

Alguns aspectos da saúde pública e do urbanismo higienista em São Paulo no final do século XIX.

Some public health and higienist urbanism aspects in São Paulo in the end of the 19th century.

Giovana Carla Mastromauro¹

Resumo: Este artigo tem como objetivo discutir aspectos da história da cidade de São Paulo no final do século XIX na perspectiva do urbanismo higienista. Com o alto índice de epidemias e de insalubridade em locais públicos e privados, as preocupações e a problematização da cidade neste período indicavam a necessidade de intervenções sanitárias severas no ambiente urbano, de modo a fazer dele um lugar limpo e agradável a seus habitantes. Os objetivos tinham por foco a higiene urbana. Assim, a partir do século XIX, uma lógica de salubridade passa a se impor para as cidades, utilizando ideais de higiene elaboradas por médicos higienistas combinados com a técnica desenvolvida pelos engenheiros sanitaristas. Dessa forma, o diálogo entre os diversos profissionais se estabelece, atuando complementarmente. Como pano de fundo desse debate encontra-se duas teorias médicas que serviram como base para as intervenções no meio urbano: a teoria miasmática e a teoria bacteriológica. Interessa especificamente neste artigo combinar o debate das duas teorias com as técnicas de desinfecção e isolamento promovidas pelo Estado a partir da denúncia de um local insalubre. Dentro desse contexto, a presente comunicação se restringe a entender como as teorias médicas influenciaram as ações empregadas na cidade de São Paulo nas regulamentações e intervenções feitas aos doentes e às moradias insalubres que surgiram no final do séc. XIX.

Palavras-chave: Urbanismo higienista, Saúde pública, Cortiços, Isolamento, História da ciência.

Abstract: *This article aims to discuss certain aspects of the city of São Paulo between the late 19th century under the scope of higienist urbanism. With a high rate of epidemics and insalubrity in public and private spaces, the concerns of the city's administration during that period were geared towards the need of*

¹ Doutoranda em História, no Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas. Email: jo_lunettes@yahoo.com.br.

severe sanitary interventions in order to transform the urban space into a livable place for its inhabitants. The objectives focused in urban hygiene. Thus, since the 19th century, the concept of a clean urban space begins to grow with public policies elaborated by doctors and Sanitary Engineers. Dialogue between several professionals is established and team work is initiated. As background for this debate can be found two medical theories that served as foundation for the urban interventions: the Miasma Theory and the Bacteriologic Theory. This article intends to combine the debate of those two theories with the disinfection and isolation techniques promoted by the State. In this context, the present communication confines itself to understand how medical theories have influenced the actions moved in the city of São Paulo through regulations and interventions made to the sick and to the insalubrious houses that rises in the late 19th century.

Keywords: Higienist urbanism, Public health, Hives, Isolation, Science history.

Introdução

Por uma boa parte do século XIX, em várias regiões do mundo, e inclusive no Brasil, a salubridade das cidades vinha sendo problematizada sob diversos aspectos. Os médicos exerceram papel fundamental neste processo através da discussão de várias questões centrais, e o maior debate entre eles se deu em torno de questões relativas à higiene pública. Os engenheiros sanitaristas e os arquitetos também colaboraram para o entendimento destas questões, assim como procuraram apontar soluções para os problemas discutidos pelos médicos ao longo deste século.

As intervenções urbanas empreendidas no século XIX pelo corpo de médicos e engenheiros responsáveis pelo saneamento das cidades no Brasil encontram sua fundamentação, como em outras partes do mundo (e desde o final do século XVIII), na *teoria miasmática*. O assunto “miasmas” era muito debatido entre estes profissionais porque a palavra traduzia quase tudo o que tinha relação com insalubridade, além de ser algo desconhecido: acreditava-se serem os miasmas emanações nocivas invisíveis que corrompiam o ar e atacavam o corpo humano. Os miasmas seriam gerados pela sujeira encontrada nas cidades insalubres, e também por gases formados pela putrefação de cadáveres humanos e de animais.

Como explicou Alan Corbin:

O miasma traduz sua presença com um odor repulsivo. Existe uma crença científica em torno do miasma que conserva uma série de mistérios. De fato, era o cheiro que acusava a presença de substâncias impregnadas no ar. O miasma não era explicado pela química,

mas o olfato demonstrava sem dúvidas as matérias pútridas existentes no ar nocivo. (Corbin, 1987, 149).

No Brasil, a discussão referente aos miasmas circulava não somente entre o corpo de médicos e engenheiros; as informações sobre seus efeitos maléficos e as maneiras de eliminá-los chegavam também à população. A entrada “Miasmas” consta no *Dicionário de Medicina Popular* dirigido à população e escrito em fins do século XIX por Napoleão Chernoviz (médico polonês radicado no Brasil) dessa forma:

Tomando a palavra em sua acceção toda, consideram-se este titulo todas as emanações nocivas, que corrompem o ar e atacam o corpo humano. Nada há mais obscuro do que a natureza intima dos miasmas (...) As condições que favorecem os desenvolvimentos miasmáticos estão bem determinadas. Os pântanos offerecem-se em primeiro lugar. Ninguém ignora quanto são comuns, sobre o globo, as moléstias, e especialmente intermitentes benignas ou perniciosas que provem delles. Estes effluvios pantanosos, cujos insalubres efeitos sobem pela decomposição das matérias vegetaes e animaes, são sobretudo temíveis nos paizes quentes visto que a atividade da putrefação está na razão direta do calor. (Chernoviz, 1890)

Emanações nocivas, pântanos, insalubridade, ar insalubre, mortífero, infecto, decomposições de matérias vegetais e animais. Todos esses termos tentaram definir e entender os temidos miasmas mortíferos. Com o crescimento demográfico das cidades, o aparecimento de indústrias e a intensa quantidade de gente que se muda para habitá-la, a partir do século XVIII são elaboradas teorias que irão orientar comportamentos coletivos, regras sobre a conduta da população, intervenções no espaço urbano, fiscalização dos espaços públicos e privados a fim de moldar a população e estabelecer um traçado urbano de acordo com regras de higiene que se estabeleceram no período.

De acordo com a arquiteta Donatella Calabi, o encontro dos saberes de diversas áreas – tais como a dos médicos higienistas e engenheiros sanitaristas (entre outros) – culminou num campo de saber no início do século XIX chamado “urbanismo”. Disciplina bastante flexível, segundo a autora, pois se consolida no início do séc. XX na organização do espaço físico urbano agregando conhecimentos de diversas áreas (Calabi, 2004). A partir dessa lógica, profissionais como médicos e engenheiros se uniram para resolver questões de higiene pública iniciando um novo traçado urbano fundamentado nas teorias higienistas do período. A questão

da salubridade e da higiene urbana atravessa a teoria miasmática e posteriormente a bacteriológica, e as questões sanitárias constituem um foco permanente de atuação que percorre boa parte dos séculos XIX e XX.

Há um tratado fundamental e de ampla circulação que contribuiu para fortalecer esta afirmação: a *Encyclopédie D'Hygiene et de Medicine Publique*, publicada em 1891 na França e coordenada pelo médico Jules Rochard. O primeiro capítulo da extensa enciclopédia, “Hygiene Urbaine – Les ville en general”, aborda o tema da higiene urbana e é todo ilustrado por figuras e tabelas que demonstram dimensões, orientações, mapas e projetos de engenharia (como pontes, por exemplo) e obras para a distribuição de água para diversas cidades.²

No Brasil, é possível encontrar manuais de higiene que circularam entre os profissionais e que, em São Paulo, estão disponíveis na biblioteca da Politécnica e nas bibliotecas de medicina da Universidade de São Paulo. Como exemplos têm-se: o “Manuale Pratico dell’Igienista” de 1907, escrito por Clemente Tonzig e Guido Ruata, médicos italianos da Universidade de Padua do Instituto de Higiene de Bologna; o “Trattato di Igiene e di Sanità Pubblica – colle applicazioni alla Ingegneria e alla Vigilanza Sanitária, 1913”, escrito pelo professor de higiene da Universidade de Turim L. Pagliani; o “Manual d’Higiène” de 1922, escrito pelo professor de higiene da universidade francesa de Toulouse, doutor L. Guiurard; e o “Trattato d’Igiene” de 1933, organizado pelo médico italiano do Instituto de Higiene Donato Ottolenghi, entre outros. É interessante perceber que todos os manuais citados aqui foram escritos por médicos e estavam disponíveis entre os engenheiros. Com ampla cronologia (entre 1891 e 1933), todos os manuais têm em comum o assunto da higiene urbana. Os índices desses manuais apresentam sintonia em relação aos temas abordados, e geralmente os tratam detalhadamente.³

Além dos temas, são encontrados desenhos e explicações sobre equipamentos domésticos de abastecimento de água e escoamento de dejetos humanos/sistemas de esgoto. Os lugares insalubres (principalmente as moradias) são tema abordado por todos esses tratados e manuais de higiene. No “Manual

² Ver Rochard, J, 1981.

³ Os temas encontrados são: Atmosfera, Gás incolor, inodoro, que entra na composição da atmosfera dos tecidos vivos (pode ser entendido como miasma, embora a palavra não seja citada); Propriedades físicas do ar, Papel dos ventos na higiene; Iluminação e Ventilação; Solo, Estudos sobre Salubridade; Drenagem; Influência sanitária do solo; Micróbios; Lagos; Cursos de água; Climas em geral; Influência do clima no solo Habitação; Drenagem; Construções; Materiais; Organização da habitação – porões e subsolos, cômodos, escada, sala, quarto, cozinha, sala de banho; Iluminação; Ventilação; Limpeza e desinfecção da habitação; Higiene do corpo; Higiene pública; Assistência da higiene pública; Organização dos serviços de higiene; Laboratório de higiene; Higiene municipal; Planos da cidade – ruas e vias; Sujeiras; Cemitérios; Cremações; Habitações insalubres; Higiene industrial e profissional.

d’Higiène” de 1922, o doutor L. Guiurard chamava a atenção para os sistemas de canalização residencial, frisando o grande alastramento de doenças nas residências que não possuísem este sistema, os quais eram escassos nos bairros pobres onde se encontram habitações coletivas. Ao abordar este tema, o médico menciona alguns assuntos debatidos em 1897, num congresso de habitação que ocorreu em Bruxellas, e no qual a opinião geral era de que a insalubridade está presente onde existem pestilências e imundices, e que a aglomeração de pessoas que se encontravam em habitações pobres seriam a maior causa da insalubridade que atingia toda a malha urbana, corrompendo também o ar. Este congresso de 1897 na Bélgica também é citado no “Trattato d’Igiene” (1933) de Donato Ottolenghi que, dentre outros, aborda o mesmo tema da insalubridade urbana e o problema das habitações sugerindo uma atuação dos higienistas não só no meio urbano, mas também no interior das habitações. Na introdução do tratado podemos encontrar tal afirmação:

Ne segue che il vasto ideale perseguito dall’igiene potrebbe definirsi quello della salute integrale, cui si sforza di raggiungere da un lato combattendo le cause dirette di malattie, e, d’altro lato, riformando opportunamente abitudini e costumi e migliorando le condizioni dell’ambiente ove si svolge la vita di ciascuno. (Ottolenghi, 1933, p.145)

Mais adiante, o higienista faz um discurso de gratidão às ciências biológicas e exatas, como é o caso da física e da química, que possibilitaram que os médicos pudessem entender as doenças através do microscópio, bem como a possibilidade de cultivar os microrganismos fora do corpo dos animais – fato que, para o higienista, foi “la chiave della batteriologia”. Interessante como é explícita a concomitância das duas teorias médicas ainda em 1933, onde de um lado temos a ideia da intervenção no espaço privado das habitações sugerindo a educação das pessoas quanto à higiene, e de outro a bacteriologia como chave para a profilaxia das infecções que mostraria o caminho para as técnicas das desinfecções. Mais adiante, Ottolenghi faz uma afirmação cuja origem data do final do século XIX, quando profissionais começaram a teorizar sobre a disciplina do urbanismo:

L’affermarsi delle industrie e lo sviluppo dell’urbanismo non tardarono invero a richiamare l’attenzione sugli effetti nocivi alla salute che facilmente ne seguivano: in tal modo i problemi sanitari della casa, dell’ambiente di lavoro, del lavoro stesso, e presto anche quelli

dell'alimentazione, si affacciarono in tutta la loro grande complessità e richiesero – talvolta anche attraverso convulsioni rivoluzionarie – una pronta, necessaria soluzione. (Ottolenghi, 1933, p.145)

Significa que, com as mudanças das formas políticas e com o aprofundamento dos estudos sobre a cidade que envolvem diversos tentáculos, a ligação entre indivíduo e ambiente englobou todas as questões sanitárias que percorreram todo o XIX e parte do XX. Para Ottolenghi, a maior preocupação dos higienistas era a de combater as epidemias. Por exemplo, no que concerne à luta contra a cólera, esta jamais seria combatida ou evitada se não forem levadas em consideração as circunstâncias que provocam a epidemia, como a qualidade da alimentação, a canalização e abastecimento de água, a salubridade da habitação e a cultura local de uma cidade. No intuito de defender a ideia de que a cólera tinha maior incidência em determinados lugares que outros, o higienista sugeriu que fosse feito um estudo sobre as condições de vida e a maneira como o espaço era organizado em algumas populações a fim de analisar as condições de higiene existente nos locais habitados. Essa constatação nos revela o pensamento médico higienista do período, segundo o qual os lugares sujos são propícios para o aparecimento de doenças.

A análise dos tratados de medicina e dos tratados de arquitetura esclarece como o discurso dos diferentes corpos profissionais se afinava e se baseava na formulação da teoria miasmática, que desde meados do século XVIII (sobretudo na Europa) pretendeu se aproximar da objetividade científica. Muitas das intervenções propostas também pelos governantes em relação às cidades, por todo o século XIX, desde a escolha do terreno e a construção de edifícios até o planejamento de ruas e avenidas, seguiram orientação da referida teoria, dando grande importância aos assuntos relativos à circulação do ar.⁴ No final do século XIX, as novas descobertas bacteriológicas terminaram por conferir uma compreensão unicausal às doenças: cada doença corresponde a um agente etiológico a ser combatido por meio de vacinas e produtos químicos. A unicausalidade seria a grande tônica do preventivismo, e nela os governos encontravam saídas técnicas para dar conta das questões sociais através de medidas sanitárias.⁵ Nos bastidores dos debates referentes à higiene urbana encontramos os adeptos das duas teorias presentes no final do século XIX: a teoria miasmática e a teoria bacteriológica. Segundo Donatella Calabi, “Nel XIX secolo, la nascita di un movimento a favore dell'urbanistica é strettamente legata a una sensibilità diffusa per questioni di pubblica igiene” (2004, p.67). A autora afirma que neste momento histórico

⁴ Ver Matromauro, GC, 2008.

⁵ Ver Sposati, AO (Org.), 1985.

buscava-se colocar um limite nos riscos que a cidade poderia sofrer, como, por exemplo, a morte por poluições, a falta de água potável e das condições de infraestrutura do espaço construído. O desafio era o de pontuar uma legislação que consistisse em planejar um futuro onde os “males” urbanos poderiam ser vencidos. Calabi (2004) explica ainda que a história deste período é de importância central para aqueles que desejam compreender o contexto das transformações marcadas pelas relações entre o poder central e o poder local, e pelo modo como os acontecimentos influenciaram a conduta de vida da população.

Objetivos

O objetivo desse artigo é identificar o momento em que a teoria miasmática e a teoria bacteriana se cruzam, a partir do diálogo entre engenheiros sanitaristas e médicos higienistas que trabalharam juntos para o entendimento e a estipulação de ações e intervenções que impulsionaram a configuração da cidade de São Paulo na virada do século XIX para o XX.

Materiais e métodos

A vasta produção acadêmica sobre história da medicina e da saúde pública em seus diversos aspectos, dentro do contexto da história urbana ou rural, assim como os diversos olhares e as numerosas abordagens, é proporcional ao interesse de diversas áreas do conhecimento a respeito do tema. Na impossibilidade de um balanço de toda a produção, mesmo que circunscrita somente à história da saúde pública na cidade de São Paulo, optei por escrever sobre alguns de seus aspectos especiais que, dentre os muitos importantes, se destacam pelo pioneirismo na história de São Paulo – tais como o Relatório da Comissão dos Cortiços de Santa Efigênia e a instalação do intenso debate médico de caráter microbiano que se fortifica no âmbito da cidade pelo bacteriologista Emílio Ribas, com as pesquisas sobre a febre amarela, e os laboratórios de saúde inaugurados nesta década. Para isso, além da bibliografia de arquitetos e historiadores, utilizei como documentação relatórios escritos por higienistas direcionados ao estado de São Paulo, bem como importantes fragmentos do já citado Relatório da Comissão dos Cortiços da Santa Efigenia, a fim de entender qual era o debate que os sanitaristas e higienistas faziam do Estado Sanitário da cidade.

Discussão

1. A aplicação das teorias higienistas e as moradias insalubres na cidade de São Paulo: foco de epidemias *versus* desinfecção e isolamento

Rodolfo Mascarenhas (1949) situa a história da saúde pública em três fases no estado de São Paulo: 1) 1840 a 1890, como sendo o período de saneamento

do meio ambiente; 2) de 1890 a 1910, período de controle científico de doenças infectocontagiosas pela aplicação da bacteriologia; 3) período pós-1910, como período de controle sanitário pela educação.⁶ Visto que o objetivo desse artigo abrange uma pequena cronologia da história da saúde pública paulista (década de 1890), concordamos com Mascarenhas no sentido de que, neste período em São Paulo, se intensificou um forte debate entre os médicos sobre as causas e curas de diversas doenças infecto-contagiosas sob o olhar da ciência.

Dentre os muitos estudos que tratam da história da ciência ou história da medicina de São Paulo, optei por selecionar três trabalhos importantes para traçar um panorama das produções acadêmicas sobre o tema. Marta Almeida (2003) explica o processo de inserção da microbiologia em São Paulo de acordo com a atuação do médico Emílio Ribas e de como ele via na aliança entre a microbiologia e a higiene o caminho para a implementação de uma política sanitária efetiva para a cidade. Já Luiz Antonio Teixeira (2007) discute o processo de criação da Sociedade de Medicina e as controvérsias causadas no espaço institucional quando dos debates referentes à ciência em São Paulo, analisando a fundo os congressos e as produções textuais do período. Outro trabalho importante para a compreensão da saúde pública paulista é o texto de Rodolfo Telaarolli Junior (1996) que discute as teorias e as formas de propagação das epidemias, em especial a febre amarela, até a aceitação da transmissão da doença pelo mosquito, fazendo também uma análise da atuação do serviço sanitário em diversas cidades do estado de São Paulo. O que estes três trabalhos selecionados têm em comum é a análise dos debates em torno da febre amarela no Brasil, o qual passa por médicos cariocas e baianos – assim como alguns italianos (como é o caso do médico Sanarelli) – até que se consolida efetivamente na cidade de São Paulo com Emílio Ribas e Adolfo Lutz através das experiências feitas por eles dentro do Hospital de Isolamento de São Paulo⁷.

Embora o debate sobre a causa da febre amarela fosse efervescente no Brasil, o mérito de sua descoberta ficou a cargo de um médico cubano, Carlos Finlay que desenvolveu sua teoria em 1881, mas sobre a qual o mundo somente teve conhecimento na virada do século XX. Em 1900, os EUA enviaram uma comissão de pesquisadores a Cuba, entre eles Walter Reed (que presidia a comissão), para que a partir da teoria de Finlay desenvolvessem estudos sobre a febre amarela. Os resultados dessa estadia resultaram numa descoberta fantástica para a saúde pública, de que a causa da doença não era contagiosa e não era transferida por contato direto, e sim por um mosquito. (Rosen, 1994).

⁶ Ver Mascarenhas, R, 1949.

⁷ Ver: Almeida, M., 2003 e Mastronauro, GC., 2008.

Adolf Lutz e Emílio Ribas estavam entre os médicos que incorporaram a teoria de Finlay – a chamada “teoria havanesa” – propondo a profilaxia na exterminação dos focos do mosquito. Assim, Lutz e Ribas repetiram com rigor as experiências realizadas em Cuba através de uma comissão presidida por Pereira Barreto. Eles próprios se submeteram às experiências, sendo também cobaias dos estudos (Gambeta, 1988; Almeida, 2003).

Segundo Marta Almeida (2003), a história da medicina do século XIX passou por profundas transformações devido à introdução do saber da microbiologia que estabeleceu novas frentes de ações sanitárias, as quais a partir da inovação da ciência se posicionaram num viés social e inovador.

No final do século XIX, alguns laboratórios foram inaugurados na cidade de São Paulo, formando uma espécie de “rede” de pesquisa dos assuntos de higiene e saúde. Destacam-se o Laboratório Bacteriológico, o Instituto Butantan e o Laboratório de Análises Clínicas.

2. A cidade de São Paulo e o Relatório da Comissão de exame e inspeção das habitações operárias e cortiços no distrito de Santa Efigenia

As cidades trazem em si camadas superpostas de resíduos materiais: elementos da arquitetura, recorte das ruas ou monumentos. (...) Temporalidades diversas se sobrepõem, amalgamam-se na formação de um saber sobre a cidade. Tempo mensurável dos trajetos, dos obstáculos a serem superados, da distância entre casa e trabalho é o tempo privilegiado pelo urbanista. Esse tempo, em sua densidade de passado, constitui para o especialista um estoque de modelos, de estilos, de imagens diversas de onde retira o material para o seu trabalho. (Bresciani, 1999, 11)

O surto de crescimento urbano no final do século XIX, em São Paulo, coincidirá com as pesquisas que proporcionaram descobertas sobre a causa microbiana de diversas doenças. Por outro lado, leis e normas calcadas na necessidade de circulação, arejamento e desodorização do ambiente, originárias da teoria dos miasmas, ganham atualidade e são combinadas pelas descobertas microbianas.

A situação da capital paulista na segunda metade do século XIX era de crescente expansão. Para o arquiteto Nabil Bonduki (1998), a década de 1870 é o período em que São Paulo começa a se expandir abrindo loteamentos e criando novos bairros. Até essa década era possível percorrer a cidade a pé, mas ao receber novos moradores a cidade passa a exigir transportes rápidos, pois as distâncias passaram a ser medidas em quilômetros, os chafarizes deixaram de dar

conta do consumo de água potável aumentando o risco de contaminação da água e o esgoto sem destino certo se torna o principal inimigo da saúde pública. Esses fatores impulsionaram o surgimento de loteamentos indiscriminados que deram origem a inúmeras necessidades urbanas.

Bonduki situa o período entre 1886 e 1900 como o momento em que São Paulo sofreu sua primeira crise habitacional. Em alguns bairros da capital, foram aos poucos surgindo habitações precárias que abrigavam a população mais carente da cidade. No período, essas moradias, denominadas cortiços, eram um dos principais focos de eclosão de epidemias, chamando assim a atenção dos higienistas que buscaram elementos técnicos de intervenção nas moradias. Para tanto, formou-se uma comissão que propunha o estudo da demografia afetada pelas epidemias. A responsabilidade da inspeção dos cortiços ficou a cargo de três médicos – o higienista Candido Espinheira (diretor do Hospital do Isolamento de 1894 a 1915), Grégorio da Cunha Vasconcellos (chefe da Santa Casa da Misericórdia) e Octavio Marcondes Machado (Inspetor sanitário do Serviço Sanitário) – e o engenheiro, Teodoro Sampaio, o primeiro engenheiro sanitário do código sanitário de 1894. As pesquisas se limitavam no bairro da Santa Efigenia.

O Relatório da Comissão de exame e inspeção das habitações operárias e cortiços no distrito de Santa Efigenia demonstra fatores determinantes quanto à preocupação da administração em relação à salubridade pública. O relatório relaciona diretamente a salubridade das moradias com a higiene da cidade. De acordo com Maria Stella Bresciani (1999), no âmbito de atuação das autoridades municipais, a comissão propôs um plano regulador para urbanizar partes ainda desocupadas dos bairros centrais e, principalmente, fazer avançar o traçado da ocupação urbana para os bairros periféricos. Nesse sentido, um conjunto de intervenções configura a estratégia sanitária que seria, dentre outras, eliminar focos de doenças e de comportamentos inadequados na área central, higienizar as moradias operárias, calçar ruas, eliminar a sujeira, e o mau costume dos moradores de desfazer-se do lixo doméstico atirando-os às vias públicas.

No capítulo I do relatório *“das habitações operárias nesta capital, e do seu exame de inspeção”*, fica evidente o quanto o cortiço não cabia nas normas de higiene do período. A higiene repele o cortiço e a habitação pobre em geral. O Estado condena o pobre, o acusa de promíscuo, vê sua casa como insalubre, repulsiva. Estipula a necessidade de intervir e de cuidar “da unidade urbana a habitação, não já da habitação privada, mas daquela onde se accumula a classe pobre” (1893, cap. I).

Quando da tentativa de explicar a causa do aparecimento de uma epidemia na capital, a Comissão chegou à conclusão de que “o mal” apareceu devido às condições do meio, da topografia e da população existente no local, a qual, no caso, era a população operária, onde “as condições de vida impellem-na a

accumular-se onde encontra mais facilidade de viver, e essa facilidade só a obtém com sacrifício da saúde”. Com as leis da higiene na mão, o poder público manda demolir, retocar e reformar o que não pode permanecer sem “corretivo”. Faz desaparecer utilidades, cria outras e nem sempre é obrigado a “indenizar o que houver de condenar muita vez” (1893, cap. I).

No capítulo III a comissão define o cortiço, sendo constatado que nenhuma casa possuía sistema de ventilação geral e, no cômodo de dormir (onde se agrupa toda a família), não havia luz nem ventilação de nenhuma espécie. O cortiço se reconhecia pela má qualidade e impropriedade das construções, pela falta de capacidade e má distribuição dos aposentos sem luz e sem ventilação, pela carência de saneamento básico nos terrenos onde são construídas e pelas péssimas condições de higiene.

No capítulo VIII é possível perceber a aplicação da teoria higienista do período na localização de habitações operárias. Estas aproveitavam terrenos desocupados do perímetro urbano e próximos às ferrovias, em bairros afastados da aglomeração central da cidade (de 10 a 15 km) que seriam as regiões de Sant’Anna, Água Branca, Pirituba, Pary, bem como a região dos campos que vão além da Mooca, terrenos vizinhos do Ipiranga e região da Várzea de Pinheiros.

Segundo explica Bresciani (2010), a leitura dos capítulos do Relatório de 1893 mostra que, ao estipularem as atribuições dos poderes públicos relativas ao controle das habitações operárias, os membros da Comissão detinham o pleno conhecimento das modernas práticas sanitárias difundidas internacionalmente por meio de projetos, soluções exemplares apresentadas em exposições, congressos, escritos teóricos, livros e artigos em revistas especializadas, manuais técnicos e demais publicações. Apoiada na teoria mesológica de ampla adoção para as intervenções urbanas, a ação governamental amplia a área de sua responsabilidade, antes pontualmente restrita a realocação de cemitérios, hospitais e matadouros para áreas afastadas da parte mais urbanizada da cidade, e ao cuidado de avaliar os lugares de implantação em relação à topografia e à direção dos ventos.

Essas medidas foram marcadas pela teoria de que as cidades e as moradias constituíam causa de doença e, portanto, os lugares e os moradores deveriam ser controlados para que se conseguisse uma boa organização do espaço urbano. Isso remete a uma clara ideia de medicina social e medicina urbana discutida por Michel Foucault, que consistia basicamente em analisar os lugares de acúmulo e amontoamento de tudo o que no espaço urbano pudesse provocar doença, elencando locais de formação e difusão de fenômenos epidêmicos ou endêmicos como, por exemplo, cemitérios, hospitais, matadouros, habitações insalubres. A medicina urbana teria, então, a função de controle da circulação, não só dos indivíduos, mas das coisas ou dos elementos (essencialmente a água e o ar).

Emerson Merhy entende a história da medicina social e da própria saúde pública não como o desenvolvimento linear de um campo de conhecimento, e sim através de alguns conceitos políticos próprios face às possibilidades de organização social. Explica, principalmente, que as práticas centradas no campo individual e biológico, quando transformadas em instrumentos de intervenção do coletivo, passam a compor o conjunto das práticas coletivas de saúde. Mostra o exemplo de um tuberculoso: ao se buscar o tratamento individual, o doente passa a ser considerado um meio de cultura e de propagação de bacilos, e, portanto, se compara ao meio ambiente – que é objeto de ação de práticas sanitárias do tipo de saneamento ambiental (Merhy, 1987, p.19).

É nessa perspectiva que entendemos as intervenções sanitárias feitas quando da denúncia de um local ou indivíduo doente. No caso da teoria miasmática, os locais eram rapidamente interditados, muitos deles até eliminados; por outro lado, quando da teoria bacteriológica, identifica-se no meio denunciado os agentes etiológicos que deverão igualmente ser identificados e interditados, geralmente sob a tutela de uma polícia especializada em assuntos sanitários.

3- A habitação operária X desinfecção domiciliar

No ano mesmo da inspeção dos cortiços, Bernardino de Campos inaugura o Desinfetório Central da cidade pelo decreto nº 219 que aprovava o serviço geral de desinfecções (Macarenhas, 1949, p.47). O Desinfetório foi instalado na Rua Tenente Pena, bairro do Bom Retiro, local que hoje serve de sede ao Museu de Saúde Pública do Estado de São Paulo Emílio Ribas. O estabelecimento tinha a finalidade de “desinfetar” ambientes onde houvesse suspeita ou confirmação de doenças maléficas.

O objetivo da desinfecção era o de limpar tudo o que não se encaixava de certa forma aos preceitos de higiene do período. Não só agia nas ruas e nos edifícios públicos, como quebrava a barreira do muro e penetrava dentro dos ambientes privados, cujos maiores alvos foram os cortiços.

Quando da inspeção dos cortiços, uma polícia especializada percorria casa a casa e anotava tudo o que julgava inapropriado em matéria de higiene, englobando comportamentos morais dos moradores, limpeza da casa, normas, número de pessoas que habitavam na mesma moradia etc. Contribuía, assim, para a montagem dos planos de intervenção das moradias e dos costumes que se regulamentaria, de fato, no ano de 1894, no primeiro código sanitário do Estado.

Em relatório do ano de 1894, o secretário de negócios do interior José Cardoso de Almeida acusa as habitações operárias de ser o maior foco de disseminação da febre amarela na capital:

*(...) Casos espontâneos da moléstia em indivíduos que d'aqui nunca sahiram, que não se expuzeram ao contagio de outro enfermo e, o que é mais, manifestando-se sempre no mesmo ponto, na mesma zona da cidade, o que faz crer que o germen infeccioso já alli existe e que alli permanece em estado latente até que dadas condições favoráveis elle manifesta-se por uma nova explosão. Attendendo a isso o Governo trata do saneamento d'aquella zona (Bella Vista (Bexiga), Vila Buarque, Barra Funda) que foi uma antiga lagoa, ulteriormente aterrada com lixo e naturalmente em condições propícias à germinação da semente morbígena, sendo de esperar que, modificadas essas condições com as obras que alli estão sendo realizadas, torne-se o terreno impróprio a essa germinação, e não encontrando elementos de vida extigua-se assim, o princípio do mal.*⁸

No intuito de prevenir uma nova explosão, foi incumbido à polícia sanitária, através do delegado de higiene Dr. Erasmo de Amaral e de um engenheiro sanitário, “a máxima vigilância no que diz respeito à hygiene das habitações, máxima dos cortiços que existem em grande numero naquella zona”⁹. O fato de serem os cortiços os maiores disseminadores das doenças infecto-contagiosas, além de serem considerados verdadeiros “antros” por viverem “amontoados”, fez com que os administradores focassem seus olhares sobre eles e, com os resultados levantados pela inspeção, surge a necessidade de “desamontoar” a população residente nestes locais e apontar soluções para a construção de novas moradias operárias. Assim, os saberes dos médicos encontram nos saberes dos engenheiros preceitos técnicos de intervenção dos cortiços.

No mesmo ano, os higienistas Candido Espinheira (que havia participado da Comissão dos cortiços) e Paulo Bourrol escrevem um relatório ao Estado direcionado ao Estado de São Paulo, sobre a situação sanitária da cidade se posicionando contra a existência e permanência dos cortiços. O discurso revela que, a favor da higiene da cidade, deviam-se “limpar” (demolir) os lugares que andavam na contramão dos preceitos fundamentados pela legislação:

A hygiene não pode congir-se às leis geraes que regem a sociedade, muitas vezes precisa a bem da salubridade publica, intervir ditatorialmente, praticando mesmo violências, segundo a gravidade da

⁸ Relatório apresentado ao Presidente do Estado de São Paulo pelo secretário de negócios do interior José Cardoso de Almeida, 1894.

⁹ Op. Cit., 1894.

situação. A interdicção de uma casa, o desajolamento de uma família, a penetração no lar domestico a titulo de visita sanitária, a designação da forma de enterramento e do cemitério, são actos reclamados pela hygiene publica e que não parecem obedecer a uma lei geral, mas sim a um regulamento sanitário especial (Espinheira; Bourrol, 1894a).

A palavra “higiene” traduzia diversas ações disciplinadoras ditadas pelo Estado, que se revelavam sob a aparência da moral e da estética. O Estado elegeu a Polícia Sanitária a fim de detectar tudo o que era sujo, ameaçador e descartável para a cidade. Tal Polícia pertencia aos Municípios (de acordo com a lei nº 240) e seus encarregados eram os inspetores sanitários. O médico Joaquim Silva Pinto assim chamou a atenção dos inspetores sanitários:

Recommendado-lhes toda a actividade e solliettude nas visitas aos domicillios, velando com verdadeiro zelo por tudo quanto pudesse affetar a sua salubridade, e providenciando com energia para que não fossem despresadas as medidas indicadas e que nesse sentido se fizessem precisas (Silva Pinto, 1893).

Criada a fim de controlar a conduta de higiene da população, a Polícia Sanitária dava os frutos que o Estado queria, intervindo e modificando bairros e atacando principalmente os cortiços. Era de tarefa da Polícia Sanitária “sitiar o mal” quando das eclosões das epidemias, e assim:

Sem outra aspiração que não a satisfação que fica da consciência do cumprimento de dever, sem outro móvel que o bem estar da população. Vós os vistes sempre a postos, e sem poupar esforços, nem pesar sacrificios, sempre promptos a acudir alli onde se fazia sua presença precisa ou onde eram seus serviços reclamados. Durante o anno [no caso, 1894] foram feitas 57.088 visitas domiciliaries e 12.265 vacinações (Silva Pinto, 1893).

A desinfecção domiciliar, com claras evidências da teoria mesológica, era realizada por um grupo de desinfetadores que entravam nos dormitórios dos contagiados e lacravam as janelas e as portas impedindo que os gases que supostamente existiam no local não propagassem para a rua, evitando o contágio das pessoas sãs. Muitas vezes os doentes eram mantidos em casa, em completo isolamento, mas, se o caso fosse considerado grave, o grupo de desinfetadores removia os doentes em carros especiais para o Hospital de Isolamento (que funcionava na

cidade desde 1875) – também para deixá-los em completo isolamento. Quando havia remoção de cadáveres, estes eram enterrados de acordo com a vontade da família, mas sempre seguindo regras higiênicas da época. O Desinfetório Central foi, sem dúvida, importantíssimo para toda a operação antimoléstia que estava ocorrendo em São Paulo neste período. Ele serviu não só para a desinfecção de objetos e de pessoas contaminadas, mas também como um aparelho profilático da época no controle de doenças infecto-contagiosas. Segundo Bonduki (1998), foram os desinfetadores os primeiros a entrarem no interior das casas operárias, por estas serem insalubres e deteriorantes.

No caso do tratamento de um doente, a polícia tinha a função de fiscalizar os focos de epidemia, notificar o doente ou o local ao Desinfetório Central e este devia intervir nos locais e enviar, quando necessário, o doente ao Hospital de Isolamento da capital. A partir desse esquema, o doente era privado de permanecer nos espaços públicos e não podia continuar em suas residências, já que representava perigo à população sã.

A concepção de *isolamento* era muito difundida nessa época no Brasil, estando presente no popular dicionário do médico polonês Napoleão Chernoviz. Este explica, em 1890, através do verbete, o que consistia o princípio desta prática:

Isolamento: Separação dos doentes acommetidos de affecções contagiosas, d'aquelles cujas affecções não são transmissíveis. O isolamento é indispensável para todos os doentes accommetidos de sarampo, varíola, escarlatina, diphtherie, typho, Cholera, febre amarella, erysipela, febre puerperal, etc. Evitar o menor contacto entre esses doentes e os indivíduos sãos é uma necessidade que deveria ser reconhecida de todos; a applicação d'esta medida devia ser severa especialmente nos hospitaes das crianças onde o contágio parece grassar com maior força do que nos adultos. (Chernoviz, 1890)

O princípio do isolamento é defendido no período como medida profilática indispensável para impedir o contágio das epidemias. A carga que a palavra “isolamento” possuía se manifestava numa série de medidas que se traduziam em pânico coletivo. Havia uma repugnância em torno dessa prática, pois a imagem construída do isolamento era, muitas vezes, a da morte. Para os higienistas Espinhadeira e Bourrol, era uma palavra de ordem tão forte que vinha traduzida em metáforas poderosas, as quais se revelavam nos discursos publicados nos relatórios:

O Isolamento dos indivíduos affectados de uma moléstia contagiosa impõe-se desde logo ao hygienista, que procura impedir a

marcha de uma epidemia. Logo que foi verificada a existência do cholera na Hospedaria dos Immigrantes pela presença do bacillo virgula nos vômitos e dejeções (...) a primeira medida tomada pela Directoria de Hygiene foi o Isolamento de todos os immigrants no proprio estabelecimento da immigração, fazendo guarnecer por força armada as portas de sahida.) Uma vez de posse das condições próprias para o isolamento de contagiados, cumpre à autoridade sanitária fazer remover para esses pontos determinados todos os indivíduos que não disponham de meios pecuniários rigorosamente necessários, para manter a desinfecção e o isolamento domiciliar, e bem assim o seu médico assistente. O isolamento domiciliar deve ser exigido sob graves penas, e ao medico delegado ou commissario de hygiene deve competir a fiscalização diária do prédio, onde exista o efermo, verificando se a desinfecção é feita, se o isolamento é observado (Bourrol; Espinhadeira, 1894b).

Considerações Finais

O urbanismo higienista utiliza o conhecimento de diversas áreas em seus preceitos e, ainda que os médicos confirmassem a existência de agentes etiológicos que ultrapassavam os fatores mesológicos das doenças, a separação das duas teorias não ocorreu rapidamente no campo das intervenções das cidades.

Através dos relatórios escritos em sua maioria por médicos higienistas e direcionados ao estado de São Paulo é possível identificar a presença das duas teorias em questão que fundamentaram as bases da higiene pública da cidade. Sem o intuito de tentar encontrar o momento em que uma teoria se vê substituída pela outra, e sim, manter um diálogo entre as duas, detecta-se os médicos higienistas e os engenheiros sanitaristas como tradutores dos preceitos orientados pelas duas teorias nas intervenções sanitárias dos espaços públicos e privados. Uma das maiores ações para higienizar os espaços que a teoria dos miasmas propunha era através da ventilação e iluminação dos lugares, a fim de substituir um ar insalubre, estagnado, por um salubre; ou, ainda, orientando a localização dos edifícios condenados pela higiene para fora da cidade. Assim, a orientação higienista propunha este tipo de desenho da cidade que se formava para além do perímetro urbano. Isso se justifica, neste artigo, na orientação da construção dos cortiços, assim como na própria existência do Hospital de Isolamento. Na virada do século XIX para o XX, os higienistas se voltam para a observação da habitação, principalmente a dos pobres. A condição da casa revelaria, então, o estado de salubridade de uma rua, de um bairro, de uma cidade. Purificar os ambientes insalubres se tornou uma das prioridades dos higienistas do período.

As teorias microbianas tiveram grande importância na proporção dos diálogos médicos a partir da segunda metade do século XIX. Todavia, no campo de intervenções da cidade de São Paulo, a separação *miasma-bactéria* não ocorre rapidamente. As duas teorias se complementam e durante certo período dialogam juntas no campo das intervenções da cidade. Sem dúvida, as instituições e os laboratórios que se formaram no período sob as teorias médicas científicas foram de suma importância para a história da saúde pública paulista, embora os conhecimentos não se tivessem firmado como ciência absoluta logo que começaram a surgir.

Todavia, como é possível notar neste artigo, a existência desses edifícios, os relatórios direcionados ao estado de São Paulo, entre outros aspectos, revelam que muitos dos conceitos de saúde e higiene urbana desse período utilizavam muitos preceitos da teoria miasmática. Sendo assim, pode-se pensar o fim do século XIX e o começo do XX como um momento de intenso debate no campo da saúde pública, que ora usava o conceito da teoria miasmática, ora da teoria bacteriológica, possibilitando a coexistência das duas teorias que são traduzidas em ações e intervenções pelos médicos e engenheiros refletindo-se no urbanismo higienista do período.

Referências Bibliográficas

- Almeida, M. *República dos invisíveis: Emílio Ribas, microbiologia e saúde pública em São Paulo, 1898 – 1917*. Bragança Paulista (SP): Editora Universitária São Francisco, 2003. (série Ciência, Saúde e Educação)
- Bonduki, N. *Origens da habitação social no Brasil*. Arquitetura moderna, lei do inquilinato e difusão da casa própria. São Paulo: Edição liberdade, FAPESP, 1998.
- Bresciani, MS. “Sanitarismo e configuração do espaço urbano”. In: Cordeiro, SL (org.). *Os cortiços de Santa Efigenia: sanitismo e urbanização (1893)*. São Paulo: Imprensa Oficial, 2010.
- _____. *Imagens de São Paulo: Estética e Cidadania*. In: Ferreira, AC et al. (org.). *Encontros com a História: percursos históricos e historiográficos de São Paulo*. São Paulo: Editora UNESP, 1999.
- Corbin, A. *Saberes e odores*. O Olfato e o Imaginário Social nos Séculos XVIII e XIX. São Paulo: Companhia das letras, 1987.
- Calabi, D. *Storia dell'urbanistica europea*. Milano: Paravia Bruno Mondadori, 2004.
- Chernoviz, N. *Dicionário de medicina popular*. Rio de Janeiro: [s.i.], 1890.
- Foucault, M. *A microfísica do poder*. 12ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

- Gambeta, W. *“Soldados da saúde: a formação dos serviços sanitários em São Paulo”*. São Paulo. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, 1988.
- Guiraud, L. *Manuel d’Hygiène*. 4ª ed. Tome I e II. Paris: Masson et Cie Ed., 1922.
- Matromauro, GC. *Urbanismo na São Paulo Imperial: O Hospital de Isolamento e o Cemitério do Araçá*. [Dissertação]. São Paulo: PUC-Campinas, 2008.
- Merhy, EE. *O capitalismo e a saúde pública*. A emergência das práticas sanitárias no estado de São Paulo. 2ª ed. Campinas: Papirus, 1987.
- Lemos, CAC. *A República ensina a morar (melhor)*. São Paulo: Hucitec, 1999.
- Mascarenhas, R. *Contribuição para o estudo da administração sanitária estadual em São Paulo*. [Tese]. São Paulo: Faculdade de Higiene e Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1949.
- Ottolenghi, D. *Trattato d’Igiene*. v.1. Milano: Dottor Francesco Vallardi, 1933.
- Pagliani, L. *Trattato di Igiene e di Sanità Pubblica colle applicazonu alla ingegneria e alla Vigilanza Sanitaria*. v.1. Milano: Dottor Francesco Vallardi, 1913.
- Ribeiro, MA. *História sem fim: inventário da saúde pública: São Paulo 1880 – 1930*. São Paulo: Universidade Paulista, 1993.
- _____. Os cortiços no distrito de Santa Efigenia (1893). In: Cordeiro, SL (org.). *Os cortiços de Santa Efigenia: sanitarismo e urbanização (1893)*. São Paulo: Imprensa Oficial, 2010.
- Rochard, J. *Encyclopédie D’Hygiene et de Medicine Publique*. t. III. Paris: Lecrosnier et Babe, Libraires-Editour, 1891.
- Rosen, G. *Uma historia da saúde pública*. Rio de Janeiro: Hucitec, 1994.
- Sposati, AO (Org.). *A secretaria de higiene e saúde da cidade de São Paulo: história e memória: documento comemorativo do quadragésimo aniversário*. São Paulo: Departamento do Patrimônio Histórico, 1985.
- Teixeira, LA. *Na arena do esculápio: a sociedade de medicina e cirurgia de São Paulo (1895 – 1913)*. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 2007.
- Tellaroli Junior, R. *Poder e Saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 1996.

Relatórios

Relatório da Comissão dos Cortiços de Santa Efigenia 1893.

Relatório do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo sobre a organização sanitária do Estado, cap. III - Do Isolamento – Remoção de contagiados – 1894a. Museu de Saúde Pública Emílio Ribas.

Relatório do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo sobre a organização sanitária do Estado, cap. V - Da Hygiene da Habitação – Saneamento da Capital – 1894b. Museu de Saúde Pública Emílio Ribas.

Data de recebimento do artigo: 01/02/2011 Data de aprovação: 13/02/2011 Conflito de Interesse: Nenhum declarado Fonte de Financiamento: FAPESP
