. (Peixoto, 1926 [1913], p. 133)

Após o “hino (...) entusiástico” que saúda a fecundidade e o vigor naturais desta região dos trópicos, e que imagina ser o Brasil “quase tão grande como toda a Europa”, estanca-se o discurso laudatório, que cede lugar aos inconvenientes presumidos em tais circunstâncias:

“(...) ‘no meio desta pompa, desse esplendor, da natureza, não há lugar para o homem. Ele é reduzido à insignificância pela majestade que o cerca. As forças que se lhe opõe são tão formidáveis que não pode resistir-lhes à imensa pressão.’”  
(Peixoto, 1926 [1913], p. 133)

Impetrando uma interpretação que se constituía para Afrânio Peixoto em “arbitrária indução” das premissas tomadas à Aristóteles, os europeus entendiam assim as “(...) zonas periequatoriais, inabitáveis por serem tórridas”. (Peixoto, 1926 [1913], p. 133)

A seguir, baseando-se nas “narrações de viajantes maravilhados”, os colonizadores entenderam serem essas terras inabitáveis pela umidade excessiva, trazida pelos “alísios sobrecarregados de umidade dos mares”, mais uma “fantasia grandiosa e conclusão absurda”, segundo a visão do crítico. (Peixoto, 1926 [1913], p. 133)

Finalmente, engendra-se na cultura européia a *precaução* em sua etapa superior. Externando indignação, Afrânio Peixoto assim a descreve:

“Tórrida, úmida, passou a ser taxada de insalubre. É a fase que percorremos. É falsa como as outras. Tudo foi e vai sendo imputado ao equador e aos trópicos: à noção meteorológica do

---

<sup>3</sup> Antonello Gerbi assim descreveu a obra de Buckle: “Em sua *History of civilization in England* (1857-61 [...]), o comtiano Henry Thomas Buckle procurava demonstrar com causas físico-climáticas por que tantas partes da América tinham permanecido sem uma sombra de civilização e apenas no México e Peru haviam se formado organismos sociopolíticos relativamente evoluídos. Na América, como em outras partes do mundo (exceto a Europa, centro de seu universo histórico), a natureza pesa sobre o homem, mantendo-o selvagem e miserável, exalta sua ‘imaginação’, deprime sua ‘razão’ e é, portanto, mais um obstáculo que um estímulo ao processo civilizatório.” Cf. Gerbi, 1996, p. 668, nota 366. Ainda sobre este autor ver Schwarcz, 1993, pp. 36, 55, 57, 116, 148 e 183.

clima superpôs-se noção sanitária do clima. Surgiram na medicina e na higiene, **prevenidas e presumidas**, as noções de climas são, os frios e os europeus, naturalmente; de climas insalubres, os quentes e coloniais, como são chamados, desdenhosamente.” (Peixoto, 1926 [1913], p. 134, grifos meus)

Reconhecendo assim que sob o manto da ciência moderna ocultava-se um persistente eurocentrismo, e atribuindo ao próprio discurso da higiene e do sanitarismo a manutenção das premissas que por séculos sustentaram ideologicamente o colonialismo da Europa conquistadora, Afrânio Peixoto propõe o entendimento da centralidade das representações produzidas sobre o meio natural na elaboração dos projetos higienistas que visam, na realidade, pela classificação dos territórios em “salubres” e “insalubres”, reeditar o discurso que legitime aquela dominação.

O colonialismo europeu, segundo esta percepção, traduz relações de poder que se manifestam em todas as representações articuladas em torno das dinâmicas de troca estabelecidas entre os grupos envolvidos. Neste sentido, Afrânio Peixoto denuncia que a própria nomenclatura “científica” das doenças encarna o jogo da dominação:

“(...) As doenças tinham nomes que eram labéus continentais: a peste era ‘oriental’; a cólera ‘indiana’; a febre amarela, tifo ‘americano’. Malefício algum foi europeu, nem difteria, nem tifoide, nem tuberculose... Foi ela, a Europa, que inventou as ‘doenças tropicais’. Pudera, não havia trópicos, na Europa... E, enquanto difamava, esquecia-se de procurar a causa e promover a prevenção desses males...” (Peixoto, 1975, p. 12)

Ainda que descobrindo este caráter “ideológico” do discurso científico, entende este autor que esta característica constitui uma certa forma de *acréscimo* que se impinge ao conteúdo **verdadeiro** da atividade científica. Neste sentido, expõe como a aplicação do próprio método científico possibilitou construir um conhecimento que levou à revelação daquelas implicações ideológicas:

“Doenças climáticas foram outrora a cólera, a malária, a doença do sono: hoje têm etiologia conhecida, sem nenhuma subordinação ao clima, invadem terras sob todas as latitudes; nas zonas do mesmo clima, têm recuado daquelas cuja higiene as tem sabido preservar.” (Peixoto, 1926 [1913], p. 135)

Porém, no nível institucional não verifica o autor a pronta assimilação das implicações que estas descobertas científicas possibilitam, continuando os médicos e cientistas dos países colonizados a reproduzir passivamente o rótulo de *doenças tropicais*, quando se trata de nomear as doenças, as especialidades e as disciplinas que compõem o currículo do ensino médico, assumindo assim o discurso etnocêntrico europeu. Testemunhando assim o funcionamento de uma mecânica cultural caracterizada pela assimilação das novas tecnologias paralelamente à manutenção de antigos preconceitos, relatando que

“O próprio governo brasileiro, ainda muito depois, em 1925, criava, nas faculdades de Medicina, uma cadeira de Medicina Tropical. (...) Continuei a campanha, nos meus cursos anuais, e nas minhas publicações, didáticas e outras. A reforma de 1931 deu-me razão, em parte, porque tal cadeira passou a chamar-se Clínica de Doenças Tropicais e Infectuosas. **Não sei que doenças outras, senão as tropicais, isto é, as doenças comuns aqui nos trópicos, se estudarão nas outras clínicas...** Mas as infectuosas, nesta, já lhe darão o que fazer...” (Peixoto, 1975, p. 74 (nota), grifos meus)

Reiterando as posições que havia avançado – provavelmente citando seu estudo de 1907<sup>4</sup> - resume peremptoriamente sua posição à respeito da questão da relevância do clima como fator da salubridade do meio:

“Impõe-se sem reserva a conclusão: o clima no Brasil não importa absolutamente às questões de salubridade, e permite ao homem, como a todos os seus comparsas da natureza, desenvolvimento próspero e feliz (AFRÂNIO PEIXOTO).” (Peixoto, 1926 [1913], p. 144)

Esta conclusão não significa uma recusa ao método científico, já que, ao expor sua argumentação, o autor insiste no caráter *aditivo* das implicações ideológicas veiculadas pelos trabalhos que utilizam aquele método:

“Todas as outras definições, dadas por astrônomos ou por médicos, são restritas ou tendenciosas, porque nem o clima é apenas uma fórmula meteorológica, nem tem inevitáveis conseqüências para a saúde e para a vida, como, por prevenção e

---

<sup>4</sup> Cf. nota 1 desta seção.

ignorância, se lhe atribui correntemente.” (Peixoto, 1926 [1913], p. 109)

Para fazer a crítica ao caráter ideológico do discurso científico, Afrânio Peixoto contrapõe **boa** e **má ciência**, inscrevendo assim sua filiação a uma determinada linhagem de cientistas e pensadores, em detrimento de outros.

Em primeiro lugar reconhecemos como característica da **boa ciência**, segundo o entendimento deste autor, a presença de parâmetros de compreensão herdados das contribuições ao campo da evolução realizados no século XIX. Ainda que não tenha encontrado nos textos aqui analisados a presença de uma “profissão de fé” explícita ou mesmo a apologia dos autores vinculados à formulação e debate da teoria da evolução, podemos perceber a presença de concepções sem as quais as conclusões que elabora sobre a relação do homem com o meio natural não tomariam a forma que apresentam.

Vê-se, por exemplo em um dos textos citados anteriormente, sua disposição de colocar o homem ao lado de “todos os seus comparsas da natureza”, recusando desta forma qualquer particularidade à natureza humana no contexto biológico, que entende partilhar com os outros seres vivos.

Assim, quando lemos em seu trabalho que “não há doenças climáticas. Como a vida reage e se modifica ao meio, há uma arte de ajudar o clima a se adaptar a ela, felizmente (...)” (Peixoto, 1975, p. 2), percebemos uma determinada forma de apropriação do conceito de adaptação que informa a constituição do quadro de referências assumidos pelo autor para formular a dinâmica das relações naturais estabelecidas entre os seres vivos, aí incluindo o homem como produto do processo biológico de evolução<sup>5</sup>.

A única passagem que encontrei onde claramente aparecem alguns dos epítomes da teoria da evolução, explicita não somente o caráter de filiação à idéia de processo evolutivo, mas também revela a interpretação que Afrânio Peixoto encaminha da leitura destes autores. Revela-se, assim, sua adesão à

---

<sup>5</sup> Um exemplo da presença destas concepções encontra-se num item que recebeu o título “Importância primordial do clima”, onde Afrânio Peixoto narra assim sua percepção do processo de evolução: “Esse ‘clima’ não é apenas ambiente, na Terra, isto é, meio em que os seres que nela existem se banham com satisfação ou dificuldade: é ação, que determina reação, acomodamento, alterações, novas formas de seres, dotados de qualidades que retratam esses

uma forma de **darwinismo social**, tendência esta também de caráter ideológico, que incorpora as idéias da teoria da evolução na análise social, deixando entrever como apreende o sentido da evolução social tomando como modelo aquele da evolução biológica, afinal, segundo ele, *a natureza não faz saltos*<sup>6</sup>.

"De Lamarck, que fez da evolução uma adaptação da vida ao meio e as suas necessidades, a Abel, que isso transpõe em uma reação dessa vida a esse meio e suas necessidades, **o caminho é contínuo e triunfante**, ajuntadas ao processo geral, 'geográfico', a seleção de Darwin, a germino-seleção de Weismann, a mutação de De Vries, a hibridação de Lotsy, a evolução interna ou ologênese de Rosa (...)" (Peixoto, 1975, p. 3, grifos meus)

Combatendo ideologia com ideologia, emprega a idéia de evolução como antídoto para dissipar as "prevenções" etnocêntricas veiculadas pelo pensamento europeu. Se a geografia européia do século XIX expressa as concepções de *determinismo geográfico*, Afrânio Peixoto utiliza-se da teoria da evolução como forma de introduzir a dimensão do tempo que, historicizando a ocorrência dos fenômenos, acaba por relativizar os preconceitos fixados e distribuídos no espaço. A diacronia afrâniana substitui, assim, a **determinismo do espaço** pelo **determinismo do tempo**.

A marca evolucionista presente nos trabalhos de Afrânio Peixoto aqui analisados pode ser percebida, assim, pela presença significativa de passagens que revelam sua crença num "contínuo e triunfante" progresso do

---

meios diversos. O clima é assim o artista da vida. Da variedade dele, a onimodalidade dela (...)" (Peixoto, 1975, p. 2)

<sup>6</sup> A teoria da evolução, considerando suas clivagens, apropriações e implicações transformou-se num tema de grande interesse não somente para os especialistas em *História Natural*, como chamavam esta disciplina no século passado, mas também passou a interessar muitos cientistas sociais neste momento em que as fronteiras do biológico e do social retomam com força ao cenário dos debates públicos. As recentes experiências com a clonagem de animais, a discussão acerca dos alimentos transgênicos, as questões envolvendo a reprodução humana, entre outros, abriram espaço para discussões sobre uma "bioética". Os trabalhos engajados – tanto cientificamente como socialmente – do biólogo Stephan Jay Gould forneceram-me várias e valiosas indicações sobre estas questões. Especificamente sobre o tema da teoria da evolução, remeto para os trabalhos deste autor, principalmente Gould, 1990; 1992. O trabalho de Lilia Schwarcz, *O espetáculo das raças*, analisou com rigor científico e sensibilidade social muitas das implicações dos debates sobre a evolução entre os *homens de ciencia* brasileiros. Cf. Schwarcz, 1993.

gênero humano que, utilizando os recursos criados pela **boa ciência**, realizará o completo domínio da natureza para seu uso e proveito.

Neste sentido, ressaltando o papel preponderante da intervenção humana no sucesso ou fracasso do projeto civilizatório, Afrânio Peixoto afirma que, se o clima

“(...) é caluniado, de fato, porque não é culpado do mal que lhe atribuem, nem tampouco do darwinismo [sic] sentimental que lhe imaginaram: simplesmente porque coexiste com uma insalubridade, que não lhe é inerente, fatal, inevitável, antes passível de correção adequada e apenas com o devido saneamento.” (Peixoto, 1975, p. 125)

Por outro lado, se as obras de saneamento expressam a ação diligente do homem no sentido de produzir um meio mais adequado ao estabelecimento dos negócios humanos, o autor de **Clima e saúde** antevê o momento em que o poder de controle sobre a natureza, que considera presente somente em caráter incipiente, deverá atingir um nível insuspeitado:

Esse tempo, mesmo diverso, tende a ciência a uniformizá-lo. Uma **revolução pacífica** e, entretanto, transcendente, opera o '**ar condicionado**'. É a supressão, ou a domesticação da meteorologia (...) É o clima artificial feito pelo homem. **A uniformidade, enfim: o paraíso, criado pela ciência**. Começa apenas; chegará a ser grande, e total (...)” (Peixoto, 1975, p. 3, apenas os grifos na última sentença são meus, os demais estão no original)

É justamente por incorporar essa leitura da teoria da evolução como premissa de sua crítica que Afrânio Peixoto pôde desdenhar, nos seguintes termos, a craniometria européia:

“(...) Estas questões de índices cefálicos, mais um, menos um centímetro de comprimento sobre largura da cabeça, passam a ser capitais... Vacher de Lapouge, em 1887, acreditava que: 'no século vindouro se entrematarão milhões de homens, por um ou dois graus, de mais ou menos, no índice cefálico'. Como se verificou que os selvagens brasileiros, sociologicamente, dos homens mais primitivos da Terra, eram também dolicocefalos, ou de cabeça comprida, foi mister separar deles alemães (...). Henri Martin, ainda um francês, dividira, porém, os arianos, em loiros e

morenos. O prestigioso é, então, o dolicocefalo loiro (...). Enquanto isso, um alemão de bom senso, Virchow, duvidava que o ariano típico tivesse jamais existido (...). As mentiras que lisonjeiam existem sempre; mais ainda, se são coletivas, passam a dogmas..." (Peixoto, 1975, pp. 13-14)

Ao mesmo tempo que sentia-se à vontade para criticar a medição dos crânios<sup>7</sup> com o objetivo de estabelecer tipologias que agrupassem os indivíduos, Afrânio Peixoto colocou a questão racial no centro dos debates sobre a construção da identidade nacional, sendo um conhecido ativista da teoria – talvez melhor dizer *expectação* – do branqueamento da raça.

"Os descendentes deles [negros], mestiçados com os brancos, **são produtos de passagem** (...) porque, além de vítimas preferidas pela tuberculose (por má higiene, alcoolismo, sensualidade...), pela nevropatia, são branqueados nas sucessivas gerações a ponto de simularem raça branca." (Peixoto, 1975, p. 66, grifos meus)

Articulando o tema da evolução com o da salubridade, conclui que as doenças, constituídas em instrumento da seleção "natural", irão eliminar os seres irremediavelmente marcados pela inferioridade – ao menos – física, vaticinando que no "(...) Brasil a **grande raça**, - que assimilou, e **se depurará das outras duas** que são indesejáveis apenas por incultura e fealdade, - **é a raça branca**" (p. 65, grifos meus). Opondo novamente *determinismo temporal* contra *determinismo espacial*, saúda a perspectiva de que, uma vez "**estancada a fonte africana**", a população branca, "misturada a outros europeus" trazidos pela corrente imigratória, "**se irá recompondo, do nível etnográfico que nos impôs a colonização escrava, no sangue e na alma**" (Peixoto, 1975, p. 141, grifos meus).

Se anteriormente havia desprezado a quantificação dos "índices cefálicos" como mentirosos e dogmáticos, agora Afrânio Peixoto não vê inconveniente em

---

<sup>7</sup> Devo assinalar que esta crítica deve ser contextualizada, na medida em que aparece em 1938, quando a *moda* da craniometria já havia passado e tornava-se dia a dia uma idéia no mínimo controversa. Usando as palavras do próprio Afrânio Peixoto, já era "*empurrar porta aberta*"...



imaginar a quantidade de tempo necessária para que se realizem suas previsões<sup>8</sup>, pois conclui que:

“(...) há, crescente, a albumina branca, para refinar os [sic] mascavo nacional. (...) **Em duzentos anos, seremos todos brancos.**” (Peixoto, 1975, p. 64, grifos meus)

Relacionando, por outro lado, a salubridade com as possibilidades de intervenção política,

imagina que a defesa de “nossas origens brancas, latinas e cristãs” (idem, p. 65) deverá ser responsabilidade de uma “cabeça com juízo” que assuma o papel de “guia” da sociedade, já que a “(...) multidão é rebanho, precisa de pastor a quem seguir” (idem, p. 122).

“Algum progresso, é preciso reconhecer, tem sido feito nestes trinta anos. A **Itália fascista** empreendeu obra colossal de redenção das maremas pontinas, ‘bonifica’ de drenagem e cultivo do solo, fazendo erguer cidades novas, Sabaúdia, Pôntia, Litória, etc. onde foram pântanos mortíferos. Antes, uma obra benemérita de quinina oficial tinha reduzido a mortalidade ao quarto e quinto dos óbitos por malária.” (Peixoto, 1975, p. 77 (nota), grifos meus)

Outra característica distintiva da **boa ciência**, para Afrânio Peixoto, é que ela se fundamenta na **observação** e na **experimentação**, que constituiriam o campo operacional da moderna ciência, em oposição ao que entende serem “velhas crenças”, expressão que sintetiza laconicamente a dupla negação que rejeita o “velho” por associá-lo à decadência inexorável<sup>9</sup>, e imputa às “crenças”

---

<sup>8</sup> À ambivalência que Afrânio Peixoto expressa com relação à quantificação científica dos fenômenos, ora desdenhando, ora pautando-se neles, pode-se acrescentar ainda uma clivagem destas duas formas, uma ironia levada a sério. Seria cômico se não fosse trágico:

“Um índice, por exemplo, ‘nático’, ou relativo às volumosas nádegas, denunciaria o sangue negro ainda concentrado de muita branca ou morena bonita do Brasil. (Aos antropologistas proporia um índice, por exemplo, índice nático, isto é, o circuito maior das nádegas, o perímetro nático, multiplicado por 100, dividido pela altura: índice nático =  $n * 100 / a$ ; os números seriam maiores, à medida da concentração de sangue negro (...)) Mas nem falemos nisto: **são brancos os que não se revelam escuros na alma** (...) Aliás a importância relativa dessas raças é de mentalidade: muito preto e mestiço conheci, e venero, porque tiveram e têm **cultra alma branca** (...)” (PEIXOTO, 1975, pp. 66-67, grifos meus)

<sup>9</sup> Ver sobre este tema o apanhado feito por Jacques Le Goff em *História e memória*, nos ensaios Antigo / Moderno, pp. 167-202, e Progresso / Reação, pp. 233-281. Cf. Le Goff, 1994.

o estatuto de conhecimento pré-científico que, numa perspectiva evolucionista, encarna uma etapa primitiva da compreensão humana<sup>10</sup>.

Neste sentido, para desfazer as “lendas e prevenções” que servem somente para “encher lacuna no conhecimento e dar justificativa ao medo” este autor nos conta a historieta que narra mais uma prevenção europeia<sup>11</sup>:

“Com a facilidade de explicar o que não sabiam, fazendo-o às vezes mal; outras maldosamente, os autores europeus interpretaram a diferença de pigmento das raças do meio dia - simples defesa natural contra a luz o calor solar - como inferioridade sangüínea. Os homens dos trópicos eram mais morenos ou mais amarelos, como eles diziam, que os homens alvos e rosados do norte, porque sofriam de anemia, cuja causa devia ser necessariamente tropical. Era a doença fisiológica, se é possível o absurdo, dos climas quentes. O europeu que aqui vinha viver se anemiava também.” (Peixoto, 1926 [1913], p. 143)

Afrânio Peixoto revela magistralmente, em seguida, como a associação da observação e da experimentação revelaram o caráter puramente ideológico desta absurda doença dos trópicos, atribuindo autoridade à precisão dos resultados obtidos através da experimentação realizada com aparelhos, na medida em que estes são capazes, supostamente, de afastar a interferência de qualquer fator subjetivo na observação e medição dos fenômenos estudados.

“Provou-se que a lendária anemia tropical (...) não existia sequer. Os estudos de MAUREL, MARESTANG, SCHEUBE, VAN DER SCHEER, EIJKMAN, GLOGNER, PLEHN, CASTELLANI e CHALMERS, CHAMBERLAIN nas Antilhas, Nova Caledônia, nas Índias, em Java, na Costa d' África, em Ceilão, nas Filipinas, atribuem, sem discrepância, o mesmo valor globular ao habitante das zonas quentes que o europeu. **E isto não de oitiva: após contagens no hematímetro.**” (Peixoto, 1926 [1913], p. 143, grifos meus)

---

<sup>10</sup> A citação completa é a seguinte: “E essa verdade tão simples, e de tão grandes conseqüências - porque a conquista territorial e econômica do mundo aí está - que não há doenças climáticas - e portanto não há doenças tropicais - se impõe, **substituindo velhas crenças por essa outra, científica pela observação e pela experiência:** existem apenas doenças evitáveis, contra as quais a Higiene tem meios de defesa e de agressão (AFRÂNIO PEIXOTO).” (Peixoto, 1926 [1913], p. 135, grifos meus)

<sup>11</sup> Cf. Peixoto, 1926 [1913], p. 135.

Por outro lado, Afrânio Peixoto expressa concepções no mínimo ambivalentes quando se trata de construir a argumentação de defesa dos climas brasileiros face às investidas das prevenções dos autores europeus. Se por um lado chama a atenção para o fato de que cada meio ambiente particular constitui um microcosmo que cabe conhecer para otimizar a atuação humana, por outro acaba por insistir em tentar comprovar uma proximidade das características locais em comparação àquelas observadas na Europa, contrariando deste modo a premissa da primeira perspectiva, que entende como virtudes a diversidade e variedade dos meios considerados individualidades específicas<sup>12</sup>. Um exemplo do primeiro tipo de argumento pode ser verificado quando, discorrendo sobre as diferenças na frequência e na gravidade de doenças como a ancilostomose, malária, disenteria e febre amarela quando observada sua ocorrência em lugares distintos, o autor diz não entender por que a algumas “se hão de chamar tropicais, fazendo crer erradamente que são (...) exclusivas ou preferentes” (idem, p. 136).

“O que não se pode, e se não deve, em **boa ciência**, esquecer, é que todas, umas e outras, não são doenças fatais, de latitude ou de raça, mas doenças evitáveis, que cumpre combater e debelar.” (Peixoto, 1926 [1913], p. 136, grifos meus)

Em outras circunstâncias, entretanto, este autor parece abandonar sua convicção no caráter constitutivo da variabilidade e particularidade das manifestações dos fenômenos climáticos, pois em várias passagens de seu texto aceita, ainda que tacitamente, a postura que condenou em outros autores. Assim, recorrentemente Afrânio Peixoto comparando o meio brasileiro com o Europeu, tomando-o como paradigmático, ainda que com o objetivo de comprovar serem aqui as condições naturais favoráveis ao homem, tanto quanto no outro continente.

Guiado pela perspectiva de que os fins justificam os meios, este autor serve-se do método comparativo, que considerava como expressão de servilismo

---

<sup>12</sup> Veja-se, por exemplo, a opinião expressa pelo autor de que o clima é “o artista da vida. Da variedade dele, a onimodalidade dela” (Peixoto, 1975, p. 2), Cf. nota 5, neste capítulo.

intelectual quando utilizado por outros autores, para professar uma contraditória percepção dos conceitos de *universal e particular*.

Assim, se esforçara-se por defender anteriormente a particularidade do meio nacional, considerando ideológicas as generalizações que os europeus faziam com o objetivo de construir conceitos universais de entendimento, Afrânio Peixoto assevera:

“Algumas doenças universais existem no Brasil, como em toda a parte, com os coeficientes de morbidade e mortalidade **sensivelmente os mesmos que os europeus**. Outras, talvez mais propriamente doenças dos países temperados, são raras ou pouco comuns na **observação** e nas **estatísticas**. Estão no primeiro caso, a lepra e a gripe; no segundo, a febre tífica e a difteria.” (Peixoto, 1926 [1913], p. 140, grifos meus)

Após combater a idéia de que existam doenças que possam receber a pecha de *doenças tropicais*, Afrânio Peixoto investe agora contra os climas temperados atribuindo-lhes, em contrapartida, um conjunto de patologias que a eles atribui caráter constitutivo. Retomando a idéia ambivalente de “doenças universais”, prossegue no uso do método comparativo:

“Vários males universais são muito pouco acusados no Brasil: **o câncer é ainda pouco freqüente, a apendicite rara**, comparativamente, os quistos hidáticos do fígado, raríssimos. Observou-se considerável atenuação de sífilis, que comumente chega às formas graves do terciarismo na Europa, e prefere no Brasil a pele e as mucosas, nas suas determinações secundárias. Prova-se este acerto com a raridade da tabes e maior da paralisia geral, que não excede a 5 % do total dos alienados observados.” (Peixoto, 1926 [1913], p. 141, grifos meus)

Esta inversão de perspectiva que impõe um caráter negativo às particularidades do outro – os europeus, tem como objetivo oferecer ao pensamento a possibilidade de perceber a “vantagem climática” (Peixoto, 1926 [1913], p. 141) presente no meio nacional<sup>13</sup>.

Assim, se Afrânio Peixoto afirmava que a “(...) Tropenkoller, espécie de fúria de que se tomariam os estrangeiros ao chegar aos países quentes, é fantasia dos

---

<sup>13</sup> Vale lembrar que Afrânio Peixoto faleceu vítima de câncer de próstata no dia 12 de janeiro de 1947. Cf. Mota; Lopes & Cóser, 1994, p. 147.

autores alemães, exclusivamente made in Germany” (Peixoto, 1926 [1913], p. 141, nota 1); fazia-o para revelar, por outro lado que:

“Nenhuma doença mental ou nervosa foi no Brasil encontrada; aliás KRAEPELIN nenhuma achou nos trópicos que já não conhecesse, de casa, na Europa.” (Peixoto, 1926 [1913], p. 141)

Pensando seu discurso como arma de contra - propaganda, Afrânio Peixoto entende como permanente a dificuldade que temos em realizar esta inversão de perspectiva, constituindo um desafio para os brasileiros a superação da percepção que mantém-se atrelada ao modo europeu de perceber os climas. E esta percepção não estava restrita ao público comum, estando presente também – e principalmente – entre os próprios cientistas:

“A influência da temperatura meteórica sobre a saúde é o prato de resistência dos climatologistas prevenidos. Eles manobram com as médias de temperatura, os isotermos, e chegam aos labéus e anátemas climatológicos... **Entretanto, as médias não existem: é um artifício ideológico, perfeitamente inútil.** (...) “Nós temos elevadas as **‘médias’ impatrióticas**, que os meteorologistas (**até os nossos...**) acham muito interessante calcular... totalmente imprestáveis, mais [sic] obedientes à sagrada rotina...” (Peixoto, 1975, pp. 85-86, grifos meus)

Sendo esta uma de suas “apreensões”, Afrânio Peixoto expressa, por outro lado, suas “esperanças” no título que dá à conclusão de seu texto de 1938: “A higiene, arte de suprimir o clima.” (Peixoto, 1975, p. 140); reiterando como convicção as idéias que já estavam presentes no seu manual de higiene de 1913:

“Em suma, tem o Brasil patologia igual à européia, com algumas vantagens em muitos casos particulares. Sem tradições e ainda em época de formação, a nossa higiene realiza com facilidade as mais notáveis aquisições da ciência contemporânea. Todos os dias a morbidade e a mortalidade cedem ao saneamento das habitações e dos meios urbanos, de tal jeito, que no momento atual os nossos coeficientes mortuários tem colocação muito digna entre os melhores do mundo.” (Peixoto, 1926 [1913], pp. 132)

Revela-se assim no pensamento de Afrânio Peixoto que a dimensão de representação do clima local está visceralmente vinculada com os projetos

políticos que encontram expressão prática nas ações de higiene e saneamento que os governos são capazes de compreender como constitutivos do patrimônio e da identidade nacional. Mesmo combatendo o bom combate, característica distintiva dos que crêem naquilo pelo que lutam, contra o imperialismo ideológico europeu, podemos encontrar sua pena dedicando-se a expor sem rodeios aquilo que considera exemplos que devem ser seguidos:

“ (...) Havana antes dos Americanos, o Rio de Janeiro antes da Presidência RODRIGUES ALVES, não se comparam às condições subsequentes.” (Peixoto, 1926 [1913], pp. 148)

Entendendo a presença norte-americana em Cuba benfazeja porque obra civilizatória, indica no tempo e no espaço o momento onde a política soube colocar as contribuições dos homens de “boa ciência” à serviço do governo da nação.

Deixando entrever sua interpretação particular do processo histórico, que estabelece as heranças que cumpre manter, Afrânio Peixoto entende que a “civilização que nos legaram, heleno-latina, pela primeira vez viça num país quente” (Peixoto, 1975, p. 32).

Longe, entretanto, de considerar que essa tradição possa oprimir “como um pesadelo o cérebro dos vivos”, assume com otimismo esta relação de filiação, identificando a civilização moderna como um elo inelutável da grande cadeia que constitui, em sua opinião, a história humana.

É neste sentido que podemos entender como na argumentação de Afrânio Peixoto a força da civilização possui a propriedade de relativizar a herança imposta pelo meio natural, já que o clima:

“(…) torna-se cada vez menos importante, com os meios que o homem for inventando de adaptação, apressada ou lenta... **A civilização tende a fazê-lo uma noção transitória...** Num avião, já agora, se vai, de ao pé de nós, aos antípodas... de polo a polo, apenas em uma semana. No mesmo ponto do planeta as roupas, a alimentação, a habitação, a ventilação, o aquecimento, o ar condicionado, nos suprimem as intempéries. **O ‘tempo’ fez o seu tempo... O clima já é precário ...**” (Peixoto, 1975, p. 5, grifos meus)

Afrânio Peixoto, de quem aqui analisei somente alguns dos escritos médicos, constitui uma personagem rica de nuances e capacidade vigorosa de reverberação. Se como cientista fez questão de distinguir *boa* e *má* ciência, entendendo-se representante da primeira, é claro, a leitura de outros textos seus nos permitirá conhecer outras facetas de seu pensamento <sup>14</sup>. Não tentarei

<sup>14</sup> Plagiando descaradamente o estilo de Sidney Chalhoub, ofereço aqui, ainda que por razões que vem de encontro com a abordagem que procurei utilizar, um hiato *lúdico*. Transcrevo abaixo os parágrafos finais do livro *A educação da mulher* (1947), de Afrânio Peixoto. Embora seja esta uma passagem bastante longa, achei que seu conteúdo justifica o empenho:

“Se o lar não é feliz a culpa é das mulheres. Das mulheres não educadas, não educadas para esposas e para mães, para o lar.

P.S. (mandamentos da esposa ou a arte da felicidade)

- I. Mete isto na cabeça: o casamento não é um título de escravização, que conseguiste, cativo de teu marido... Há escravos fugidos... mete isto no coração, o maior prazer do amor, no casamento, não é o grande, o amor: estás enganada, são os pequenos, de toda hora, todos os instantes, mil prazeres oportunos que somam o prazer de viver contigo...
- II. Lembra-te que antes da ventura de conhecer-te e te amar, e fazer de o sacrifício de sua liberdade e do seu sossego, teu marido viveu, cresceu, tomou hábitos, adquiriu uma personalidade, tão respeitável como a tua, as quais devem ser respeitadas.
- III. A mulher mandona é a criatura mais insuportável do mundo: não penses que em vez de adquirir um amigo, no marido, conseguistes um criado ou mordomo, a teu serviço, a teus mandados. Estas pedem mandando; trata de ser como outras, que mandam pedindo. O maior prazer da vida é ser compreendida e adivinhada: procura sê-lo!
- IV. Considera que ele, teu marido, não é surdo e que falar, como falas, alto e mandando, é hábito de senhora de escravos, que já não existem desde 13 de maio de 88. Não continua a má criação de tuas avós! ...
- V. Não sejas presumida – que dificuldade a vencer! – nem cuides que só tu e tua família vieram assim ao mundo... tua jerarquia, teus avós, tua sagrada família, teus irmãos, tua educação, tuas prendas... a toda hora proclamados, farão esquecer teu corpinho, que é só o que importa e não tua insuportável presunção. Há mulheres que só têm um corpo: trata de ter alma também!
- VI. Pensa que teu marido tem cabeça, tem língua, gosta de pensar e dizer o pensa, e tu não permites que diga nada cuidando que só o que dizes é interessante... Nem sempre! Há quem vá a tua casa, ouvi-lo, e volta de lá atordoado contigo... Deus nos deu uma boca e dois ouvidos: portanto ouve mais e fala menos. Só os tolos (e as tolas) não sabem escutar.
- VII. Atende a que as relações dele contam como as tuas, e que tuas amizades e relações não suprem as dele. Se os dele não vêm à tua casa, será ele que os vá procurar, afastando-se de ti... Tu o conduzirá para fora do lar e longe de tua companhia: não é o que queres...
- VIII. Não lhe imponhas teu gosto, que é diferente do seu: se ele tivesse o teu gosto, não te escolheria: o amor 'específico' nos quer diferentes, o da compreensão nos faz iguais. Não creias, pois, que o 'bom gosto' seja o 'teu gosto', como facilmente se convencem os néscios. Sê, pois, inteligente ou compreensiva, que é com o que se adquire felicidade.
- IX. Reflete que o dinheiro de teu marido custa a ganhar, e que os sacrifícios a fazer só o amor os faz. Não compres tudo, sem utilidade nem necessidade. Pergunta, no que dependes: valho eu tanto? Trata de valer.
- X. A vida conjugal seria feliz se as mulheres pudessem aprender a tratar os maridos como tratam os outros homens. A regra geral é esta: elas sacrificam tudo aos noivos; depois sacrificam os maridos a tudo. Trata de ser a exceção e conseguir, assim, a felicidade. Amém. (*A educação da mulher*, 1947, *apud* Mota, Lopes & Cóser, 1994, pp. 176-177).

*explicar* este comportamento do autor dizendo que suas posições sobre a mulher refletem *apenas* a *episthème* de uma época, ou coisa que o valha. Assinalo, entretanto, que a presença destas nuances confirmam o caráter de representação que procurei ressaltar na leitura de seus textos “científicos” sobre a questão do clima. Embora manipulando o método científico para por à mostra o caráter ideológico do discurso europeu sobre o clima local, em outras questões o médico pôs sua pena à serviço de posições conservadoras, senão obscurantistas. Se a questão que se impõe é: por que Afrânio Peixoto demonstrou tanto rigor científico no que diz respeito ao debate sobre o clima, como pôde encarnar, ao mesmo tempo, o porta-voz de um discurso típico do senso comum; então a resposta deve confirmar que ambos os discursos constituem *representações* que encontram sua razão de ser no jogo de forças que constrói a história de como os homens e as sociedades produzem a consciência do *eu* e do *outro*. Assim, os textos deste autor sobre o clima analisados neste capítulo constituem um retrato de como, sob o manto indelével do discurso científico podemos reconhecer as imagens, os símbolos e as representações que pertencem ao campo cultural mais amplo, partilhando com outros discursos e formas de saber a relação tensa e conflituosa que constrói, pelos homens e para os homens, os significados do mundo.

### *O Brasil não é assim, está assim.*

Seria errôneo imaginar que o debate em torno das percepções do clima local constituísse tema exclusivo dos homens de boa ou má ciência, visto tratar-se de questão fundamentalmente implicada na construção dos símbolos que constituem imaginários sociais mais amplos que fornecem, por sua vez, as referências de compreensão e atuação na realidade.

Lembrando novamente as palavras de Baczkó:

“A função do símbolo não é apenas instituir uma classificação, mas também introduzir valores, modelando os comportamentos individuais e coletivos e indicando as possibilidades de êxito dos seus empreendimentos. (Baczkó, 1985a, p. 311)



É neste sentido que, para além do umbral que separa os homens de ciência, meteorologista ou médico, dos simples mortais, encontramos a questão das lutas de representações sobre o clima presente com vigor na obra do escritor Monteiro Lobato.

Em *Clima e saúde*, tratando das riquezas minerais presentes no subsolo brasileiro, Afrânio Peixoto novamente encontra-se à braços com seus temas preferidos: a ciência e o poder, neste caso do Estado. Ele identifica a presença do escritor Monteiro Lobato neste cenário, atribuindo-lhe uma atuação significativa. Deixemos que o médico introduza o literato:

“(...) Aqui, geologia é ciência abstrata... Curiosidade de sábios: se falta esse conhecimento, faltam também as iniciativas privadas e públicas. Estamos, desde D. João VI até hoje, a iniciar a siderurgia... Monteiro Lobato deixou a pena de escritor de ficção, para sacudir a administração pública, e provar-lhe que, no Brasil, há petróleo. É artigo de fé, em 1938, isto que é um teste indagador da incapacidade nacional: há petróleo, não há petróleo...” (Peixoto, 1975, p. 37)

Entendendo que no Brasil a inépcia da administração pública estimula, senão mesmo impõe a participação do escritor nas questões sociais <sup>15</sup>, o médico apresenta Monteiro Lobato como um escritor que “deixou a pena de escritor de ficção, para sacudir a administração pública”, revelando assim mais sobre si próprio que sobre o apresentado, já que explicita sua concepção que entende como dicotômicas realidade e ficção.

O que diz o escritor sobre a questão do clima local face ao que lhe imputara o discurso “científico” europeu, tema que, como vimos, havia levando o médico a tomar partido em meio à polêmica?

Analisando os artigos de Monteiro Lobato que foram reunidos no livro *Problema vital* em 1918 <sup>16</sup>, surpresa será encontrar o oposto do deveríamos esperar, caso viéssemos a crer naquelas palavras de Afrânio Peixoto sobre o escritor.

---

<sup>15</sup> Um trabalho que desenvolveu esta perspectiva de abordagem: é *Literatura como missão*, de Nicolau Sevcenko (Sevcenko, 1983). Sidney Chalhoub sempre nos brinda com interpretações instigantes de Machado de Assis. Ver por exemplo: Chalhoub 1990a e 1996.

<sup>16</sup> Utilizei a 8ª edição, de 1957, das *Obras Completas de Monteiro Lobato*, onde se explica que: “A 1ª edição deste livro é de 1918 e trazia o seguinte esclarecimento: ‘Artigos publicados n’ ‘O Estado de São Paulo’, e enfeixados em volume por decisão da ‘Sociedade de Eugenia de S. Paulo’ e da ‘Liga Pró-Saneamento do Brasil’.” Cf. Lobato, 1957, p. 221.

Mas é justamente isso que ocorre. Não estamos diante de um homem que abandona provisoriamente a sua faina literária para tratar de assuntos mais seculares. Monteiro Lobato não parece em nada um neófito adventício ao mundo social, pelo contrário, demonstra estar muito bem informado sobre os mais recentes debates científicos de sua época.

Longe de portar-se como um cronista de sua época, um espectador interessado, uma testemunha ocular da história recente ou simplesmente como cidadão que participa ativamente dos debates que envolvem o destino de seu povo, Monteiro Lobato articula sua argumentação fundamentalmente nas informações consideradas científicas de que dispõe sobre o tema abordado. Encontramos mesmo, em seus textos, algo como que paráfrases ao pensamento dos médicos e cientistas de então, sendo possível reconhecer significativas similitudes com os textos afranianos: a influência do evolucionismo de inspiração darwinista e a crença convicta no uso da racionalidade e no desenvolvimento das ciências como forma moderna de superar não as limitações impostas pela condição humana mas, talvez, o constrangimento dos problemas concretos com os quais os homens se defrontam na construção de sua história.

Um exemplo da primeira ordem de influências está presente no seguinte trecho, extraído do texto intitulado *As grandes possibilidades dos países quentes*, publicado em *O problema vital*. O título original deste artigo era: *As novas possibilidades das zonas quentes*, que foi publicado na *Revista do Brasil*, n.º 29, em maio de 1918:

“( ... ) Por que degenera o homem justamente onde, por impulso ambiente, devera altear-se ao apogeu? Por que na Amazônia, onde tudo alcança o máximo, só ele dá de si o mínimo?

Reflitamos.

O homem, com civilizar-se, afastou-se da natureza. Desrespeitou-a, infringiu-lhe as leis. A consequência foi o enfraquecimento. O uso do vestuário quebrou a resistência da epiderme. O hábito de casa paralisou o desenvolvimento da resistência orgânica às agressões do ar livre, e atrofiou a já criada no longo estágio de vida selvagem. O regime alimentar, a vida em sociedade, o transporte fácil, a especialização de funções, cada criatura transformada em certa peça de imensa máquina, atrofiando assim as facetas do indivíduo que permanecem inertes, os vícios, a hipertrofia do urbanismo, tudo, enfim, que a palavra civilização

enfeixa, é, biologicamente, transvio - e transvio destruidor da defesa natural do corpo.

Cessada a função, ou desviada da trilha natural, o organismo enfraquece e reage com fraco vigor contra os assaltos dos inimigos. Além disso, o regime do direito e da moral, imposto pela vida em sociedade, anulou a força dos processos seletivos; os fracos defendidos pela lei, amparados e conservados artificialmente; o forte impedido de vencer e eliminar o fraco; a revogação, em suma da **suprema lei da biologia**, lançou o *Homo sapiens* no despenhadeiro da degenerescência física. **Biologicamente, o homem é um animal em plena decadência.**

Por força desse enfraquecimento orgânico ele só pode prosperar nas regiões temperadas ou frias, onde a vida circunvolvente é pouco intensa graças á ação refrigente do inverno, onde o mundo dos microorganismos não alça o colo, onde o parasitismo é quase nulo.

Ao invés disso, nas regiões tropicais, onde não ha o marasmo anual do frio e tudo propicia um "fiat" ininterrupto, a vida desabrocha num esfervilhar de mundo em formação." (Lobato, 1957 [1918], pp. 325-326, grifos meus)

Mesmo expressando sua interpretação particular das implicações da herança biológica e ecológica, Monteiro Lobato, assim como Afrânio Peixoto assimilam o papel da intervenção higiênica sob o signo do conhecimento científico que representa o desenvolvimento da civilização ocidental que, apesar de apresentar os malefícios citados no trecho anterior, constitui um objetivo a ser perseguido, segundo o autor.

"A higiene, eis o segredo da vitória.

A higiene é a defesa artificial que o civilizado criou em substituição da defesa natural que perdeu. Ela permite ao inglês na Índia uma vida próspera, exuberante de saúde no meio de nativos derreados de lazeira.

Ela permitirá erguerem-se grandes empórios nas zonas até aqui condenadas.

Ela, só ela permitirá criar na terra brasileira uma civilização digna deste nome.

O nosso estado de profunda degenerescência física e decadência moral provém exclusivamente disso: desaparecimento de defesa higiênica.

O nosso povo, transplante europeu feito em época de magros **conhecimentos científicos**, foi assaltado pela micro-vida tropical, e verminado intensamente sem que nunca percebesse a extensão da mazela. Só agora se faz o diagnóstico seguro da doença, e surge uma orientação científica para solução do problema da

nossa nacionalidade, ameaçada de desbarato pelo acúmulo excessivo de males curáveis, evitáveis, e jamais curados ou evitados - porque sempre ignorados, quando não criminosamente negados. Desfeitos os véus da ilusão, livres para sempre da mentira ditirâmbica, o caminho está desembaraçado para a cruzada salvadora." (Lobato, 1957 [1918], pp. 327-328, grifos meus)

A "mentira ditirâmbica" de Lobato traz consigo uma interpretação mais doméstica para os problemas de salubridade. Por outro lado, afinal, "prevenções" européias e "véus da ilusão" nacionais são a mesma coisa: é pura ideologia...

E é na voz do Jéca Tatu que Monteiro Lobato vai entronizar, enfim, a ciência. Na fase da sua *Ressurreição*<sup>17</sup> o Jéca recebe uma lição prática de microbiologia de um doutor<sup>18</sup> providencialmente retido pelas chuvas. Com o objetivo de introduzir o caipira no conhecimento do mundo infinitamente pequeno, que Jéca duvidara jamais existir, o médico fê-lo tirar a botina e ordenou que caminhasse sobre o solo úmido do terreiro. Assim segue o diálogo:

- "- Agora venha cá. Sente-se. Bote o pé em cima do joelho. Assim. Agora examine a pele com esta lente.
- Jéca tomou a lente, olhou e percebeu vários vermes pequeninos que já estavam penetrando na sua pele, através dos poros. O pobre homem arregalou os olhos, assombrado.

---

<sup>17</sup> O Jecatuzinho, como ficou conhecido popularmente este conto de Monteiro Lobato, foi publicado em *Problema vital* com o título de Jéca Tatu: a ressurreição (Lobato, 1957 [1918], pp. 329-340). Foi esta a versão utilizada em panfletos de divulgação do Biotônico Fontoura em todo Brasil, sendo impressos mais de 15 milhões de exemplares.

<sup>18</sup> Não só de microbiologia, já que o Jéca recebe um treinamento rápido, na *nomenclatura e classificação modernos* das doenças, possibilitados pelos avanços do estudo dos microorganismos ao microscópio. Nesse mesmo encontro com o doutor, o Jéca recebe um diagnóstico e uma lição cheia de palavras difíceis:

- "- Amigo Jéca, o que você tem é doença.
- Poder ser. Sinto uma canseira sem fim, e dor de cabeça, e uma pontada aqui no peito que responde na cacunda.
- Isso mesmo. Você sofre de anquilostomíase.
- Anqui... o quê?
- Sofre de amarelão, entende? Uma doença que muitos confundem com a maleita.
- Essa tal maleita não é a sezão?
- Isso mesmo. Maleita, sezão, febre palustre ou febre intermitente: tudo é a mesma coisa, está entendendo? A sezão produz anemia, moleza, e esse desânimo do amarelão; mas é diferente. Conhece-se a maleita pelo arrepio, ou calafrio que dá, pois é uma febre que vem sempre em horas certas e com muito suor. O que você tem é outra coisa. É amarelão." (Lobato, 1957 [1918], pp. 31-332)

- E não é que é mesmo? Quem 'havera' de dizer!....
- Pois é isso, séo Jéca, e daqui por diante não duvide mais do que a Ciência disser.
- Nunca mais! Daqui por diante nhá Ciência está dizendo e Jéca está jurando em cima! T' esconjuro! E pinga, então, nem p' rá remédio..." (Lobato, 1957 [1918], pp. 333-334)

Se Monteiro Lobato lia os cientistas, outros literatos inteiravam-se dessa produção pela própria pena dele, como é o caso de Lima Barreto que, em crônica de 22 de fevereiro de 1918, comenta o "opúsculo" *Problema vital* que lhe enviara o autor, coleção de artigos "referentes à questão do saneamento do interior do Brasil." (Barreto, 1995 [1918], p. 29)

Informando seus leitores que as fontes de inspiração do escritor paulista eram os trabalhos de "jovens médicos como os doutores Artur Neiva, Carlos Chagas, Belisário Pena e outros, [que] vieram demonstrar que a população roceira do nosso país era vítima desde muito de várias moléstias que a alquebravam fisicamente", acrescentando terem estas moléstias "uns nomes rebarbativos que me custam muito a escrever; mas **Monteiro Lobato os sabe de cor e salteado e, como ele, hoje muita gente.**" (Barreto, 1995 [1918], p. 29, grifos meus)

Aproveitando a atualidade do tema, relata uma experiência pessoal:

"Aqui mesmo, nos arredores do Rio de Janeiro, o doutor Belizário Pena achou duzentos e cinqüenta mil habitantes atacados de maleitas, etc. Residi, durante a minha meninice e adolescência, na Ilha do Governador, onde meu pai era administrador das Colônias de Alienados. Pelo meu testemunho, julgo que o doutor Pena tem razão. Lá todos sofriam de febres e logo que fomos, para lá, creio que em 1890 ou 1891, não havia dia em que não houvesse, na nossa casa, um de cama, tremendo com a sezão e delirando de febre. A mim, foram precisas até injeções de quinino. Por esse lado, julgo que ele e seus auxiliares não falsificam o estado de saúde de nossas populações campestres. Têm toda razão." (Barreto, 1995 [1918], pp. 29-30)

Demonstrando ter tido contato não somente pela sua experiência pessoal de doente ou espectador da doença de outros, mas também incluir no seu rol de leituras os trabalhos publicados pelos médicos sanitaristas, Lima Barreto

propõe sua interpretação sobre as propostas da “cruzada salvadora” da qual falava Lobato: \_

“O que não concordo com eles, **é com o remédio que oferecem. Pelo que leio em seus trabalhos**, pelo que minha experiência pessoal pode me ensinar, me parece que há mais nisso uma questão de higiene domiciliar e de regime alimentar.” (Barreto, 1995 [1918], p. 30, grifos meus)

Embora não tratando da questão do clima e do meio ambiente como fatores favoráveis ou avessos à salubridade dos campos e cidades, a conclusão do breve artigo de Lima Barreto possibilita conhecer a percepção articulada por um observador atento tanto ao discurso científico quanto literário das questões sociais. Diz este escritor:

“**O problema, conquanto não se possa desprezar a parte médica propriamente dita, é de natureza econômica e social.** Precisamos combater o regime capitalista na agricultura, dividir a propriedade agrícola, dar a propriedade da terra ao que efetivamente cava a terra e planta e não ao doutor vagabundo e parasita, que vive na ‘Casa Grande’ ou no Rio ou em São Paulo. Já é tempo de fazermos isto e é isto que eu chamaria o ‘Problema Vital’.” (Barreto, 1995 [1918], p. 31, grifos meus)

Mesmo que o “parasitismo” seja um alvo comum tanto na obra de Lima Barreto quanto na de Monteiro Lobato, explicita-se a perspectiva diversa sobre a qual erguem ambos os escritores suas percepções sobre o papel da ciência na resolução dos problemas sociais do país. Relatando focos primordiais de intervenção que ainda hoje constituem pesadelo a oprimir o cérebro dos vivos, o escritor carioca desloca o eixo de composição de sua percepção que, mesmo informada pela produção científica que demonstra conhecer, afastando-se das relações entre homem e natureza, procura resgatar o caráter tipicamente humano da vida social: é na relação dos homens com os outros homens que tudo começa, onde tudo é e onde tudo pode ser.

### *Tempo doido ...*

Como notou recentemente Marcelo Coelho, articulista do jornal *Folha de São Paulo* <sup>19</sup>, o pessimismo quanto ao clima local oferece na verdade um bom exemplo da nostalgia dos que se sentem exilados da civilização e adotam como modelo os países europeus.

Cabe acrescentar, entretanto, que o tema do clima serviu, como uma massa plástica, com a qual se modelavam os preconceitos de uma elite científica frente às dificuldades de se controlar as doenças que grassavam na civilização que se queria construir.

Essa elaborada tentativa de fazer recurso ao conhecimento científico sobre o homem e o meio natural, no entanto, estará destinada a permanecer no campo do discurso médico-científico, não conseguindo ocupar um lugar hegemônico no imaginário social mais amplo. Ainda hoje as mitologias sobre o clima paulista dão razão de ser aos *Demônios da Garoa*, à cristalizada imagem de um clima imprevisível e inconstante que reafirmam uma anacrônica nostalgia de um meio natural elaborado pelo discurso colonizador e, ironicamente, nunca vivenciado pela experiência da maioria dos atores sociais.

Projeto fracassado, portanto, de instauração, via discurso científico, não somente de novas realidades técnicas e sanitárias, mas também de novas sensibilidades, da constituição de uma nova memória coletiva.

---

<sup>19</sup> Coelho, Marcelo - 'Tempo doido' nos afasta do Primeiro Mundo, *Folha de São Paulo*, 04/12/1996, p. 04-11.

## Conclusão



As conclusões que pude sintetizar a respeito das análises procedidas nos capítulos anteriores podem ser assim resumidas:

Grande parte do esforço de análise dos médicos demógrafos sobre os perfis de mortalidade indicam uma operação que pretende atingir a constituição da memória histórica determinada: busca culpar a vítima, ou seja, atribui grande parte das causas de morte aos costumes taxados como atrasados da população quanto à higiene e à saúde. Neste sentido, opera de um lado pelo apagamento – *positivo*, no sentido dado por Michel Foucault - daquela memória de pobreza e exclusão à qual está exposta grande parte da população, memória esta capaz de articular a causa de seus padecimentos com as condições concretas de sua existência material, produzidas não por uma natureza inelutavelmente insalubre contra a qual é impossível lutar, mas sim pela exploração de grandes massas e grupos sociais pelas relações sociais de produção econômica e de configuração social.

Por outro lado, opera esta lógica afirmando a positividade do método científico como único caminho de saneamento e tratamento das doenças epidêmicas e endêmicas. A ciência é o fiel da balança que garante a veracidade das representações sociais sobre a doença, a morte, o morto, o morrer. A **ortopedia da doutrina** visa criar um novo paradigma de normalidade – no sentido kuhniano, dos procedimentos de produção da verdade médica.

Há um embate vivo entre um projeto de *medicina social* (coletiva) e aquele da *medicina clínica* (atomizada), de ricos contornos de evolução, deixando entrever complexos mecanismos de mesclagem, clivagem e dispersão das



posições. A vitória completa da clínica se dará somente com a condição de incorporação dos métodos científicos de diagnóstico, o que não a impedirá de recusar as implicações coletivas que produziram e mesmo possibilitaram esta nova visão da doença e da morte.

Reforça-se deste estudo a percepção de que a doença e a morte constituem-se representações sociais amplamente negociadas pelo debate de proposições plurais e mesmo contraditórias. Nesse sentido, o discurso científico torna-se parte dinamizadora e mesmo hegemônica – neste caso – da elaboração destas representações sobre a condição humana, tendo como pano de fundo as discussões sobre o determinismo biológico, a evolução das espécies (o homem no quadro natural), a constituição das ciências sociais e da memória histórica. Fica problematizado neste trabalho o conceito de M. Foucault de *ephisteme*, considerado pelo autor como o *quadro do que é dizível porque pensável* dentro de uma determinada sociedade. Se a de *ephisteme* de uma época é um quadro no qual formulam-se as representações sobre o eu, o outro, o todo social, este conjunto remete à constituição das fronteiras de um sistema estável de proposições, sendo portanto eficiente para entender os padrões de um dado conjunto de representações. Será ineficiente, entretanto, para compreender os processos de *mudança e ruptura* dentro deste mesmo quadro de formulações. Como entender, por exemplo, o impacto da revolução pasteuriana na história da medicina social e da medicina clínica? Como ruptura que instaura um novo paradigma explicativo do qual devem derivar novas percepções e práticas, revolucionando o campo da existência médica, ou como continuidade inefável imposta pela *ephisteme* de uma época, que proporciona o quadro de possibilidades do pensável e do dizível, do enunciável e do praticável? A revolução pasteuriana será apenas uma decorrência necessária de um quadro mental anterior que a possibilita ou mesmo a anseia, ou será a volta do parafuso, girando o eixo sobre o qual repousa a compreensão sobre determinados fenômenos que produzem as representações que elaboramos sobre o real?

Como mostra a charge do sensível e atento Laerte, a medicina moderna passou a ser reconhecida pelos emblemas que lhe conferem autoridade, o que já é abusivo...

Talvez a lição que eu mesmo tenha aprendido, seja aquela que está expressa neste poema:

### Comunhão

Todos os meus mortos estavam de pé, em círculo,  
eu no centro.

Nenhum tinha rosto. Eram reconhecíveis  
pela expressão corporal e pelo que diziam  
no silêncio de suas roupas além da moda  
e de tecidos; roupas não anunciadas  
nem vendidas.

Nenhum tinha rosto. O que diziam  
escusava resposta,  
ficava, parado, suspenso no salão, objeto  
denso, tranqüilo.

Notei um lugar vazio na roda.

Lentamente fui ocupá-lo.

Surgiram todos os rostos, iluminados.

*Carlos Drummond de Andrade*

## *Fontes Primárias*

*Anuário Demográfico da Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária, S.P., Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, 1900 - 1920*

*Relatório da Comissão de exame e inspeção das habitações operárias e cortiços no distrito de Santa Ifigênia, apresentado ao cidadão dr. Cesário Motta Jr., M.D. Secretário dos Negócios do Interior do Estado de S. Paulo, em 19 de outubro de 1893.*

## Bibliografia

ABDERHALDEN, E.

1953 O beribéri, in: *Actas Ciba*, ano XX, n.º 8, setembro, pp. 342-348.

ACKERKNECHT, Erwin

1946 A evolução do nosso conhecimento sobre o paludismo; História do paludismo; O tratamento e a prevenção do paludismo; O paludismo nos Estados Unidos, in: *Actas Ciba*, ano XIII, n.º 9-10, setembro-outubro, pp. 174-204..

ALBUQUERQUE, José Augusto Guilhon

1995 Michel Foucault e a teoria do poder, in: *Tempo Social. Revista de Sociologia USP*, S.P., 7 (1-2): 105-110.

ALDERSON, Michael

1981 Alignment of the revisions of the International Classification of Disease, in: *International mortality statistics*, London, The Macmillan Press, pp. 89-109.

ALFONSO-GOLDFARB, Ana Maria

1994 *O que é História da Ciência*, S.P., Ed. Brasiliense, 1994.

ALMEIDA, Marta de

1998 *República dos invisíveis: Emílio Ribas, microbiologia e saúde pública em São Paulo (1898-1917)*, S.P., Dissertação de Mestrado, USP.

ALVES, Geraldo José

1997 A Seção Demógrafo-Sanitária e as causas de óbito na cidade de São Paulo (1901-1916), texto apresentado na 48ª Reunião Anual da S.B.P.C. (P.U.C. – S.P.), São Paulo.

AMARAL, Afrânio do

1958 Evolução dos institutos científicos, in: O ESTADO DE S. PAULO, *Ensaio Paulistas*, S.P., Ed. Anhambi, pp. 376-396.

ANDRADE, Mário de

1956 *Namoros com a Medicina*, S.P., Livraria Martins Editora.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira et alii (orgs.)

1992 *Instituto Adolfo Lutz. 100 anos do Laboratório de Saúde Pública, S.P., Instituto Adolfo Lutz / Editora Letras e Letras.*

ARIÈS, Philippe

1977 *História da morte no ocidente, R.J., Francisco Alves ed..*

1981a *História Social da criança e da família, R.J., Zahar ed., 2ª ed.*

1981b *O homem diante da morte, R.J., Francisco Alves ed. , v. I.*

1982 *O homem diante da morte, R.J., Francisco Alves ed. , v. II.*

ARIÈS, Philippe e BÉJIN, André (orgs.)

1987 *Sexualidades ocidentais, S.P., ed. Brasiliense, 3ª ed.*

ASSIS, Joaquim Maria Machado de (1839-1908)

1994 *Machado de Assis: crônicas escolhidas, S.P., ed. Ática.*

1998 *O alienista, Porto Alegre, L&PM.*

AZEVEDO, Aluísio

1992 *O cortiço, S.P., Selinunte ed.*

BACZKO, Bronilaw

1985a *Imaginação Social, in: ROMANO, Ruggiero (dir.), Enciclopédia Einaudi, Lisboa, Imprensa Nacional / Casa da Moeda, v. 5 (anthropos-homem), pp. 296-332.*

1985b *Utopia, in: ROMANO, Ruggiero (dir.), Enciclopédia Einaudi, Lisboa, Imprensa Nacional / Casa da Moeda. v. 5 (anthropos-homem), pp. 333-396.*

BARATA, Rita de Cássia Barradas

1987 *Epidemias, in: Cadernos de Saúde Pública, R.J., 3 (1) : 09-15.*

BARBOSA, J. Plácido e RESENDE, Cássio Barbosa de

1909 *Os Serviços de Saúde Pública no Brasil especialmente na cidade do Rio de Janeiro de 1808 a 1907 (esboço histórico e legislação), R.J., Imprensa Nacional, 2 vol.*

BARRANCOS, Dora Beatriz

1993 *Os últimos iluminados. Ciências para trabalhadores na Argentina de princípios do século, Campinas, Tese de Doutorado, IFCH-UNICAMP,*

2 v.

BARRETO, Afonso Henriques de Lima (1881-1922)

1979 *A nova Califórnia (contos)*, S.P., ed. Brasiliense.

1990 *Triste fim de Policarpo Quaresma*, S.P., ed. Ática, 6ª ed. [1ª ed.: 1911]

1995 *Lima Barreto: crônicas escolhidas*, S.P., ed. Ática.

BAUDRILLARD, Jean

1984 *Esquecer Foucault*, R.J., Rocco.

BERTOLLI FILHO, Cláudio

1986 *Epidemia e sociedade. A gripe espanhola no município de São Paulo*, S.P., Dissertação de Mestrado, FFLCH-USP.

1996 *História da saúde pública no Brasil*, S.P., ed. Ática.

BERTUCCI, Liane Maria

1992 *Impressões sobre a saúde. A questão da saúde na imprensa operária. São Paulo, 1891-1925*, Campinas, Dissertação de Mestrado, IFCH-UNICAMP.

BIRCH, Beverley

s.d. *Louis Pasteur*, S.P., ed. Globo

BLOUNT, John Allen

1972 *A administração da saúde pública no Estado de São Paulo: o Serviço Sanitário, 1892-1918*, in: *Revista de Administração de Empresas*, R.J., 12 (4) : 40-48.

BONDUKI, Nabil Georges

1982 *Origens do problema da habitação popular em São Paulo: primeiros estudos*, in: *Espaço e Debates*, S.P., NERU / Cortez, n.º 05, pp. 81-111.

BOURDIEU, Pierre

1988 *Lições da aula*, S.P., ed. Ática.

1994 *O campo científico*, in: ORTIZ, Renato (org.) – *Pierre Bourdieu: sociologia*, S.P., ed. Ática, 2ª ed., pp. 122-155.

BRANDÃO, José Luis

1975 *Emílio Ribas*, S.P. editora Três.

BREILH, Jaime

1991 *Epidemiologia: economia, política e saúde*, S.P., ed. UNESP / HUCITEC.

BRESCIANI, Maria Stella Martins

1985 *Londres e Paris no século XIX: o espetáculo da pobreza*, S.P., ed. Brasiliense.

BURKE, Peter

1987 *Sociologia e Historia*, Madrid, Alianza editorial.

1991 *A Escola dos Annales (1929-1989)*, S.P., editora UNESP.

CALDER, Ritchie

s.d. *O homem e a medicina*, S.P., Hemus ed.

CAMPOS, André Luiz Vieira de

1986 *A República do Picapau Amarelo*, S.P., ed. Martins Fontes.

CAMPOS, Marisa

1996 *A escola e a educação no pensamento médico: análise de teses da Faculdade de Medicina de São Paulo*, S.P., UNISA, monografia.

CARDOSO, Ciro Flamarion Santana

1988 *Uma introdução à História*, S.P., ed. Brasiliense, 7<sup>a</sup> ed.

CARDOSO, Ciro Flamarion Santana e VAINFAS, Ronaldo (orgs.)

1997 *Domínios da História*, R.J., editora Campus.

CARONE, Edgard

1983 *A República Velha: evolução política (1889-1930)*, S.P., Difel, 4<sup>a</sup> ed.

CARVALHO, José Murilo de

1989 *Os bestializados*, S.P., Cia. das Letras, 3<sup>a</sup> ed.

1990 *A formação das almas*, S.P., Cia. das Letras.

CARVALHO, Marta Maria Chagas de

1989 *A escola e a República*, S.P., ed. Brasiliense.

CASCUDO, Luís da Câmara

1983 *Anubis e outros ensaios*, R.J. : FUNART / INF / Achiamé, Natal : UFRN.

CASTORIADIS, Cornelius

- 1982 A instituição e o imaginário: primeira abordagem, in: *A instituição imaginária da sociedade*, R.J., ed. Paz e Terra, pp. 139-197.

CASTRO SANTOS, Luiz A.

- 1980 Estado e saúde pública no Brasil (1889-1930), in: *Dados – Revista de Ciências Sociais*, R.J., 23 (2) :237-250.
- 1985 O pensamento sanitário na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade, in: *Dados – Revista de Ciências Sociais*, R.J., 28 (2) :193-210.

CÉLINE, Louis-Ferdinand

- 1982 *Morte a crédito*, R.J., Nova Fronteira.
- 1997 *A vida e a obra de Semmelweiss*, S.P., Cia. das Letras.

CHALHOUB, Sidney

- 1986 *Trabalho, lar e botequim*, S.P., ed. Brasiliense.
- 1988a Visões da liberdade: senhores, escravos e abolicionistas da Corte nas últimas décadas da escravidão, in: *História: Questões e Debates*, Curitiba, 9 (16) : 05-37.
- 1988b Medo branco de almas negras: escravos, libertos e republicanos na cidade do Rio, in: *Revista Brasileira de História*, S.P., v. 8, nº 16, pp. 83-105.
- 1990a *Visões da liberdade*, S.P., Cia. das Letras.
- 1990b *A guerra contra os cortiços: cidade do Rio, 1850-1906*, Campinas, IFCH-UNICAMP, (Primeira versão, 19).
- 1996 *Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial*, S.P., Cia. das Letras.

CHARTIER, Roger

- 1990 *A história cultural: entre práticas e representações*, Lisboa / R.J., DIFEL / Bertrand Brasil.
- 1994 A história hoje: dúvidas, desafios, propostas, in: *Estudos Históricos*, R.J., v. 7, nº 13, pp. 97-113.

CHAUÍ, Marilena



1987 *Conformismo e resistência. Aspectos da cultura popular no Brasil*, S.P., ed. Brasiliense, 2<sup>a</sup> ed.

1989 *Cultura e Democracia: o discurso competente e outras falas*, S.P., ed. Cortez, 4<sup>a</sup> ed.

COCHRANE, Jennifer

1996 *An illustrated history of medicine*, London, Tiger Books.

COSTA, Nilson do Rosário

1987 A questão sanitária e a cidade, in: *Espaço e Debates*, S.P., v. 3, nº 22, pp. 05-25.

CROSBY, Alfred W.

1993 *Imperialismo ecológico. A expansão biológica da Europa: 900-1900*, S.P., Cia. das Letras.

1999 *A mensuração da realidade. A quantificação e a sociedade ocidental: 1250-1600*, S.P., ed. UNESP / Cambridge University Press.

CUETO, Marcos

1987 Nacionalismo y ciências médicas: los inicios de la investigación biomédica en el Perú, 1900-1950, in: *Quipu*, pp. 327-355.

CUNHA, Maria Clementina Pereira

1990 *Cidadelas da ordem: a doença mental na República*, S.P., ed. Brasiliense.

DA MATTA, Roberto

1985 *A casa e a rua*, S.P., ed. Brasiliense.

DANTES, Maria Amélia Mascarenhas

1986 O objeto da história da ciência: a atividade científica, in: *Anais do 1º Seminário Nacional sobre História da Ciência e Tecnologia*, R.J., MAST / CNPq, pp. 185-189.

DARMON, Pierre

1991 *Médicos e assassinos na Belle Époque*, R.J., ed. Paz e Terra.

DARNTON, Robert

1986 *O grande massacre de gatos*, R.J., Graal ed.

1988 *O lado oculto da Revolução: Mesmer e o final do Iluminismo na*

França, S.P., Cia. das Letras.

DECCA, Maria Auxiliadora Guzzo

1987 *A vida fora das fábricas. O cotidiano operário em São Paulo (1920-1934)*, R.J., ed. Paz e Terra.

1990 *Cotidiano de trabalhadores na República. São Paulo, 1889 - 1940*, S.P., ed. Brasiliense.

DEFOE, Daniel (1660-1731)

1987 *Um diário do ano da peste*, Porto Alegre, ed. L&PM.

DESSÍ, Paola

1981 *Statistica e medicina in un dibattito dell' Ottocento*, in: *Rivista de Filosofia*, Torino, G. Einaudi ed., n° 19, pp. 83-101.

DONATO, Hernâni

1994 *A cidade de São Paulo em 1894*, in: *Leitura*, S.P., IMESP, n° 143, pp. 02-03.

DOUGLAS, Mary

1976 *Pureza e perigo*, S.P., ed. Perspectiva.

DUARTE, Regina Horta

1991 *Os vivos e os mortos: uma alegoria sobre a História*, in: *Resgate*, Campinas, Papirus / UNICAMP, n° 2, pp. 20-24.

DURKHEIM, Émile e MAUSS, Marcel

1981 *Algumas formas primitivas de classificação. Contribuição para o estudo das representações coletivas*, in: MAUSS, M. – *Ensaio de Sociologia*, S.P., ed. Perspectiva, pp. 399-455 [1ª edição: 1903].

ERIBON, Didier

1990 *Michel Foucault: 1926-1984*, S.P., Cia. das Letras

O ESTADO DE SÃO PAULO (org.)

1958 *Ensaio Paulistas*, S.P., ed. Anhambi.

FALCÃO, Edgard de Cerqueira (org.)

1971 *A incompreensão de uma época. Oswaldo Cruz e a caricatura*, in: *Brasiliensia Documenta*, S.P., CNP / MS / PMSP / Hoechst do Brasil, v. VI (Oswaldo Cruz Monumenta Histórica), t. I.

FAUSTO, Boris

1986 *Trabalho urbano e conflito social (1890-1920)*, S.P., Difel, 4<sup>a</sup> ed.

1991 *Historiografia da imigração para São Paulo*, S.P., ed. Sumaré / FAPESP.

FERREIRA, Luiz Otávio

1993 Das doutrinas à experimentação: rumos e metamorfoses da medicina no século XIX, in: *Revista da Sociedade Brasileira de História da Ciência*, S.P., (10):43-52.

FLAUBERT, Gustave (1821-1880)

s.d. *Bouvard e Pécuchet*, S.P., ed. Melhoramentos.

FOUCAULT, Michel

1975 *Doença mental e psicologia*, R.J., ed. Tempo Brasileiro.

1977 *O nascimento da clínica*, R.J., ed. Forense-Universitária.

1984a *Microfísica do poder*, R.J., ed. Graal, 4<sup>a</sup> ed.

1984b *História da sexualidade (II): o uso dos prazeres*, R.J., ed. Graal.

1985a *História da sexualidade (I): a vontade de saber*, R.J., ed. Graal, 6<sup>a</sup> ed.

1985b *História da sexualidade (III): o cuidado de si*, R.J., ed. Graal.

1987a *A arqueologia do saber*, R.J., ed. Forense-Universitária, 3<sup>a</sup> ed.

1987b *Vigiar e punir*, Petrópolis, ed. Vozes, 5<sup>a</sup> ed.

1992 *As palavras e as coisas*, S.P., Martins Fontes, 6<sup>a</sup> ed.

1996 *A ordem do discurso*, S.P., ed. Loyola.

FREITAS, Marcos Cezar de (org.)

1998 *Historiografia brasileira em perspectiva*, S.P., ed. Contexto

GAMBETA, Wilson Roberto

1984 Desacumular a pobreza: Santos, limiar do século, in: *Espaço e Debates*, S.P., NERU, n<sup>o</sup> 11, pp. 17-27

1988 *Soldados da saúde: a formação dos Serviços de Saúde Pública em São Paulo (1889-1918)*, S.P., Dissertação de Mestrado, USP.

GAROZZO, Filippe

1974 *Louis Pasteur*, R.J., editora Três.

GERBI, Antonello

1996 *O Novo Mundo*, S.P., Cia. das Letras.

GINZBURG, Carlo

1987 *O queijo e os vermes*, S.P., Cia. das Letras.

1990 Sinais: raízes de um paradigma indiciário, in: *Mitos, emblemas, sinais: morfologia e história*, S.P., Cia. das Letras, pp. 143-179.

1991 O inquisidor como antropólogo, in: *Revista Brasileira de História*, S.P., 1 (21) : 9-20.

GLÉNISSON, Jean

1983 *Iniciação aos estudos históricos*, S.P., Difel, 4<sup>a</sup> ed.

GOULD, Stephen Jay

1990a *Vida maravilhosa*, S.P., Cia. das Letras.

1990b *O sorriso do flamingo*, S.P., ed. Martins Fontes.

1991a *A falsa medida do homem*, S.P., ed. Martins Fontes.

1991b *Seta do tempo, ciclo do tempo*, S.P., Cia. das Letras.

1992a *Darwin e os grandes enigmas da vida*, S.P., ed. Martins Fontes.

1992b *A galinha e seus dentes*, R.J., ed. Paz e Terra.

1992c *Viva o brontossauro*, S.P., Cia. das Letras.

1993a *Dedo mindinho e seus vizinhos*, S.P., Cia. das Letras.

1993b *Um ouriço na tempestade*, Lisboa, ed. Relógio D'Água.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

1919 *Anuário Estatístico da Secção de Demographia*, S.P., Secção de Estatística Demógrapho-Sanitária, volume I.

GRAUNT, John (1620-1674)

1676 Natural and political observations upon the bills of mortality [5<sup>a</sup> ed.], in: HULL, Charles Henry (ed.) - *The economic writings of Sir William Petty together with the Observations upon the bills of mortality more probably by Captain John Graunt*, New York, Kelley, vol.2, pp. 314-435.

GUEDES, Sandra P. L. de Camargo

1986 *Atitudes perante a morte em São Paulo (séculos XVII a XIX)*, S.P.,

Dissertação de Mestrado, USP.

GUIRADO, Marlene

- 1996 Poder indisciplina: os surpreendentes rumos da relação de poder, in: AQUINO, Julio Groppa (org.) *Indisciplina na escola: alternativas teóricas e práticas*, S.P., Summus, pp. 57-71.

HENRY, Louis

- 1977 *Técnicas de análise em demografia histórica*, Curitiba, ed. da UFPr.

HIPÓCRATES (460-380 ?)

- 1904 *Aforismos y pronosticos*, Madrid, ed. Tercer Millar.

- 1995 *Aforismos e juramento*, S.P., ed. Paumape.

HOCHMAN, Gilberto

- 1998 *A era do saneamento*, S.P., HUCITEC / ANPOCS.

HOWARD-JONES, Norman

- 1974a Antecedentes científicos de las Conferencias Sanitarias Internacionales, 1851-1938 (1), in: *Crónicas de la OMS*, Ginebra, OMS, abril
- 1974b Antecedentes científicos de las Conferencias Sanitarias Internacionales, 1851-1938 (2), in: *Crónicas de la OMS*, Ginebra, OMS, maio
- 1974c Antecedentes científicos de las Conferencias Sanitarias Internacionales, 1851-1938 (3), in: *Crónicas de la OMS*, Ginebra, OMS, agosto,
- 1974d Antecedentes científicos de las Conferencias Sanitarias Internacionales, 1851-1938 (4), in: *Crónicas de la OMS*, Ginebra, OMS, setembro,
- 1974e Antecedentes científicos de las Conferencias Sanitarias Internacionales, 1851-1938 (5), in: *Crónicas de la OMS*, Ginebra, OMS, outubro
- 1974f Antecedentes científicos de las Conferencias Sanitarias Internacionales, 1851-1938 (6), in: *Crónicas de la OMS*, Ginebra, OMS, novembro, 28 : 543-557.

IGNATIEFF, Michael

- 1987 Instituições totais e classes trabalhadoras: um balanço crítico, in: *Revista Brasileira de História*, S.P., v. 7, n.º 14, pp. 185-193.

IMHOF, Arthur E.

- 1984 A vida prolongada: consequências para nossa vida cotidiana, in: *Revista de História*, S.P., n.º 116 (nova série), USP, pp. 137/166.
- 1987 Demografia histórica, in: NEVES, Abílio Afonso Baeta e GERTZ, René (coord.), *A nova historiografia alemã*, Porto Alegre, ed. da UFRGS / Instituto Goethe / Instituto Cultural Brasileiro/Alemão, pp. 90-115.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - I.B.G.E.

- 1991 *Anuário Estatístico do Brasil: resenha histórica*, R.J., IBGE.

JORGE, Maria Helena P. de Mello

- 1990 *Registro de eventos vitais: sua importância em Saúde Pública*, S.P., Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português (Centro Brasileiro de Classificação de Doenças) / MS / USP / OPAS / OMS.

KLEIN, Herbert S.

- 1989 A integração dos imigrantes italianos no Brasil, na Argentina e Estados Unidos, in: *Novos Estudos CEBRAP*, S.P., n.º 25., pp. 95-117.

KOWARICK, Lúcio e ANT, Clara

- 1982 Cortiço: cem anos de promiscuidade, in: *Novos Estudos CEBRAP*, S.P., v.1, n.º 2, pp. 59-64.

KUHN, Thomas S.

- 1975 *A estrutura das revoluções científicas*, S.P., ed. Perspectiva.

LACAZ, Carlos da Silva

- s.d. *Culto ao passado*, S.P., ABIFARMA.

LADURIE, Emmanuel Le Roy

- s.d. *Montaillou: cátaros e católicos numa aldeia francesa (1294-1324)*, Lisboa, ed. 70.

LAJOLO, Marisa

1983 Jeca Tatu em três tempos, in: SCHWARZ, Roberto (org.) – *Os pobres na literatura brasileira*, S.P., ed. Brasiliense, pp. 101-105.

LAPLANTINE, François

1991 *Antropologia da doença*, S.P., ed. Martins Fontes.

LAST, John M.

1984 Conceptual, epidemiological and statistical implications, in: *International Conference on Health Statistics for the year 2000*, Budapest, WHO / Statistical Publishing House, pp. 34-48.

LAURENTI, Ruy

1987 *Uso das estatísticas de mortalidade*. Brasília, 2<sup>a</sup> Reunião Nacional do Sub-Sistema de Informação sobre Mortalidade.

1990 *Transição demográfica e transição epidemiológica*, Campinas, 1<sup>o</sup> Congresso Brasileiro de Epidemiologia.

1991 Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças, in: *Revista de Saúde Pública*, S.P., 25 (6): 407-417.

s.d. *Classificação de doenças e de causas de morte*, S.P., Centro Brasileiro de Classificação de Doenças / MS / USP / OPAS / OMS.

LE GOFF, Jacques

s.d. *Reflexões sobre a História*, Lisboa, ed. 70.

1994 *História e memória*, Campinas, ed. da UNICAMP, 3<sup>a</sup> ed.

LE GOFF, Jacques e NORA, Pierre (orgs.)

1976 *História: novos objetos*, R.J., ed. Francisco Alves

1988 *História: novos problemas*, R.J., ed. Francisco Alves, 3<sup>a</sup> ed.

1995 *História: novas abordagens*, R.J., ed. Francisco Alves, 4<sup>a</sup> ed.

LE GOFF, Jacques et alii

s.d. *As doenças têm história*, Lisboa, ed. Terramar.

1983 *A Nova História*, Lisboa, ed. 70

LEME, Maria Cristina da Silva

1991 A formação do pensamento urbanístico em São Paulo no início do

século XX, in: *Espaço e Debates*, S.P., NERU, (34) : 64-70

LE ROY LADURIE, Emmanuel

s.d. *Montaillou: cátaros e católicos numa aldeia francesa (1294-1324)*,  
Lisboa, ed. 70

LYONS, Albert e PETRUCELLI, R. Joseph

1987 *Medicine. An illustrated history*, New York, Abradale / H.N. Abrams  
Publishers.

LOBATO, José Bento Monteiro

1957a *Problema vital*, S.P., ed. Brasiliense, 8<sup>a</sup> ed. [1<sup>a</sup> ed.: 1918]

1957b *Mr. Slang e o Brasil*, S.P., ed. Brasiliense, 8<sup>a</sup> ed. [1<sup>a</sup> ed.: 1927]

1957c Artur Neiva, in: *Opiniões*, S.P., ed. Brasiliense, 8<sup>a</sup> ed., pp. 169-175.  
[1<sup>a</sup> ed.: 1926]

1969 *Críticas e outras notas*, S.P., ed. Brasiliense, 3<sup>a</sup> ed.

1982a *Urupês*, S.P., ed. Brasiliense, 27<sup>a</sup> ed. [1<sup>a</sup> ed.: 1918]

1982b *Cidades mortas*, ed. Brasiliense, 23<sup>a</sup> ed. [1<sup>a</sup> ed.: 1919]

LOPES, Octacilio de Carvalho

1970 *A medicina no tempo*, S.P., Ed. Melhoramentos / EDUSP

LOWRIE, Samuel Harman

1938 *Imigração e crescimento da população no Estado de São Paulo*, S.P.,  
ed. da Escola Livre de Sociologia e Política

LUZ, Nícia Vilela

1978 *A luta pela industrialização do Brasil*, S.P., ed. Alfa-ômega, 2<sup>a</sup> ed.

MACHADO, Roberto

1981 *Ciência e saber. A trajetória da arqueologia de Foucault*, R.J., ed.  
Graal.

MACHADO, Roberto et alii

1978 *Danação da norma: a medicina social e a constituição da psiquiatria  
no Brasil*, R.J., ed. Graal.

MAIA, Jorge de Andrade (org.)

1938 *Índice-catálogo médico paulista (1860-1936)*, S.P., Conselho  
Bibliotecário do Estado



*MANUAL da Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbito*, 9<sup>a</sup> Revisão (1975), Organização Mundial da Saúde, 1985

MARCÍLIO, Maria Luiza

1973 *A cidade de São Paulo: povoamento e população (1750-1850)*, S.P., ed. Pioneira

MARCÍLIO, Maria Luiza (org.)

1984 *População e sociedade*, Petrópolis, ed. Vozes

MARTINS, José de Souza

1981 *O cativo da terra*, S.P., Livraria Editora Ciências Humanas, 2<sup>a</sup> ed.

MARTINS, José de Souza (org.)

1983 *A morte e os mortos na sociedade Brasileira*, S.P., ed. HUCITEC

MARX, Karl

s.d. O 18 Brumário de Luís Bonaparte, in: MARX, K. & ENGELS, F. – *Karl Marx e Friedrich Engels: textos*, S.P., ed. Alfa-Ômega, v. III, [1869]

MEIHY, José Carlos Sebe e BERTOLLI FILHO, Cláudio

1990a *História social da saúde. Opinião pública versus poder: a campanha da vacina (1904)*, S.P., CEDHAL.

1990b A vacinação obrigatória é uma violência, in: *Leitura*, S.P., 9 (101) : 6-7

MEIRA, Domingos Rubião Alves

1912 *Valor dos novos métodos e processos de diagnóstico em clínica médica*, S.P., Espíndola & Cia. [livre docência – apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro]

MENDONÇA, Marina Gusmão de

1988 *Desenvolvimento e miséria: as raízes da revolta de 1904*, S.P., Dissertação de Mestrado, FFLCH-USP.

METZ, Karl H.

1984 Social thought and social statistics in the early nineteenth century: the case of sanitary statistics in England, in: *International Review of Social History*, 29 (2) : 254-273.

MOLIÈRE (1622-1673)

1975 *O doente imaginário*, R.J.: ed. Civilização Brasileira, Brasília : INL

MONSON, Richard R.

1980 *A history of epidemiology*, in: *Occupational epidemiology*, Flórida, CRC Press, pp. 01-13.

MOORE JR., Barrington

1987 *Injustiça. As bases sociais da obediência e da revolta*, S.P., ed. Brasiliense.

MORAES F °, Evaristo de (org.)

1978 *Comte: sociologia*, S.P., ed. Ática.

MORAIS, Regis de

1983 *Lima Barreto: o elogio da subversão*, S.P., ed. Brasiliense.

MOREIRA, Sílvia Levi

1988 *São Paulo na Primeira República. As elites e a questão social*, S.P., ed. Brasiliense.

MOTA, Joaquim A. C.; LOPES, Eliane M. Teixeira e CÓSER, Silvana M.L.

1994 Júlio Afrânio Peixoto (1876-1947): ensaio biográfico, in: HERSCHMANN, M. e PEREIRA, C.A.M. (orgs.) – *A invenção do Brasil moderno: medicina, educação e engenharia nos anos 20-30*, R.J., ed. Rocco, pp. 147-179.

MOTT, Maria Lúcia de Barros

1990 *As primeiras escolas de medicina no Brasil*, in: *Leitura*, S.P., IMESP, 9 (99) : 8-9.

MOURA, Esmeralda Blanco Bolsonaro de

1988 *Trabalho feminino e condição social do menor em São Paulo (1890-1920)*, S.P., CEDHAL.

NÚCLEO DE ESTUDOS DA VIOLÊNCIA

1991 *A cruzada filantrópica: a assistência social institucionalizada em São Paulo (1880-1920)*, S.P., NEV-USP.

NUNES, Everardo Duate (org.)

1983 *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*, S.P., ed. Global.

- 1989 *Juan César García: pensamento social em saúde na América Latina*, S.P., Cortez / ABRASCO.
- PAMPLONA, Marco A.
- 1991 *A historiografia sobre o protesto popular e sua contribuição para o estudo das revoltas urbanas*, R.J., PUC.
- PAOLI, Maria Célia
- 1991 São Paulo operária e suas imagens (1900-1940), in: *Espaço e Debates*, S.P., NERU, (33) : 27-41.
- PATARRA, Neide
- 1994 Transição demográfica: novas evidências, velhos desafios, in: *Revista Brasileira de Estudos de População*, Campinas, 11 (1) : 27-40.
- PATARRA, Neide Lopes e FERREIRA, Carlos Eugênio
- 1986 *Repensando a transição demográfica: formulações, críticas e perspectivas de análise*, Campinas, NEPO-UNICAMP.
- PATTO, Maria Helena Souza
- 1996 Teoremas e cataplasmas no Brasil monárquico, in: *Novos Estudos CEBRAP*, S.P., CEBRAP, (44) : 179-198.
- PAULA, Sérgio Goes de
- 1991 *Morrendo à toa: causas da mortalidade no Brasil*, S.P., ed. Ática.
- PEIXOTO, Afrânio
- 1926 *Higiene*, R.J., livraria Francisco Alves, 2 vol., 4ª ed. [1ª ed.: 1913]
- 1975 *Clima e saúde. Introdução biogeográfica à civilização brasileira*, S.P., Cia. Editora Nacional / INL. [1ª ed.: 1938]
- PETTY, Sir William (1623-1687)
- 1996 *William Petty: obras econômicas*, S.P., ed. nova Cultural (coleção Os Economistas).
- PINTO, Alfredo Moreira
- 1979 *A cidade de São Paulo em 1900*, S.P., Governo do Estado.
- PINTO, Maria Inez Machado Borges
- 1994 *Cotidiano e sobrevivência: a vida do trabalhador pobre na cidade de*

São Paulo (1890-1914), S.P., EDUSP.

PIRES FILHO, Fernando Molinos

1987 O que é Saúde Pública?, in: *Cadernos de Saúde Pública*, R.J., 3 (1) : 62-70.

PORTER, Roy et alii

1988 What is the History of science?, in: GARDINER, Juliet (ed.) *What is History today...?*, New Jersey, Humanities Press, pp. 69-81.

PORTO, Antônio Rodrigues

1992 *História urbanística da cidade de São Paulo (1554-1988)*, S.P., ed. Carthago & Forte.

PRADO, Antonio de Almeida

1958 Quatro séculos de medicina na cidade de São Paulo, in: *Ensaio Paulistas*, S.P., ed. Anhambi.

PRADO JÚNIOR, Caio

1989 *A cidade de São Paulo: geografia e história*, S.P., ed. Brasiliense.

QUIRINO, Antônio Inácio

1994 *A revolta da vacina e as repercussões na cidade de São Paulo*, S.P., UNISA, monografia.

RAGO, Margareth

s.d. *A prostituição em São Paulo nas décadas iniciais do século XX*, Campinas. IFCH-UNICAMP.

1987 *Do cabaré ao lar. A utopia da cidade disciplinar. Brasil, 1890-1930*, R.J., ed. Paz e Terra.

1993 As marcas da pantera: Foucault para historiadores, in: *Resgate*, Campinas, UNICAMP, n° 5, pp. 22-32.

1995 O efeito-Foucault na historiografia brasileira, in: *Tempo Social. Revista de Sociologia USP*, S.P., 7 (1-2) : 67-82.

RAGO, Luzia Margareth e MOREIRA, Eduardo F.P.

1988 *O que é taylorismo*, S.P., ed. Brasiliense, 5ª ed.

REIS, João José

1991 *A morte é uma festa*, S.P., Cia. das Letras.

RIBEIRO, Maria Alice Rosa

1993 *História sem fim... Inventário da saúde pública. São Paulo (1880-1930)*, S.P., ed. da UNESP.

RODRIGUES, José Albertino (org.)

1995 *Durkheim: sociologia*, S.P., ed. Ática. 7<sup>a</sup> ed.

ROLNIK, Raquel

1986 São Paulo na virada do século: o espaço é político, in: *Espaço e Debates*, S.P., NERU, (17) : 44-53.

ROSEN, George

1980 *Da polícia médica à medicina social*, R.J., ed. Graal.

1994 *Uma história da saúde pública*, S.P., ed. UNESP / HUCITEC / ABRASCO.

SANT'ANNA, Vanya Mundim

1978 A intervenção da ciência na política. in: *Ciência e sociedade no Brasil*, S.P., ed. Símbolo.

SANTOS, Joel Rufino dos

1980 *Quatro dias de rebelião*, R.J., ed. José Olympio.

SANTOS F<sup>o</sup>, Lycurgo

1966 *Pequena história da medicina brasileira*, S.P., DESA / EDUSP

SÃO PAULO (CIDADE)

1985 *A Secretaria de Higiene e Saúde da cidade de São Paulo: história e memórias*, S.P., Departamento do Patrimônio Histórico / Secretaria Municipal de Higiene e Saúde / Secretaria Municipal de Cultura (Série Registros, 6)

SARLO, Beatriz

1992 *La imaginación técnica*, Buenos Aires. ediciones Nueva Visión.

SAWYER, Diana Reiko Tutiya Oya

1980 *Mortality-fertility relationships through historical socio-economic change: the case of São Paulo, Brazil*, Boston, Ph.D., The Harvard School of Public Health, 2 v.

SCHAMA, Simon

1996 *Paisagem e memória*, S.P., Cia. das Letras.

SCHWARCZ, Lilia K. Moritz

1993 *O espetáculo das raças. Cientistas, instituições e questão racial no Brasil (1870-1930)*, S.P., Cia. das Letras.

SCLIAR, Moacyr

1987a *Do mágico ao social. A trajetória da saúde pública*, Porto Alegre, ed. L&PM.

1987b *Cenas médicas*, Porto Alegre, editora da Universidade (UFRGS).

1994 *Sonhos tropicais*, S.P., Cia. das Letras.

1996 *A paixão transformada. História da medicina na literatura*, S.P., Cia. das Letras.

SEVCENKO, Nicolau

1983 *Literatura como missão*, S.P., ed. Brasiliense.

1984 *A revolta da vacina: mentes insanas em corpos rebeldes*, S.P., ed. Brasiliense.

1992 *Orfeu extático na metrópole*, S.P., Cia. das Letras.

SHAW, George Bernard

1953 *O dilema do médico*, S.P., ed. Melhoramentos [1ª edição: 1906]

SIGERIST, Henry E.

1990 *Hitos en la historia de la salud pública*, México, Siglo Veintiuno, 4ª ed.

SILVA JÚNIOR, César da

1987 *Vocabulário etimológico de biologia*, S.P., ed. Atual, 3ª ed.

SILVA, Maria Beatriz Nizza da

1975 Médicos, cirurgiões e boticários. Análise de estratificação social. O Rio de Janeiro de 1808 a 1821, in: *Revista de História*, [nova série] 6 (7) : 43-84.

SIMÕES JR., José Geraldo

1991 O setor de obras públicas e as origens do urbanismo na cidade de São Paulo, in: *Espaço e Debates*, S.P., NERU, (34) : 71-74.

SINGER, Paul et alii

1988 *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde*, R.J., ed. Forense-Universitária, 3<sup>a</sup> ed.

SONTAG, Susan

1984 *A doença como metáfora*, R.J., ed. Graal.

1989 *Aids e suas metáforas*, S.P., Cia. das Letras.

SOURNIA, Jean-Charles e RUFFIE, Jacques

1986 *As epidemias na história do homem*, Lisboa, ed. 70.

SOUZA PINTO, G.

1946 A malária no Brasil (dados históricos), in: *Actas Ciba*, ano XIII, n<sup>o</sup> 9-10, setembro-outubro, pp. 205-210.

STAROBINSKI, Jean

s.d. *História da medicina*, Lisboa, ed. Moraes.

STEPAN, Nancy Leys

1976 *Gênese e evolução da ciência brasileira. Oswaldo Cruz e a política de investigação científica e médica*, R.J., ed. Artenova / FIOCRUZ.

1985 Eugenesia, genética y salud pública: el movimiento eugenésico brasileño y mundial, in: *Quipu*, 2 (3) : 351-384.

SÜSSEKIND, Flora

1987 *Cinematógrafo de letras*, S.P., Cia. das Letras.

TELAROLLI JÚNIOR, Rodolpho

1993 A secularização do registro dos eventos vitais no Estado de São Paulo, in: *Revista Brasileira de Estudos de População*, Campinas, 10 (1/2) : 145-156.

1994 Habitação, saúde e saneamento em São Paulo na República Velha, in: *Leitura*, S.P., IMESP, (143) : 13-14.

1995 *Epidemias no Brasil: uma abordagem biológica e social*, S.P., ed. Moderna.

1996 *Poder e saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*, S.P., ed. UNESP.

TEMPORÃO, José Gomes

1986 *A propaganda de medicamentos e o mito da saúde*, R.J., ed. Graal.

THÉODORIDÈS, Jean

s.d. *História da biologia*, Lisboa, ed. 70.

THOMAS, Keith

1988 *O homem e o mundo natural*, S.P., Cia. das Letras.

THORWALD, Jürgen

s.d. *O século dos cirurgiões*, S.P., ed. Hemus.

1990 *O segredo dos médicos antigos*, S.P., ed. Melhoramentos, 2ª ed.

TOLOI, Clélia Maria de Castro e LEVITES, Henrique

1990 *Mortalidade e causa mortis em São Paulo (1901-1920)*, S.P.,  
IMEUSP (SEA. Relatório de Análise Estatística, 9020).

TOLSTÓY, Leon (1828-1910)

1991 *A morte de Iván Ilitch*, S.P., Paulicéia.

TORNERO, Nilton

1995 *Os caminhos da cólera*, S.P., ed. Moderna. 2ª ed.

TRINDADE, Paula Sálvia

1996 *Suicídio e transformações sociais na cidade de São Paulo de 1900 a  
1910*, S.P., Dissertação de Mestrado, FFLCH [Sociologia] - USP .

TRONCA, Ítalo Arnaldo

1986 *História e doença: a partitura oculta. A lepra em São Paulo (1904-  
1940)*, in: RIBEIRO, Renato Janine (org.) - *Recordar Foucault*, S.P.,  
ed. Brasiliense, pp. 136-143.

TUCÍDIDES (c. 471 – 399 a.C.)

1982 *História da Guerra do Peloponeso*, Brasília, ed. UnB.

VALLIN, Jacques e MESLÉ, France

1988 *Origines et histoire de la statistique française des causes de décès*,  
in: *Les causes de décès en France de 1925 a 1978*, Paris, INED /  
PUF, pp. 11-89.

VASCONCELOS, Ana Maria Nogales

1998 *A qualidade das estatísticas de óbitos no Brasil*, in: *Revista Brasileira  
de Estudos de População*, Brasília, 15 (1) : 115-123.

VERNANT, Jean-Pierre



1979 A bela morte e o cadáver ultrajado, in: *Discurso*, S.P., (9) : 31-62.

VEYNE, Paul --

1982 *Como se escreve a história / Foucault revoluciona a história*, Brasília, ed. da UnB.

1983 *O inventário das diferenças: história e sociologia*, S.P., ed. Brasiliense.

VEYNE, Paul et alii

1988 *Indivíduo e poder*, Lisboa, ed. 70.

VIGARELLO, Georges

1996 *O limpo e o sujo*, S.P., ed. Martins Fontes.

VIRILIO, Paul e LOTRINGER, Sylvere

1984 *Guerra pura: a militarização do cotidiano*, S.P., ed. Brasiliense

WELLS, R.

1984 Experiences with the International Classification of Diseases and emerging problems, in: *International Conference on Health Statistics for the Year 2000*, Budapest, WHO / Statistical Publishing House, pp. 18-33.

WESTERGAARD, Harald Ludvig

1932 *Contributions to the history of statistics*, London, P.S. King & Son.

WHITE, Hayden

1991 A questão da narrativa na teoria contemporânea da História, in: *RH – Revista de História*, Campinas, IFCH / UNICAMP, pp. 47-89.

1992 *Meta-História*, S.P., EDUSP.

1994 *Trópicos do discurso*, S.P., EDUSP.

WHITE, Kevin

1991 Foucault's historical sociology of health / Foucault's sociology of health, in: *Current sociology: the sociology of health and illness*, London, Sage, 39 (2): 61-70.

WILLIAMS, Raymond

1990 *O campo e a cidade*, S.P., Cia. das Letras.

WOLFF, Francis

- 1984 Michel Foucault: uma gaia ciência sem nome, in: *Dados – Revista de Ciências Sociais*, R.J., 27 (2) :121-124.

### *Artigos de jornal*

COELHO, Marcelo

'Tempo doido' nos afasta do Primeiro Mundo, in: *Folha de São Paulo*, 04/12/96, p. 4-11 (Ilustrada).

O dia em que nevou em São Paulo. Meteorologista diz ter visto neve na Paulista, in: *Folha de São Paulo*, 22/08/99, p. 3-3 (São Paulo)

# ***APÊNDICES***

## *Apêndices*

### *I – Quadros:*

1. Mortalidade Geral – São Paulo (Capital) – 1894 – 1920;
2. Nati-mortalidade – São Paulo (Capital) – 1894 – 1919);
3. Mortalidade infantil – São Paulo (Capital) – 1894 – 1919;
4. Distribuição dos óbitos na faixa etária de 0 a 2 anos por grupos de causas – São Paulo (Capital): 1903 – 1919;
5. Mortalidade por afecções dos principais aparelhos - São Paulo (Capital): 1894 – 1923;
6. Mortalidade por afecções do aparelho circulatório - São Paulo (Capital): 1894 – 1919;
7. Mortalidade por afecções do aparelho digestivo - São Paulo (Capital): 1894 – 1919;
8. Mortalidade por afecções do aparelho gênito-urinário - São Paulo (Capital): 1894 – 1919;
9. Mortalidade por afecções do aparelho respiratório - São Paulo (Capital): 1894 – 1919;
10. Mortalidade por tuberculose - São Paulo (Capital) – 1894 – 1923;
11. Mortalidade por febre tifóide - São Paulo (Capital) – 1894 – 1919;
12. Mortalidade por impaludismo - São Paulo (Capital) – 1894 – 1920;
13. Mortalidade por disenteria - São Paulo (Capital) – 1894 – 1919;
14. Mortalidade por câncer - São Paulo (Capital) – 1894 – 1923;
15. Mortalidade por sífilis - São Paulo (Capital) – 1894 – 1923;
16. Mortalidade por escarlatina - São Paulo (Capital) – 1894 – 1919;
17. Mortalidade por lepra - São Paulo (Capital) – 1900 – 1919;
18. Mortalidade por gripe - São Paulo (Capital) – 1894 – 1919;
19. Mortalidade por raiva - São Paulo (Capital) – 1894 – 1919;
20. Mortalidade por difteria e croup - São Paulo (Capital) – 1894 – 1919;
21. Mortalidade por peste - São Paulo (Capital) – 1894 – 1919;
22. Mortalidade por sarampo - São Paulo (Capital) – 1894 – 1919;
23. Mortalidade por varíola - São Paulo (Capital) – 1894 – 1919;
24. Suicídios - São Paulo (Capital) – 1894 – 1919.

*II – Tabelas:*

1. Histórico da coleta e organização dos dados demográficos;
2. Legenda dos campos de preenchimento das Tabelas;
3. Planilha: Mortalidade por causa de óbito, sexo e idade (Cidade de São Paulo) – 1911.

*III - Gráficos:*

1. Mortalidade geral – coeficientes – São Paulo (Capital): 1894-1923
2. Nati-mortalidade – coeficientes – São Paulo (Capital): 1894-1919
3. Mortalidade infantil – coeficientes – São Paulo (Capital): 1894-1919 (0 a 1 ano)
4. Mortalidade geral – coeficientes – São Paulo (Capital): 1894-1923
5. Participação da mortalidade infantil na mortalidade geral – São Paulo (Capital): 1894-1919
6. Mortalidade por tuberculose – coeficientes – São Paulo (Capital): 1894-1923
7. Participação dos óbitos por tuberculose na mortalidade geral – São Paulo (Capital): 1894-1923
8. Mortalidade por febre tifóide – coeficientes – São Paulo (Capital): 1894-1919
9. Mortalidade por câncer – coeficientes – São Paulo (Capital): 1894-1923
10. Participação dos óbitos por câncer na mortalidade geral – São Paulo (Capital): 1894-1923
11. Mortalidade por sífilis – coeficientes – São Paulo (Capital): 1894-1923
12. Participação dos óbitos por sífilis na mortalidade geral – São Paulo (Capital): 1894-1923
13. Mortalidade por impaludismo – coeficientes – São Paulo (Capital): 1894-1920
14. Mortalidade por disenteria – coeficientes – São Paulo (Capital): 1894-1919
15. Mortalidade por hidrofobia – coeficientes – São Paulo (Capital): 1894-1919

16. Mortalidade por lepra – coeficientes – São Paulo (Capital): 1900- 1919
17. Mortalidade por escarlatina – coeficientes – São Paulo (Capital): 1894-1919
18. Suicídios – coeficientes – São Paulo (Capital): 1894-1919
19. Mortalidade por gripe – coeficientes – São Paulo (Capital): 1894-1919
20. Mortalidade por difteria e croup – coeficientes – São Paulo (Capital): 1894-1919
21. Mortalidade por peste – coeficientes – São Paulo (Capital): 1894-1919
22. Mortalidade por sarampo – coeficientes – São Paulo (Capital): 1894-1919
23. Mortalidade por varíola – coeficientes – São Paulo (Capital): 1894-1919
24. Mortalidade por afecções do aparelho digestivo – coeficientes – São Paulo (Capital): 1894-1919
25. Participação dos óbitos por afecções do aparelho digestivo na mortalidade geral – São Paulo (Capital): 1894-1919
26. Mortalidade por afecções do aparelho respiratório – coeficientes – São Paulo (Capital): 1894-1919
27. Participação dos óbitos por afecções do aparelho respiratório na mortalidade geral – São Paulo (Capital): 1894-1919
28. Mortalidade por afecções do aparelho circulatório – coeficientes – São Paulo (Capital): 1894-1919
29. Participação dos óbitos por afecções do aparelho circulatório na mortalidade geral – São Paulo (Capital): 1894-1919
30. Mortalidade por afecções do aparelho genito-urinário – coeficientes – São Paulo (Capital): 1894-1919
31. Participação dos óbitos por afecções do aparelho genito-urinário na mortalidade geral – São Paulo (Capital): 1894-1919
32. Óbitos por tuberculose, câncer e impaludismo – coeficientes – São Paulo (Capital): 1894-1923
33. Participação dos óbitos por tuberculose, câncer e impaludismo na mortalidade geral- São Paulo(Capital): 1894-1923
34. Evolução da mortalidade segundo sua distribuição pelos diversos aparelhos – coeficientes – São Paulo (Capital): 1894-1923.

Mortalidade Geral - São Paulo (Capital) 1894-1923							
ano	população	população estimada (01/07) (e)	mortalidade geral	mortalidade proporcional ( % )	mortalidade proporcional ( % ) (e)	coeficiente por 1 000 h.	coeficiente por 1.000 h. (e)
1894	150.000		4214	2,81%		28,09	
1895	170.000		5191	3,05%		30,54	
1896	200.000		5779	2,89%		28,90	
1897	230.000		5237	2,28%		22,77	
1898	260.000		5083	1,96%		19,55	
1899	260.000		4279	1,65%		16,46	
1900	260.000		4108	1,58%		15,80	
1901	286.000	235.457	4514	1,58%	1,92%	15,78	19,17
1902	286.000	246.779	5199	1,82%	2,11%	18,18	21,07
1903	286.000	258.646	4604	1,61%	1,78%	16,10	17,80
1904	286.000	271.083	4922	1,72%	1,82%	17,21	18,16
1905	286.000	284.119	4852	1,70%	1,71%	16,97	17,08
1906	286.000	297.781	5406	1,89%	1,82%	18,90	18,15
1907	300.000	312.101	5129	1,71%	1,64%	17,10	16,43
1908	300.000	327.109	5760	1,92%	1,76%	19,20	17,61
1909	300.000	342.838	5757	1,92%	1,68%	19,19	16,79
1910	314.000	359.324	6246	1,99%	1,74%	19,89	17,38
1911	358.000	376.603	6933	1,94%	1,84%	19,37	18,41
1912	400.000	394.713	9585	2,40%	2,43%	23,96	24,28
1913	480.000	413.693	9301	1,94%	2,25%	19,38	22,48
1914	485.000	433.586	8491	1,75%	1,96%	17,51	19,58
1915	500.000	454.436	7621	1,52%	1,68%	15,24	16,77
1916	484.901	476.288	8176	1,69%	1,72%	16,86	17,17
1917	470.872	499.192	7908	1,68%	1,58%	16,79	15,84
1918	528.295	523.196	14811	2,80%	2,83%	28,04	28,31
1919	528.925	548.355	9985	1,89%	1,82%	18,88	18,21
1920	581.435	574.724	10.565	1,82%	1,84%	18,17	18,38
1921	590.453		11.252	1,91%		19,06	
1922	637.823		11.473	1,80%		17,99	
1923	741.326		12.292	1,66%		16,58	

nati-mortalidade - São Paulo (Capital) 1894-1919					
ano	população	mortalidade geral	nascimentos	nascidos mortos	coeficiente por 1.000 nascidos vivos
1894	150.000	4.214	6.229	396	63,57
1895	170.000	5.191	7.066	463	65,53
1896	200.000	5.779	7.817	527	67,42
1897	230.000	5.237	8.174	482	58,97
1898	260.000	5.083	8.723	448	51,36
1899	260.000	4.279	9.132	438	47,96
1900	260.000	4.108	8.682	429	49,41
1901	286.000	4.514	8.763	479	54,66
1902	286.000	5.199	9.517	558	58,63
1903	286.000	4.604	9.603	541	56,34
1904	286.000	4.922	9.993	583	58,34
1905	286.000	4.852	10.267	559	54,45
1906	286.000	5.406	10.191	546	53,58
1907	300.000	5.129	10.707	633	59,12
1908	300.000	5.760	11.228	632	56,29
1909	300.000	5.757	11.135	655	58,82
1910	314.000	6.246	12.287	797	64,87
1911	358.000	6.933	13.270	875	65,94
1912	400.000	9.585	14.587	944	64,72
1913	480.000	9.301	16.782	1.023	60,96
1914	485.000	8.491	17.013	1.099	64,60
1915	500.000	7.621	16.696	921	55,16
1916	484.901	8.176	17.944	958	53,39
1917	470.872	7.908	17.598	1.028	58,42
1918	528.295	14.811	17.852	1.034	57,92
1919	528.925	9.985	16.916	1.030	60,89



mortalidade infantil - São Paulo (Capital) 1894-1919								
ano	população	mortalidade geral	nascimentos	óbitos 0 a 1 ano	óbitos 0 a 2 anos	porcentagem sobre a mortalidade geral (0 a 1 ano)	porcentagem sobre a mortalidade geral (0 a 2 anos)	coeficiente por 1.000 nascidos vivos (0 a 1 ano)
1894	150.000	4.214	6.229	1.022		24,25%		164,07
1895	170.000	5.191	7.066	1.311		25,26%		185,54
1896	200.000	5.779	7.817	1.445		25,00%		184,85
1897	230.000	5.237	8.174	1.407		26,87%		172,13
1898	260.000	5.083	8.723	1.357		26,70%		155,57
1899	260.000	4.279	9.132	1.048		24,49%		114,76
1900	260.000	4.108	8.682	937		22,81%		107,92
1901	286.000	4.514	8.763	1.084		24,01%		123,70
1902	286.000	5.199	9.517	1.175		22,60%		123,46
1903	286.000	4.604	9.603		2.095		45,50%	
1904	286.000	4.922	9.993		2.428		49,33%	
1905	286.000	4.852	10.267		2.403		49,53%	
1906	286.000	5.406	10.191		2.658		49,17%	
1907	300.000	5.129	10.707		2.339		45,60%	
1908	300.000	5.760	11.228		2.726		47,33%	
1909	300.000	5.757	11.135	1.863	2.732	32,36%	47,46%	167,31
1910	314.000	6.246	12.287	1.989	2.902	31,84%	46,46%	161,88
1911	358.000	6.933	13.270	2.503	3.395	36,10%	48,97%	188,62
1912	400.000	9.585	14.587	2.913	4.140	30,39%	43,19%	199,70
1913	480.000	9.301	16.782	3.231	4.491	34,74%	48,29%	192,53
1914	485.000	8.491	17.013	2.939	3.897	34,61%	45,90%	172,75
1915	500.000	7.621	16.696	2.528	3.368	33,17%	44,19%	151,41
1916	484.901	8.176	17.944	2.789	3.954	34,11%	48,36%	155,43
1917	470.872	7.908	17.598	2.619	3.485	33,12%	44,07%	148,82
1918	528.295	14.811	17.852	3.976	5.908	26,84%	39,89%	222,72
1919	528.925	9.985	16.916	3.051	4.411	30,56%	44,18%	180,36

obs.: na coluna referente aos óbitos de 0 a 2 anos - para os anos de 1907, 1908 e 1909 - foram excluídos os nati-mortos.

## distribuição dos óbitos na faixa etária de 0 a 2 anos por grupos de causas - São Paulo (Capital) - 1903 -1919

ano	óbitos 0 a 2 anos	moléstias gerais		afecções do sistema nervoso		afecções do aparelho circulatório		afecções do aparelho respiratório		afecções do aparelho digestivo		afecções do aparelho urinário		afecções da pele e dos ossos		debilidade congênita, vícios de conformação, etc		mortes violentas		sem declaração ou mal definidas	
		óbitos	%	óbitos	%	óbitos	%	óbitos	%	óbitos	%	óbitos	%	óbitos	%	óbitos	%	óbitos	%	óbitos	%
1903	2.095	119	5,68	190	9,07	6	0,29	391	18,66	965	46,06	17	0,81	6	0,29	334	15,94	17	0,81	50	2,39
1904	2.427	229	9,44	223	9,19	2	0,08	579	23,86	968	39,88	17	0,70	5	0,21	328	13,51	19	0,78	57	2,35
1905	2.401	219	9,12	180	7,50	14	0,58	417	17,37	1.150	47,90	14	0,58	5	0,21	334	13,91	5	0,21	63	2,62
1906	2.658	237	8,92	217	8,16	6	0,23	603	22,69	1.169	43,98	19	0,71	9	0,34	312	11,74	6	0,23	80	3,01
1907	2.339	158	6,76	170	7,27	3	0,13	446	19,07	1.107	47,33	14	0,60	4	0,17	375	16,03	10	0,43	52	2,22
1908	2.826	233	8,24	235	8,32	7	0,25	595	21,05	1.284	45,44	24	0,85	12	0,42	367	12,99	7	0,25	62	2,19
1909	2.732	230	8,42	224	8,20	7	0,26	587	21,49	1.250	45,75	18	0,66	7	0,26	347	12,70	11	0,40	51	1,87
1910	2.902	176	6,06	235	8,10	1	0,03	596	20,54	1.399	48,21	25	0,86	4	0,14	391	13,47	18	0,62	57	1,96
1911	3.395	263	7,75	216	6,36	13	0,38	756	22,27	1.649	48,57	27	0,80	3	0,09	392	11,55	14	0,41	62	1,83
1912	4.140	366	8,84	239	5,77	13	0,31	919	22,20	1.951	47,13	21	0,51	3	0,07	514	12,42	19	0,46	95	2,29
1913	4.491	324	7,21	254	5,66	18	0,40	929	20,69	2.240	49,88	34	0,76	8	0,18	558	12,42	27	0,60	99	2,20
1914	3.897	233	5,98	248	6,36	9	0,23	676	17,35	2.059	52,84	33	0,85	8	0,21	548	14,06	15	0,38	68	1,74
1915	3.368	162	4,81	223	6,62	15	0,45	683	20,28	1.667	49,50	31	0,92	7	0,21	500	14,85	13	0,39	67	1,99
1916	3.954	219	5,54	199	5,03	17	0,43	977	24,71	1.903	48,13	46	1,16	6	0,15	507	12,82	12	0,30	68	1,72
1917	3.485	168	4,82	176	5,05	17	0,49	653	18,74	1.791	51,39	40	1,15	2	0,06	544	15,61	18	0,52	76	2,18
1918	5.908	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1919	4.411	332	7,53	234	5,30	35	0,79	1.050	23,35	2.020	45,79	51	1,16	16	0,36	556	12,60	45	1,02	92	2,09

mortalidade por afecções dos principais aparelhos - São Paulo (Capital) 1894-1923																	
			sistema nervoso e órgãos dos sentidos			aparelho circulatório			aparelho respiratório			aparelho digestivo			aparelho genito-urinário		
ano	população	mortalidade geral	óbitos	coeficientes		óbitos	coeficientes		óbitos	coeficientes		óbitos	coeficientes		óbitos	coeficientes	
				%	por 1.000 h.		%	por 1.000 h.		%	por 1.000 h.		%	por 1.000 h.		%	por 1.000 h.
1894	150.000	4.214	336	7,97%	2,24	283	6,72%	1,89	545	12,93%	3,63	1.138	27,01%	7,59	59	1,40%	0,39
1895	170.000	5.191	495	9,54%	2,91	306	5,89%	1,80	821	15,82%	4,83	1.407	27,10%	8,28	85	1,64%	0,50
1896	200.000	5.779	472	8,17%	2,36	375	6,49%	1,88	838	14,50%	4,19	1.485	25,70%	7,43	121	2,09%	0,61
1897	230.000	5.237	416	7,94%	1,81	343	6,55%	1,49	738	14,09%	3,21	1.374	26,24%	5,97	93	1,78%	0,40
1898	260.000	5.083	386	7,59%	1,48	359	7,06%	1,38	715	14,07%	2,75	1.212	23,84%	4,66	91	1,79%	0,35
1899	260.000	4.279	343	8,02%	1,32	311	7,27%	1,20	655	15,31%	2,52	1.174	27,44%	4,52	85	1,99%	0,33
1900	260.000	4.108	338	8,23%	1,30	350	8,52%	1,35	554	13,49%	2,13	1.032	25,12%	3,97	97	2,36%	0,37
1901	286.000	4.514	344	7,62%	1,20	400	8,66%	1,40	826	18,30%	2,89	1.198	26,54%	4,19	105	2,33%	0,37
1902	286.000	5.199	438	8,42%	1,53	524	10,08%	1,83	842	16,20%	2,94	1.403	26,99%	4,91	135	2,60%	0,47
1903	286.000	4.604	385	8,36%	1,35	524	11,38%	1,83	635	13,79%	2,22	1.305	28,34%	4,56	142	3,08%	0,50
1904	286.000	4.922	403	8,19%	1,41	495	10,06%	1,73	875	17,78%	3,06	1.295	26,31%	4,53	167	3,39%	0,58
1905	286.000	4.852	374	7,71%	1,31	515	10,61%	1,80	668	13,77%	2,34	1.448	29,84%	5,06	147	3,03%	0,51
1906	286.000	5.406	470	8,69%	1,64	508	9,40%	1,78	906	16,76%	3,17	1.539	28,47%	5,38	155	2,87%	0,54
1907	300.000	5.129	372	7,25%	1,24	592	11,54%	1,97	750	14,62%	2,50	1.466	28,58%	4,89	203	3,96%	0,68
1908	300.000	5.760	501	8,70%	1,67	547	9,50%	1,82	950	16,49%	3,17	1.572	27,29%	5,24	205	3,56%	0,68
1909	300.000	5.757	467	8,11%	1,55	589	10,23%	1,96	974	16,92%	3,25	1.641	28,50%	5,47	168	2,92%	0,56
1910	314.000	6.246	485	7,76%	1,54	711	11,38%	2,26	996	15,95%	3,17	1.839	29,44%	5,86	214	3,43%	0,68
1911	358.000	6.933	497	7,17%	1,33	685	9,88%	1,91	1123	16,20%	3,14	2.235	32,24%	6,24	246	3,55%	0,69
1912	400.000	9.585	533	5,56%	1,33	803	8,38%	2,01	1491	15,56%	3,73	2.718	28,36%	6,80	246	2,57%	0,62
1913	480.000	9.301	633	6,81%	1,32	849	9,13%	1,77	1545	16,61%	3,22	3.106	33,39%	6,47	317	3,41%	0,66
1914	485.000	8.491	557	6,56%	1,15	811	9,55%	1,67	1226	14,44%	2,53	2.724	32,08%	5,62	302	3,56%	0,62
1915	500.000	7.621	535	7,02%	1,07	846	11,10%	1,69	1138	14,93%	2,28	1.192	15,64%	2,38	334	4,38%	0,67
1916	484.901	8.176	508	6,21%	1,05	871	10,65%	1,80	1543	18,87%	3,18	2.416	29,55%	4,98	348	4,26%	0,72
1917	470.872	7.908	493	6,23%	1,05	969	12,25%	2,06	1200	15,17%	2,55	2.268	28,68%	4,82	385	4,87%	0,82
1918	528.295	14.811	571	3,86%	1,08	1111	7,50%	2,10	1604	10,83%	3,04	2.726	18,41%	5,16	422	2,85%	0,80
1919	528.925	9.985	551	5,52%	1,04	1058	10,60%	2,00	1809	18,12%	3,42	2.831	28,35%	5,35	431	4,32%	0,81
1920	581.435	10.565	604	5,72%	1,04	1141	10,80%	19,62	1779	16,84%	30,60	3.012	28,51%	51,80	470	4,45%	8,08
1921	590.453	11.252	573	5,09%	0,97	1182	10,50%	20,02	1749	15,54%	29,62	2.904	25,81%	49,18	524	4,66%	8,87
1922	637.823	11.473	604	5,26%	0,95	1085	9,46%	17,01	1738	15,15%	27,25	2.920	25,45%	45,78	494	4,31%	7,75
1923	741.326	12.292	597	4,86%	0,81	1205	9,80%	16,25	1737	14,13%	23,43	3.340	27,17%	45,05	645	5,25%	8,70

mortalidade por afecções do aparelho circulatório - São Paulo (Capital): 1894-1919					
ano	população	mortalidade geral	óbitos por afecções do aparelho circulatório	% sobre a mortalidade geral	coeficiente por 1.000 h
1894	150.000	4 214	283	6,72%	1,89
1895	170.000	5 191	306	5,89%	1,80
1896	200.000	5.779	375	6,49%	1,88
1897	230.000	5 237	343	6,55%	1,49
1898	260.000	5 083	359	7,06%	1,38
1899	260.000	4 279	311	7,27%	1,20
1900	260.000	4 108	350	8,52%	1,35
1901	286.000	4 514	400	8,86%	1,40
1902	286.000	5 199	524	10,08%	1,83
1903	286.000	4 604	524	11,38%	1,83
1904	286.000	4 922	495	10,06%	1,73
1905	286.000	4 852	515	10,61%	1,80
1906	286.000	5 406	508	9,40%	1,78
1907	300.000	5 129	592	11,54%	1,97
1908	300.000	5 760	547	9,50%	1,82
1909	300.000	5 757	589	10,23%	1,96
1910	314.000	6 246	711	11,38%	2,26
1911	358.000	6 933	685	9,88%	1,91
1912	400.000	9 585	803	8,38%	2,01
1913	480.000	9 301	849	9,13%	1,77
1914	485.000	8 491	811	9,55%	1,67
1915	500.000	7 621	846	11,10%	1,69
1916	484.901	8 176	871	10,65%	1,80
<b>1917</b>	<b>470.872</b>	<b>7.908</b>	<b>969</b>	<b>12,25%</b>	<b>2,06</b>
1918	528.295	14.811	1.111	7,50%	2,10
1919	528.925	9 985	1.058	10,60%	2,00

mortalidade por afecções do aparelho digestivo - São Paulo (Capital): 1894-1919					
ano	população	mortalidade geral	óbitos por afecções do aparelho digestivo	% sobre a mortalidade geral	coeficiente por 1.000 h.
1894	150.000	4.214	1.138	27,01%	7,59
1895	170.000	5.191	1.407	27,10%	8,28
1896	200.000	5.779	1.485	25,70%	7,43
1897	230.000	5.237	1.374	26,24%	5,97
1898	260.000	5.083	1.212	23,84%	4,66
1899	260.000	4.279	1.174	27,44%	4,52
1900	260.000	4.108	1.032	25,12%	3,97
1901	286.000	4.514	1.198	26,54%	4,19
1902	286.000	5.199	1.403	26,99%	4,91
1903	286.000	4.604	1.305	28,34%	4,56
1904	286.000	4.922	1.295	26,31%	4,53
1905	286.000	4.852	1.448	29,84%	5,06
1906	286.000	5.406	1.539	28,47%	5,38
1907	300.000	5.129	1.466	28,58%	4,89
1908	300.000	5.760	1.572	27,29%	5,24
1909	300.000	5.757	1.641	28,50%	5,47
1910	314.000	6.246	1.839	29,44%	5,86
1911	358.000	6.933	2.235	32,24%	6,24
1912	400.000	9.585	2.718	28,36%	6,80
1913	480.000	9.301	3.106	33,39%	6,47
1914	485.000	8.491	2.724	32,08%	5,62
1915	500.000	7.621	1.192	15,64%	2,38
1916	484.901	8.176	2.416	29,55%	4,98
1917	470.872	7.908	2.268	28,68%	4,82
1918	528.295	14.811	2.726	18,41%	5,16
1919	528.925	9.985	2.831	28,35%	5,35

mortalidade por afecções do aparelho genito-urinário - São Paulo (Capital): 1894-1919					
ano	população	mortalidade geral	óbitos por afecções do aparelho genito-urinário	% sobre a mortalidade geral	coeficiente por 1.000 h.
1894	150.000	4.214	59	1,40%	0,39
1895	170.000	5.191	85	1,64%	0,50
1896	200.000	5.779	121	2,09%	0,61
1897	230.000	5.237	93	1,78%	0,40
1898	260.000	5.083	91	1,79%	0,35
1899	260.000	4.279	85	1,99%	0,33
1900	260.000	4.108	97	2,36%	0,37
1901	286.000	4.514	105	2,33%	0,37
1902	286.000	5.199	135	2,60%	0,47
1903	286.000	4.604	142	3,08%	0,50
1904	286.000	4.922	167	3,39%	0,58
1905	286.000	4.852	147	3,03%	0,51
1906	286.000	5.406	155	2,87%	0,54
1907	300.000	5.129	203	3,96%	0,68
1908	300.000	5.760	205	3,56%	0,68
1909	300.000	5.757	168	2,92%	0,56
1910	314.000	6.246	214	3,43%	0,68
1911	358.000	6.933	246	3,55%	0,69
1912	400.000	9.585	246	2,57%	0,62
1913	480.000	9.301	317	3,41%	0,66
1914	485.000	8.491	302	3,56%	0,62
1915	500.000	7.621	334	4,38%	0,67
1916	484.901	8.176	348	4,26%	0,72
1917	470.872	7.908	385	4,87%	0,82
1918	528.295	14.811	422	2,85%	0,80
1919	528.925	9.985	431	4,32%	0,81

mortalidade por afecções do aparelho respiratório - São Paulo (Capital): 1894-1919					
ano	população	mortalidade geral	óbitos por afecções do aparelho respiratório	% sobre a mortalidade geral	coeficiente por 1.000 h.
1894	150 000	4 214	545	12,93%	3,63
1895	170 000	5 191	821	15,82%	4,83
1896	200 000	5 779	838	14,50%	4,19
1897	230 000	5 237	738	14,09%	3,21
1898	260 000	5 083	715	14,07%	2,75
1899	260 000	4 279	655	15,31%	2,52
1900	260 000	4 108	554	13,49%	2,13
1901	286 000	4 514	826	18,30%	2,89
1902	286 000	5 199	842	16,20%	2,94
1903	286 000	4 604	635	13,79%	2,22
1904	286 000	4 922	875	17,78%	3,06
1905	286 000	4 852	668	13,77%	2,34
1906	286 000	5 406	906	16,76%	3,17
1907	300 000	5 129	750	14,62%	2,50
1908	300 000	5 760	950	16,49%	3,17
1909	300 000	5 757	974	16,92%	3,25
1910	314 000	6 246	996	15,95%	3,17
1911	358 000	6 933	1 123	16,20%	3,14
1912	400 000	9 585	1 491	15,56%	3,73
1913	480 000	9 301	1 545	16,61%	3,22
1914	485 000	8 491	1 226	14,44%	2,53
1915	500 000	7 621	1 138	14,93%	2,28
1916	484 901	8 176	1 543	18,87%	3,18
1917	470 872	7 908	1 200	15,17%	2,55
1918	528 295	14 811	1 604	10,83%	3,04
1919	528 925	9 985	1 809	18,12%	3,42

mortalidade por tuberculose - São Paulo (Capital): 1894-1923					
ano	população	mortalidade geral	óbitos por tuberculose	% sobre a mortalidade geral	coeficiente por 1.000 h.
1894	150 000	4.214	390	9,25%	2,60
1895	170 000	5.191	366	7,05%	2,15
1896	200 000	5.779	434	7,51%	2,17
1897	230 000	5.237	406	7,75%	1,77
1898	260 000	5.083	418	8,22%	1,61
1899	260 000	4.279	399	9,32%	1,53
1900	260 000	4.108	365	8,89%	1,40
1901	286 000	4.514	337	7,47%	1,18
1902	286 000	5.199	361	6,94%	1,26
1903	286 000	4.604	393	8,54%	1,37
1904	286 000	4.922	358	7,27%	1,25
1905	286 000	4.852	344	7,09%	1,20
1906	286 000	5.406	387	7,16%	1,35
1907	300 000	5.129	421	8,21%	1,40
1908	300 000	5.760	374	6,49%	1,25
1909	300 000	5.757	427	7,42%	1,42
1910	314 000	6.246	474	7,59%	1,51
1911	358 000	6.933	447	6,45%	1,25
1912	400 000	9.585	432	4,51%	1,08
1913	480 000	9.301	561	6,03%	1,17
1914	485 000	8.491	612	7,21%	1,26
1915	500 000	7.621	628	8,24%	1,26
1916	484.901	8.176	531	6,49%	1,10
1917	470.872	7.908	585	7,40%	1,24
1918	528.295	14.811	654	4,42%	1,24
1919	528.925	9.985	614	6,15%	1,16
1920	581.435	10.565	639	6,05%	1,10
1921	590.453	11.252	720	6,40%	1,22
1922	637.823	11.473	806	7,03%	1,26
1923	741.326	12.292	737	6,00%	0,99



mortalidade por febre tifóide - São Paulo (Capital): 1894-1919					
ano	população	mortalidade geral	óbitos por febre tifóide	% sobre a mortalidade geral	coeficiente por 1 000 h.
1894	150.000	4.214	135	3,20%	0,90
1895	170.000	5.191	93	1,79%	0,55
1896	200.000	5.779	187	3,24%	0,94
1897	230.000	5.237	223	4,26%	0,97
1898	260.000	5.083	160	3,15%	0,62
1899	260.000	4.279	112	2,62%	0,43
1900	260.000	4.108	106	2,58%	0,41
1901	286.000	4.514	68	1,51%	0,24
1902	286.000	5.199	55	1,06%	0,19
1903	286.000	4.604	62	1,35%	0,22
1904	286.000	4.922	38	0,77%	0,13
1905	286.000	4.852	51	1,05%	0,18
1906	286.000	5.406	52	0,96%	0,18
1907	300.000	5.129	54	1,05%	0,18
1908	300.000	5.760	35	0,61%	0,12
1909	300.000	5.757	53	0,92%	0,18
1910	314.000	6.246	40	0,64%	0,13
1911	358.000	6.933	63	0,91%	0,18
1912	400.000	9.585	99	1,03%	0,25
1913	480.000	9.301	165	1,77%	0,34
1914	485.000	8.491	294	3,46%	0,61
1915	500.000	7.621	156	2,05%	0,31
1916	484.901	8.176	97	1,19%	0,20
1917	470.872	7.908	66	0,83%	0,14
1918	528.295	14.811	72	0,49%	0,14
1919	528.925	9.985	76	0,76%	0,14

mortalidade por impaludismo - São Paulo (Capital): 1894-1920						
ano	população	mortalidade geral	óbitos por impaludismo	% sobre a mortalidade geral	coeficiente por 1.000 h.	observações:
1894	150.000	4.214	273	6,48%	1,82	
1895	170.000	5.191	236	4,55%	1,39	
1896	200.000	5.779	266	4,60%	1,33	
1897	230.000	5.237	214	4,09%	0,93	
1898	260.000	5.083	149	2,93%	0,57	
1899	260.000	4.279	120	2,80%	0,46	
1900	260.000	4.108	118	2,87%	0,45	
1901	286.000	4.514	81	1,79%	0,28	<i>cf. Anuário - 1901</i>
1902	286.000	5.199	99	1,90%	0,35	<i>cf. Anuário - 1902</i>
1903	286.000	4.604	62	1,35%	0,22	<i>cf. Anuário - 1903</i>
1904	286.000	4.922	54	1,10%	0,19	
1905	286.000	4.852	63	1,30%	0,22	
1906	286.000	5.406	50	0,92%	0,17	
1907	300.000	5.129	41	0,80%	0,14	
1908	300.000	5.760	42	0,73%	0,14	
1909	300.000	5.757	39	0,68%	0,13	
1910	314.000	6.246	26	0,42%	0,08	
1911	358.000	6.933	20	0,29%	0,06	
1912	400.000	9.585	17	0,18%	0,04	
1913	480.000	9.301	8	0,09%	0,02	
1914	485.000	8.491	18	0,21%	0,04	
1915	500.000	7.621	20	0,26%	0,04	
1916	484.901	8.176	13	0,16%	0,03	
1917	470.872	7.908	17	0,21%	0,04	
1918	528.295	14.811	16	0,11%	0,03	
1919	528.925	9.985	2	0,02%	0,00	
1920	581.435	10.565	13	0,12%	0,02	

mortalidade por disenteria - São Paulo (Capital): 1894-1919					
ano	população	mortalidade geral	óbitos por disenteria	% sobre a mortalidade geral	coeficiente por 1.000 h.
1894	150.000	4 214	95	2,25%	0,63
1895	170.000	5.191	75	1,44%	0,44
1896	200.000	5.779	64	1,11%	0,32
1897	230.000	5.237	47	0,90%	0,20
1898	260.000	5.083	74	1,46%	0,28
1899	260.000	4.279	49	1,15%	0,19
1900	260.000	4.108	51	1,24%	0,20
1901	286.000	4.514	38	0,84%	0,13
1902	286.000	5.199	73	1,40%	0,26
1903	286.000	4.604	41	0,89%	0,14
1904	286.000	4.922	66	1,34%	0,23
1905	286.000	4.852	46	0,95%	0,16
1906	286.000	5.406	42	0,78%	0,15
1907	300.000	5.129	45	0,88%	0,15
1908	300.000	5.760	38	0,66%	0,13
1909	300.000	5.757	49	0,85%	0,16
1910	314.000	6.246	33	0,53%	0,11
1911	358.000	6.933	55	0,79%	0,15
1912	400.000	9.585	42	0,44%	0,11
1913	480.000	9.301	40	0,43%	0,08
1914	485.000	8.491	49	0,58%	0,10
1915	500.000	7.621	48	0,63%	0,10
1916	484.901	8.176	27	0,33%	0,06
1917	470.872	7.908	44	0,56%	0,09
1918	528.295	14.811	45	0,30%	0,09
1919	528.925	9.985	47	0,47%	0,09

mortalidade por câncer - São Paulo (Capital): 1894-1923					
ano	população	mortalidade geral	óbitos por câncer	% sobre a mortalidade geral	coeficiente por 1.000 h.
1894	150.000	4.214	19	0,45%	0,13
1895	170.000	5.191	29	0,56%	0,17
1896	200.000	5.779	61	1,06%	0,31
1897	230.000	5.237	51	0,97%	0,22
1898	260.000	5.083	57	1,12%	0,22
1899	260.000	4.279	48	1,12%	0,18
1900	260.000	4.108	52	1,27%	0,20
1901	286.000	4.514	66	1,46%	0,23
1902	286.000	5.199	68	1,31%	0,24
1903	286.000	4.604	84	1,82%	0,29
1904	286.000	4.922	100	2,03%	0,35
1905	286.000	4.852	89	1,83%	0,31
1906	286.000	5.406	80	1,48%	0,28
1907	300.000	5.129	128	2,50%	0,43
1908	300.000	5.760	143	2,48%	0,48
1909	300.000	5.757	117	2,03%	0,39
1910	314.000	6.246	153	2,45%	0,49
1911	358.000	6.933	156	2,25%	0,44
1912	400.000	9.585	200	2,09%	0,50
1913	480.000	9.301	201	2,16%	0,42
1914	485.000	8.491	197	2,32%	0,41
1915	500.000	7.621	255	3,35%	0,51
1916	484.901	8.176	272	3,33%	0,56
1917	470.872	7.908	280	3,54%	0,59
1918	528.295	14.811	286	1,93%	0,54
1919	528.925	9.985	288	2,88%	0,54
1920	581.435	10.565	308	2,92%	0,53
1921	590.453	11.252	337	3,00%	0,57
1922	637.823	11.473	346	3,02%	0,54
1923	741.326	12.292	355	2,89%	0,48

mortalidade por sífilis - São Paulo (Capital): 1894-1923					
ano	população	mortalidade geral	óbitos por sífilis	% sobre a mortalidade geral	coeficiente por 1.000 h.
1894	150.000	4.214	8	0,19%	0,05
1895	170.000	5.191	16	0,31%	0,09
1896	200.000	5.779	27	0,47%	0,14
1897	230.000	5.237	21	0,40%	0,09
1898	260.000	5.083	26	0,51%	0,10
1899	260.000	4.279	9	0,21%	0,03
1900	260.000	4.108	27	0,66%	0,10
1901	286.000	4.514	31	0,69%	0,11
1902	286.000	5.199	35	0,67%	0,12
1903	286.000	4.604	41	0,89%	0,14
1904	286.000	4.922	41	0,83%	0,14
1905	286.000	4.852	46	0,95%	0,16
1906	286.000	5.406	37	0,68%	0,13
1907	300.000	5.129	37	0,72%	0,12
1908	300.000	5.760	38	0,66%	0,13
1909	300.000	5.757	44	0,76%	0,15
1910	314.000	6.246	41	0,66%	0,13
1911	358.000	6.933	59	0,85%	0,16
1912	400.000	9.585	51	0,53%	0,13
1913	480.000	9.301	57	0,61%	0,12
1914	485.000	8.491	55	0,65%	0,11
1915	500.000	7.621	66	0,87%	0,13
1916	484.901	8.176	65	0,80%	0,13
1917	470.872	7.908	62	0,78%	0,13
1918	528.295	14.811	55	0,37%	0,10
1919	528.925	9.985	79	0,79%	0,15
1920	581.435	10.565	82	0,78%	1,41
1921	590.453	11.252	106	0,94%	1,80
1922	637.823	11.473	118	1,03%	1,85
1923	741.326	12.292	136	1,11%	1,83

mortalidade por escarlatina - São Paulo (Capital): 1894-1919					
ano	população	mortalidade geral	óbitos por escarlatina	% sobre a mortalidade geral	coeficiente por 1 000 h.
1894	150.000	4.214	0	0,00%	0,00
1895	170.000	5.191	5	0,10%	0,03
1896	200.000	5.779	16	0,28%	0,08
1897	230.000	5.237	1	0,02%	0,00
1898	260.000	5.083	5	0,10%	0,02
1899	260.000	4.279	11	0,26%	0,04
1900	260.000	4.108	2	0,05%	0,01
1901	286.000	4.514	2	0,04%	0,01
1902	286.000	5.199	4	0,08%	0,01
1903	286.000	4.604	1	0,02%	0,00
1904	286.000	4.922	0	0,00%	0,00
1905	286.000	4.852	2	0,04%	0,01
1906	286.000	5.406	0	0,00%	0,00
1907	300.000	5.129	1	0,02%	0,00
1908	300.000	5.760	11	0,19%	0,04
1909	300.000	5.757	9	0,16%	0,03
1910	314.000	6.246	2	0,03%	0,01
1911	358.000	6.933	1	0,01%	0,00
1912	400.000	9.585	0	0,00%	0,00
1913	480.000	9.301	19	0,20%	0,04
1914	485.000	8.491	2	0,02%	0,00
1915	500.000	7.621	1	0,01%	0,00
1916	484.901	8.176	0	0,00%	0,00
1917	470.872	7.908	25	0,32%	0,05
1918	528.295	14.811	122	0,82%	0,23
1919	528.925	9.985	74	0,74%	0,14

mortalidade por lepra - São Paulo (Capital): 1900-1919					
ano	população	mortalidade geral	óbitos por lepra	% sobre a mortalidade geral	coeficiente por 1.000 h.
1900	260.000	4.108	4	0,10%	0,02
1901	286.000	4.514	5	0,11%	0,02
1902	286.000	5.199	10	0,19%	0,03
1903	286.000	4.604	4	0,09%	0,01
1904	286.000	4.922	6	0,12%	0,02
1905	286.000	4.852	7	0,14%	0,02
1906	286.000	5.406	17	0,31%	0,06
1907	300.000	5.129	11	0,21%	0,04
1908	300.000	5.760	11	0,19%	0,04
1909	300.000	5.757	6	0,10%	0,02
1910	314.000	6.246	23	0,37%	0,07
1911	358.000	6.933	21	0,30%	0,06
1912	400.000	9.585	24	0,25%	0,06
1913	480.000	9.301	19	0,20%	0,04
1914	485.000	8.491	21	0,25%	0,04
1915	500.000	7.621	23	0,30%	0,05
1916	484.901	8.176	32	0,39%	0,07
1917	470.872	7.908	27	0,34%	0,06
1918	528.295	14.811	34	0,23%	0,06
1919	528.925	9.985	28	0,28%	0,05

mortalidade por gripe - São Paulo (Capital): 1894-1919					
ano	população	mortalidade geral	óbitos por gripe	% sobre a mortalidade geral	coeficiente por 1.000 h.
1894	150.000	4.214	8	0,19%	0,05
1895	170.000	5.191	2	0,04%	0,01
1896	200.000	5.779	1	0,02%	0,01
1897	230.000	5.237	2	0,04%	0,01
1898	260.000	5.083	3	0,06%	0,01
1899	260.000	4.279	5	0,12%	0,02
1900	260.000	4.108	5	0,12%	0,02
1901	286.000	4.514	13	0,29%	0,05
1902	286.000	5.199	8	0,15%	0,03
1903	286.000	4.604	30	0,65%	0,10
1904	286.000	4.922	34	0,69%	0,12
1905	286.000	4.852	31	0,64%	0,11
1906	286.000	5.406	55	1,02%	0,19
1907	300.000	5.129	48	0,94%	0,16
1908	300.000	5.760	59	1,02%	0,20
1909	300.000	5.757	78	1,35%	0,26
1910	314.000	6.246	64	1,02%	0,20
1911	358.000	6.933	80	1,15%	0,22
1912	400.000	9.585	106	1,11%	0,27
1913	480.000	9.301	97	1,04%	0,20
1914	485.000	8.491	107	1,26%	0,22
1915	500.000	7.621	70	0,92%	0,14
1916	484.901	8.176	75	0,92%	0,15
1917	470.872	7.908	74	0,94%	0,16
1918	528.295	14.811	5.372	36,27%	10,17
1919	528.925	9.985	354	3,55%	0,67



mortalidade por hidrofobia - São Paulo (Capital): 1894-1919					
ano	população	mortalidade geral	óbitos por hidrofobia	% sobre a mortalidade geral	coeficiente por 1.000 h.
1894	150.000	4.214	0	0,00%	0,00
1895	170.000	5.191	0	0,00%	0,00
1896	200.000	5.779	0	0,00%	0,00
1897	230.000	5.237	1	0,02%	0,00
1898	260.000	5.083	1	0,02%	0,00
1899	260.000	4.279	1	0,02%	0,00
1900	260.000	4.108	0	0,00%	0,00
1901	286.000	4.514	0	0,00%	0,00
1902	286.000	5.199	0	0,00%	0,00
1903	286.000	4.604	0	0,00%	0,00
1904	286.000	4.922	0	0,00%	0,00
1905	286.000	4.852	0	0,00%	0,00
1906	286.000	5.406	1	0,02%	0,00
1907	300.000	5.129	0	0,00%	0,00
1908	300.000	5.760	1	0,02%	0,00
1909	300.000	5.757	1	0,02%	0,00
1910	314.000	6.246	0	0,00%	0,00
1911	358.000	6.933	2	0,03%	0,01
1912	400.000	9.585	0	0,00%	0,00
1913	480.000	9.301	4	0,04%	0,01
1914	485.000	8.491	1	0,01%	0,00
1915	500.000	7.621	1	0,01%	0,00
1916	484.901	8.176	4	0,05%	0,01
1917	470.872	7.908	3	0,04%	0,01
1918	528.295	14.811	3	0,02%	0,01
1919	528.925	9.985	3	0,03%	0,01

mortalidade por difteria e croup - São Paulo (Capital): 1894-1919					
ano	população	mortalidade geral	óbitos por difteria e croup	% sobre a mortalidade geral	coeficiente por 1.000 h.
1894	150.000	4.214	13	0,31%	0,09
1895	170.000	5.191	23	0,44%	0,14
1896	200.000	5.779	17	0,29%	0,09
1897	230.000	5.237	33	0,63%	0,14
1898	260.000	5.083	11	0,22%	0,04
1899	260.000	4.279	12	0,28%	0,05
1900	260.000	4.108	9	0,22%	0,03
1901	286.000	4.514	20	0,44%	0,07
1902	286.000	5.199	13	0,25%	0,05
1903	286.000	4.604	16	0,35%	0,06
1904	286.000	4.922	14	0,28%	0,05
1905	286.000	4.852	11	0,23%	0,04
1906	286.000	5.406	22	0,41%	0,08
1907	300.000	5.129	4	0,08%	0,01
1908	300.000	5.760	20	0,35%	0,07
1909	300.000	5.757	24	0,42%	0,08
1910	314.000	6.246	24	0,38%	0,08
1911	358.000	6.933	26	0,38%	0,07
1912	400.000	9.585	39	0,41%	0,10
1913	480.000	9.301	54	0,58%	0,11
1914	485.000	8.491	38	0,45%	0,08
1915	500.000	7.621	35	0,46%	0,07
1916	484.901	8.176	31	0,38%	0,06
1917	470.872	7.908	44	0,56%	0,09
1918	528.295	14.811	64	0,43%	0,12
1919	528.925	9.985	54	0,54%	0,10

mortalidade por peste - São Paulo (Capital): 1894-1919					
ano	população	mortalidade geral	óbitos por peste	% sobre a mortalidade geral	coeficiente por 1.000 h.
1894	150.000	4.214	0	0,00%	0,00
1895	170.000	5.191	0	0,00%	0,00
1896	200.000	5.779	0	0,00%	0,00
1897	230.000	5.237	0	0,00%	0,00
1898	260.000	5.083	0	0,00%	0,00
1899	260.000	4.279	4	0,09%	0,02
1900	260.000	4.108	2	0,05%	0,01
1901	286.000	4.514	0	0,00%	0,00
1902	286.000	5.199	1	0,02%	0,00
1903	286.000	4.604	7	0,15%	0,02
1904	286.000	4.922	6	0,12%	0,02
1905	286.000	4.852	4	0,08%	0,01
1906	286.000	5.406	8	0,15%	0,03
1907	300.000	5.129	3	0,06%	0,01
1908	300.000	5.760	5	0,09%	0,02
1909	300.000	5.757	0	0,00%	0,00
1910	314.000	6.246	5	0,08%	0,02
1911	358.000	6.933	5	0,07%	0,01
1912	400.000	9.585	1	0,01%	0,00
1913	480.000	9.301	4	0,04%	0,01
1914	485.000	8.491	5	0,06%	0,01
1915	500.000	7.621	1	0,01%	0,00
1916	484.901	8.176	0	0,00%	0,00
1917	470.872	7.908	0	0,00%	0,00
1918	528.295	14.811	0	0,00%	0,00
1919	528.925	9.985	1	0,01%	0,00

mortalidade por sarampo - São Paulo (Capital): 1894-1919					
ano	população	mortalidade geral	óbitos por sarampo	% sobre a mortalidade geral	coeficiente por 1 000 h.
1894	150.000	4.214	21	0,50%	0,14
1895	170.000	5.191	66	1,27%	0,39
1896	200.000	5.779	71	1,23%	0,36
1897	230.000	5.237	77	1,47%	0,33
1898	260.000	5.083	19	0,37%	0,07
1899	260.000	4.279	28	0,65%	0,11
1900	260.000	4.108	21	0,51%	0,08
1901	286.000	4.514	57	1,26%	0,20
1902	286.000	5.199	85	1,63%	0,30
1903	286.000	4.604	1	0,02%	0,00
1904	286.000	4.922	34	0,69%	0,12
1905	286.000	4.852	116	2,39%	0,41
1906	286.000	5.406	134	2,48%	0,47
1907	300.000	5.129	58	1,13%	0,19
1908	300.000	5.760	96	1,67%	0,32
1909	300.000	5.757	111	1,93%	0,37
1910	314.000	6.246	99	1,59%	0,32
1911	358.000	6.933	80	1,15%	0,22
1912	400.000	9.585	133	1,39%	0,33
1913	480.000	9.301	124	1,33%	0,26
1914	485.000	8.491	32	0,38%	0,07
1915	500.000	7.621	25	0,33%	0,05
1916	484.901	8.176	77	0,94%	0,16
1917	470.872	7.908	7	0,09%	0,01
1918	528.295	14.811	41	0,28%	0,08
1919	528.925	9.985	102	1,02%	0,19

mortalidade por varíola - São Paulo (Capital): 1894-1919					
ano	população	mortalidade geral	óbitos por varíola	% sobre a mortalidade geral	coeficiente por 1.000 h.
1894	150.000	4.214	0	0,00%	0,00
1895	170.000	5.191	22	0,42%	0,13
1896	200.000	5.779	21	0,36%	0,11
1897	230.000	5.237	26	0,50%	0,11
1898	260.000	5.083	345	6,79%	1,33
1899	260.000	4.279	7	0,16%	0,03
1900	260.000	4.108	1	0,02%	0,00
1901	286.000	4.514	46	1,02%	0,16
1902	286.000	5.199	66	1,27%	0,23
1903	286.000	4.604	13	0,28%	0,05
1904	286.000	4.922	19	0,39%	0,07
1905	286.000	4.852	5	0,10%	0,02
1906	286.000	5.406	5	0,09%	0,02
1907	300.000	5.129	0	0,00%	0,00
1908	300.000	5.760	136	2,36%	0,45
1909	300.000	5.757	48	0,83%	0,16
1910	314.000	6.246	5	0,08%	0,02
1911	358.000	6.933	2	0,03%	0,01
1912	400.000	9.585	237	2,47%	0,59
1913	480.000	9.301	17	0,18%	0,04
1914	485.000	8.491	16	0,19%	0,03
1915	500.000	7.621	1	0,01%	0,00
1916	484.901	8.176	0	0,00%	0,00
1917	470.872	7.908	3	0,04%	0,01
1918	528.295	14.811	0	0,00%	0,00
1919	528.925	9.985	4	0,04%	0,01

suicídios em São Paulo (Capital): 1894-1919					
ano	população	mortalidade geral	suicídios	% sobre a mortalidade geral	coeficiente por 1.000 h.
1894	150.000	4.214	8	0,19%	0,05
1895	170.000	5.191	8	0,15%	0,05
1896	200.000	5.779	11	0,19%	0,06
1897	230.000	5.237	7	0,13%	0,03
1898	260.000	5.083	3	0,06%	0,01
1899	260.000	4.279	3	0,07%	0,01
1900	260.000	4.108	3	0,07%	0,01
1901	286.000	4.514	8	0,18%	0,03
1902	286.000	5.199	14	0,27%	0,05
1903	286.000	4.604	3	0,07%	0,01
1904	286.000	4.922	9	0,18%	0,03
1905	286.000	4.852	6	0,12%	0,02
1906	286.000	5.406	11	0,20%	0,04
1907	300.000	5.129	12	0,23%	0,04
1908	300.000	5.760	17	0,30%	0,06
1909	300.000	5.757	17	0,30%	0,06
1910	314.000	6.246	21	0,34%	0,07
1911	358.000	6.933	42	0,61%	0,12
1912	400.000	9.585	43	0,45%	0,11
1913	480.000	9.301	67	0,72%	0,14
1914	485.000	8.491	80	0,94%	0,16
1915	500.000	7.621	64	0,84%	0,13
1916	484.901	8.176	51	0,62%	0,11
1917	470.872	7.908	59	0,75%	0,13
1918	528.295	14.811	46	0,31%	0,09
1919	528.925	9.985	52	0,52%	0,10



ano	classe	causas de óbito	0-5	0-5	6-10	6-10	11-20	11-20	21-50	21-50	> 51	> 51	i. i.	i. i.	sub	sub	total	%	coef.
			M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F			
1911	I b	febre tifóide (tifo abdominal)	8	2	2	5	11	8	19	7	0	1	0	0	40	23	63	0,91	1,76
1911	I b	tifo exantemático	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
1911	I b	febre recorrente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
1911	I b	febre palustre (paludismo agudo)	2	2	1	2	2	0	6	1	0	0	0	0	11	5	16	0,23	0,45
1911	I b	caquexia palustre (paludismo crônico)	0	0	0	1	0	0	2	1	0	0	0	0	2	2	4	0,06	0,11
1911	I b	variola	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	2	0,03	0,06
1911	I b	sarampo	32	39	6	3	0	0	0	0	0	0	0	0	38	42	80	1,15	2,23
1911	I b	escarlatina	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0,01	0,03
1911	I b	coqueluche	18	23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18	23	41	0,59	1,15
1911	I b	difteria e croup	15	7	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	18	8	26	0,38	0,73
1911	I b	gripe	16	18	2	0	4	8	8	7	5	12	0	0	35	45	80	1,15	2,23
1911	I b	suor maligno miliar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
1911	I b	cólera asiática	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
1911	I b	cólera nostras	6	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	2	8	0,12	0,22
1911	I b	disenteria	12	10	1	0	1	2	11	3	11	4	0	0	36	19	55	0,79	1,54
1911	I b	peste	0	0	0	1	1	1	2	0	0	0	0	0	3	2	5	0,07	0,14
1911	I b	febre amarela	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
1911	I b	lepra	0	0	0	0	0	0	10	5	4	2	0	0	14	7	21	0,30	0,59
1911	I b	erisipela	5	6	1	0	0	1	1	3	1	1	0	0	8	11	19	0,27	0,53
1911	I b	outras moléstias epidêmicas	6	1	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	9	1	10	0,14	0,28
1911	I b	infecção purulenta e septicemia	8	4	3	1	1	4	7	4	2	5	0	0	21	18	39	0,56	1,09
1911	I b	mormo e lamparão	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
1911	I b	pústula maligna e carbúnculo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
1911	I b	raiva [hidrofobia]	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	2	0,03	0,06
1911	I b	tétano	17	13	1	0	3	1	0	0	0	0	0	0	21	14	35	0,50	0,98
1911	I b	micoses	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0,01	0,03
1911	I b	pelagra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
1911	I b	béri-béri	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0,01	0,03
1911	I b	tuberculose pulmonar	3	2	1	8	47	47	160	95	17	14	3	0	231	166	397	5,73	11,09
1911	I b	tuberculose miliar aguda	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	2	0,03	0,06
1911	I b	tuberculose laríngea	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
1911	I b	tuberculose meníngea	3	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	3	7	0,10	0,20
1911	I b	tuberculose abdominal	2	2	1	1	3	0	4	3	2	3	0	0	12	9	21	0,30	0,59
1911	I b	mal de Pott	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
1911	I b	tumores brancos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
1911	I b	tuberculose de outros órgãos	0	0	1	0	7	1	0	0	0	0	0	0	8	1	9	0,13	0,25
1911	I b	tuberculose generalizada	0	0	0	0	2	1	3	5	0	0	0	0	5	0	11	0,16	0,31
1911	I b	raquitismo	6	6	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	7	6	13	0,19	0,36
1911	I b	sífilis	12	22	1	1	16	3	3	0	0	0	1	0	33	26	59	0,85	1,65
1911	I b	cancro mole	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
1911	I b	gonococcia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
1911	I b	cancro da boca tumor maligno	0	0	0	0	0	0	2	1	2	1	0	0	4	2	6	0,09	0,17
1911	I b	cancro do estômago tumor maligno	0	0	0	0	0	0	10	4	17	9	0	0	27	13	40	0,58	1,12



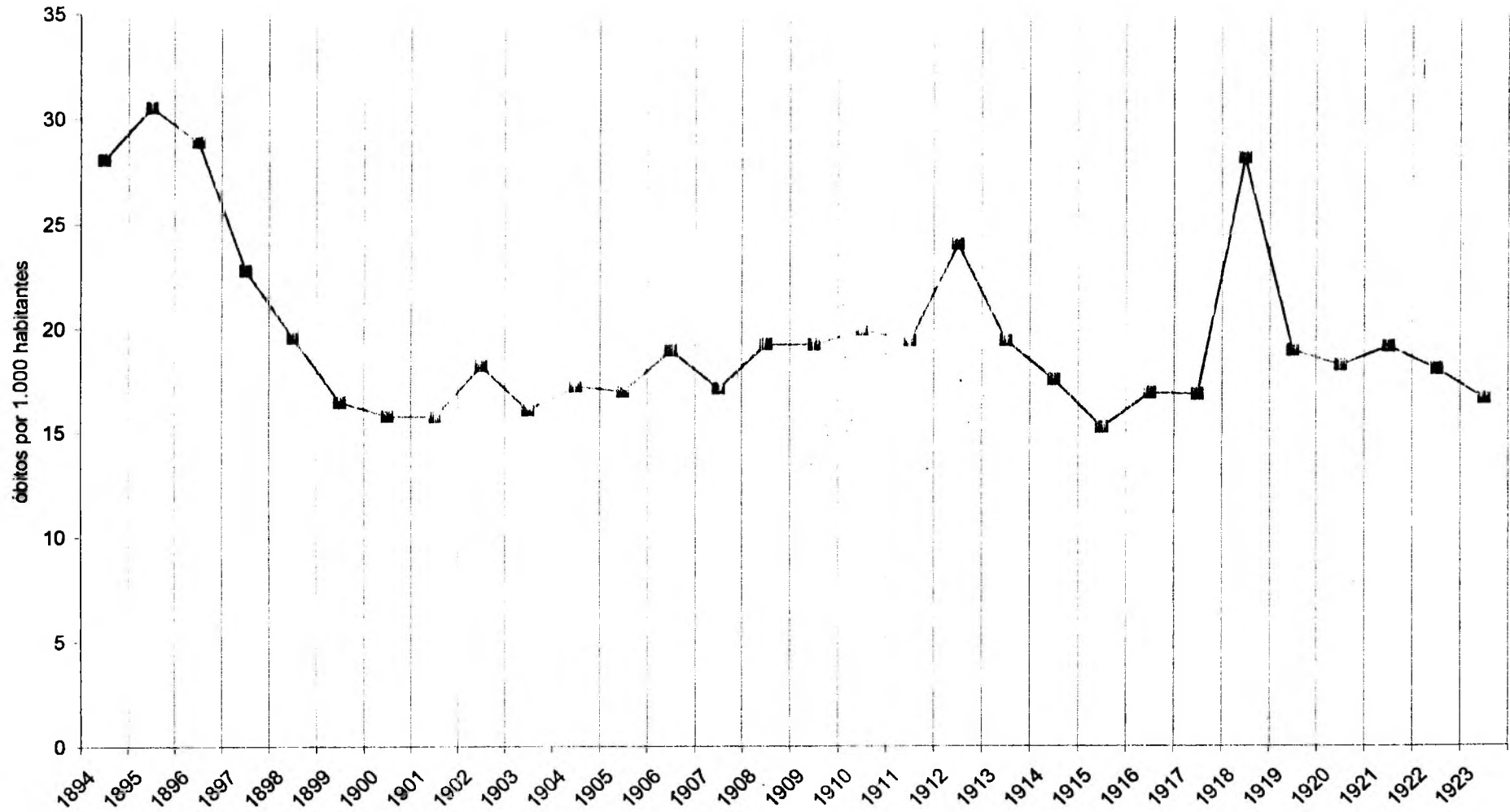
ano	classe	causas de óbito	0-5	0-5	6-10	6-10	11-20	11-20	21-50	21-50	> 51	> 51	i. i.	i. i.	sub	sub	total	%	coef.
			M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F			
1911	I.b	cancro do fígado tumor maligno	0	0	0	0	0	0	2	1	5	2	0	0	7	3	10	0,14	0,28
1911	I.b	cancro do peritônio, intestinos e do reto tumor maligno	1	0	0	0	0	0	2	4	2	1	0	0	5	5	10	0,14	0,28
1911	I.b	cancro dos órgãos genitais da mulher tumor maligno	0	0	0	0	0	17	0	10	0	0	0	0	0	27	27	0,39	0,75
1911	I.b	cancro do seio tumor maligno	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	3	3	0,04	0,08
1911	I.b	cancro da pele tumor maligno	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0,01	0,03
1911	I.b	cancro de outros órgãos não especificados tumor maligno	0	0	1	0	2	0	18	11	19	8	0	0	40	19	59	0,85	1,65
1911	I.b	outros tumores exceto dos órgãos genitais da mulher	0	0	0	0	0	0	4	4	3	2	0	0	7	6	13	0,19	0,36
1911	I.b	reumatismo articular agudo	0	0	1	1	0	1	3	1	2	1	0	0	6	4	10	0,14	0,28
1911	I.b	reumatismo crônico e gota	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0,03	0,06
1911	I.b	escorbuto	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0,03	0,06
1911	I.b	diabetes	0	1	0	0	1	0	0	3	3	6	0	0	4	10	14	0,20	0,39
1911	I.b	bócio exoftálmico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
1911	I.b	moléstia bronzeada de Addison	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3	3	0,04	0,08
1911	I.b	leucemia	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0,01	0,03
1911	I.b	anemia e clorose	0	1	0	0	0	2	0	3	0	0	0	0	0	6	6	0,09	0,17
1911	I.b	outras moléstias gerais	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
1911	I.b	alcoolismo agudo ou crônico	0	0	0	0	0	1	10	0	7	0	0	0	17	1	18	0,26	0,50
1911	I.b	saturnismo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
1911	I.b	outras intoxicações profissionais crônicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
1911	I.b	outras envenenamentos crônicos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
1911	II.c	encefalite	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	0	3	0,04	0,08
1911	II.c	meningite simples	104	71	12	1	6	2	7	3	2	0	0	0	131	77	208	3,00	5,81
1911	II.c	meningite cérebro-espinhal epidêmica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
1911	II.c	ataxia locomotora progressiva	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
1911	II.c	outras afecções da medula espinhal	1	0	0	0	0	1	5	0	6	1	0	0	12	2	14	0,20	0,39
1911	II.c	hemorragia cerebral, apoplexia	5	1	0	0	2	0	36	22	44	37	3	0	90	60	150	2,16	4,19
1911	II.c	amolecimento cerebral	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	0	0	2	3	5	0,07	0,14
1911	II.c	paralisia sem causa indicada	0	1	0	0	0	0	2	2	4	1	0	0	6	4	10	0,14	0,28
1911	II.c	paralisia geral	0	0	0	0	1	0	2	2	0	0	0	0	3	2	5	0,07	0,14
1911	II.c	outras formas de alienação mental	0	0	0	0	0	0	2	1	1	4	0	0	3	5	8	0,12	0,22
1911	II.c	epilepsia	2	0	0	0	1	3	1	5	1	2	0	0	5	10	15	0,22	0,42
1911	II.c	eclampsia (não puerperal)	0	0	1	0	0	4	0	0	0	0	0	0	1	4	5	0,07	0,14
1911	II.c	convulsões das crianças	38	26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	38	26	64	0,92	1,79
1911	II.c	coréa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
1911	II.c	nevralgia e nevrite	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
1911	II.c	outras afecções do sistema nervoso	0	0	0	0	0	2	3	2	3	0	0	0	6	4	10	0,14	0,28
1911	II.c	afecções dos olhos e seus anexos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
1911	II.c	afecções dos ouvidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
1911	III.a	pericardite	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	2	0,03	0,06
1911	III.a	endocardite aguda	2	1	0	1	2	2	13	12	11	5	0	0	28	21	49	0,71	1,37
1911	III.a	afecções orgânicas do coração	4	3	0	4	8	10	116	75	90	117	0	0	218	209	427	6,16	11,93
1911	III.a	angina do peito	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	4	0	4	0,06	0,11
1911	III.a	afecções das artérias (ateroma, aneurisma, etc.)	0	0	0	0	0	0	23	10	68	65	0	0	91	75	166	2,39	4,64

ano	classe	causas de óbito	0-5	0-5	6-10	6-10	11-20	11-20	21-50	21-50	> 51	> 51	i. i.	i. i.	sub	sub	total	%	coef.
			M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F			
1911	III.a	embolia e trombose	0	0	0	0	0	2	5	4	3	7	0	0	8	13	21	0,30	0,59
1911	III.a	afecções das veias (varizes, hemorróidas, flebite, etc.), etc.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
1911	III.a	afecções do sistema linfático (linfangite, etc.)	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	3	0,04	0,08
1911	III.a	hemorragia e outras afecções do aparelho circulatório	2	4	0	0	0	1	0	2	1	3	0	0	3	10	13	0,19	0,36
1911	IV.a	afecções das fossas nasais	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
1911	IV.a	afecções da laringe	6	9	1	0	0	0	1	2	1	0	0	0	9	11	20	0,29	0,56
1911	IV.a	afecções do corpo tireóide	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
1911	IV.a	bronquite aguda	191	165	3	0	1	3	5	2	4	3	0	0	204	173	377	5,44	10,53
1911	IV.a	bronquite crônica	0	0	0	1	1	0	1	1	2	7	0	0	4	9	13	0,19	0,36
1911	IV.a	bronco-pneumonia	205	182	8	8	4	3	8	8	15	2	0	0	240	203	443	6,39	12,37
1911	IV.a	pneumonia	39	22	1	3	9	9	30	16	21	10	0	0	100	60	160	2,31	4,47
1911	IV.a	pleurisia	2	2	2	0	1	0	11	2	3	0	0	0	19	4	23	0,33	0,64
1911	IV.a	congestão e apoplexia pulmonares	6	7	1	0	3	3	6	12	6	2	0	0	22	24	46	0,66	1,28
1911	IV.a	grangrena do pulmão	0	0	0	0	0	0	5	0	2	0	0	0	7	0	7	0,10	0,20
1911	IV.a	asthma	0	0	0	0	1	0	4	0	3	1	0	0	8	1	9	0,13	0,25
1911	IV.a	enfisema pulmonar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0,01	0,03
1911	IV.a	outras afecções do aparelho respiratório (exceto a tísica)	3	0	0	1	2	2	7	5	2	2	0	0	14	10	24	0,35	0,67
1911	V.a	afecções da boca e de seus anexos	4	4	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	5	6	11	0,16	0,31
1911	V.a	angina e outras afecções da faringe	3	4	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	4	5	9	0,13	0,25
1911	V.a	afecções do esôfago	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	2	2	4	0,06	0,11
1911	V.a	úlceras do estômago	0	0	0	0	0	1	2	1	3	0	0	0	5	2	7	0,10	0,20
1911	V.a	outras afecções estômago exceto o cancro	7	3	0	0	0	0	3	0	3	2	0	0	13	5	18	0,26	0,50
1911	V.a	diarréia e enterite (abaixo de 2 anos)	817	757	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	817	757	1574	22,70	43,97
1911	V.a	diarréia e enterite (2 anos e acima)	109	106	10	7	3	7	15	35	24	36	1	0	162	191	353	5,09	9,86
1911	V.a	ancilostomiase	1	0	0	0	2	2	6	2	1	1	0	1	10	6	16	0,23	0,45
1911	V.a	outros parasitas intestinais	11	14	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	11	15	27	0,39	0,75
1911	V.a	apendicite e typhlite	0	0	0	0	4	2	3	1	0	0	0	0	7	3	10	0,14	0,28
1911	V.a	hérnias, obstruções intestinais	1	3	1	0	0	2	4	6	4	6	0	0	10	17	27	0,39	0,75
1911	V.a	outras afecções dos intestinos	8	11	1	0	0	0	4	3	3	2	0	0	16	16	32	0,46	0,89
1911	V.a	icterícia grave	0	0	0	0	1	0	2	1	1	0	0	0	4	1	5	0,07	0,14
1911	V.a	tumores hidáticos do fígado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
1911	V.a	cirrose do fígado	2	1	0	1	3	2	29	7	12	3	0	0	46	14	60	0,87	1,68
1911	V.a	cálculos biliares	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
1911	V.a	abcesso do fígado	0	0	0	0	0	0	6	0	2	0	0	0	8	0	8	0,12	0,22
1911	V.a	outras afecções do fígado	1	1	1	1	2	0	8	6	5	1	0	0	17	9	26	0,38	0,73
1911	V.a	afecções do baço	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	2	0,03	0,06
1911	V.a	peritonite simples (excluída a puerperal)	3	1	2	2	3	3	7	13	4	3	0	0	19	22	41	0,59	1,15
1911	V.a	outras afecções do ap. digestivo (exceto cancro e tuberculose)	2	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	2	5	0,07	0,14
1911	VI.a	nefrite aguda	15	18	3	5	3	4	20	25	18	13	1	0	60	65	125	1,80	3,49
1911	VI.a	mal de Bright	4	0	0	0	4	0	20	16	17	16	0	0	45	32	77	1,11	2,15
1911	VI.a	quilúria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
1911	VI.a	outras afecções dos rins e seus anexos	0	0	0	0	0	0	3	4	15	6	0	0	18	10	28	0,40	0,78
1911	VI.a	cálculos das vias urinárias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00

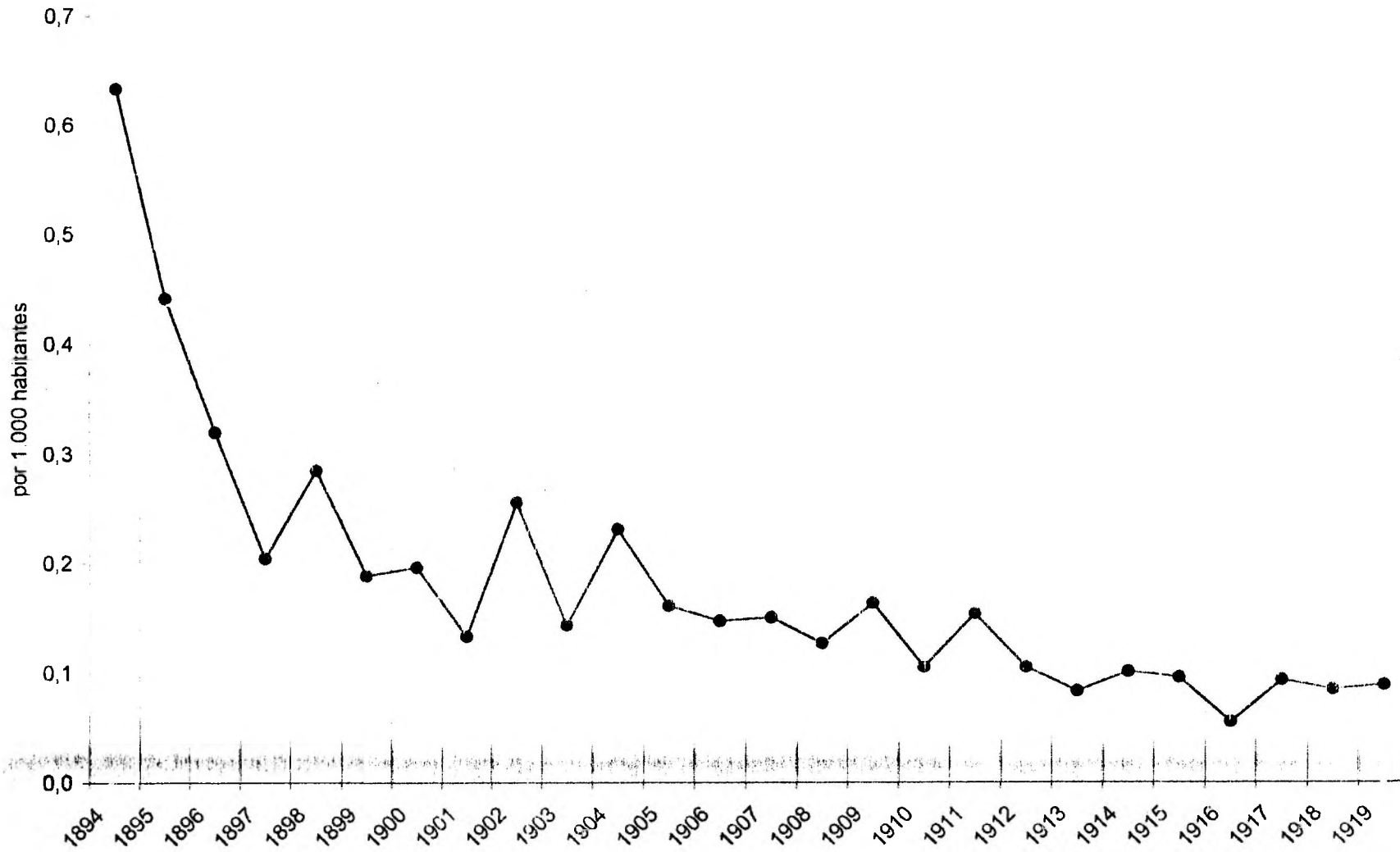
ano	classe	causas de óbito	0-5	0-5	6-10	6-10	11-20	11-20	21-50	21-50	> 51	> 51	i. i.	i. i.	sub	sub	total	%	coef.
			M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F			
1911	VI.a	afecções da bexiga	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	2	1	3	0,04	0,08
1911	VI.a	afecções da uretra abscesso urinoso	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,01	0,03
1911	VI.a	afecções da próstata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
1911	VI.a	afecções não venéreas dos órgãos genitais do homem	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0,01	0,03
1911	VI.a	hemorragia uterina não puerperal	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	?	3	0,04	0,08
1911	VI.a	tumor uterino (não canceroso)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	?)	0	0,00	0,00
1911	VI.a	outras afecções do útero	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0,01	0,03
1911	VI.a	quistos e outros tumores do ovário	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
1911	VI.a	salpingite e outras afecções dos órgãos genitais da mulher	0	0	0	0	0	1	0	6	0	0	0	0	0	7	7	0,10	0,20
1911	VI.a	afecções não-puerperais da mama exceto o cancro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
1911	VII.b	acidentes da gravidez	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	2	0,03	0,06
1911	VII.b	hemorragia puerperal	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0	0	0	0	9	9	0,13	0,25
1911	VII.b	outros acidentes do parto	0	0	0	0	0	0	0	8	0	0	0	0	0	8	8	0,12	0,22
1911	VII.b	septicemia puerperal	0	0	0	0	0	4	0	28	0	0	0	0	0	32	32	0,46	0,89
1911	VII.b	albuminúria e eclampsia puerperais	0	0	0	0	0	1	0	7	0	0	0	0	0	8	8	0,12	0,22
1911	VII.b	flegmacia alba dolens, embolia e morte súbita puerperais	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
1911	VII.b	sobrepeso	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
1911	VII.b	afecções puerperais da mama	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
1911	VIII.a	gangrena	0	1	0	0	3	0	2	2	0	0	0	0	5	3	8	0,12	0,22
1911	VIII.a	furúnculos	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0,01	0,03
1911	VIII.a	flegmão, abscesso quente	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	2	0,03	0,06
1911	VIII.a	outras afecções da pele e seus anexos	0	2	0	0	0	0	3	4	0	1	0	0	3	7	10	0,14	0,28
1911	IX.a	afecções dos ossos (não tuberculosas)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,01	0,03
1911	IX.a	afecções das articulações (exceto tuberculose e reumatismo)	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0,01	0,03
1911	IX.a	amputação	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
1911	IX.a	outras afecções dos ossos e dos órgãos de locomoção	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
1911	X	vícios de conformação congênitos (excuidos natimortos)	2	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4	7	0,10	0,20
1911	XI.c	debilidade congênita, icterícia e esclerema	210	167	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	210	167	377	5,44	10,53
1911	XI.c	outras moléstias especiais da 1ª idade	3	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	8	11	0,16	0,31
1911	XI.c	falta de cuidados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
1911	XII	senilidade	0	0	0	0	0	0	0	0	18	36	0	0	18	36	54	0,78	1,51
1911	XIII.c	suicídio por veneno	0	0	0	0	0	3	4	2	1	0	0	0	5	5	10	0,14	0,28
1911	XIII.c	suicídio por asfixia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	?)	0	0,00	0,00
1911	XIII.c	suicídio enforcamento ou estrangulamento	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	1	2	3	0,04	0,08
1911	XIII.c	suicídio por submersão	0	0	0	0	0	0	2	2	1	0	0	0	3	2	5	0,07	0,14
1911	XIII.c	suicídio por arma de fogo	0	0	0	0	4	1	7	2	2	0	0	0	13	3	16	0,23	0,45
1911	XIII.c	suicídio por instrumentos cortantes e perfurantes	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0,01	0,03
1911	XIII.c	suicídio por precipitação de lugar elevado	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0	2	0,03	0,06
1911	XIII.c	suicídio por esmagamento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
1911	XIII.c	outros suicídios	0	0	0	0	0	1	2	1	0	1	0	0	2	3	5	0,07	0,14
1911	XIII.c	por alimentos envenenamentos	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,01	0,03
1911	XIII.c	ofídico envenenamentos	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,01	0,03
1911	XIII.c	outros envenenamentos agudos	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	3	4	0,06	0,11

ano	classe	causas de óbito	0-5		6-10		11-20		21-50		> 51		i. i.		sub		total	%	coef.		
			M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F					
1911	XIII.c	incêndio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00		
1911	XIII.c	queimadura exceto em incêndio	5	7	0	2	2	1	2	2	1	6	0	2	10	20	30	0,43	0,84		
1911	XIII.c	absorção de gases deletérios (exceto suicídio e incêndio)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00		
1911	XIII.c	submersão acidental	0	4	2	0	16	0	10	1	2	0	1	0	31	5	36	0,52	1,01		
1911	XIII.c	traumatismos por armas de fogo	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,01	0,03		
1911	XIII.c	traumatismos por instrumento cortante ou perfurante	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00		
1911	XIII.c	traumatismos por queda	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	4	0	4	0,06	0,11		
1911	XIII.c	traumatismos em minas e pedreiras	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00		
1911	XIII.c	traumatismos por máquinas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00		
1911	XIII.c	por traumatismos por outros esmagamentos (CTBD)	1	1	2	2	1	2	11	0	1	0	0	0	16	5	21	0,30	0,59		
1911	XIII.c	violências exercidas por animais	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00		
1911	XIII.c	fome	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0,01	0,03		
1911	XIII.c	frio excessivo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00		
1911	XIII.c	termonose	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0,01	0,03		
1911	XIII.c	raio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00		
1911	XIII.c	outras comoções elétricas	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	5	0	5	0,07	0,14		
1911	XIII.c	homicídio por armas de fogo	0	0	0	0	2	1	7	1	0	0	0	0	9	2	11	0,16	0,31		
1911	XIII.c	homicídio por instrumento cortante ou perfurante	0	0	0	0	1	1	1	2	1	0	0	0	3	3	6	0,09	0,17		
1911	XIII.c	homicídio por outros meios	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	3	1	4	0,06	0,11		
1911	XIII.c	fratura s.outras indicação	0	0	0	0	1	0	4	2	0	0	0	0	5	2	7	0,10	0,20		
1911	XIII.c	outras violências exteriores	0	1	1	0	2	1	12	3	4	2	1	0	20	7	27	0,39	0,75		
1911	XIV.a	lesão orgânica não definida	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00		
1911	XIV.a	morte súbita	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	1	3	0,04	0,08		
1911	XIV.a	causas de morte não especificadas ou mal definidas	31	36	2	1	8	8	27	20	15	9	0	1	83	75	158	2,28	4,41		
<b>1911 Total</b>																	<b>3745</b>	<b>3188</b>	<b>6933</b>		

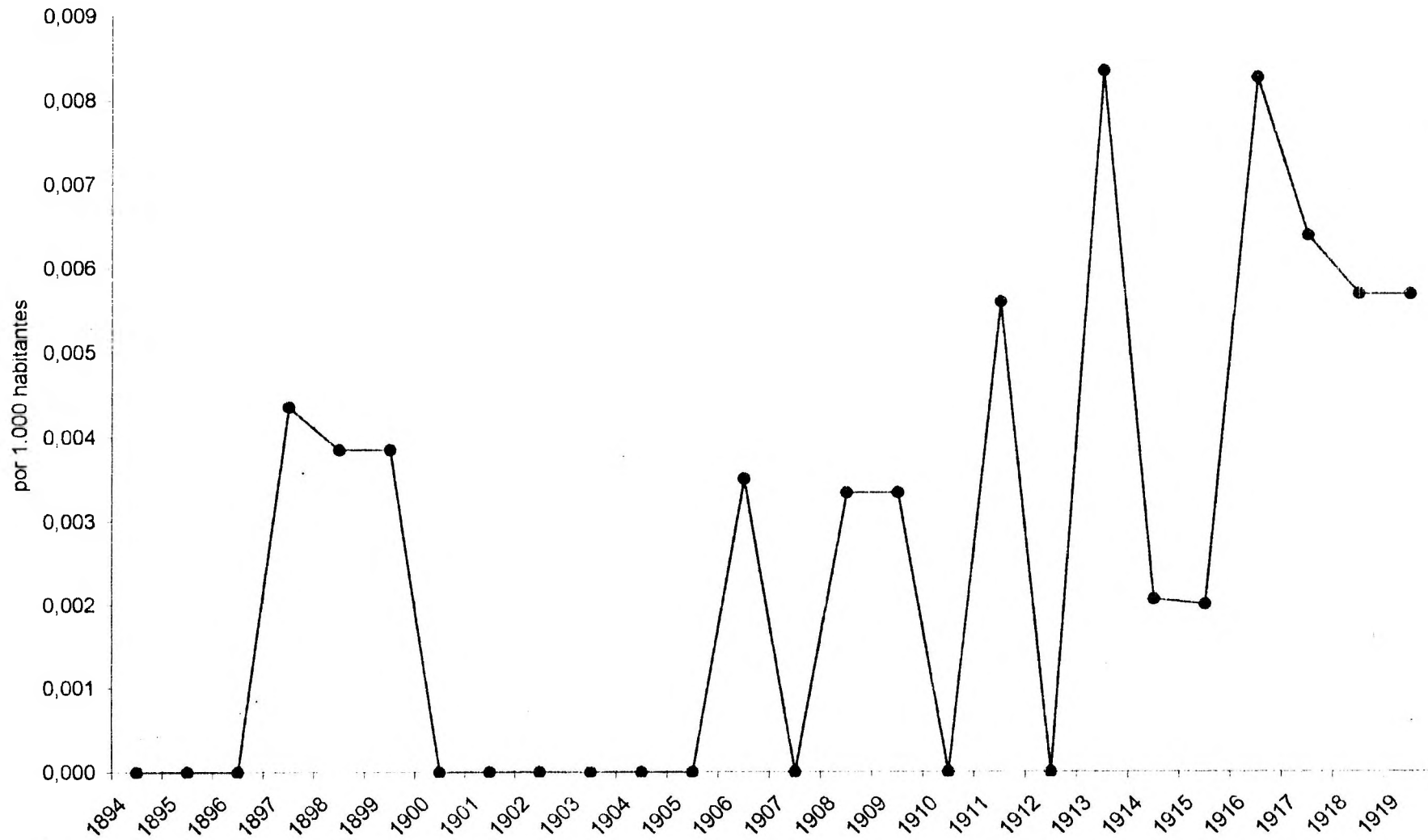
Mortalidade Geral - coeficientes - São Paulo (Capital): 1894 - 1923



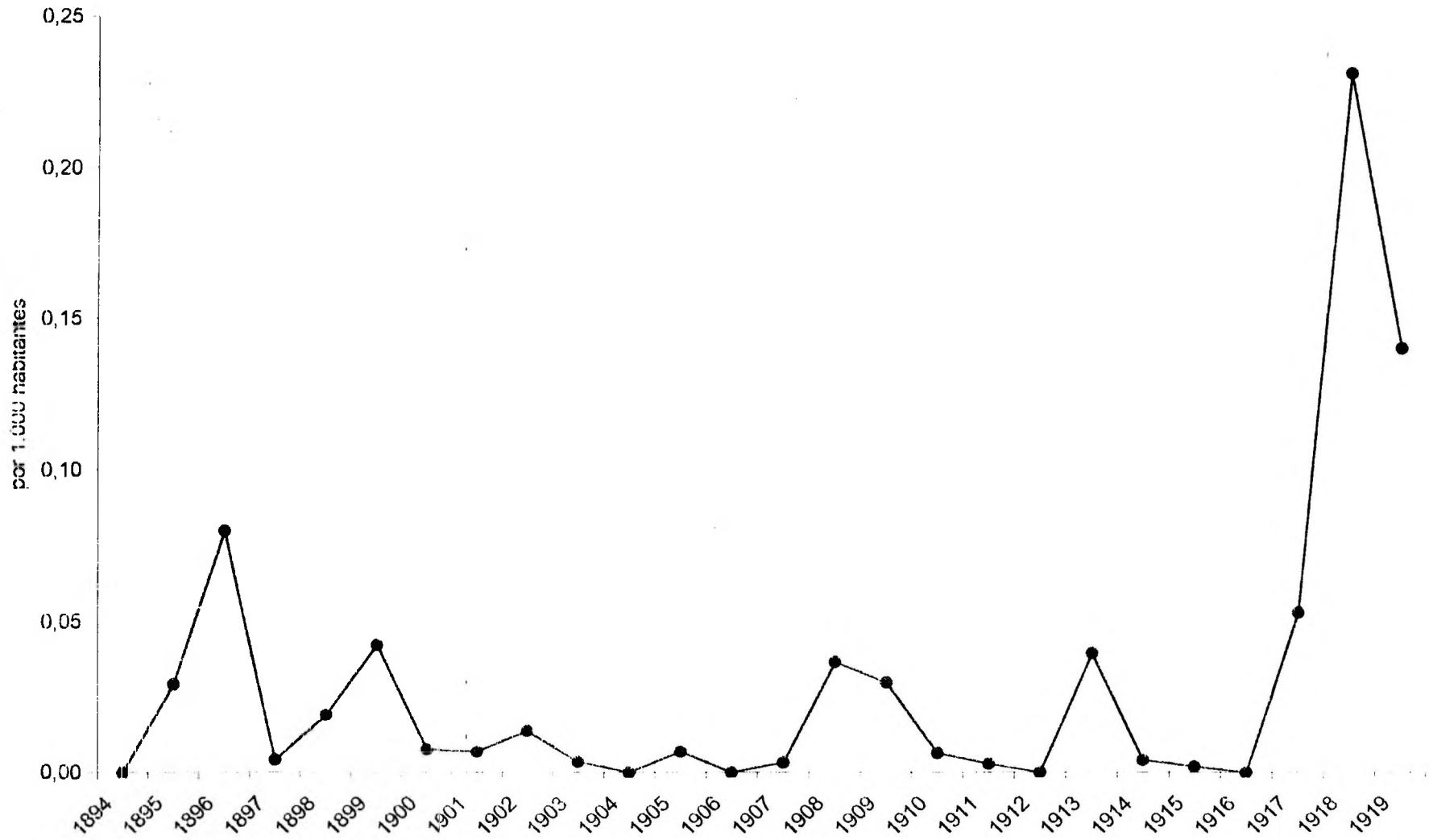
Mortalidade por disenteria - coeficientes - São Paulo (Capital): 1894 - 1919



Mortalidade por hidrofia - coeficientes - São Paulo (Capital): 1894 - 1919

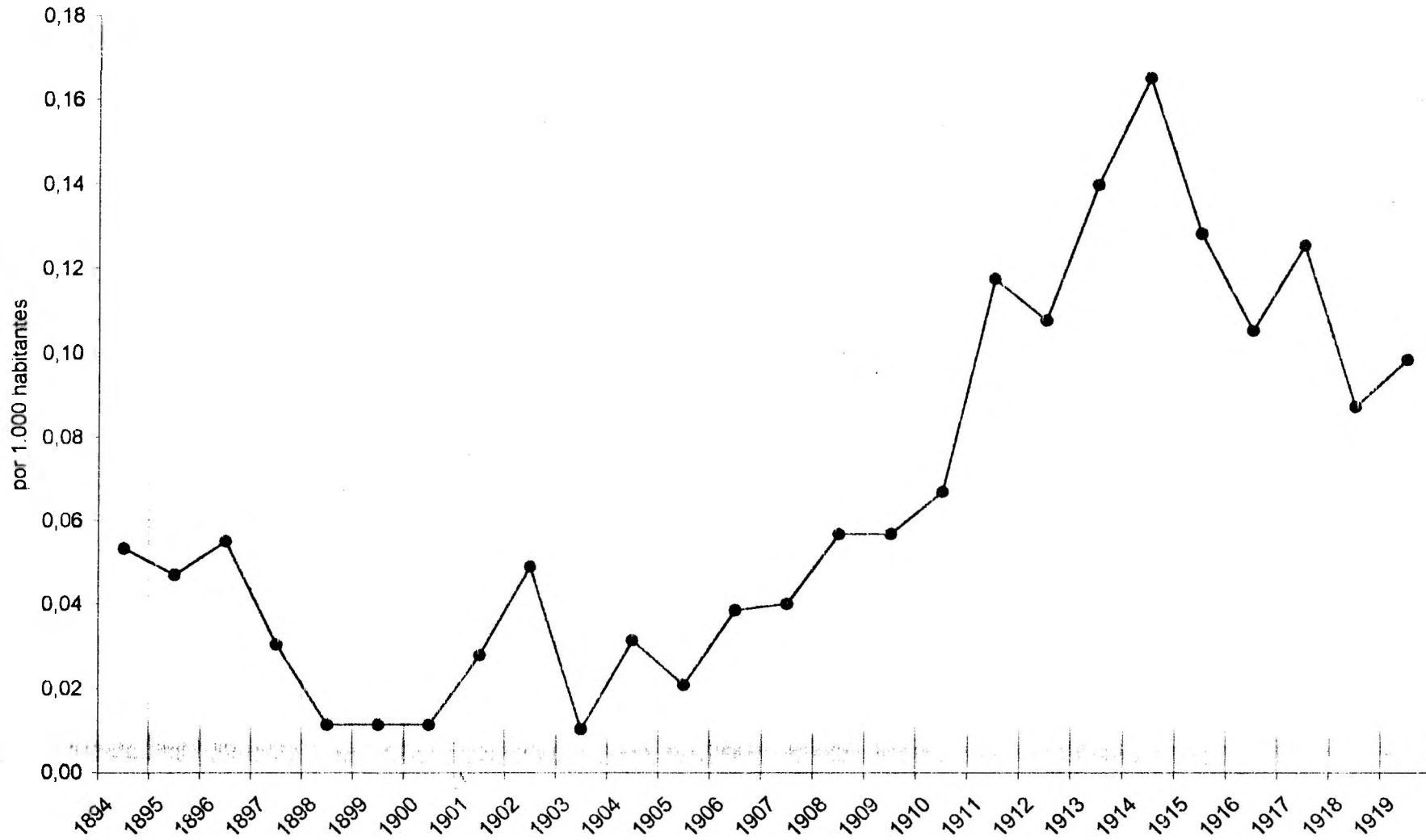


Mortalidade por escarlatina - coeficientes - São Paulo (Capital): 1894 - 1919

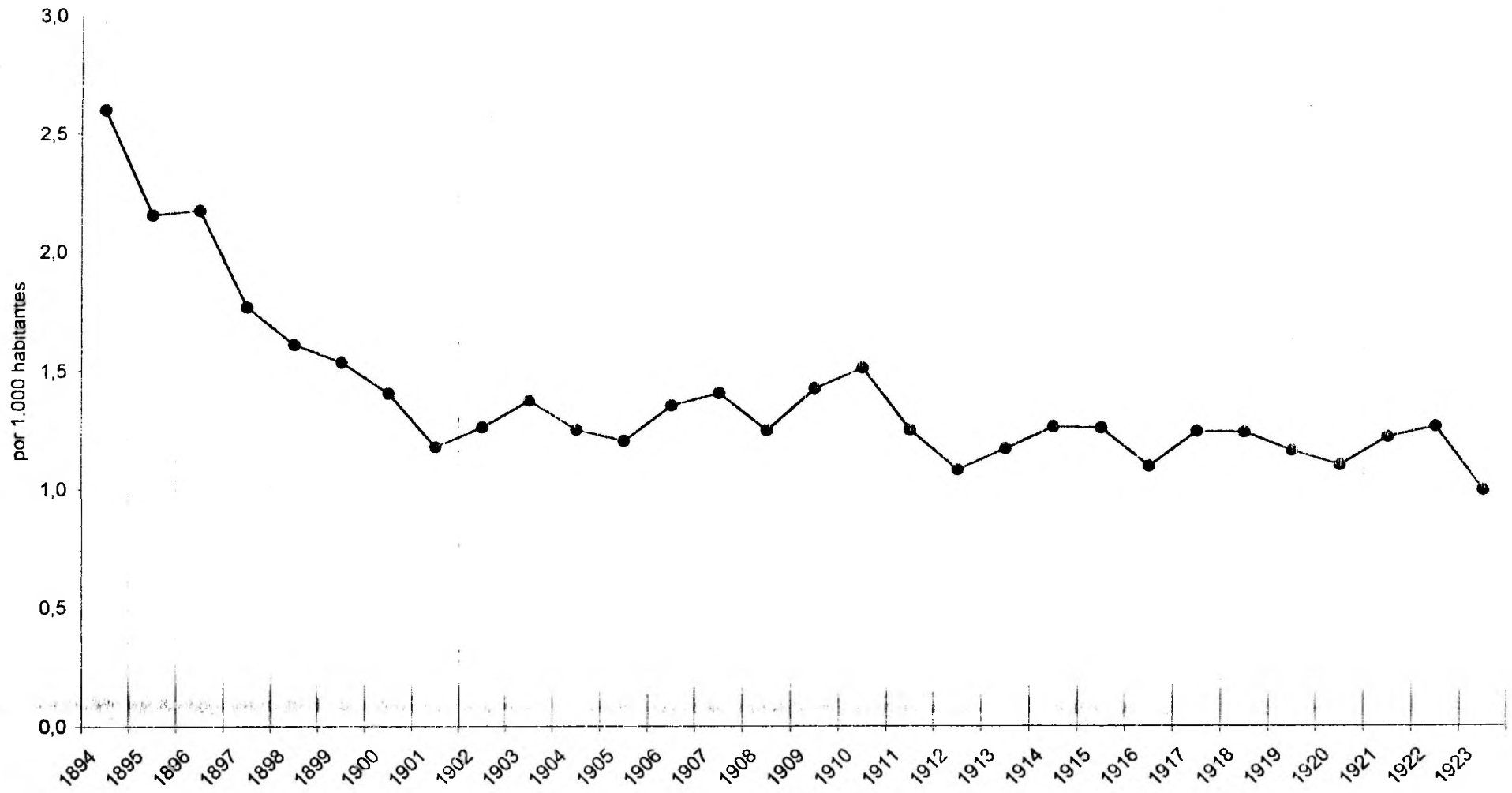




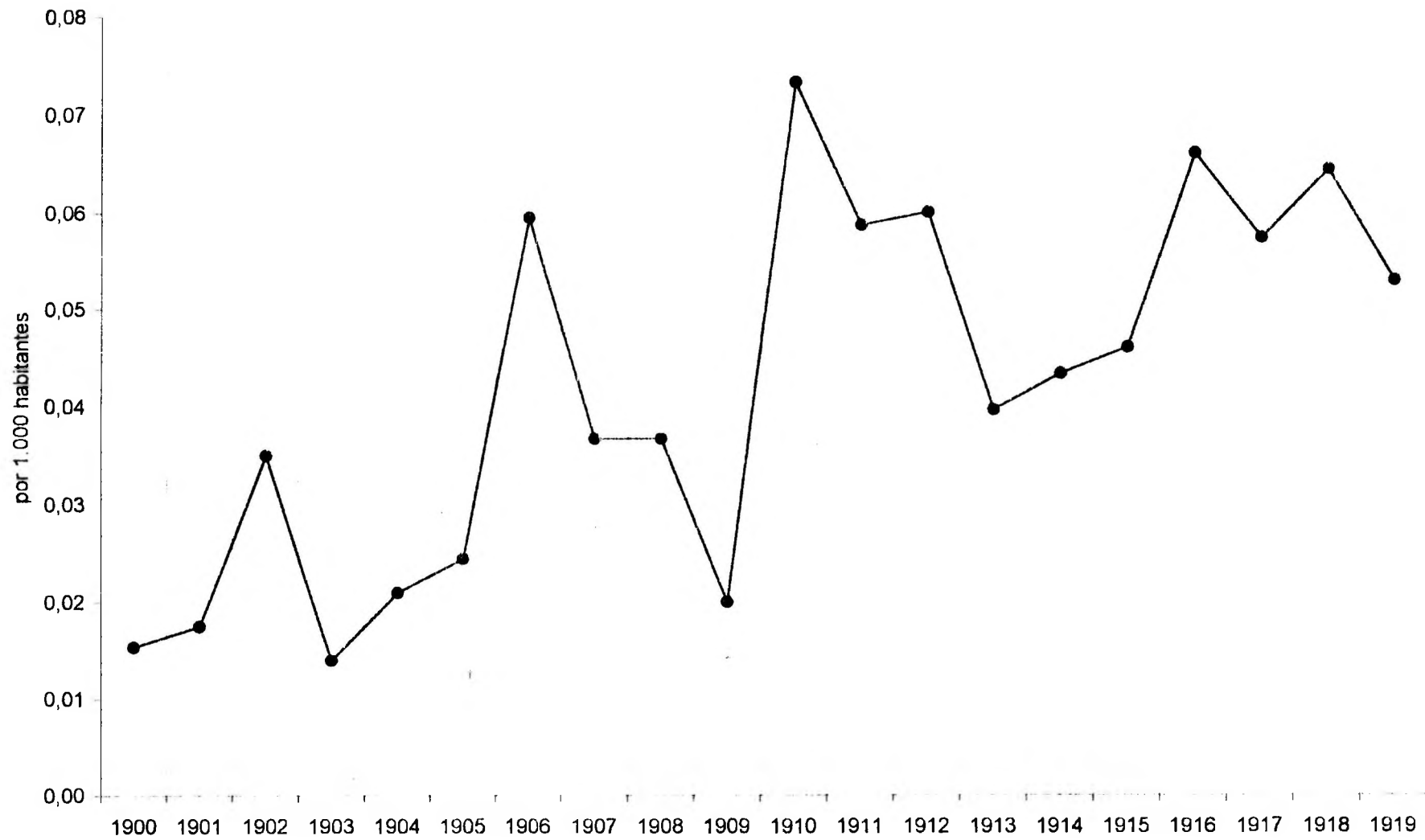
Suicídios - coeficientes - São Paulo (Capital): 1894 - 1919



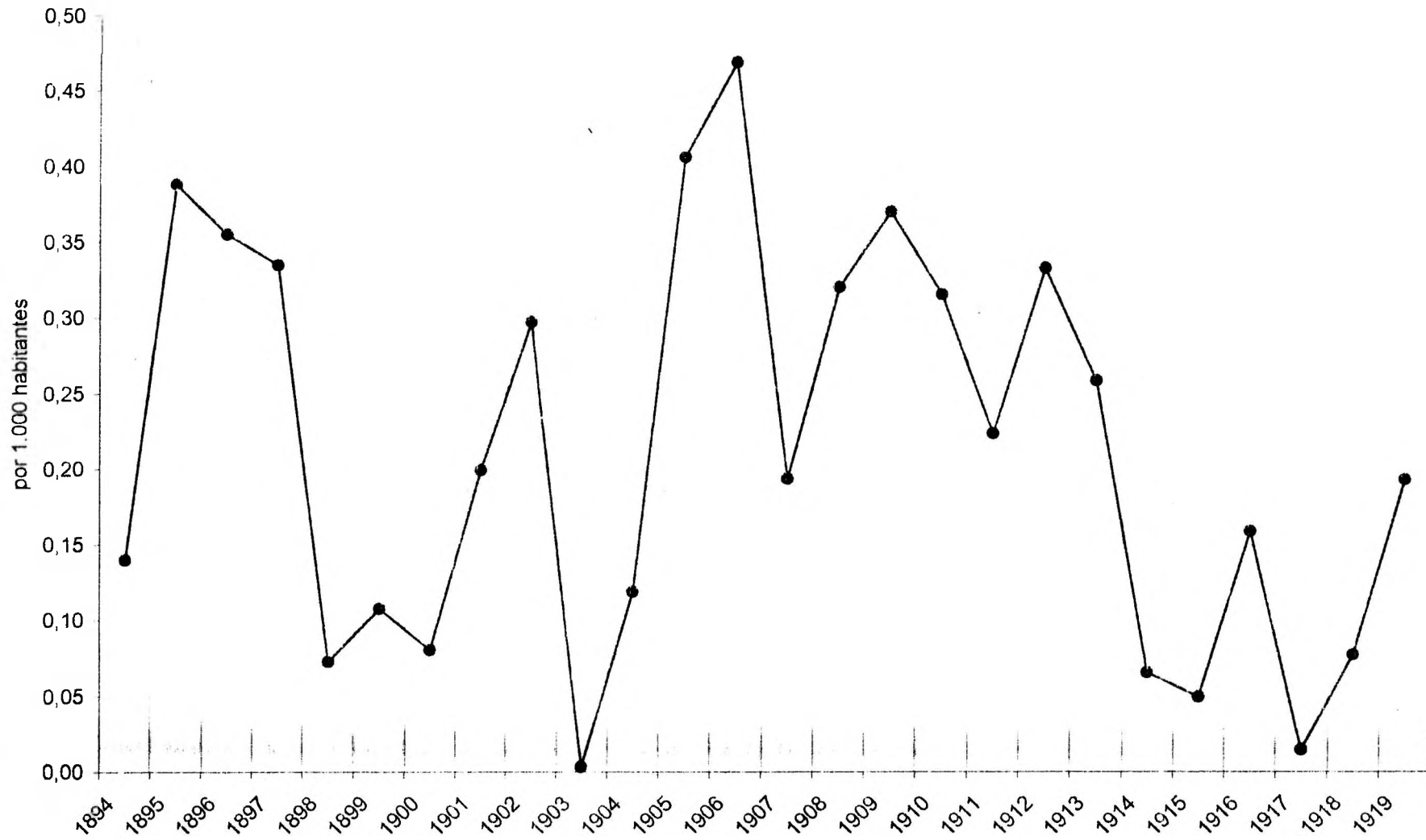
Mortalidade por tuberculose - coeficientes - São Paulo (Capital): 1894 - 1923



Mortalidade por lepra - coeficientes - São Paulo (Capital): 1900 - 1919



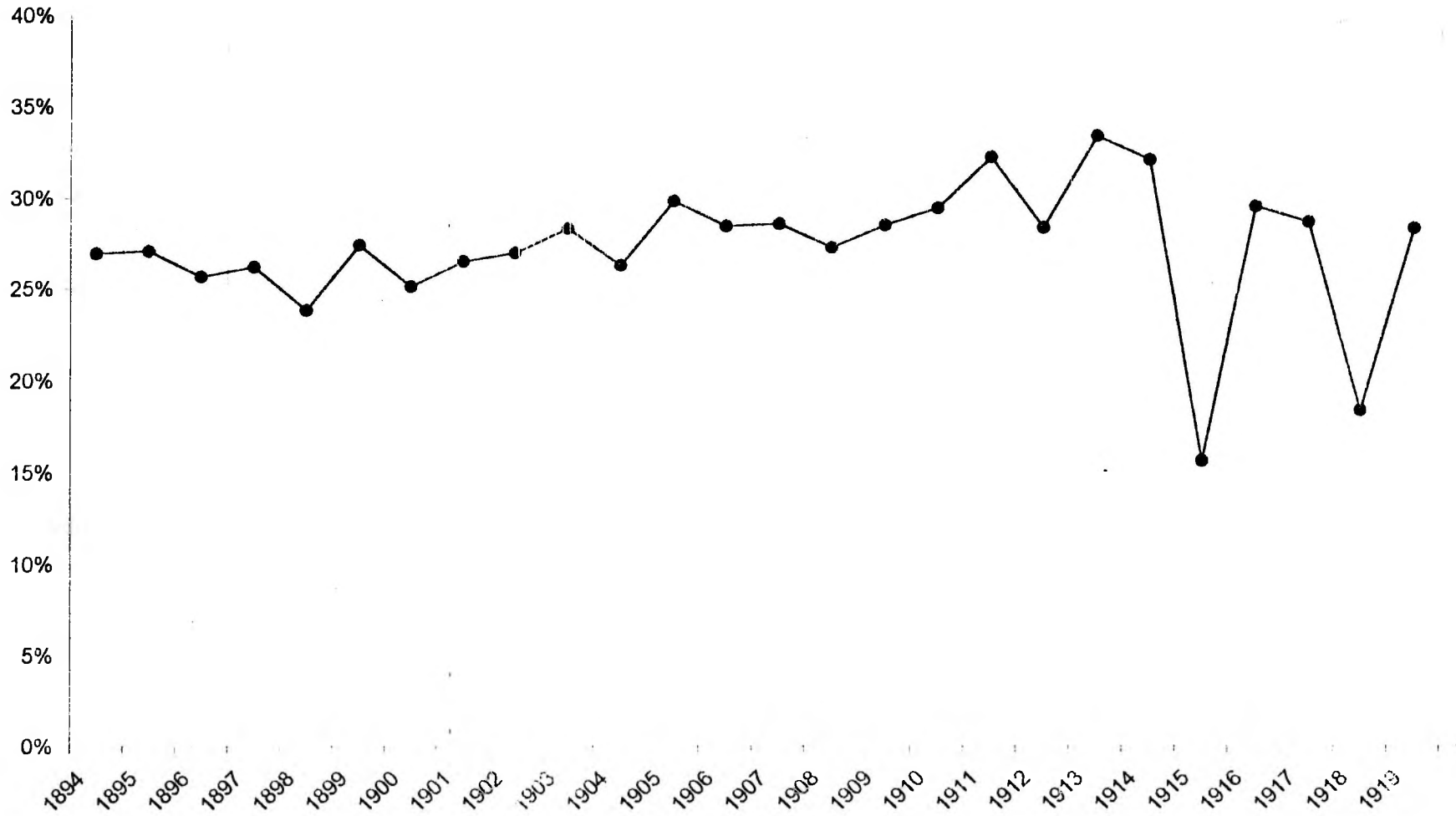
Mortalidade por sarampo - coeficientes - São Paulo (Capital): 1894 - 1919



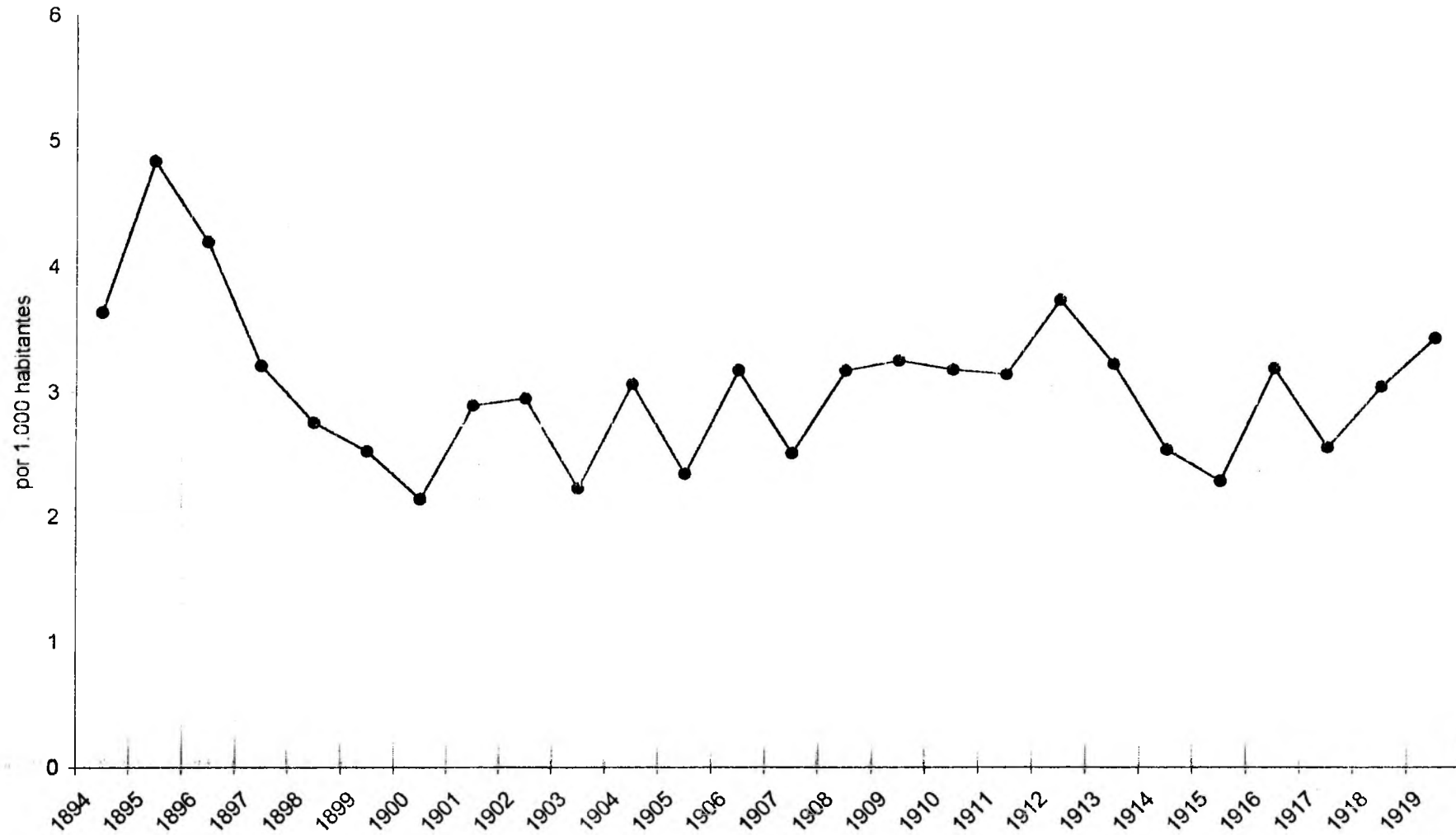
Mortalidade por afecções do aparelho digestivo - coeficientes - São Paulo (Capital): 1894 - 1919



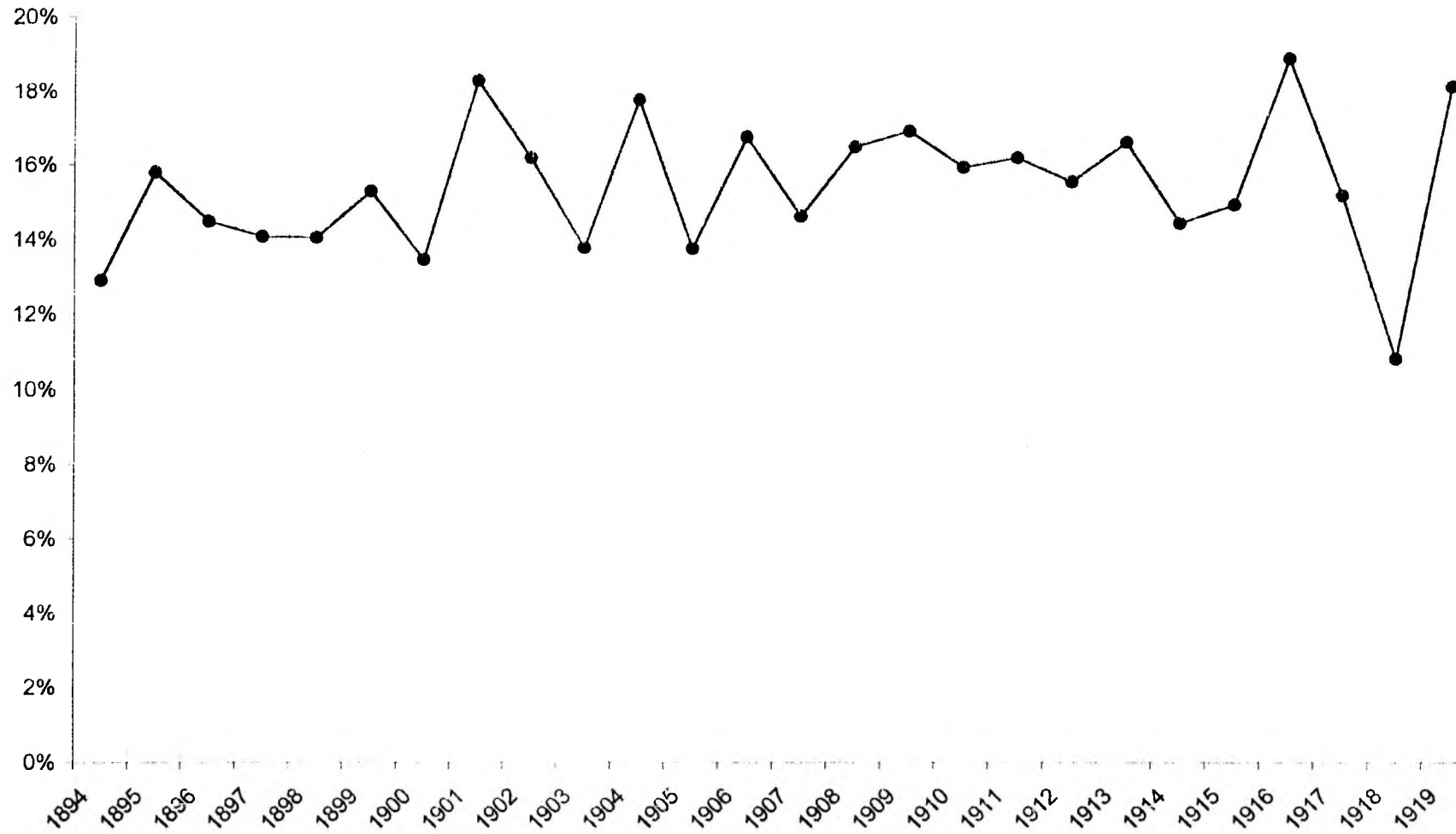
Participação dos óbitos por afecções do aparelho digestivo na mortalidade geral  
São Paulo (Capital): 1894 - 1919



Mortalidade por afecções do aparelho respiratório - coeficientes - São Paulo (Capital): 1894 - 1919

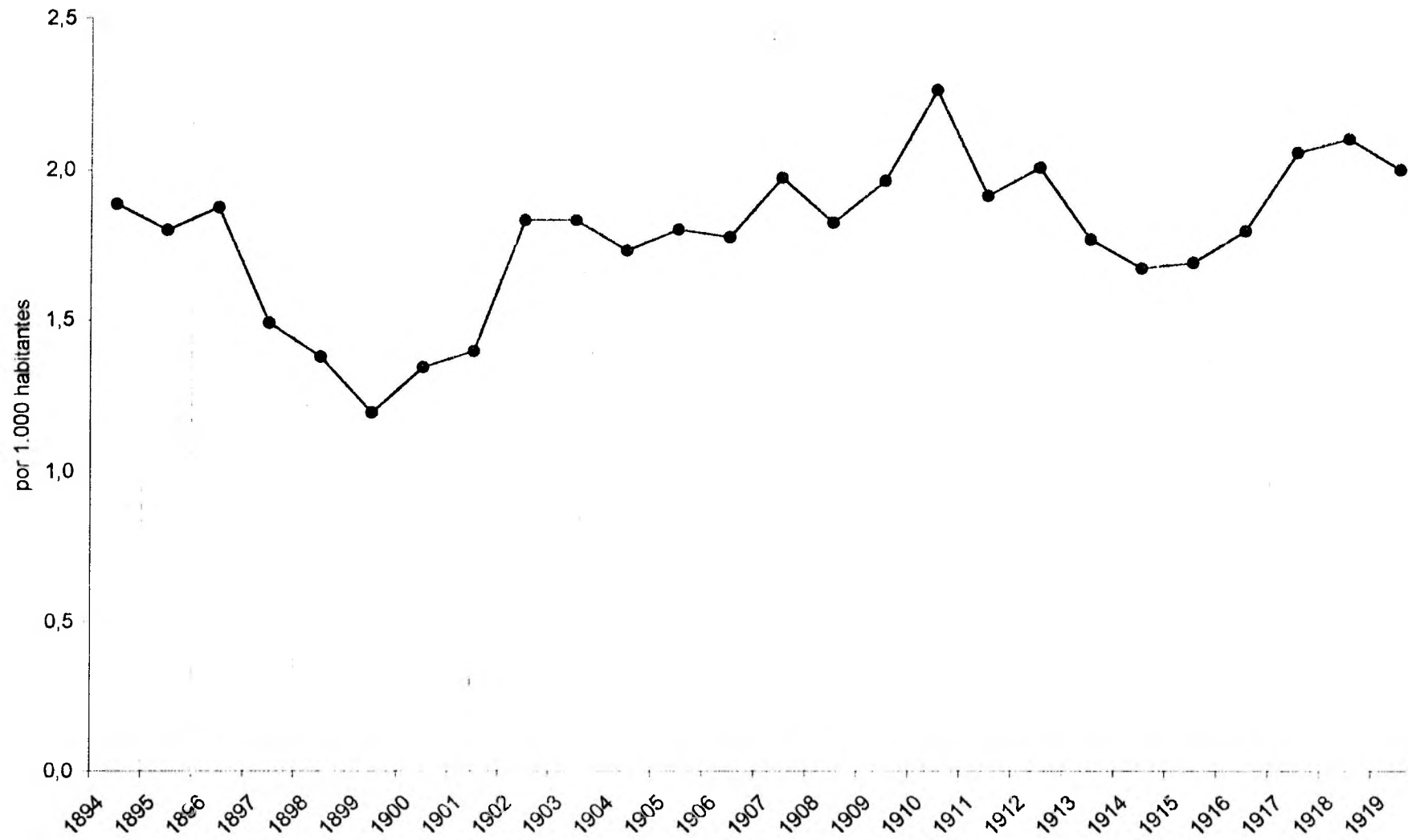


Participação dos óbitos por afecções do aparelho respiratório na mortalidade geral  
São Paulo (Capital): 1894 - 1919

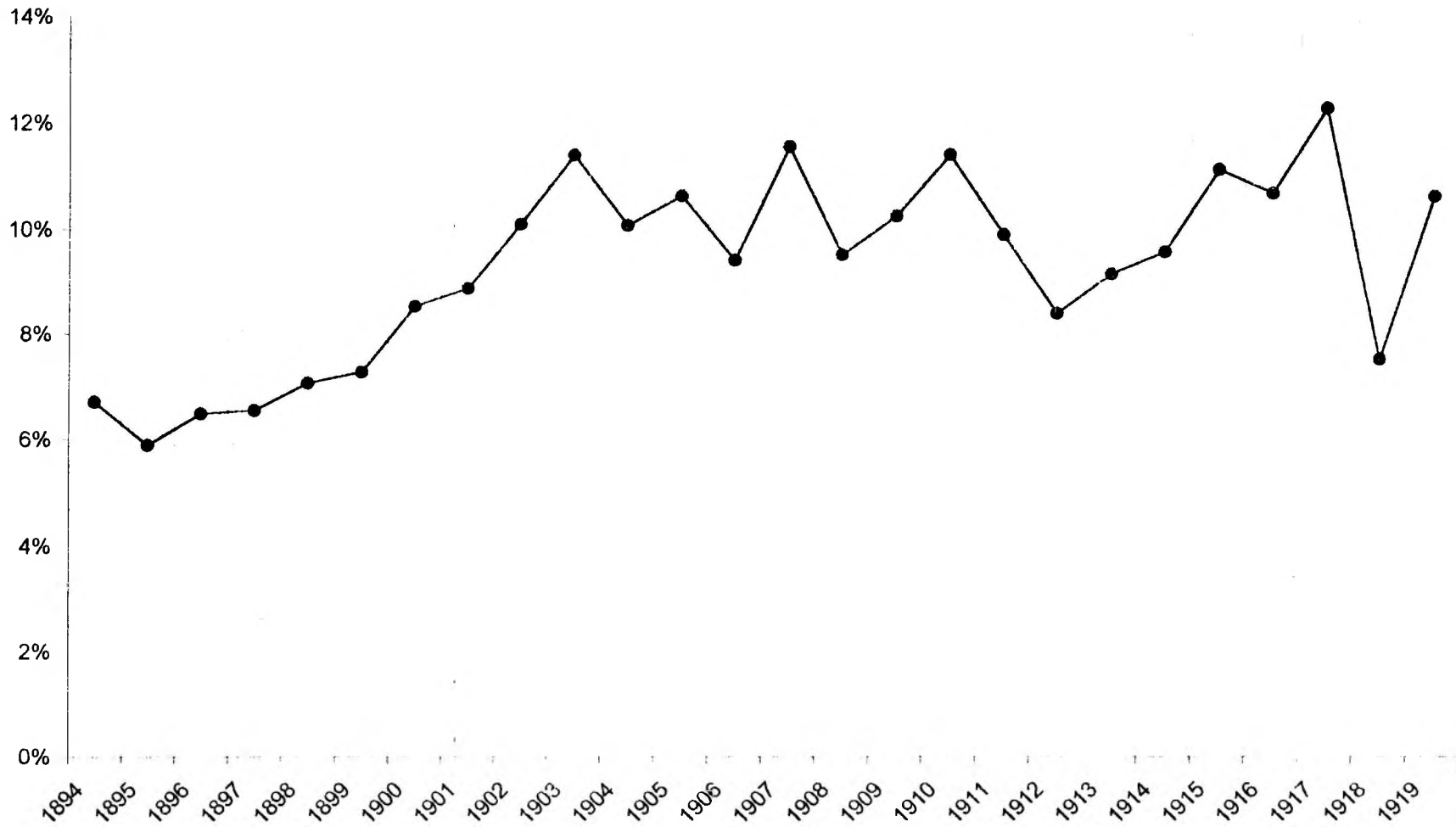




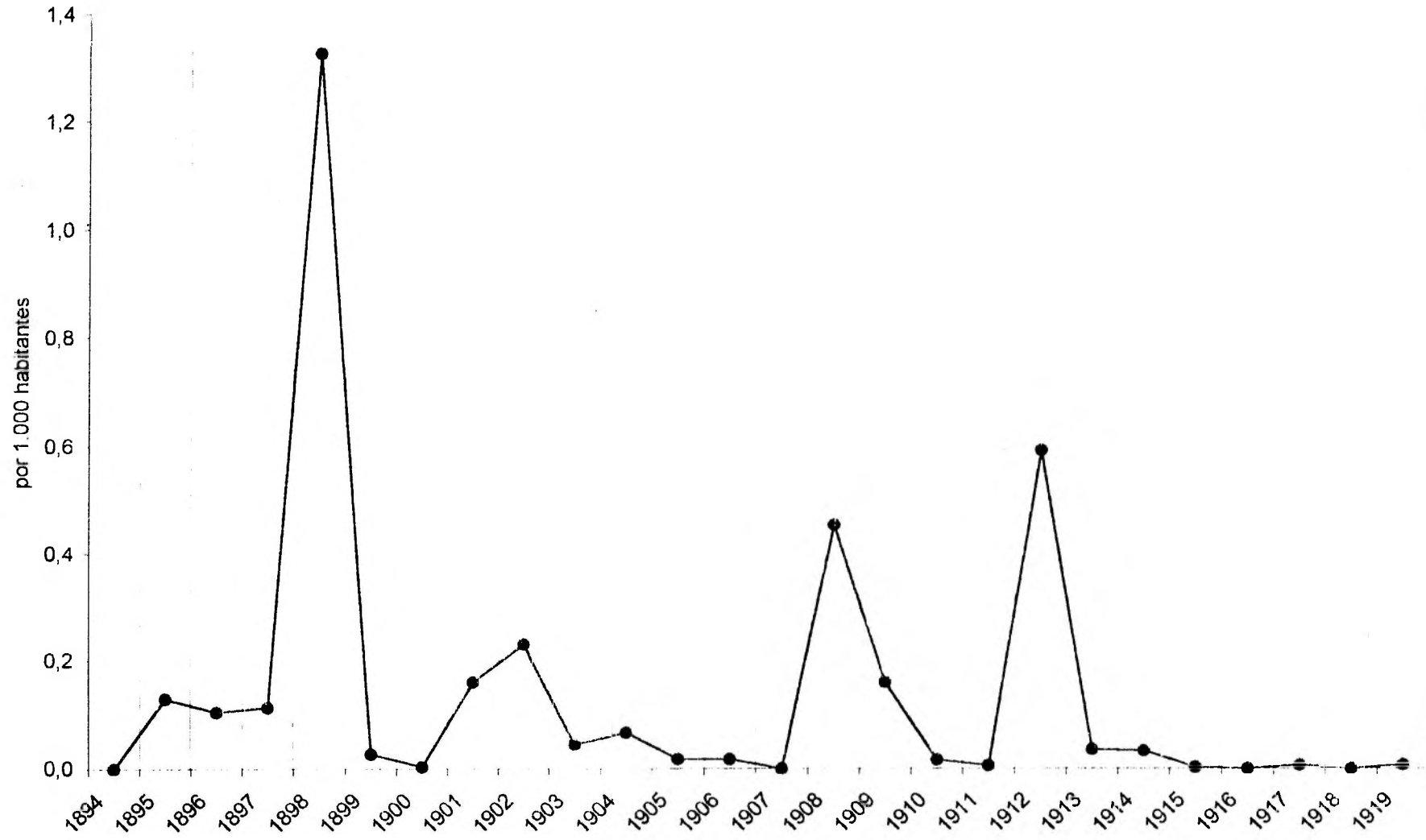
Mortalidade por afecções do aparelho circulatório - coeficientes - São Paulo (Capital): 1894 - 1919



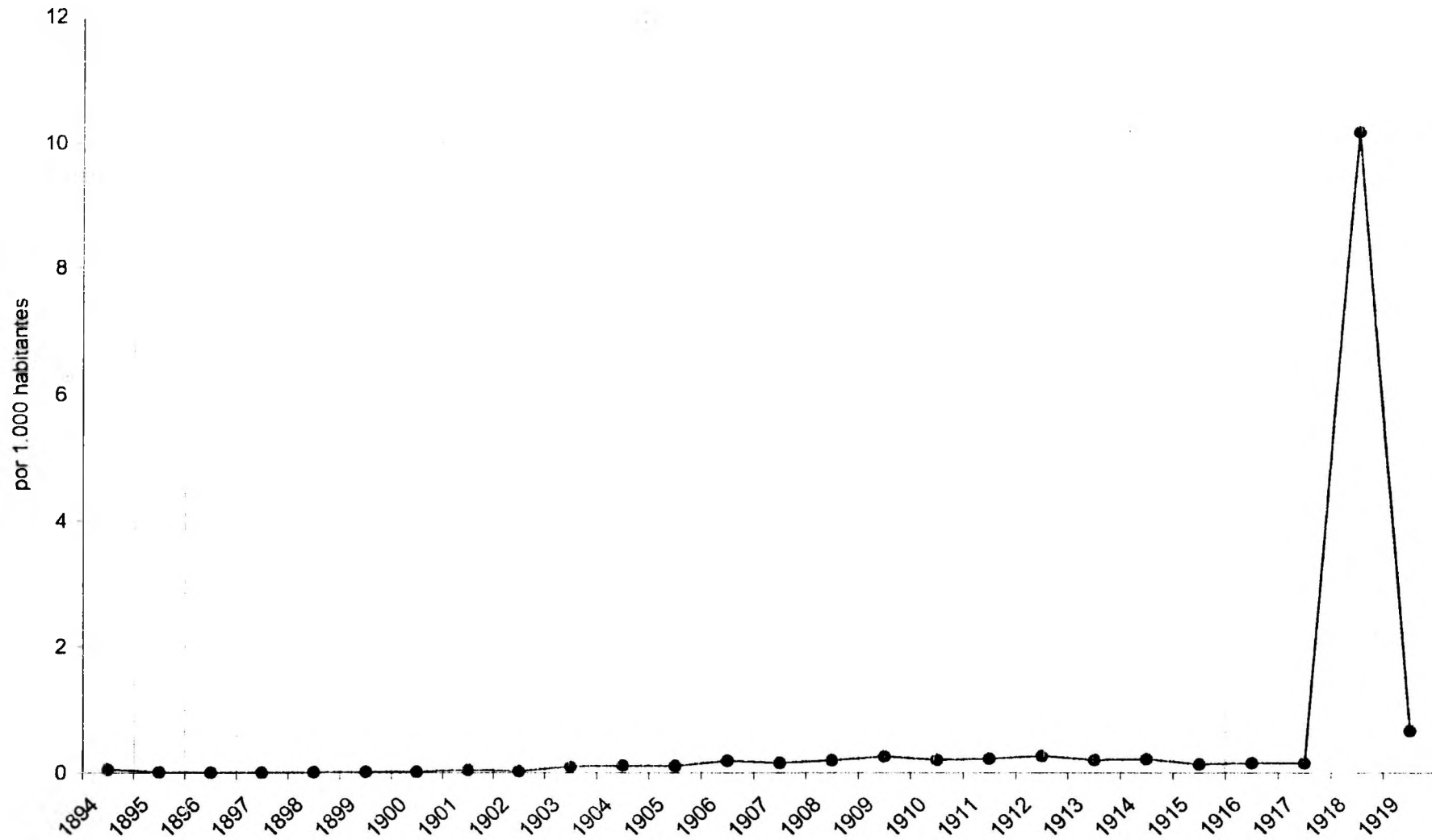
Participação dos óbitos por afecções do aparelho circulatório na mortalidade geral  
São Paulo (Capital): 1894 - 1919



Mortalidade por varíola - coeficientes - São Paulo (Capital): 1894 - 1919



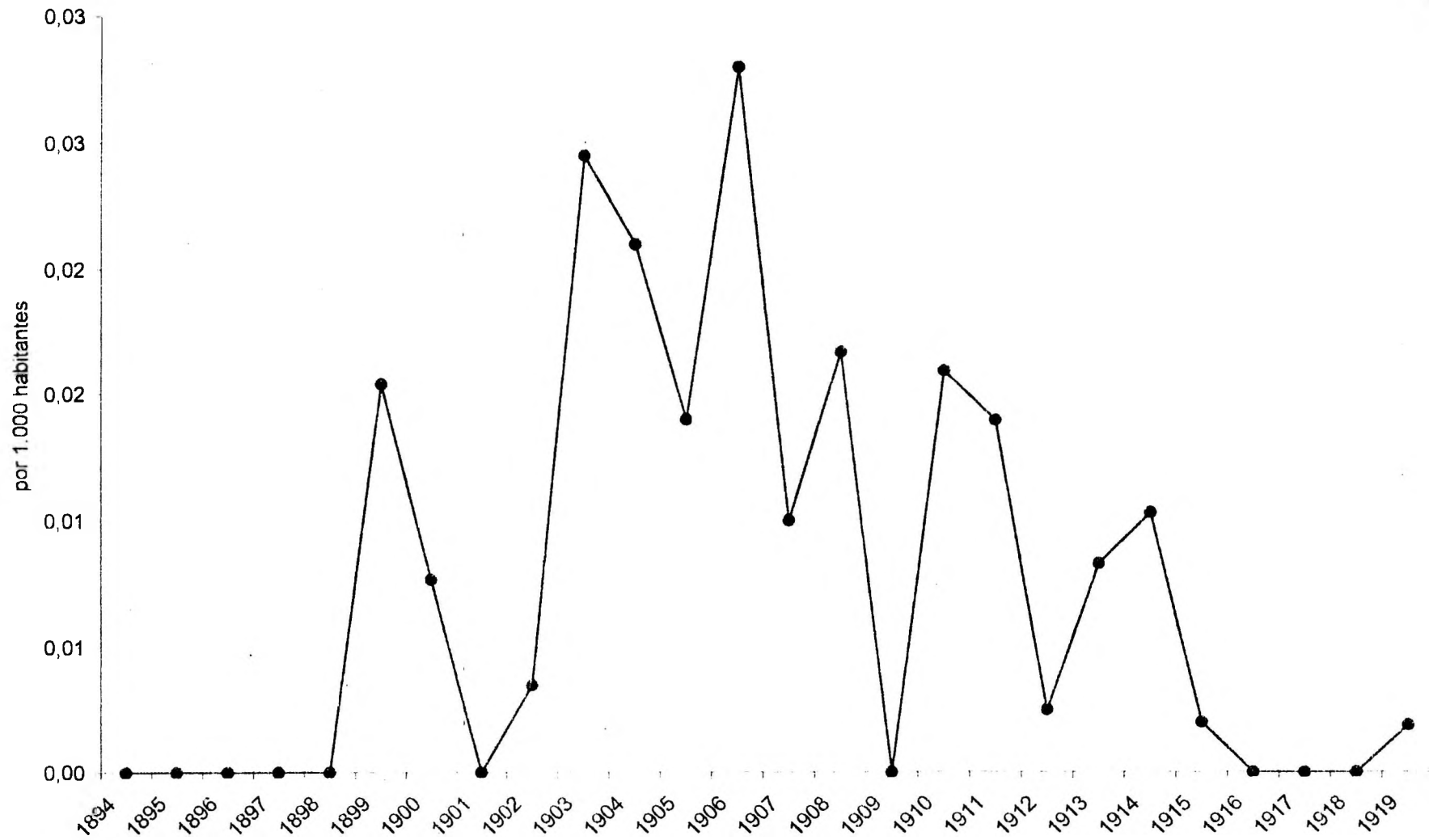
Mortalidade por gripe - coeficientes - São Paulo (Capital): 1894 - 1919



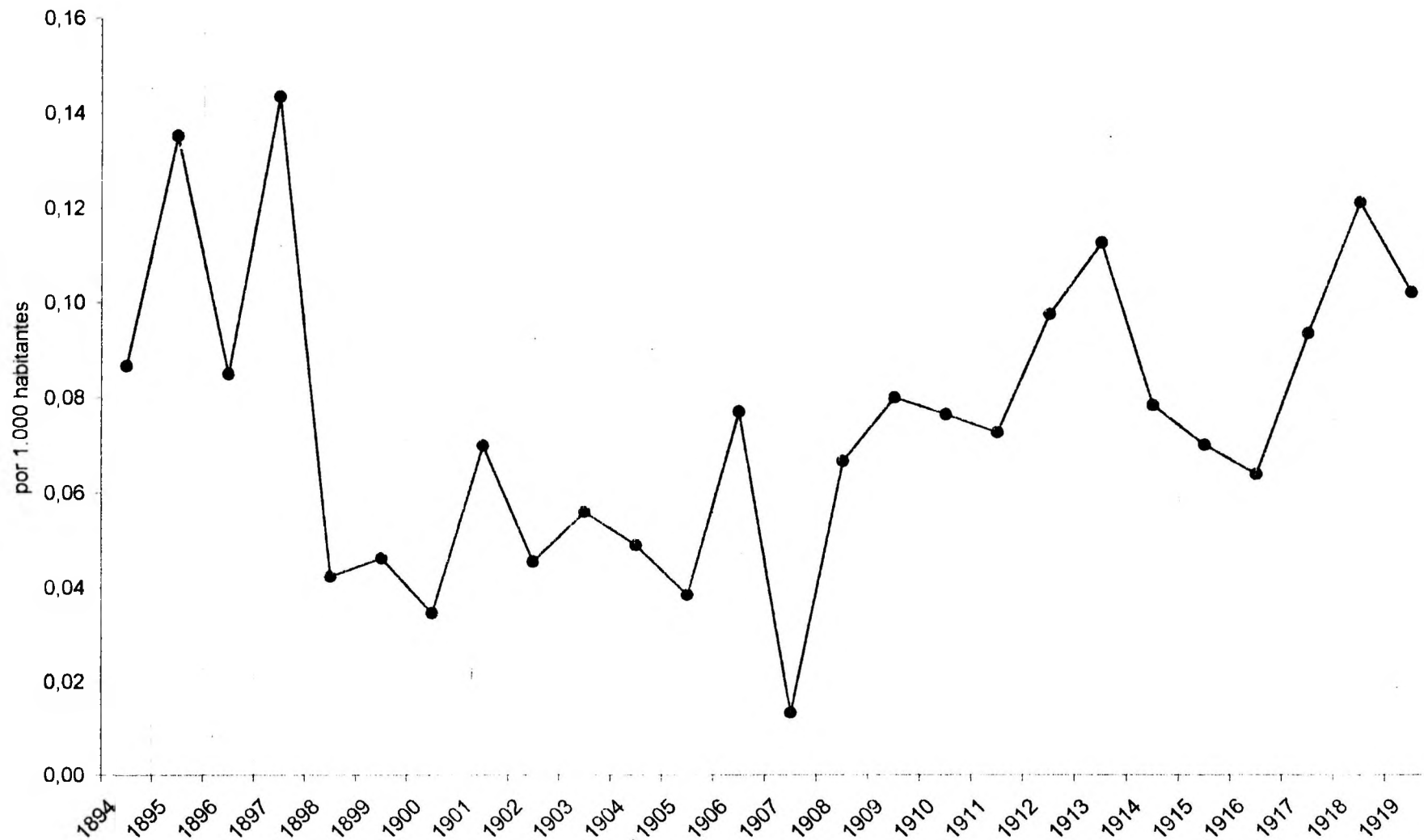
Participação dos óbitos por tuberculose na mortalidade geral - São Paulo (Capital): 1894 - 1923



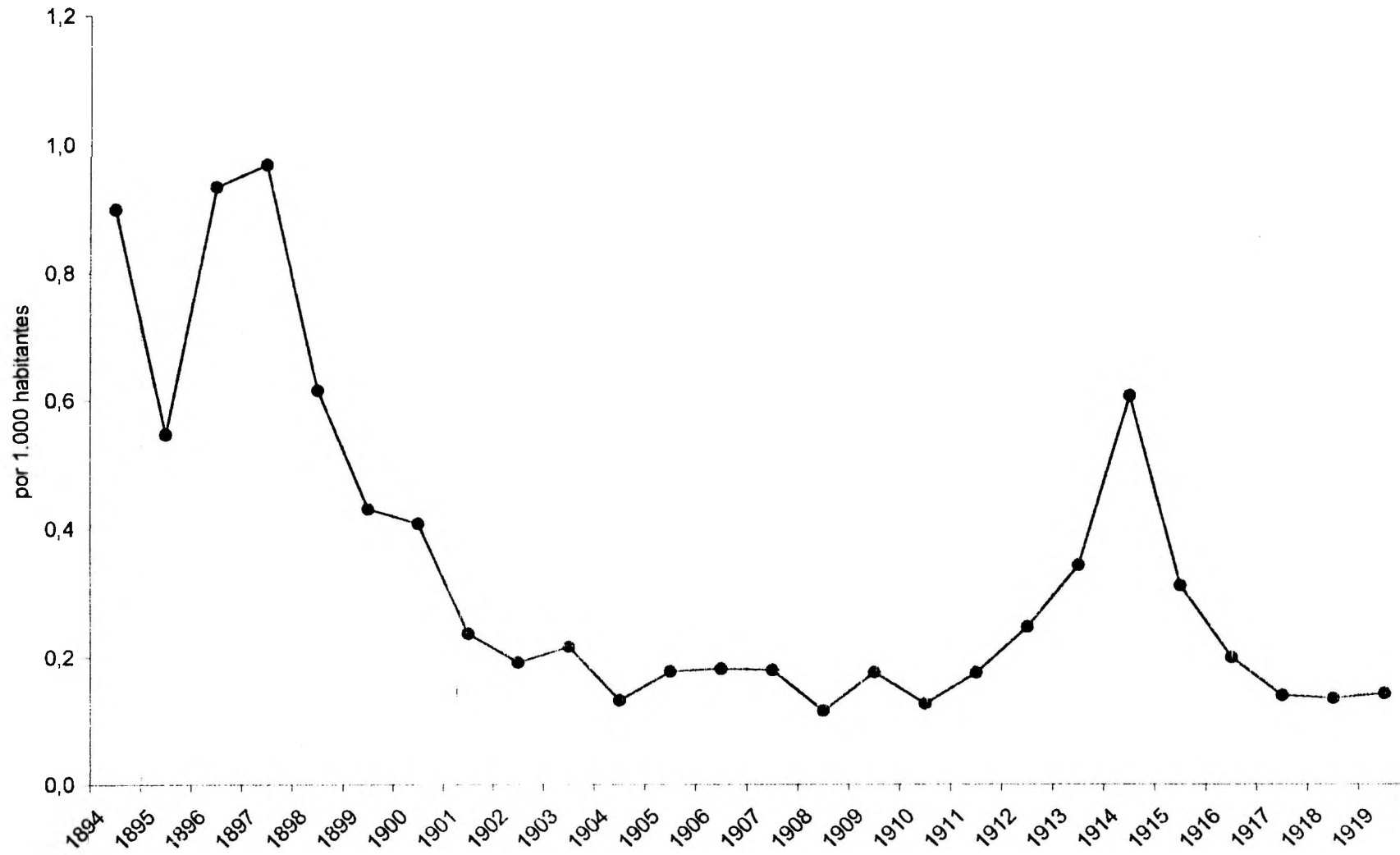
Mortalidade por peste - coeficientes - São Paulo (Capital): 1894 - 1919



Mortalidade por difteria e croup - coeficientes - São Paulo (Capital): 1894 - 1919

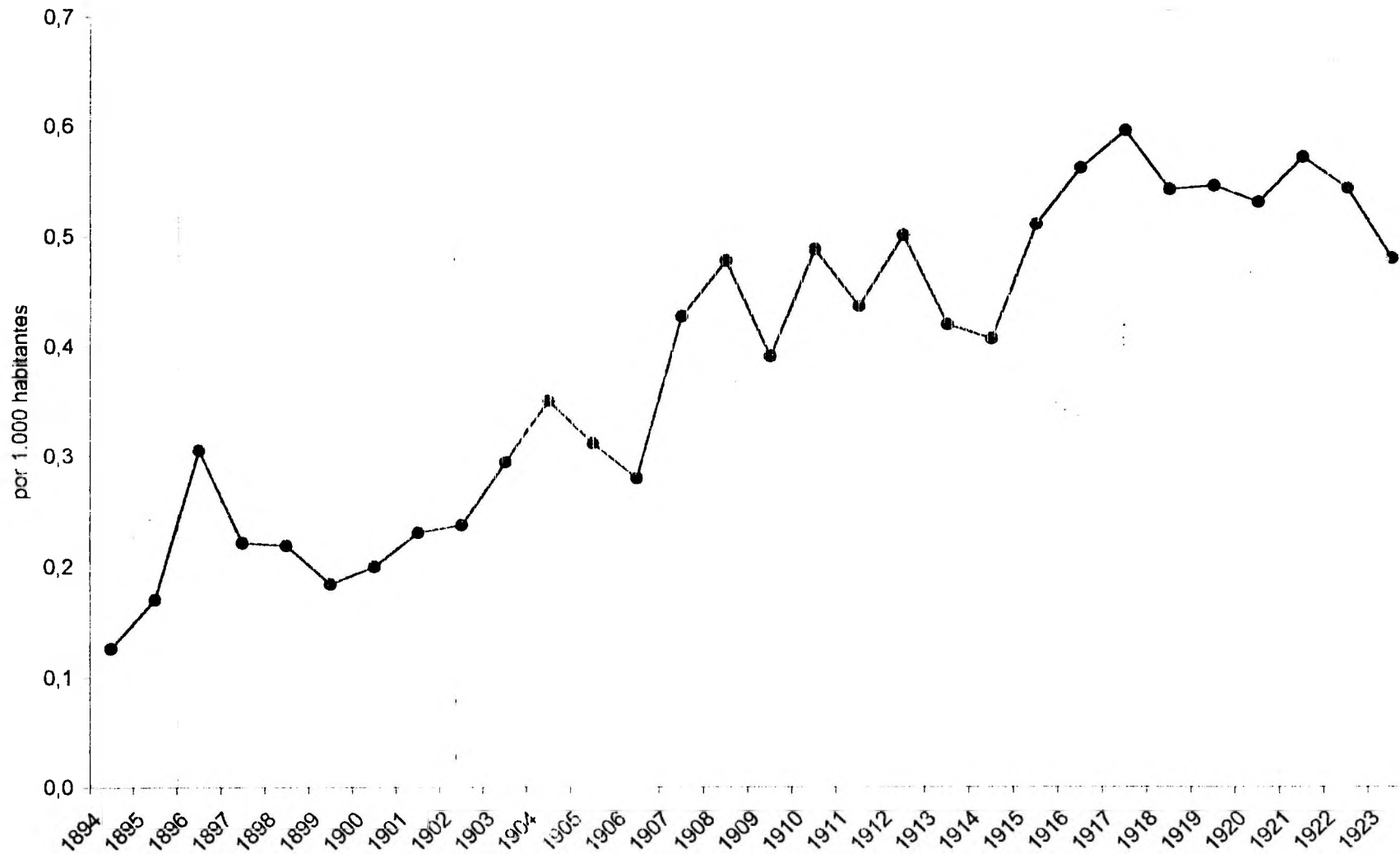


Mortalidade por febre tifóide - coeficientes - São Paulo (Capital): 1894 - 1919

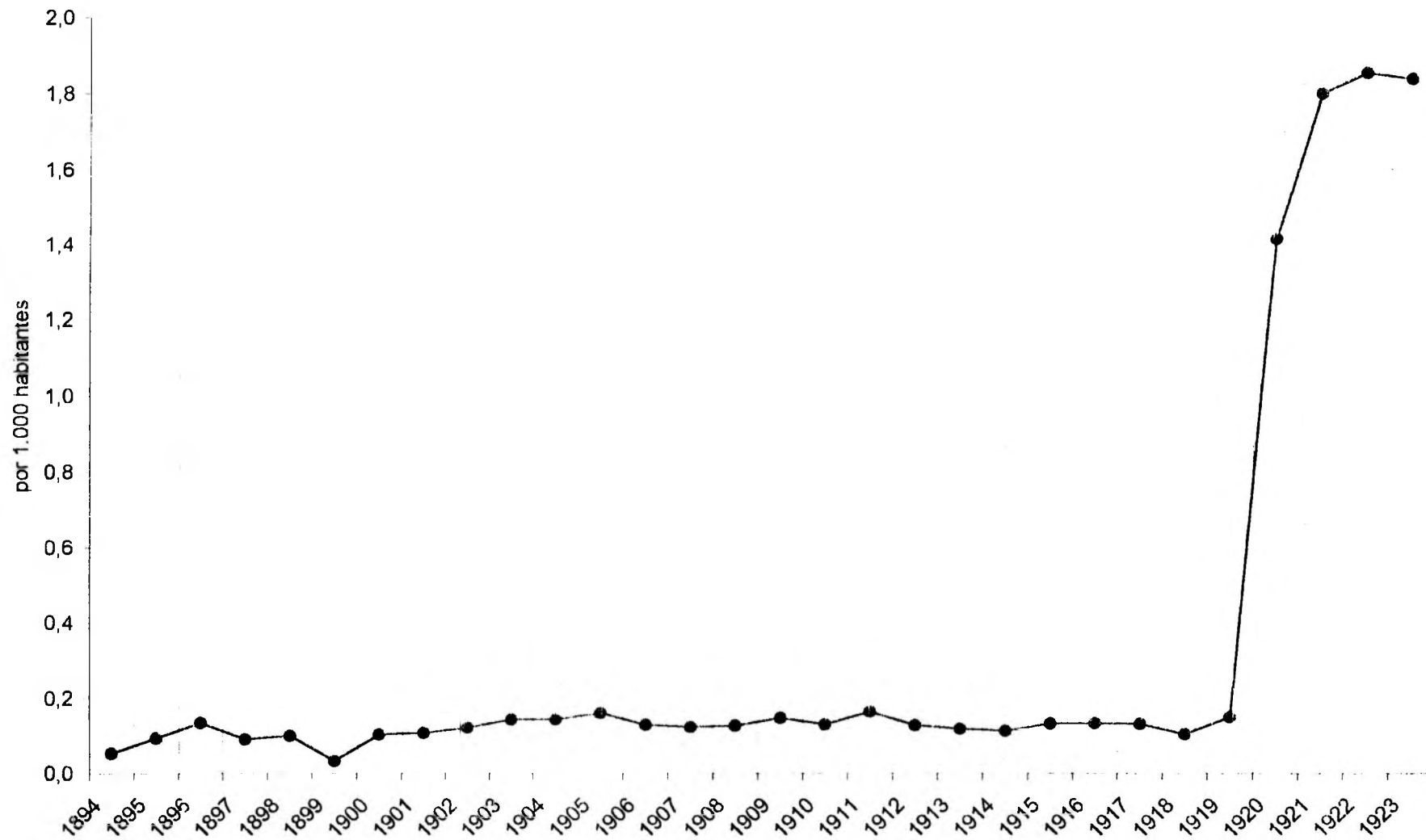




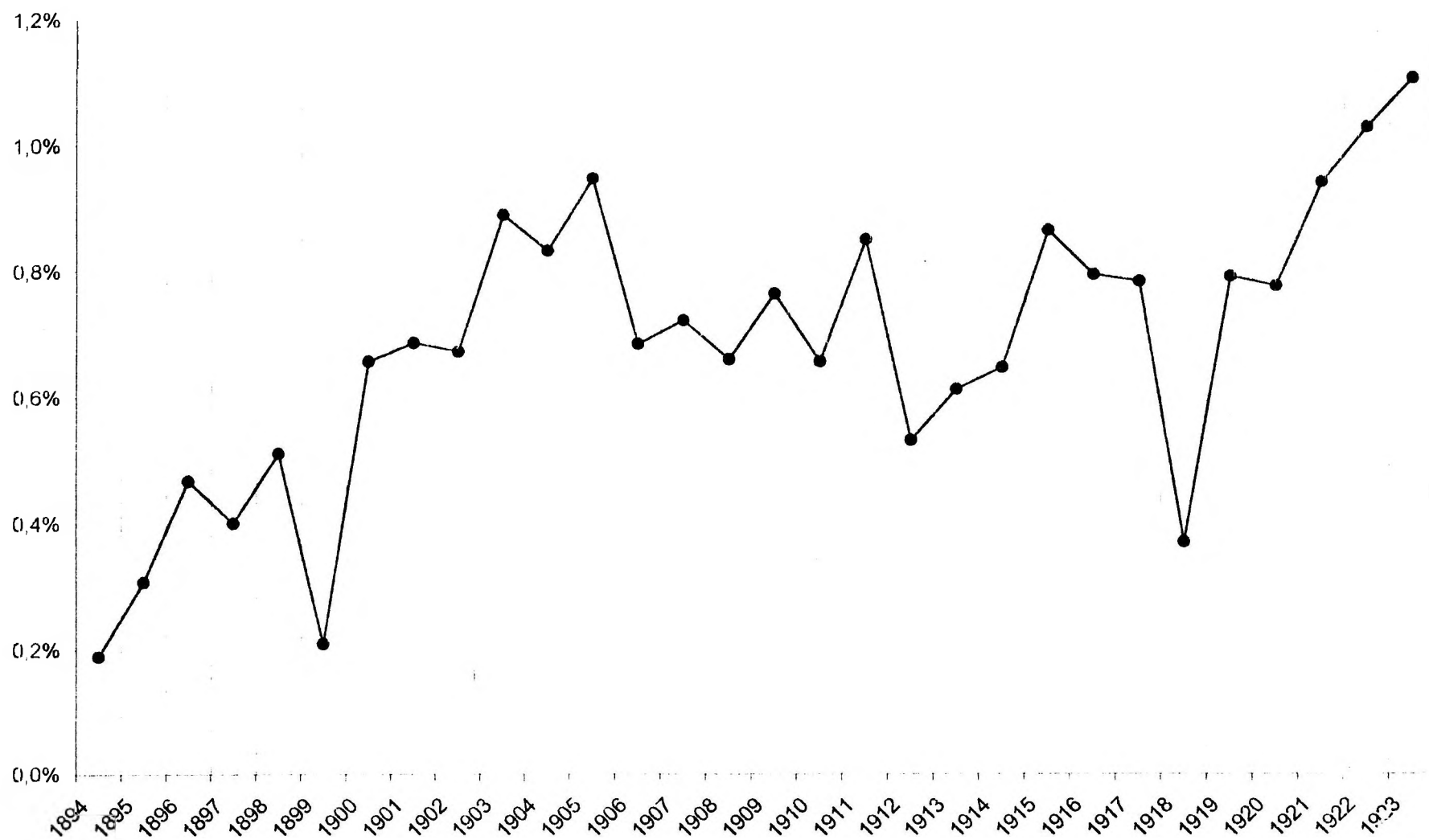
Mortalidade por câncer - coeficientes - São Paulo (Capital): 1894 - 1923



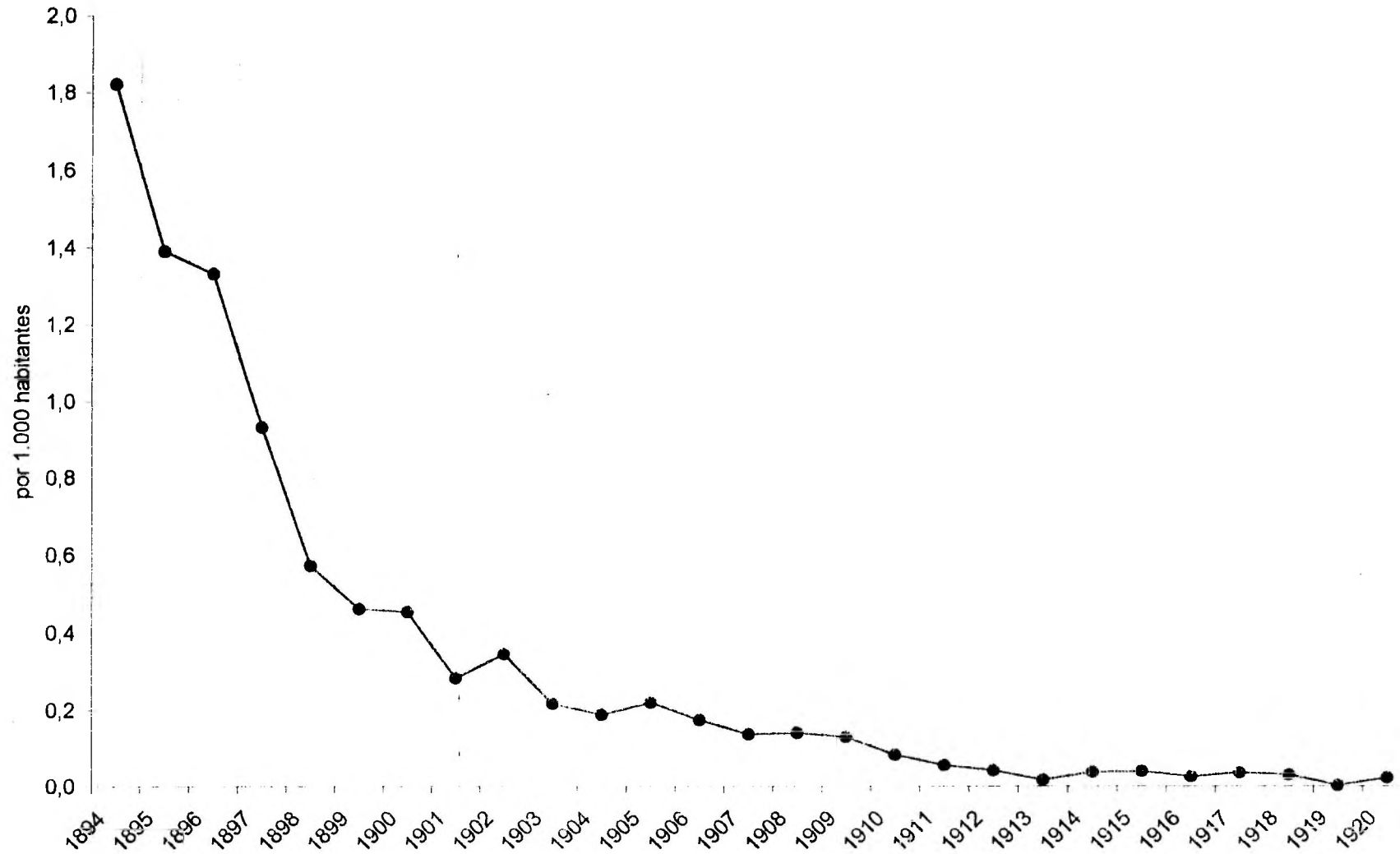
Mortalidade por sífilis - coeficientes - São Paulo (Capital): 1894 - 1923



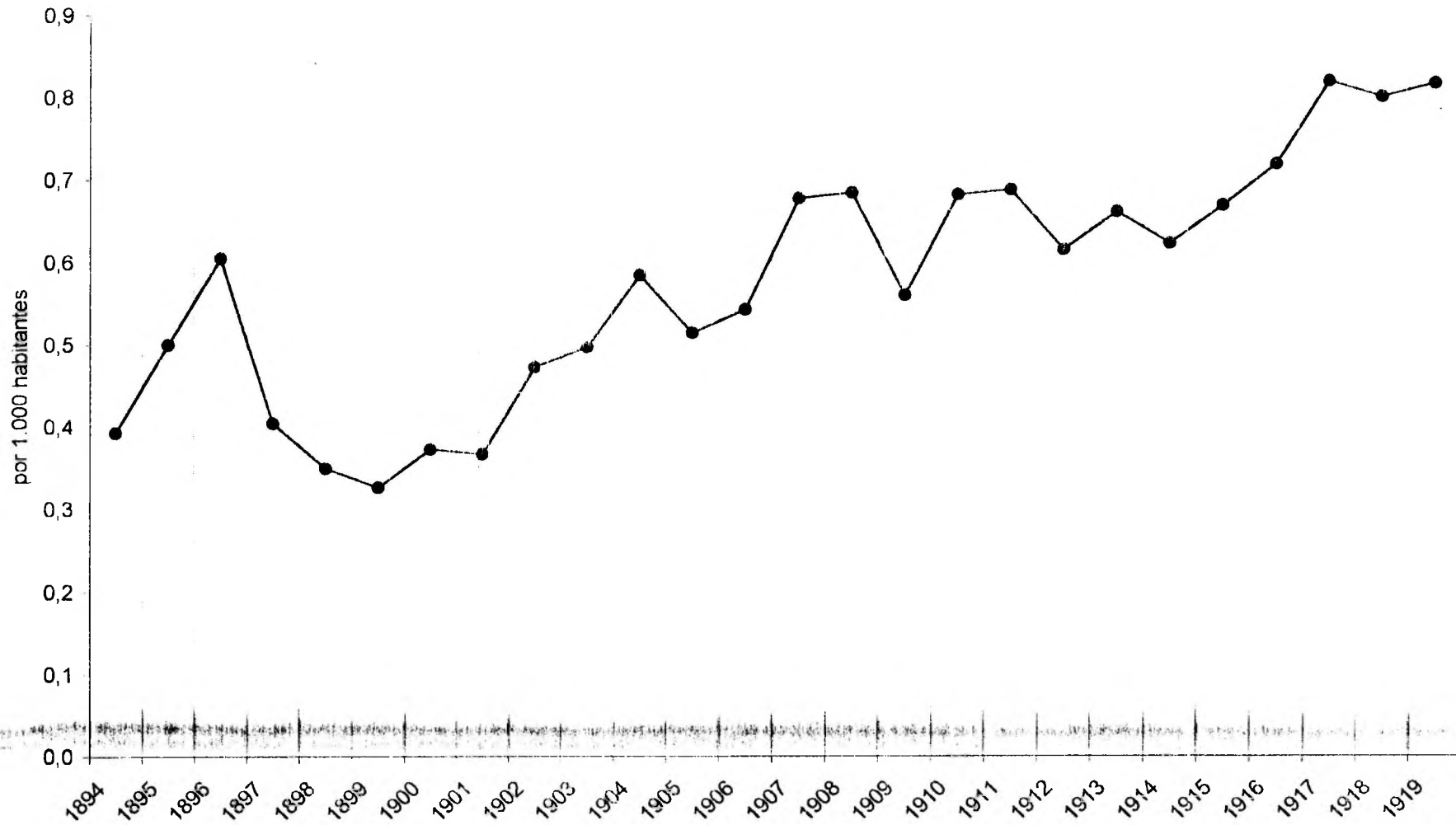
Participação dos óbitos por sífilis na mortalidade geral - São Paulo (Capital): 1894 - 1923



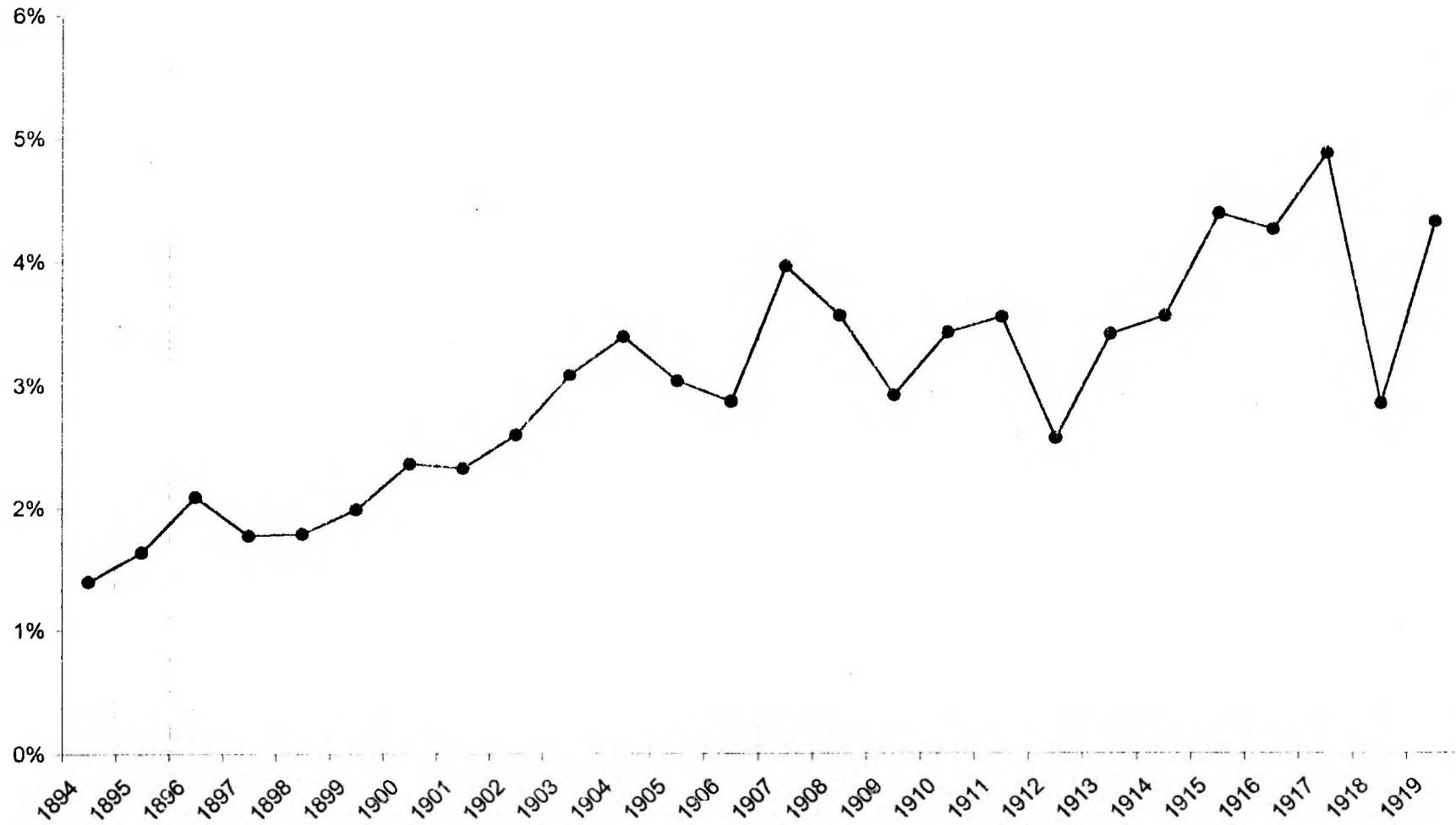
Mortalidade por impaludismo - coeficientes - São Paulo (Capital): 1894 - 1920



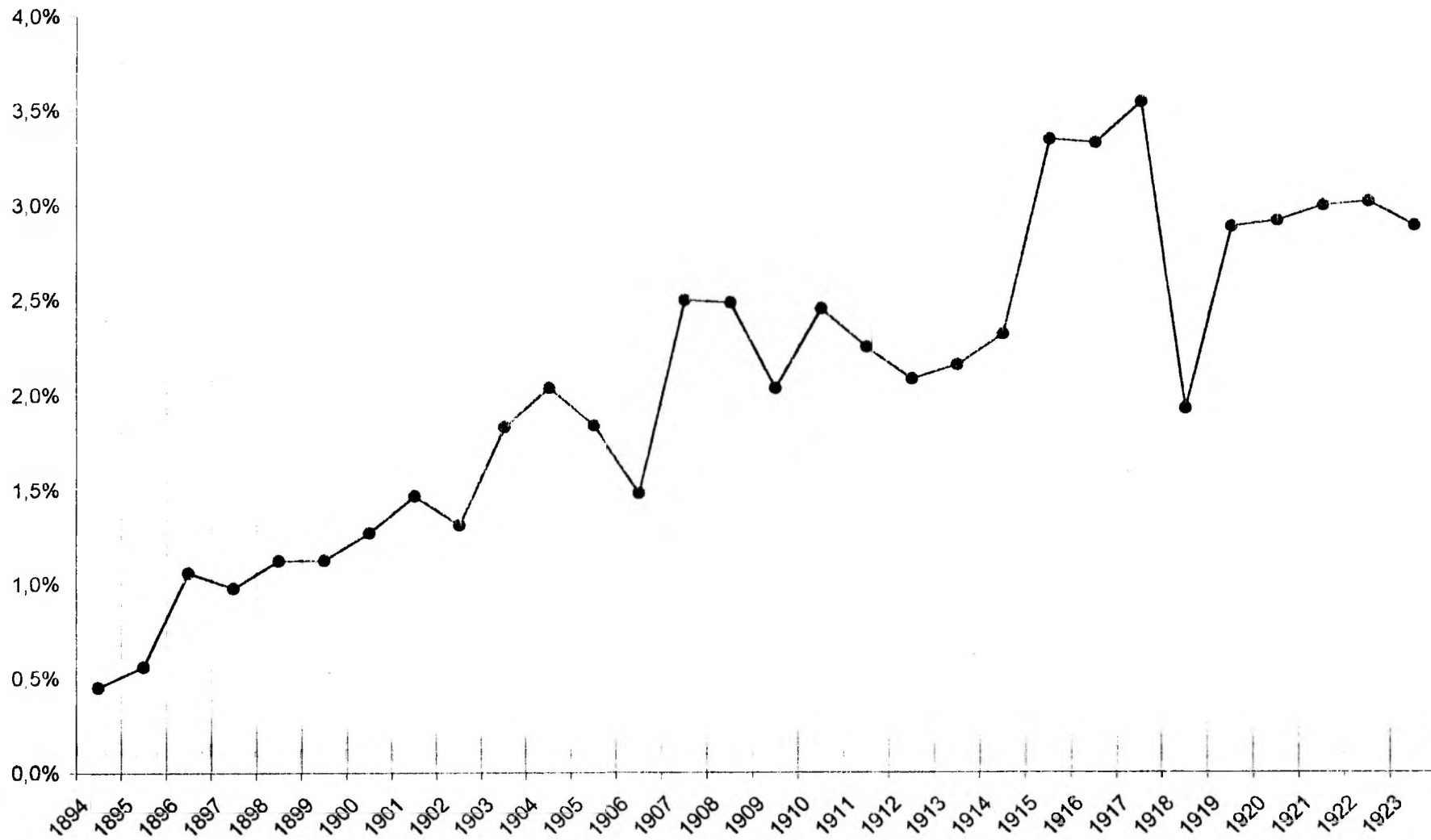
Mortalidade por afecções do aparelho genito-urinário - coeficientes  
São Paulo (Capital): 1894 - 1919



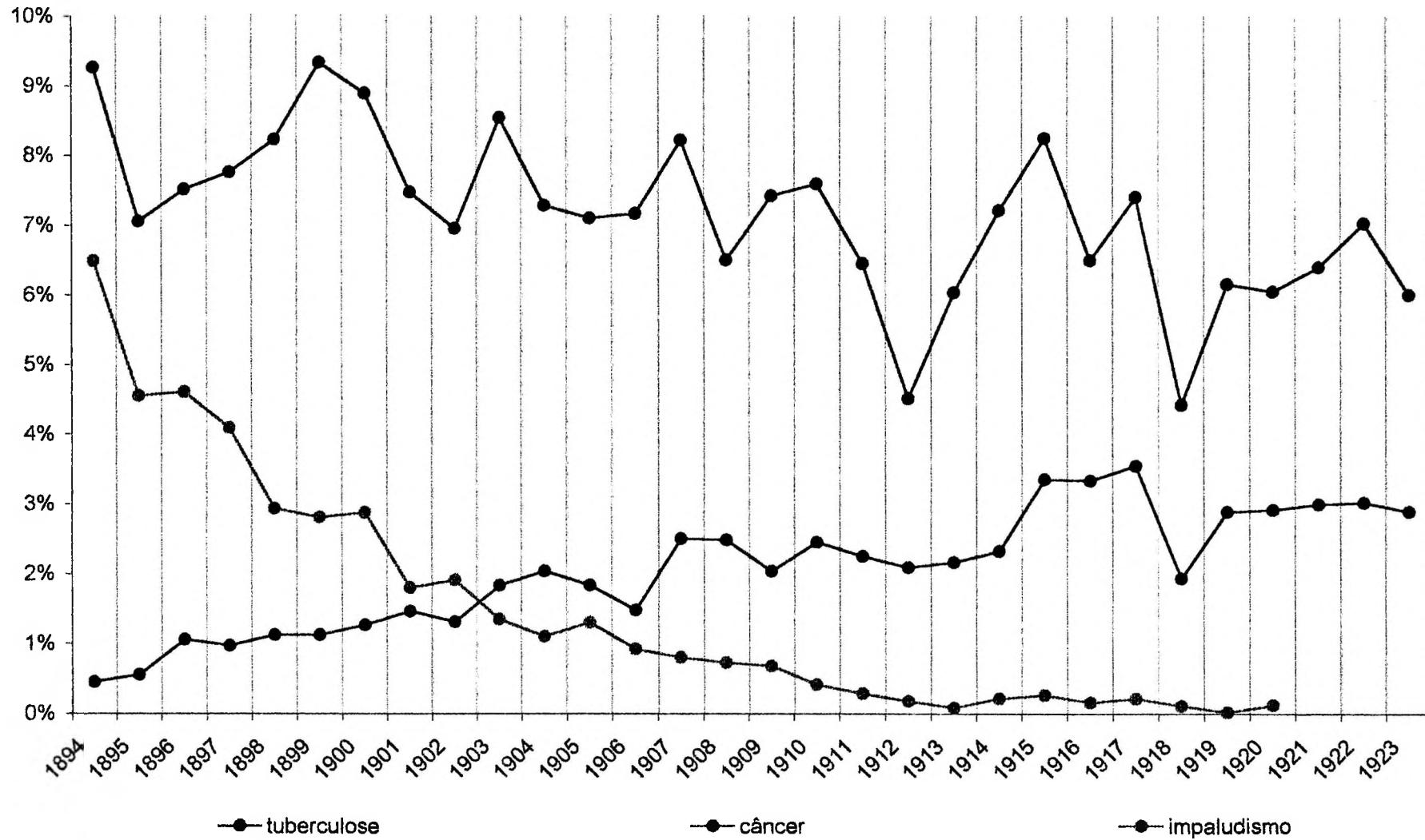
Participação dos óbitos por afecções do aparelho genito-urinário na mortalidade geral  
São Paulo (Capital): 1894 - 1919



Participação dos óbitos por câncer na mortalidade geral - São Paulo (Capital): 1894 - 1923

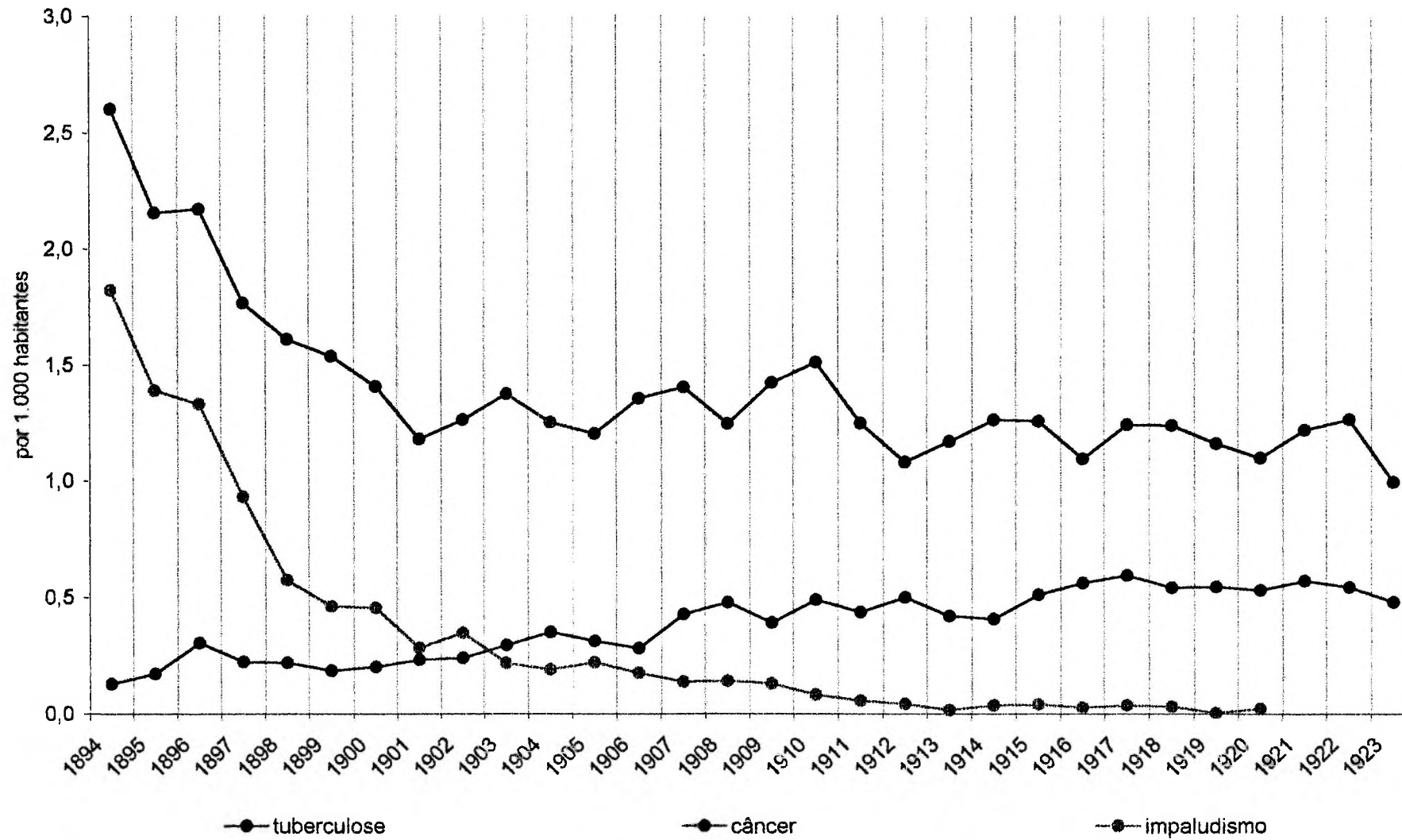


Participação dos óbitos por tuberculose, câncer e impaludismo na mortalidade geral  
 São Paulo (Capital): 1894 - 1923

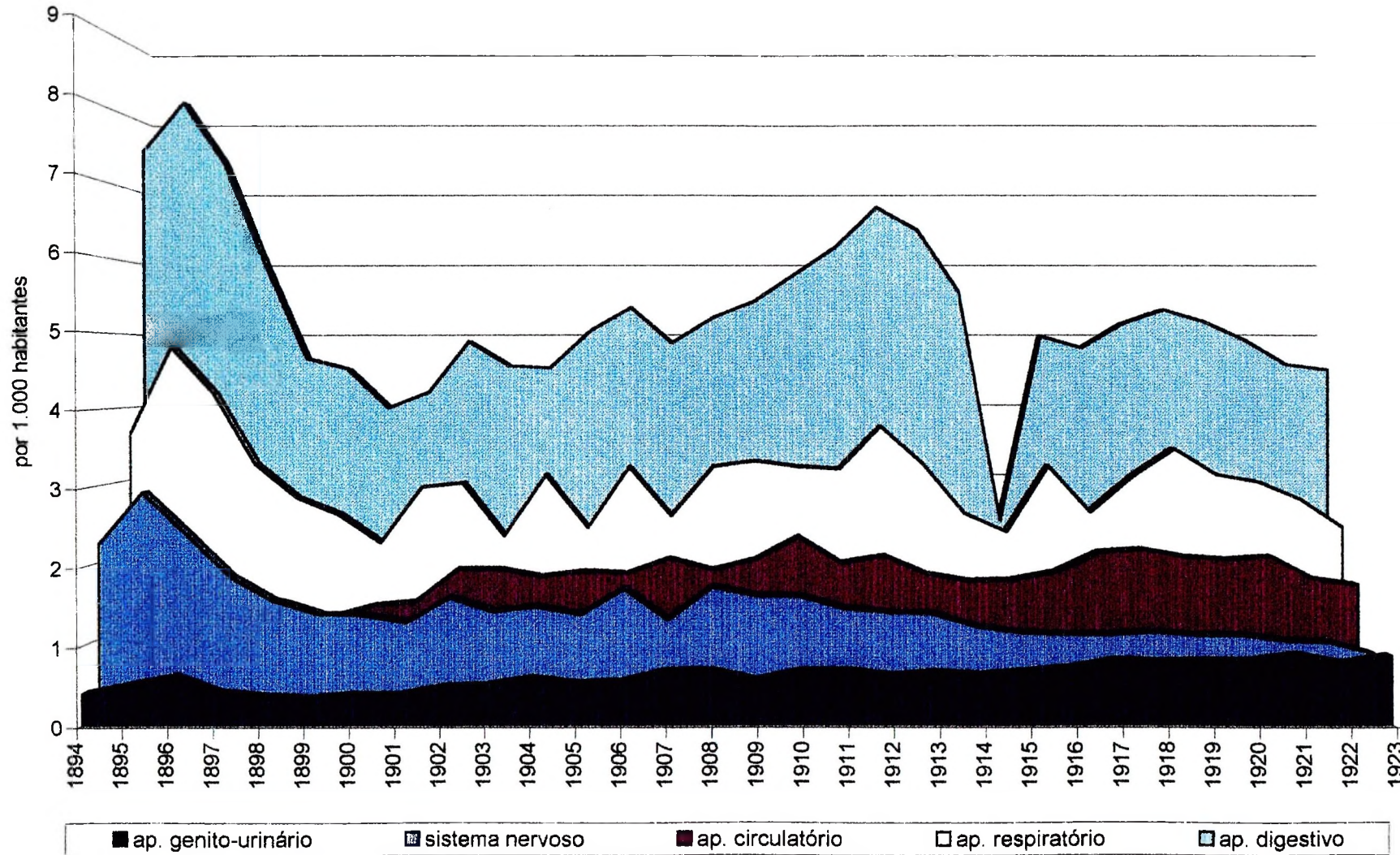




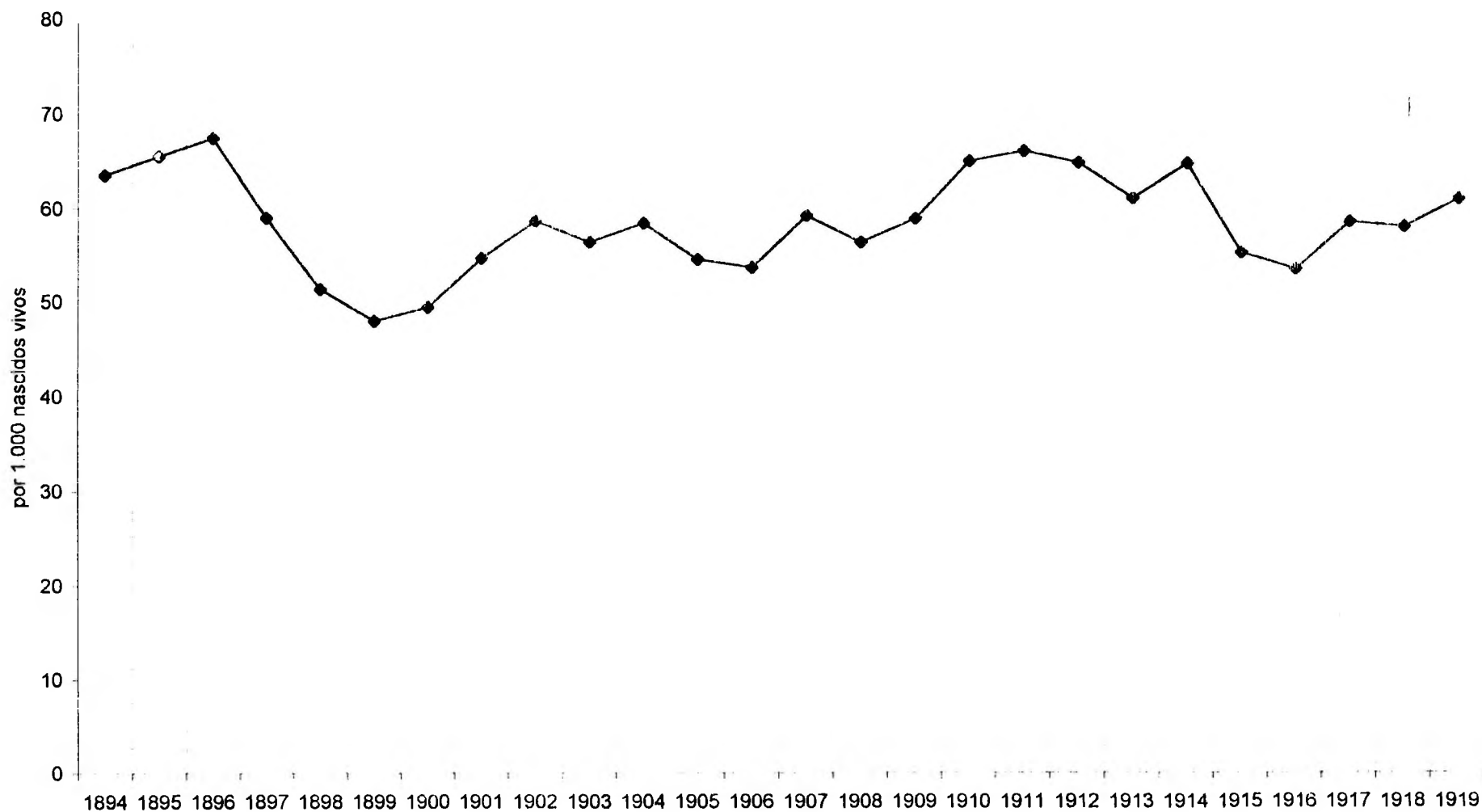
Óbitos por tuberculose, câncer e impaludismo - coeficientes - São Paulo (Capital): 1894 - 1923



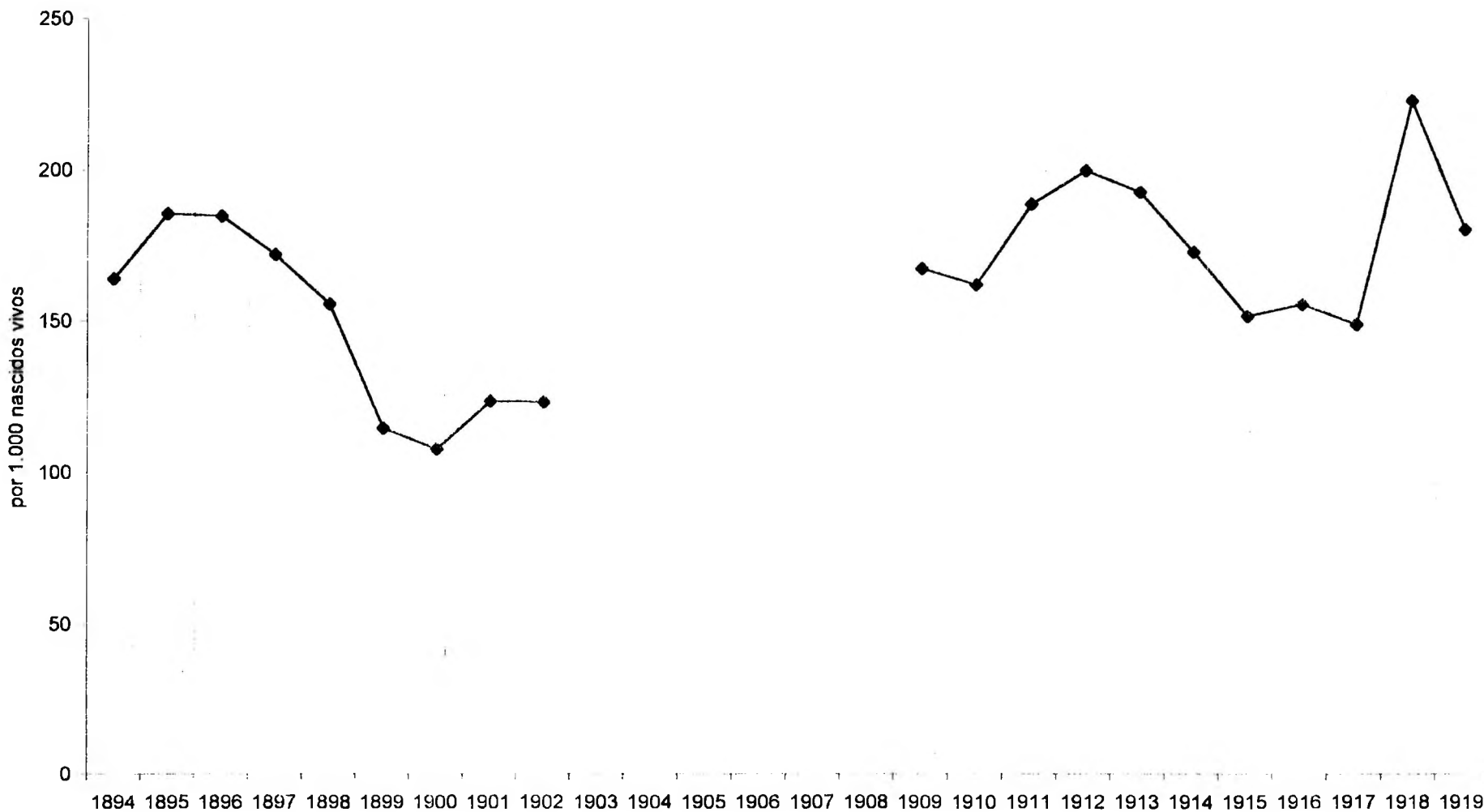
Evolução da mortalidade segundo sua distribuição pelos diversos aparelhos - coeficientes  
São Paulo (Capital): 1894 - 1923



Nati-mortalidade - coeficientes - São Paulo (Capital): 1894 - 1919



Mortalidade infantil - coeficientes - São Paulo (Capital): 1894 - 1919 (0 a 1 ano)



Participação da mortalidade infantil na mortalidade geral - São Paulo (Capital): 1894 - 1919

