

GIOVANA CARLA MASTROMAURO

**URBANISMO E SALUBRIDADE NA SÃO PAULO
IMPERIAL: O HOSPITAL DE ISOLAMENTO E O
CEMITÉRIO DO ARAÇÁ**



**PUC Campinas
2008**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Giovana Carla Mastromauro

**Urbanismo e salubridade na São Paulo Imperial:
O Hospital de Isolamento e o Cemitério do Araçá**

Dissertação apresentada como exigência para obtenção do Título de Mestre em Urbanismo, ao Programa de Pós-Graduação na área de Arquitetura e Urbanismo do Centro de Ciências Ambientais e de Tecnologias da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Orientador: Prof(a). Dr(a). Ivone Salgado

Urbanismo e salubridade na São Paulo Imperial: O Hospital de Isolamento e o Cemitério do Araçá

BANCA EXAMINADORA

Presidente e Orientador Prof^a. Dr^a. Ivone Salgado

1º Examinadora Prof^a. Dr^a. Marisa Varanda Teixeira Carpintero

2º Examinador Prof. Dr Manoel Lemes da Silva Neto

Campinas, 11 de agosto de 2008.

GIOVANA CARLA MASTROMAURO

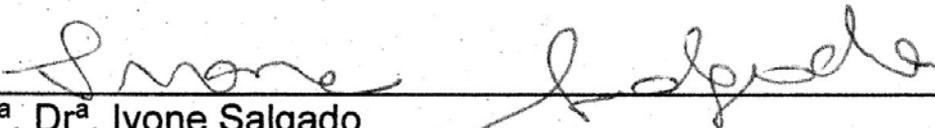
**"URBANISMO E SALUBRIDADE NA SÃO PAULO
IMPERIAL: O HOSPITAL DE ISOLAMENTO E O
CEMITÉRIO DO ARAÇÁ"**

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado em Urbanismo do Centro de Ciências
Exatas, Ambientais e de Tecnologias da
Pontifícia Universidade Católica de Campinas
como requisito parcial para obtenção do título
de Mestre em Urbanismo.

Área de Concentração: Urbanismo.

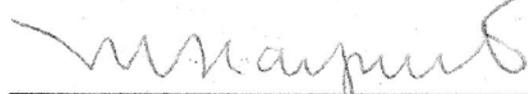
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ivone Salgado.

Dissertação defendida e aprovada em 28 de agosto de 2008 pela Comissão Examinadora
constituída dos seguintes professores:

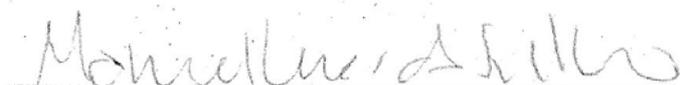


Prof^a. Dr^a. Ivone Salgado

Orientadora da Dissertação e Presidente da Comissão Examinadora
Pontifícia Universidade Católica de Campinas



Prof.^a Dr.^a Marisa Varanda Teixeira Carpintéro
Universidade Metodista de Piracicaba



Prof. Dr. Manoel Lemes da Silva Neto
Pontifícia Universidade Católica de Campinas

Aos meus amados pais Chiarina e Carlos,
pela dedicação e empenho,
e por possibilitarem que este importante
passo fosse dado.

Agradecimentos

Aos meus pais Chiarina e Carlos, pelo carinho, atenção e paciência em todos os momentos da minha vida, me proporcionando sempre amor e apoio emocional, além de disponibilizar toda estrutura necessária para todas as conquistas de minha vida (“Amo vocês incondicionalmente”).

À amiga e orientadora Ivone Salgado, por me ouvir e dar a máxima atenção a este trabalho, se empenhando em cada parágrafo, cada linha, cada palavra deste conteúdo, e por me tornar a pesquisadora que sou hoje; sem dúvida, sem a sua orientação este trabalho não teria o valor e qualidade que possui hoje (“Allora cara mia, ci vediamo fra poco!”).

Às amigas Maria Rita Amoroso e Amanda Pimenta, companheiras deste percurso, e que desde o começo dividiram momentos de dificuldade e também muitos outros momentos agradáveis. Obrigada pelas longas conversas e pelos vários cafés que tomamos nesses últimos dois anos.

Ao Beso, pelo apoio, carinho, dedicação e atenção nas etapas finais deste trabalho.

Ao meu amigo Diego México, pela contribuição à parte cartográfica.

Ao Flávio e Mônica por me apoiarem de alguma forma à conclusão deste mestrado.

À FAPESP, pela bolsa de mestrado concedida, a qual foi de extrema importância para a execução desse Mestrado.

À banca examinadora, Marisa Carpintero e Manoel Lemes, pela disponibilidade e pela dedicação que prestaram ao examinarem este trabalho, e cujas sugestões foram, sem dúvida, enriquecedoras à versão final deste texto.

A todos os funcionários de bibliotecas e arquivos consultados, pelo auxílio e atendimento a esta pesquisa.

Ao LUNETTES, por me proporcionar momentos de distração e alegria ao longo de todo este percurso.

À Walkyria, Juliana e Marcela, pela amizade sempre sincera e palavras de incentivo ao longo deste percurso.

À Janaína Franco, pela contribuição às partes finais deste trabalho.

A todos aqueles que de certa forma contribuíram para a conclusão deste trabalho.

RESUMO

MASTROMAURO, Giovana Carla. *Urbanismo e Salubridade na São Paulo Imperial: O Hospital de Isolamento e o Cemitério do Araçá*. 2008. 138f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2008.

O presente estudo analisa uma área da cidade de São Paulo ocupada no final do século XIX. Inicialmente, em 1880, ali seria construído o Hospital de Isolamento, hoje Hospital Emílio Ribas, e em seguida, em 1887, o novo cemitério público da cidade, o Cemitério do Araçá, ao longo da Avenida Municipal, hoje Avenida Dr. Arnaldo, em frente ao Hospital de Isolamento. Estes edifícios se instalam no local sob a orientação ideológica do higienismo e da salubridade. Todavia, o período em análise é justamente aquele no qual a teoria bacteriológica veio a abalar as teorias miasmáticas então dominantes, as quais justificavam o isolamento destes equipamentos públicos. Procura-se desvendar, neste trabalho, como a noção de saúde pública e os conceitos de higienismo da época estão presentes nas justificativas das escolhas de implantação destes edifícios na região.

Termos de Indexação: Urbanismo, Higienismo, São Paulo, Século XIX, Hospital do Isolamento, Cemitério do Araçá.

RÉSUMÉ

MASTROMAURO, Giovana Carla. *Urbanisme et Salubrité dans São Paulo à l'Époque Imperiale: L'Hôpital de Isolement et le Cimetière du Araçá*. 2008. 138f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2008.

Cette communication fait une analyse d'une partie de la ville de São Paulo ammenagée à la fin du dixneuvième siècle. Au débout, em 1880, a étte construit a cet endroit L'*Hospital de Isolamento*, haujourdhui *Hospital Emílio Ribas*, et en suite, en 1887, le nouveau cimmetière publique de la ville, le *Cemitério do Araçá*, tout au long de l'avenue *Municipal*, haujourdhui *Avenida Dr. Arnaldo*, devant l'*Hospital de Isolamento*. Ces batiments ont été construit a cet endroit quand dominait une ideologie du higienisme et du sanitarisme. Toutefois, cette periode est justement laquelle ou la théorie bacteriologique a mise em cause les théories sur le miasme que dominait jusqu'à ce moment et que justifiait l'isolement de ces équipements publiques.

Mots-clés: higienisme – sanitarisme – urbanisme - : *L'Hôpital de Isolamento et - le Cimetière du Araçá – São Paulo – siècle XIX.*

SUMÁRIO

Introdução	pág. 9
Capítulo I – As concepções médicas e a cidade no século XIX	pág. 15
1- As concepções médicas e a cidade	pág. 16
2- As epidemias e os comportamentos coletivos	pág. 22
3- A salubridade e as teorias sobre a cidade	pág. 27
4- Os Infeccionistas e os Contagionistas	pág. 31
5- As descobertas no campo da bacteriologia	pág. 44
Capítulo II – A origem da formação do Complexo Emílio Ribas	pág. 62
1- A concepção de Isolamento	pág. 62
2- O Isolamento na arquitetura hospitalar	pág. 69
3- A assistência hospitalar na cidade de São Paulo	pág. 76
4- A construção do Hospital de Isolamento	pág. 78
5- A construção do Cemitério Público	pág. 92
6- Um novo cemitério público para São Paulo: o Cemitério do Araçá	pág. 96
7- A urbanização no entorno do Hospital de Isolamento e do Cemitério do Araçá	pág. 104
Conclusão	pág. 113
Referências	pág. 116
Anexos	pág. 122
Anexo A	pág. 122
Anexo B	pág. 128
Anexo C	pág. 130
Bibliografia	pág. 134

Introdução

A proposta desta dissertação é realizar uma investigação no campo do urbanismo, tendo como objeto de estudo uma área específica da cidade de São Paulo urbanizada a partir do final da segunda metade do século XIX. Um dos objetivos principais do presente trabalho é investigar como a noção de saúde pública e os conceitos de higienismo e salubridade estavam presentes entre os profissionais da saúde e da construção (médicos, engenheiros, arquitetos) nas justificativas de urbanização ou não-urbanização de determinados territórios do município.

Para Cristina de Campos, o urbanismo higienista buscava atuar sobre o meio urbano, viabilizando a sobrevivência do ser humano nas grandes cidades européias no século XIX. O urbanismo higienista é aquele voltado para o saneamento do ambiente urbano, através de obras como drenagem e aterramentos de áreas pantanosas, e também abertura de arruamentos largos que garantissem a distribuição de ar e luz para as residências. Realiza obras que garantem uma vida salubre dentro da grande cidade, livre de doenças e de epidemias (CAMPOS, 2000, p. 33).

A pesquisa se volta para a formação e mobilização do campo de saberes¹ que fundamentam e orientam o pensamento urbanístico e a intervenção no meio urbano, focalizando o papel desse corpo de conhecimentos especializados nos discursos e ações sobre a cidade já consolidada ou a se constituir. Trata-se de um campo de saberes erudito e técnico formulado a partir das ações de instituições de ensino, comissões de especialistas, órgãos públicos, preceitos jurídicos, entre outros. Estabelecemos um acompanhamento por meio da atuação desses especialistas e autoridades

¹ Essa pesquisa faz parte de um projeto temático denominado “Saberes eruditos na configuração e reconfiguração do espaço urbano – Estado de São Paulo, séculos XIX e XX, financiado pela FAPESP. A coordenação geral é de Maria Stella Bresciani (instituição – IFCH- Unicamp). Quatro Instituições participam deste projeto: CEATEC (PUCCampinas), FAAC – (UNESP – Bauru) e Scuola Studi Avanzati – IUAV – (Veneza – Itália)

públicas, enfatizando a persistência de embates e problemas, bem como as soluções propostas, subsidiadas por teorias e técnicas (BRESCIANI, 2005).

No presente estudo, pretendemos acompanhar o constante diálogo dos especialistas brasileiros com colegas de estudo de diversos países, bem como os debates, projetos e realizações cujo objetivo era tornar a cidade funcional e agradável aos seus habitantes. Tendo em vista a gama de saberes especializados envolvidos na formação do pensamento urbanístico, pretendemos acompanhar também a forma como se fizeram as trocas entre especialistas de formações diversas, em especial arquitetos, médicos higiênistas e engenheiros sanitaristas ao final do século XIX, na cidade de São Paulo.

Segundo Donatella Calabi (2004, p. 67), “Nel XIX secolo, la nascita di un movimento a favore dell’urbanistica é strettamente legata a una sensibilità diffusa per questioni di pubblica igiene”. A autora afirma que neste momento histórico 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 infra-estrutura do espaço construído. O desafio era o de pontuar uma legislação que consistia em planejar um futuro onde os “males” urbanos poderiam ser vencidos.

A autora 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 (CALABI, 2004, p. 67).

De acordo com Calabi, depois das grandes epidemias de cólera na Inglaterra se organizou um intenso movimento de pressão social e de reforma. Neste contexto, Edwin Chadwinck² (1800-1890) – que foi assistente literário de

² A partir do entendimento de que a doença ameaçava a acumulação de capital e a reprodução da força de trabalho, Edwin Chadwinck, adepto da teoria dos miasmas, sugeriu que os trabalhadores deviam ter uma habitação e uma cidade mais saudável pela retirada dos odores

Jeremy Bentham – dá andamento a *Poor Law*, de 1834, propondo novas cláusulas de gestão administrativas para o controle da higiene. Ainda segundo Calabi, esses foram os primeiros passos para a base da adoção do primeiro *Public Health Act* na Inglaterra (em 1847) que autoriza, sem ser obrigatória, a instituição de um órgão centralizado de comissões locais específicas e de figuras particulares – neste caso, os médicos oficiais.

Em 1875 aparece o segundo *Public Health Act*, que foi uma das leis européias mais importantes neste setor, pois deu vida a uma série de regulamentos locais de higiene. No fim do século XIX, estes regulamentos se relacionam também com as questões de moradia, sendo formulados através da investigação detalhada sobre a salubridade dos quarteirões, das casas e de seus espaços internos, além da análise da quantidade de ar e luz que possuíam.

Dessa forma, surge a idéia de um tipo de higiene e de salubridade focada não só no indivíduo mas também nos locais públicos e privados. Sendo assim, uma série de lugares começam a ser detectados e fiscalizados afim de estipular maneiras de intervir diretamente nos edifícios considerados insalubres. Esta prática se consolidou através do higienismo, que tinha como princípios regras de salubridade que seriam aplicados numa série de ações usadas por autoridades que tinham como objetivo, transformar a cidade num local sadio, livre de doenças.

Essa pesquisa faz um recorte espacial na região que hoje se denomina Complexo Emílio Ribas, localizado na cidade de São Paulo e cujo processo de formação inicia-se com a construção do Hospital de Isolamento (em 1880) e do Cemitério do Araçá (em 1897), sob a orientação ideológica do higiênismo e da salubridade. O período em análise, então, é justamente aquele no qual a teoria bacteriológica viria a abalar as teorias miasmáticas que até então dominavam, e que acabavam por justificar o isolamento destes equipamentos públicos. O trabalho se propõe a investigar como foram justificadas as localizações destes

maléficos e através da circulação de ar, unindo para este propósito preceitos da engenharia e da medicina (CAMPOS, 2000, p. 34).

equipamentos públicos fora da cidade – no caso, precisamente no final da Rua da Consolação – procurando confrontar estas justificativas com as novas descobertas científicas.

Assim, pretendemos investigar o processo de urbanização da área no entorno do atual Complexo Emílio Ribas focando o período ao final da segunda metade do século XIX, compreendendo especificamente as décadas de 1880 e 1890, quando ocorre a construção do Hospital de Isolamento (1880) iniciando, assim, a ocupação da área, e a consecutiva implantação do Novo Cemitério Público (1887) ao longo da Avenida Municipal (hoje Avenida Dr. Arnaldo), em frente ao Hospital de Isolamento.

De acordo com Zucconi (2001, p.135), no início do século XIX alguns edifícios como os hospitais, por exemplo, eram instalados em antigos conventos. Somente numa segunda fase (a partir da segunda metade do mesmo século) é que surgem novas estruturas concebidas “ad hoc”, e que se consolida definitivamente a localização de certos edifícios que atendem demandas de uma sociedade em transformação. Os hospitais, os cemitérios, e as escolas surgem como temas principais na organização e reorganização do espaço urbano.

Segundo o autor, no contexto dessa nova estrutura “ad hoc” os hospitais passam a serem localizados fora do perímetro urbano, onde as construções são elaboradas para determinados fins e onde o princípio do isolamento teve grande peso como técnica profilática da medicina, principalmente na segunda metade do século XIX quando se justifica que esses edifícios mantivessem distanciamento dos centros povoados. Os cemitérios e os matadouros também obedecem a esses mesmos critérios (ZUCCONI, 2001, p. 135).

A pesquisa analisa também questões relativas à noção de saúde pública, bem como aos conceitos de higienismo e salubridade, do período que é justamente aquele no qual a teoria bacteriológica veio abalar as teorias miasmáticas, até então dominantes, procurando identificar o papel deste debate na configuração desta nova área urbana.

Propomos-nos a estudar, ainda, as concepções presentes entre os profissionais da saúde e da construção (isto é, médicos, engenheiros higienistas e arquitetos), conjuntamente com os membros da Câmara Municipal (então responsável pela saúde pública), além de investigar os diversos papéis que estes profissionais desempenham na definição da ocupação de novas áreas urbanas.

Novamente de acordo com Zucconi (2001, p. 135): “accanto a nuove strutture, obbligatoriamente decentrate, il necessário viale di raccordo con il centro acquista rilevanza, fornendo una direttrice essenziale all’á crescita” .

Nessa pesquisa, nos dedicamos ao levantamento e análise documental e bibliográfica, além dos estudos acadêmicos reunidos em livros, dissertações e teses. A historiografia levantada seguiu critérios cronológicos fazendo-se um recorte principalmente no século XIX, procurando identificar os assuntos relacionados ao urbanismo, história das cidades e à saúde pública brasileira.

Em relação à documentação primária, foram analisados parte dos relatórios enviados ao Governo do Estado de São Paulo – principalmente nas duas últimas décadas do século XIX – por alguns médicos que tiveram significativa participação nas sugestões e decisões referentes à saúde pública do período em questão. Foi consultada também a legislação completa para os cemitérios públicos paulistanos e dos hospitais de isolamento do Estado de São Paulo. Além desta documentação, a pesquisa traz imagens do período estudado (plantas da cidade de São Paulo, fotografias e mapas).

Esta dissertação é composta por dois capítulos.

O Capítulo 1 aborda as concepções médicas do século XVIII e mostra como estas foram incorporadas e traduzidas aos poderes públicos no século XIX (estas formulavam qual seria a melhor maneira de tornar as cidades salubres, livres dos temidos miasmas). Esse debate que estava presente entre os médicos também era veiculado entre os arquitetos e engenheiros, a quem cabia a intervenção nas cidades. Neste capítulo também são abordadas

algumas teorias médicas - “infeccionistas” e “contagionistas” – que contribuíram para o entendimento que se tinha das epidemias do período em questão. As epidemias são abordadas neste capítulo por um viés social; ou seja, nos interessou relatar como as populações se portavam diante de um período de moléstias epidêmicas. Finaliza-se o capítulo relatando algumas descobertas científicas no campo da medicina ao redor do mundo e no Brasil.

O Capítulo 2 mostra qual a importância do Hospital de Isolamento e do Cemitério do Araçá para uma parte da urbanização da cidade de São Paulo, enfocando a região do que hoje se denomina Complexo Emílio Ribas (Hospital Emílio Ribas, Cemitério do Araçá, Instituto de Infectologia Adolf Lutz) localizado na Avenida Dr. Arnaldo – antiga Avenida Municipal – cujo processo de formação se deu entre as décadas de 1880 e 1890.

Capítulo I – As concepções médicas e a cidade no século XIX.

Na obra do historiador Jaime Larry Benchimol (2000), “A instituição da microbiologia e a história da saúde pública no Brasil”, o autor aponta que só conseguiremos enxergar a rica dinâmica da experimentação médica decorrida entre as escolas da Bahia e de Manguinhos se abandonarmos as dicotomias “*êxito-fracasso*”, “*verdade-erro*”, como critérios para seleção de atores e “actantes”. Destaca que devemos examinar as criações do período com os olhos de seus criadores, como apostas incertas que podiam dar certo.

É essencial abstrair o veredicto proferido mais tarde para acompanhar seu devir e aquilatar a distância que percorreram, as implicações que tiveram para o curso de ação e as idéias de outros autores, em outros domínios da vida social, assim como a natureza e a abrangência das controvérsias que causaram durante seu tempo de vigência (BENCHIMOL, 2000).

A postura metodológica adotada nesta pesquisa segue esta mesma linha de raciocínio, pois para compreender a constituição da área urbana em questão na cidade de São Paulo – área esta cuja formação é marcada pela ocupação entre as décadas de 1880 e 1890 – é preciso considerar as distintas concepções médicas dos diversos agentes sociais envolvidos, abandonando as dicotomias *êxito-fracasso* e *verdade-erro* como critérios de entendimento das ações no campo da urbanização da área.

1- As concepções médicas e a cidade

Por todo o século XIX, em várias cidades 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 era relativo à higiene pública. Os engenheiros sanitaristas também colaboraram para o entendimento destas questões, assim como procuraram apontar soluções para os problemas que os médicos estavam discutindo neste século.

As intervenções urbanísticas empreendidas no século XIX pelo corpo de médicos e engenheiros responsáveis pelo saneamento das cidades no Brasil encontram, como em outras partes do mundo, desde o final do século XVIII, sua fundamentação na teoria miasmática. Esses profissionais acreditavam que os “miasmas” eram oriundos de um ar fétido e podre que se propagava nas cidades, sendo a causa das doenças. Também afirmavam que este ar não circulava e, por isso, as pessoas eram contaminadas, além de defenderem que o mesmo ar deveria circular para que a população ficasse livre das doenças. Alguns locais – como cemitérios, matadouros, hospitais, lazaretos, desinfetórios, hospícios, etc. – eram vistos como os próprios responsáveis pela propagação dos miasmas, portanto deveriam ser localizados fora do perímetro urbano para que a cidade se visse livre desses assuntos e dos seus locais indesejáveis. Dessa forma, esta teoria contribuiu para que se promovesse uma segregação sócio-espacial.

Devido a esse pensamento predominante, profissionais se uniram para resolver essas questões tentando definir locais e tipos de arquiteturas, e para criar um novo traçado urbano fundamentado nas teorias higienistas discutidas naquele século.

A análise dos tratados de medicina e dos tratados de arquitetura revela como o discurso dos diferentes corpos profissionais se afinava e se manifestava na formulação da referida teoria, que desde meados do século XVIII, sobretudo na Europa, pretendeu aproximar-se da objetividade científica.

O adensamento da população urbana na Europa do século XVIII colocou em pauta, de modo decisivo, a questão da insalubridade, principalmente das grandes cidades, abrindo espaço no século XIX a extensas pesquisas e relatórios de especialistas em higiene urbana e industrial.

A definição de critérios técnicos para iniciativas abrangentes relacionadas à gestão urbana, à construção de edificações, ao planejamento de serviços urbanos, à concepção dos espaços de lazer, à solução dos problemas de circulação e à construção de equipamentos e prédios públicos, entre outras, baseava-se cada vez mais e obrigatoriamente em conhecimentos científicos e alargava o campo de ação de profissionais ligados a tais saberes.

Na cidade de São Paulo, a responsabilidade e a legitimidade conferidas progressivamente à sua administração, no decurso do século XIX, fazem com que o corpo técnico adquira importância cada vez maior nos assuntos urbanos, seja nas intervenções em sentido estrito ou nas discussões sobre questões envolvendo a gestão urbana. Médicos, engenheiros e arquitetos exercem papel crucial nesse processo que aponta para a formação plural do campo de saberes sobre a cidade (BRESCIANI, 2005).

Em São Paulo, as transformações decorrentes desse complexo processo de formação de novos saberes e práticas intensificam-se nas últimas décadas do século XIX e nas duas primeiras décadas do século XX, dando lugar à significativa modificação na experiência cotidiana de seus habitantes, na materialidade da cidade e na percepção visual.³

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 será a grande tônica de preventivismo.

³ Lembramos que alguns estudos recentes têm procurado discutir e/ou contestar a preponderância de certa imagem “progressista” da cidade de São Paulo no campo social e cultural, problematizando a substituição de costumes e imagens antigas por outras ditas “modernas” ou ainda evidenciando a atuação de grupos sociais usualmente ocultados na imagem da cidade, como os pobres não-estrangeiros da capital (FRESHSE, 1999; SANTOS, 1998).

Nela os governos encontram as saídas técnicas para dar conta das questões sociais através de medidas sanitárias (SPOSATI, 1985, p. 33).

Assim, torna-se particularmente instigante ampliar o entendimento de tais relações no período, visto que aqui se nota os embates existentes em torno da questão da autoridade municipal, o aspecto dinâmico das posturas municipais e as mudanças ocorridas no papel da técnica e dos saberes da engenharia na discussão da questão urbana no período.

Nos bastidores deste debate encontramos duas teorias que se fizeram presentes no final do século XIX: de um lado a teoria miasmática, do outro a teoria bacteriológica.

Atualmente, é sabido que as doenças são transmitidas por agentes microbiológicos através de vias específicas que produzem doenças (assim como outras são difundidas por vírus). Esse conhecimento (o bacteriológico) foi discutido no Brasil no final do século XIX, especificamente entre as décadas de 80 e 90. Nos séculos anteriores, contudo, o modo como se tratavam as epidemias era diferente: existiam outras formas de tentar explicar e entender como as doenças eram geradas e qual seria a melhor maneira para que uma epidemia fosse controlada ou combatida. Para ampliar essa discussão, devemos obrigatoriamente analisar os princípios das idéias higienistas no século XIX.

As cidades e as epidemias foram assunto que constantemente preocupou as autoridades que se ocupavam com questões de interesse público já no século XVIII. Pode-se dizer que a configuração da cidade no século XIX se apóia em bases ideológicas discutidas no século anterior.

Michel Foucault discorre sobre o surgimento da medicina social e sua influência nos centros urbanos, relatando-nos que esta surge na França no fim do século XVIII.

Na segunda metade do século XVIII se colocou o problema da unificação do poder urbano. Sentiu-se a necessidade nas grandes cidades de constituir a cidade como unidade, de organizar o corpo urbano de modo coerente, homogêneo, dependendo de um poder único e bem regulamentado. (FOUCAULT, 1998, p. 87)

É nesta concepção de medicina social – e no combate à peste e às epidemias em geral, na França – o mecanismo médico e político da quarentena é difundido. Essa prática, segundo Foucault, decorria já de fins da Idade Média e existia não só na França como em diversos países da Europa, consistindo em:

- 1- Todas as pessoas deviam permanecer em casa para serem localizadas em um único lugar. Cada família deveria permanecer em sua casa e cada pessoa em seu compartimento. Ninguém deveria se movimentar.
- 2- A cidade deveria ser dividida em bairros que ficariam sob a responsabilidade de autoridade designada para tal. Esse chefe de distrito tinha sob suas ordens inspetores que deviam, durante o dia, percorrer as ruas ou permanecer em suas extremidades para verificar se alguém saía de seu local. Sistema, portanto, de vigilância generalizada que dividia e esquadrihava o espaço urbano.
- 3- Os inspetores deviam diariamente passar em revista todos os habitantes da cidade. Em todas as ruas por onde passavam, pediam a cada habitante para se apresentar em determinada janela, de modo que pudessem verificar, nos registros gerais, que cada um estava vivo. Se, por acaso, alguém não aparecia, estava, portanto, doente, tinha contraído a peste, era preciso ir buscá-lo e colocá-lo fora da cidade em enfermaria especial.
- 4- Para cada casa se previa a desinfecção com a ajuda de perfumes que eram queimados. (FOUCAULT, 1998, p.88).

Ainda segundo o autor, esse esquema de quarentena foi o sonho médico-político da boa organização sanitária da cidade. O mecanismo da exclusão era o mecanismo do exílio, da purificação do espaço urbano. Mediar alguém era mandá-lo para fora e, por conseguinte, purificar os outros.

A medicina urbana com seus métodos de vigilância, de hospitalização etc., não é mais do que um aperfeiçoamento, na segunda metade do século XVIII, do esquema político médico da quarentena que tinha sido realizado no final da Idade Média, nos séculos XVI e XVII. A higiene pública é uma variação sofisticada do tema da quarentena e é daí que provém a grande medicina urbana que aparece na segunda metade do século XVIII e se desenvolve, sobretudo na França. (FOUCAULT, 1998, p. 89).

Foucault (1998, p. 90) nos explica também que a medicina urbana tinha determinados objetivos:

- 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, os cemitérios. Isto explica o porquê dos protestos, em torno dos anos 1740 e 1750, contra o amontoamento dos cemitérios e, por volta de 1780, das primeiras grandes emigrações de cemitérios para a periferia.
- A medicina urbana teria, então, uma nova função: o controle da circulação; não só dos indivíduos, mas das coisas ou dos elementos (essencialmente a água e o ar).

Podemos dizer que a preocupação central das autoridades perante as cidades do século XVIII era justamente a questão do ar como elemento de equilíbrio entre o salubre e o insalubre. Sobre o significado da palavra “*salubridade*”, Michel Foucault afirma que ela não quer dizer a mesma coisa

que saúde, e sim seria o estado das coisas. Salubridade é a base material e social que coloca a saúde dos indivíduos em segurança. É deste conceito se estabelece a ligação com higiene pública no século XIX (FOUCAULT, 1998, p. 93).

É de suma importância para este trabalho dar atenção ao significado das palavras, percebendo que a palavra traduz uma série de ações em relação às cidades realizadas pelas diversas autoridades. Pensar que a salubridade era o estado das coisas, e não do indivíduo, pode esclarecer alguns aspectos de uma teoria que foi central para a configuração e reconfiguração do espaço urbano no Brasil no século XIX: aquela que via em lugares como cemitérios, matadouros e hospitais os focos de insalubridade que seriam nocivos à saúde pública.

E ainda, citando Foucault (1998, p. 90):

Era uma velha crença do século XVIII que o ar tinha uma influência direta sobre o organismo, por veicular miasmas ou porque as qualidades do ar frio, quente, seco ou úmido em demasia se comunicavam ao organismo ou, finalmente, porque se pensava que o ar agia diretamente por ação mecânica, pressão direta sobre o corpo. O ar então era considerado um dos grandes fatores patógenos. Ora, como manter as qualidades do ar em uma cidade, fazer com que o ar seja sadio, se ele existe como que bloqueado, impedido de circular, entre os muros, as casas, os recintos, etc.? Daí a necessidade de abrir longas avenidas no espaço urbano, para manter o bom estado de saúde da população. Vai-se, portanto, pedir a comissões da **Academia de Ciências**, de médicos, de químicos etc., para opinar sobre os melhores métodos de arejamento das cidades.

Como explica Foucault, para a circulação do ar nas grandes cidades européias (Paris, por exemplo) o corpo administrativo empreendia medidas no sentido de abrir longas avenidas. No caso de São Paulo, que possuía uma área

pequena na metade do século XIX, as decisões do corpo administrativo relativas à salubridade pautaram-se mais nas decisões sobre a expansão da cidade recomendando a localização dos novos edifícios públicos considerados insalubres, como hospitais, matadouros e cemitérios, em áreas externas ao centro urbano.

2 - As epidemias e os comportamentos coletivos

As ações do corpo médico são impossíveis de se dissociar das ações do corpo dos administradores em relação às cidades no século XIX, sem se lembrar do impacto que as epidemias causavam no meio social.

Durante muitos séculos, as epidemias eram assunto que amedrontava as populações habitantes das cidades. Na historiografia podemos encontrar uma série de textos que relatam o medo que as pessoas sentiam quando uma cidade era abatida por este “mal”.

Delumeau (1989) narra alguns fatos que deixavam as populações do ocidente em pânico desde o século XII.

Não é de interesse deste trabalho discorrer sobre as epidemias na Europa em séculos anteriores às descobertas pasteurianas, em meados de 1880, pois sabemos que a partir deste momento as causas das doenças foram compreendidas por agentes etiológicos. Porém, é indispensável usar a obra de Delumeau (1989), uma vez que através dela é possível explicar de que maneira as epidemias controlavam as mentes das pessoas que viam cidades inteiras sendo aniquiladas e que não encontravam explicação científica para tal.

Jean Delumeau, em seu livro “História do medo no ocidente”, nos relata aspectos do comportamento coletivo das pessoas na Europa em períodos de peste. Segundo o autor, entre os séculos XII e XVIII (período em que sempre

esteve presente na Europa) a peste provocava reações nervosas e desesperadoras nas cidades acometidas.

O autor nos relata o comportamento das pessoas desse período, no que se refere ao combate e à profilaxia das doenças:

Até o final do século XIX, ignoraram-se as causas da peste que a ciência de outrora atribuía à poluição do ar, ela própria ocasionada seja por funestas conjunções astrais, seja por emanações pútridas vindas do solo ou do subsolo. Daí as precauções, aos nossos olhos inúteis, quando se aspergia com vinagre cartas e moedas, quando se acendiam fogueiras purificadoras nas encruzilhadas de uma cidade contaminada, quando se desinfetavam indivíduos, roupas velhas e casas por meio de perfumes violentos e de enxofre, quando se saía para a rua em período de contágio com uma máscara em forma de cabeça de pássaro cujo bico era cheio com substâncias odoríferas. (DELUMEAU, 1989, p.110).



Figura 1 - Médico com máscara de pássaro. Utilizada em tempos de epidemia para evitar um possível contágio da doença.
Fonte: ENCICLOPEDIA LIBRE UNIVERSAL EN ESPAÑOL

É interessante traçar brevemente a história das epidemias para justamente entender quão grande era o flagelo ou quão escandalosas eram as reações das pessoas perante a um ataque de peste, pois epidemias eram sinônimo de morte em massa. Baseando-nos, neste momento, na cronologia de Delumeau (1989), percebemos que as ações executadas nas cidades entre os séculos XII e XVIII eram principalmente aquelas que adotavam o isolamento como prática profilática e também como solução no que se acreditava, no período, ser eficaz para deter ou combater uma epidemia.

Outro autor muito interessante, embora seja um romancista e não propriamente um acadêmico, é Daniel Defoe. Citado por Delumeau (1989), sua obra "O diário do ano da peste", escrita em 1722, encaixa-se perfeitamente neste contexto. Através de um texto fictício, relata fatos de uma epidemia de cólera ocorrida em 1665. O autor não chegou realmente a presenciar os fatos

da epidemia, mas os relata através da pesquisa documental e oral que obteve no período. Assim, o livro é repleto de passagens que descrevem situações de pânico coletivo. A obra relata a situação da cidade e sua organização em época de peste, discorrendo, por exemplo, sobre as valas comuns, as reações médicas, simpatias, benzeduras, poções milagrosas e isolamentos, nas quais se percebe que, dentre várias ações empregadas pela população atingida, o melhor que se tinha a fazer em época de peste era fugir dela definitivamente, abandonando a cidade.

As epidemias foram assunto muito debatido durante esses séculos principalmente porque, pela circulação de idéias no período, ainda não era possível determinar suas causas. A função da medicina era quase que totalmente designada a curandeiros e feiticeiros, que usavam sangrias e rezas, por exemplo, como técnicas de cura. Assim, muitas vezes o surgimento de uma epidemia era entendido sob uma perspectiva divina, fato este muitas vezes mencionado por Delumeau (1989) e Defoe (2002).

Na obra de Defoe (2002), na qual os fatos são escritos sob o aspecto literário e narrados em primeira pessoa, o personagem depara-se com a peste e, sendo pressionado a tomar a decisão de abandonar ou não sua cidade – que estava naquele momento sendo atacada pela epidemia –, faz referência ao “poder divino” acreditando na possibilidade da peste vir do “Céu”, e busca, nesse sentido, uma orientação para suas atitudes. O autor, raciocinando por esse viés, escreve:

[...] Acho que se pode tomá-las [as pestes] como intimações do Céu sobre o que é seu dever inquestionável fazer nesta situação. Refiro-me a ir embora ou ficar no lugar onde moramos quando visitados por uma doença contagiosa. Uma manhã, enquanto matutava sobre essas coisas particulares e sobre nada chegar até nós sem orientação e permissão do Poder Divino, veio bem claramente na minha mente que estes contratempos tinham alguma coisa extraordinária e fui obrigado a considerar se isto não indicava ou me intimava a crer que era a vontade do Céu que não fosse embora.

Imediatamente, meu raciocínio prosseguiu: se realmente vinha de Deus que eu deveria ficar, Ele seria capaz de efetivamente me preservar no meio de toda a morte e perigo que me cercaria e, se eu tentasse me salvar fugindo de minha casa, agindo de modo contrário a estas intimações que acredito serem Divinas, seria como fugir de Deus, e assim Ele poderia aplicar Sua justiça em mim quando Ele achasse conveniente.

E continua mais adiante:

[...] Baseando-se nas noções de predestinação que professam, crendo que o fim de todo o homem está predeterminado e definitivamente decretado de antemão, eles iam despreocupados em lugares contaminados e conversavam com pessoas contaminadas. E assim, morriam em média entre dez e quinze mil por semana, enquanto os mercadores europeus ou cristãos se mantinham recolhidos e reservados, geralmente evitando o contágio. (DEFOE, 2002, p. 23 - 24).

Delumeau (1989, p. 113) também faz referência a esse assunto, salientando que os homens da Igreja e alguns artistas enxergavam na doença a fúria de Deus, que encolerizado mandava “flechas doentes” à Terra. O autor afirma que em alguns países da Europa como, por exemplo, na Itália, existem algumas capelas carmelitas em que se podem encontrar ícones representando tais flechas da epidemia chegando à Terra através dos céus. Em suas palavras: “Cristo as lança em chuva densa sobre os homens (...) as flechas do mal atingiam cidades inteiras sem fazer distinção se eram ricos ou pobres.”

As imagens citadas por Delumeau representam que a epidemia atacava toda a cidade, revelando que, quando o pânico coletivo se espalhava por essas cidades européias, suas populações entravam num estado de descontrole completo. Uma das principais soluções que encontravam para fugir da doença

era abandonar a cidade, fato esse que dizia respeito principalmente aos ricos, que podiam viajar para outro lugar.

A cidade entrava em estado de calamidade devido ao pânico generalizado. Os pobres eram taxados como disseminadores da doença desde essa época em que Delumeau (1989, p. 120) nos relata – aproximadamente por volta do século XVII – que em época de epidemia “apressaram-se em expulsar os mendigos: (...) não são eles semeadores da peste? E depois, são sujos e espalham odores poluentes”.

As classes menos favorecidas foram perseguidas e taxadas como “perigosas”, o que acarretou uma segregação social e espacial nas cidades. Nas cidades brasileiras não foi diferente. Os pobres deste período eram, principalmente, os ex-escravos. Uma das idéias difundidas na elite política e administrativa era a de que as classes baixas eram as mais atingidas pelo modo como viviam, considerado promíscuo e insalubre.

De acordo com Chalhoub (1996, p. 29), o Governo Imperial traçou uma perseguição contra os pobres acusando-os de serem os responsáveis pelo alastramento de doenças:

Os pobres passaram a representar perigo de contágio no sentido literal mesmo. [...] Houve então o diagnóstico de que os hábitos de moradia dos pobres eram nocivos à sociedade, isto porque as habitações coletivas seriam focos de irradiação de epidemias, além de, naturalmente, terrenos férteis para a propagação de vícios de todos os tipos.

3 – A salubridade e as teorias sobre a cidade

Como no século XVIII e em quase todo o século XIX acreditava-se que as doenças eram causadas e disseminadas por aspectos do ar, profissionais

da medicina e da engenharia explicavam as causas das epidemias pela teoria miasmática num momento em que as cidades eram acometidas pelas moléstias. Segundo Ivone Salgado, existiram muitos autores que discutiram sobre a questão dos miasmas, principalmente na Europa. Em decorrência disso, muitos eram os tratados de medicina que formulavam diversas versões sobre a teoria miasmática, nos quais cada autor procurava justificar sua teoria dentro de um determinado arcabouço teórico. Ao estudar essa teoria, a autora discute as idéias de Vicq D'azir (Doutor em medicina e membro da *Academie Française de Science*) que defende em sua obra a necessidade de afastar sepulturas dos lugares habitados pelos homens baseado nos danos aos quais eles estariam expostos devido às emanações dos cadáveres (SALGADO, 2003, p. 22).

A autora considera a definição de Vicq d'Azir bastante primorosa, pois essa teoria pode ser uma referência para o entendimento das concepções do período anterior ao surgimento da teoria bacteriana.

Salgado (2003, p. 23) explica que, segundo o autor:

A fermentação era um movimento próprio às substâncias vegetais e animais, nas quais a experiência havia demonstrado que estas degenerariam cedo através da putrefação se uma força orgânica, cuja natureza era desconhecida, não interrompesse os efeitos dela. À medida que a fermentação avançava, o ar elementar se espalharia, sua livre comunicação com ar da atmosfera lhe transmitiria todas as suas propriedades se dissolvendo e se tornando cada vez mais rarefeito. Ele diminuiria a aderência das partes dos corpos nos quais se fazia este trabalho e ao se desprender, levaria consigo as moléculas, as mais sutis, fossem oleosas, ou inflamáveis, que ficariam em suspensão na atmosfera. O ar assim carregado de emanações pútridas tornar-se-ia, necessariamente, mortal se as exalações diversas que emanam de certos corpos não corrigissem estes diferentes vícios e se os ventos não dissipassem as causas da sua corrupção. Se o ar infectado ficasse parado e não se

renovasse jamais e, principalmente, se ele fosse respirado por muito tempo, conseqüências danosas poderiam ser esperadas.

Salgado (2003, p. 23) salienta que Vicq d'Azir descreve em seu tratado, ainda, vários casos de morte e de epidemias em situações onde o ar se encontrava fétido, como o resultado de gases, devido a corpos em putrefação, e afirma que D'Azir intencionava demonstrar a evidência da necessidade indispensável de localizar os cemitérios públicos fora das cidades. A conclusão da autora é a de que estaria aqui a fundamentação para uma intervenção radical na cidade, a qual, atribuindo lugares específicos para a instalação de edifícios que pudessem conter matéria orgânica em putrefação e condenando áreas úmidas e pantanosas, conduziriam a práticas de intervenção na cidade que alterariam o seu padrão urbanístico vigente no período.

A idéia de localizar os equipamentos, ligados à saúde e à morte, distantes dos centros povoados, como argumentava Vicq D'Azir, estava presente também entre os arquitetos e engenheiros. É seguindo essa concepção que Ivone Salgado discute também a obra do arquiteto francês Pierre Patte destacando que, para este autor, o combate à cidade insalubre e o almejo à purificação do ar sugeriria, então, que os cemitérios e os hospitais deveriam ser localizados fora da cidade e que sua localização deveria seguir regras de salubridade do lugar. Suas propostas para a intervenção na cidade, assim como aquelas encontradas em outros tratados de arquitetura e engenharia do século XVIII, são as mesmas preconizadas pelo corpo médico.

Assim, Ivone Salgado (2003, p. 24-25) explica que, para Patte:

Para além dos subúrbios, seriam localizados os cemitérios e os hospitais em locais elevados e bem arejados, pois o que exala destes lugares infecta os ares e as águas. Embora esta infecção não seja perceptível num primeiro momento, ela não deixa de molestar a saúde levando nossos corpos a contrair

pouco a pouco maus elementos que atribuímos impropriamente a outras influências.

Nota-se no pensamento de Vicq D'Azir e Pierre Patte a preocupação com a cidade salubre e a necessidade de combater os “males” que, como acreditavam, esses edifícios causariam à população. Não podemos concluir que a teoria dos dois autores estivesse equivocada para os conhecimentos do período, mas percebe-se claramente que a idéia dos microorganismos serem a causa das doenças ainda estava distante das discussões que preocupavam esses profissionais em relação à cidade. O que os dois autores sugeriram, na verdade, nada mais é que uma proposta de zoneamento urbano (SALGADO, 2003, p. 24).

Seguindo os preceitos de tal proposta, pode-se sugerir o início de uma ideologia do urbanismo higienista localizando cada edifício num lugar específico com finalidades também específicas. Nota-se que todos os lugares que possuíssem algum vínculo ou lembrassem qualquer relação com algum tipo de doença logo eram associados com sujeira e desgraça. Portanto, havia a necessidade de expulsar os temidos miasmas das cidades buscando, dessa forma, a salubridade do local.

A preocupação dos três autores⁴ citados até este momento contribui para a compreensão de que a medicina social sempre esteve vinculada ao processo de intervenção nas cidades. Os exemplos de Vicq D'Azir e Pierre Patte confirmam esta idéia, além de explicitar a ligação entre a arquitetura e a medicina, pelo fato das duas idéias serem muito parecidas e tratarem do mesmo assunto, enfatizando o problema das sepulturas e sugerindo locais de ocupação dos edifícios ligados à saúde não só do indivíduo, mas também da cidade. Foucault nos mostra como o surgimento dessas idéias de medicina social se deu na França.

⁴ Foucault, D'Azir e Patte.

Analisando o caso do Brasil, percebemos que as realizações urbanas tiveram uma enorme ligação com as idéias que circulavam na Europa e que colocavam a cidade insalubre como ponto crucial para realizar reformas. Especialmente os tratados de Patte e D'Azir encontram-se refletidos nas intervenções urbanas brasileiras. Segundo Ivone Salgado (2003, p. 7), o tratado de D'Azir circulou no Brasil, idéia que pode ser reforçada pela existência de um exemplar completo, uma verdadeira enciclopédia com seis volumes, no real Gabinete Português de Leitura no Rio de Janeiro.

Sempre houve um diálogo entre os especialistas das cidades quando da teoria miasmática até a implantação e aceitação da teoria bacteriológica. É interessante notar a intensidade dessas relações entre os profissionais junto com as ações e intervenções que moveram autoridades de muitos países, no século XIX, em nome da salubridade das coisas, da transformação da cidade em local higiênico, agradável e seguro a todos os moradores.

Entendemos que os médicos higienistas tiveram papel fundamental na configuração das cidades. Portanto, tentaremos explicar parte da urbanização da cidade de São Paulo, no final do século XIX, mapeando as instituições ligadas à saúde pública.

4- Infeccionistas e Contagionistas

Assim como em todos os lugares aonde na época a doença se propagava, no Brasil os médicos e as autoridades tiveram bastante dificuldade em interpretar as causas da epidemia e propor medidas eficazes para o seu combate. A questão mais geral consistia em saber se a doença se propagava por contágio ou por infecção. Daí decorre duas filosofias médicas: a dos “contagionistas” e a dos “infeccionistas”. Para os contagionistas, a doença podia ser transmitida de pessoa para pessoa e de duas maneiras: ou diretamente, através do contato físico, ou indiretamente, através do toque em objetos contaminados pelos doentes ou através da respiração do ar que os circundava. Para os infeccionistas, a infecção se devia à ação que substâncias

animais e vegetais em putrefação exerciam no ar ambiente. Para estes, a infecção atuava a partir de um foco do qual se emanavam os tais “miasmas mórbidos”. (CHALHOUB, 1996, p. 65).

Para que essa discussão se consolidasse durante o século XIX e preenchesse as discussões daqueles que se ocupavam da saúde, pontuaremos as discussões preliminares e as teorias que contribuíram para que esse diálogo se estabelecesse.

Como é sabido, no século XIX a prática da medicina era muito diferente daquela que vivenciamos atualmente, onde a circulação de idéias no que se refere a um novo tratamento, ou a uma nova doença, são disponibilizados rapidamente a toda população. Mas não foi sempre assim: os nossos antepassados viviam duvidosos e agiam de maneira peculiar diante da doença.

No “Dicionário de Medicina Popular”, de Napoleão Chernoviz⁵, encontra-se a concepção de contágio e infecção vigentes no período. Como o dicionário foi editado entre 1862 e 1890, percebemos que muitas concepções médicas permaneceram vigentes no período em que as descobertas pasteurianas já se difundiam. A explicação de infecção e contágio permanece a mesma nas duas datas.

⁵ Consultar um médico não era comum no século XIX: as pessoas procuravam se curar individualmente. À parte as medidas que foram tomadas pelas Câmaras Municipais, havia também a prática individual do doente. Algumas pessoas, para não caírem nas mãos dos curandeiros, recorriam a manuais de medicina que circulavam no período. Um dos manuais mais famosos, e que começou a circular na segunda metade do século XIX, era o *Dicionário de medicina popular*, de autoria de Pedro Luiz Napoleão Chernoviz. O doutor Chernoviz, polonês, cursou a Universidade de Medicina de Varsóvia e doutorou-se em medicina pela Universidade francesa de Montpellier com a tese *Diagnóstico diferencial dos tumores do escroto*. Veio ao Brasil no ano de 1840 e rapidamente teve seu diploma reconhecido pela Academia Imperial de Medicina do Rio de Janeiro após ter escrito o trabalho *O uso do Nitrato de prata nas doenças das vias urinárias*, além de publicar outros artigos em revistas especializadas. O doutor Chernoviz foi um homem que tinha credibilidade entre os estudiosos das doenças, pois além de vir da Europa havia escrito sobre a questão de doenças. Escreveu um formulário e um dicionário médico. O primeiro era destinado aos médicos e o segundo aos leigos. O que teve maior popularidade foi justamente aquele referenciado à população, o qual teve sua primeira edição em 1842 e sua última edição em 1890. O dicionário era propício à utilidade doméstica devido ao vocabulário e aos assuntos escolhidos. (GUIMARÃES, 2005, p. 505).

O próprio Chernoviz (1890), ao definir contágio, sinaliza a falta de precisão das teorias médicas do período:

Contágio:

Entende-se por contágio a propriedade que tem certas moléculas de se comunicar de um a outro indivíduo pelo contato, ou por intermédio de ar. Parece, à primeira vista, que não há coisa mais fácil do que decidir quais são as moléstias que possuem, ou não, esta propriedade, e **entretanto poucas questões médicas tem sido mais debatidas e tem ficado mais indecisas**. É verdade que todos estão de acordo sobre a propriedade e, entretanto, poucas questões médicas tem sido mais debatidas e tem ficado mais indecisas [...]. (Grifo nosso)

Na definição de contágio, Chernoviz (1890) remete à idéia do isolamento como medida profilática:

De que maneira deve preservar do contágio?

A razão nos indica a providencia mais eficaz, a **isolação**, evitar o contato e a atmosfera dos doentes. Assim não se permitirá que as crianças afetadas de bexigas, cataporas, sarampos, escarlatina e coqueluche, se juntem com as que não estão afetadas dessas moléstias. Não se levarão mesmo as crianças sãs a lugares contaminados de semelhantes enfermidades, nem lá irão seus pais para não virem a transmiti-las a seus filhos [...]. (Grifo nosso)

Quando o médico define a infecção, relacionando-a diretamente aos focos de “emanações miasmáticas”, refere-se ao meio ambiente como propagador das mesmas:

Infecção:

Ação exercida na economia por miasmas morbíficos. A infecção difere do contágio, em que este, uma vez produzido, não tem mais necessidade, para se propagar, da intervenção das causas que lhe deram origem; em que este se reproduz de certo modo por si mesmo, por contato, e independentemente, até certo ponto, das condições atmosféricas; ao passo que a **infecção, devida à ação que substancias animais e vegetais em putrefação exercem no ar ambiente, não atua senão na esfera do foco de que emanam os miasmas morbíficos**. Verdade é que a infecção propaga-se de um indivíduo doente a outro são, como o contágio, é **alterando o ar ambiente** que o primeiro indivíduo atua sobre o segundo, a respeito do qual ele vem a ser, de alguma sorte, outro foco de infecção. (CHERNOVIZ, 1862, 1890). (Grifo nosso).

A idéia de contágio e de infecção, de acordo com o período histórico em que foi divulgada (tanto na edição de 1862 como na edição de 1890) é a mesma. Os assuntos referentes à saúde pública são claramente pautados com os preceitos dialogados no arcabouço teórico da teoria miasmática. Quando nos explica o que é contágio, o médico afirma que a doença seria transmitida de pessoa para pessoa e sugeria o isolamento dos doentes, ou seja, a idéia de segregação, de afastamento. Não falava em lazaretos e hospitais de isolamento, mas recomendava a distância que deveriam manter essas pessoas de outras sãs.

Analisando as idéias de Chernoviz (1890) quanto ao contágio, encontra-se ainda no fim do século a discussão de **isolamento**. Isso fica-nos mais claro quando analisamos sua definição quanto à Infecção. O doutor fala em miasmas

morbíficos e fala claramente sobre a infecção do ar. Novamente temos a teoria de que as doenças seriam disseminadas pelo ar contaminando pessoas sãs.

Nas definições de Chernoviz (1890), os conceitos de infecção e contágio são distintos. Todavia, entre médicos e administradores públicos ou engenheiros, os paradigmas médicos do contágio e da infecção se combinavam com frequência. O ar, como elemento de transmissão das doenças, estava presente nas duas teorias, daí a importância das teorias miasmáticas como fundamento para a definição das propostas de saneamento da cidade. Os médicos que acreditavam na teoria do contágio recomendavam, por exemplo, quarentenas para os navios que chegassem aos portos e isolamento dos doentes em hospitais e asilos distantes da cidade. Já os que se pautavam na teoria da infecção recomendavam providências para transformar as condições locais e impedir a produção das temidas “emanações miasmáticas” (CHALHOUB, 1996, p. 65).

Segundo Chalhoub (1996, p. 65):

Foram os philosophos 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 do século XX.

A partir de 1850, com a entrada da cólera e da febre amarela no Brasil, e devido às discussões no meio médico para investigar sobre o modo de transmissão das doenças no Rio de Janeiro, formou-se a Comissão Central de Higiene, mais tarde transformada em Junta Central de Higiene, órgão vinculado ao Império que era responsável pelas políticas de atuação do governo em relação às epidemias.

Antes que fosse descoberto que a febre amarela (doença que preocupava o Império e que aparecia em caráter epidêmico, principalmente em

estações mais quentes) era transmitida por um mosquito, a discussão entre o corpo médico e os administradores públicos era efervescente.

Chalhoub (1996, p. 66-67) nos conta que houve uma preocupação muito grande – principalmente dos médicos que acreditavam na possibilidade da infecção – em relação à situação sanitária do Rio de Janeiro, então capital do Império. Segundo o autor, os médicos da época relatavam que havia pântanos malcheirosos e praias sujas que exalavam fedor proveniente de lixo e animais mortos em fase de putrefação. Alguns médicos chegaram a dizer que era possível enxergar partículas venenosas desprendendo-se do solo e subindo em direção à atmosfera. Relata-nos também alguns pensamentos de Pereira Rego que, segundo o autor, foi o principal historiador do verão de 1850 e médico higienista do Império ao analisar a febre amarela naquele ano. Rego, ao observar, além de toda a sujeira da capital, os navios lotados de imigrantes ancorados nos portos, conclui que a epidemia reinava na corte devido à importação, para o local, de um veneno específico ou foco de infecção; ou seja, os higienistas acreditavam que a febre amarela havia sido transmitida por alguma forma de contágio. Portanto, percebe-se que Pereira Rego e seus parceiros acreditavam que a febre amarela se propagava por uma infecção muito semelhante ao contágio.

Antes da segunda metade do século XIX, as fiscalizações e cuidados na área da saúde se restringiam praticamente aos portos. Jane Beltrão revela, em seu estudo sobre a cidade de Belém do Pará, que as epidemias chegaram ao Brasil através dos navios. A autora argumenta sobre a relação do Brasil com Portugal no que se refere às trocas comerciais e comenta sobre as pandemias que estavam ocorrendo na Europa durante esse período. Havendo uma troca comercial, essas mercadorias vinham por navios, e o fato de Portugal não divulgar as epidemias que realmente estavam ocorrendo em seu país configurava agravante seguramente desestabilizador das relações políticas e comerciais que mantinha com o Brasil e também com outros países. A autora afirma:

Admitir a existência da cólera era sempre um risco político e social. Produzia a interrupção das relações comerciais e decretava a falência das políticas públicas, adotadas e cumpridas à duras penas em Portugal. Daí, a cautela em declarar a existência de uma epidemia, sobretudo à cólera. (BELTRÃO, 2004, p. 61).

Se as epidemias vinham com os navios, eram exatamente nos portos brasileiros que elas se alastravam. Os médicos que acompanhavam as embarcações perdiam totalmente o controle quando as pessoas começavam a falecer no interior dos navios. Não havia muito a se fazer, se levarmos em conta que as descobertas científicas no campo da bacteriologia só se realizariam no final do século XIX. Assim, nesta época, não existiam antibióticos nem vacinas circulando no Império (a não ser a vacina contra a varíola), muito menos os remédios disponibilizados atualmente. Portanto, uma das precauções tomadas para “controlar” as epidemias eram os isolamentos e as quarentenas. Essa última prática consistia em isolar o navio e seus tripulantes por 40 dias quando ancoravam nos portos de destino, não os deixando em contato com outras pessoas para evitar um possível contágio.

As práticas de isolamento não eram novidade no país neste período. Em 1727, proibiu-se a entrada de escravos em São Paulo sem antes ser verificado se a pessoa estava contaminada pela varíola. Adotando, portanto, esta prática, em 1732 a Câmara Municipal determinou que os doentes de varíola fossem removidos de suas casas e que essas, em seguida, fossem desinfetadas⁶.

Seguindo este raciocínio, podemos perceber que as autoridades acreditavam que uma das possibilidades do Brasil sofrer por epidemias era exatamente decorrente do fato desses navios chegarem contaminados nos portos. Se pensarmos, então, que esses navios eram em sua maioria navios negreiros, é fácil imaginar que as autoridades viam os negros como portadores

⁶ Mais adiante, analisaremos as formas de desinfecção usadas na profilaxia das epidemias em São Paulo.

dessas doenças. Assim, houve uma política extremamente racista preocupada em “embranquecer” a população, e para isso a mão-de-obra africana foi substituída pela europeia – principalmente a italiana e a alemã.

Segundo Moacyr Scliar (2003, p. 50):

No Brasil, os imigrantes europeus substituíram a mão-de-obra escrava sobretudo na lavoura do café. Finalmente havia a intenção, nem sempre declarada, de “blanquear” a população, constituída de grandes contingentes de negros, índios e mestiços.

Beltrão (2004, p.103) afirma que, a partir de 1856, entre os médicos do Rio de Janeiro foram apresentadas diversas dissertações sobre o assunto das referidas teorias – contagionistas e infeccionistas – na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, observando que a maioria dos trabalhos se fazia a pergunta: “Será a cólera contagiosa?”.

Esses médicos, embora estabelecessem essas discussões sobre a doença, não conseguiam identificar se ela era contagiosa ou não, e tinham dificuldade de assumir qualquer uma das teorias, pois a mesma argumentação que defendia ser a cólera contagiosa, em outro momento servia para demonstrar o quão infecciosa seria a moléstia (BELTRÃO, 2004, p. 107).

A autora revela em sua pesquisa que a discussão acadêmica sobre essas duas teorias, posteriormente, foi dominada por aqueles que acreditavam na teoria infeccionista e que lutavam para implantar as reformas, de acordo com seus critérios, em relação à saúde pública. Esses acreditavam que deviam fazer intervenções sanitárias no foco das doenças: os focos miasmáticos. Informa que tais médicos acreditavam ainda que a população de classes mais baixas desprovidas de cuidados necessários à higiene era a mais atingida pela

cólera e que as pessoas de classes mais abastadas raramente contraíam a doença.

Quando abrimos o “Dicionário de Medicina Popular” de Chernoviz, encontramos uma apresentação ao leitor dos assuntos que podiam ser encontrados em suas páginas. Dessa forma, o doutor Chernoviz (1862) explica que:

Em que se descrevem, numa linguagem accommodada à intelligencia das pessoas estranhas à sciencia medica, os signais, as causas e o tratamento das moléstias; os socorros que se devem prestar nos accidentes graves e súbitos, como aos affogados, asphixiados, assombrados de raios, as pessoas mordidas por cobras venenosas, nas perdas de sangue, nas convulsões das crianças; os conselhos para conservar a saúde; a preparação dos remédios caseiros; as plantas úteis e venenosas, e muitos objectos das sciencias accessorias da medicina, que são de uma applicação usual e quotidiana.

Ao abordar o tema dos miasmas, a explicação que o doutor dá sobre o assunto é a mesma tanto em 1862 como em 1890. De acordo com seus conhecimentos, então, explica que:

Miasmas.

Tomando a palavra em sua accepção 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: conhecemos muito as causas que os originam; podemos apreciar grande numero de seus **efeitos perniciosos**, e apenas sabemos o que elles são. Submetendo-os a investigação de nossos sentidos. **Só o olfato nos pode advertir da sua presença**: não nos é dado toca-los nem vê-los. A chimica mais engenhosa perde-se na

subtileza das doses das combinações miasmáticas: de ordinário, nada descobre no **ar insalubre e mortífero** que d'elles esteja **infectado**, e quando consegue reconhecer n'elle uma proporção insólita, ou a presença accidental de algum principio gazoso, não nos releva senão uma diminulissima parte do problema. (...) Dizemos, por conseguinte, a sua composição intima, e occupemo-nos de suas causas, effeitos e dos meios preservativos. **Os miasmas fazem parte desse systema geral de imanações**, que tem tão grande parte na natureza. Cada ente os recebe e os transmite reciprocamente. Nesta troca continua de elementos, operam-se as misturas, as separações, as combinações mais variadas. Em certos casos, nascem miasmas, espécie de venenos voláteis, invisíveis, impalpáveis, cujas **fontes** são felizmente conhecidas e que podemos evitar ou destruir. **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** effeitos 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, 1862, 1890). (Grifo nosso)

Nota-se que Chernoviz revela os mesmos conhecimentos e recomendações de Vicq D'Azir e Pierre Patte. Embora não os cite em nenhum momento, é possível reconhecer nestes autores as mesmas idéias de insalubridade presentes na discussão feita anteriormente. Ao se referir às emanações invisíveis, Chernoviz afirma que estas estão presentes na natureza, ou seja, nas coisas, nos lugares. Explicita ainda que se pode saber ao certo o local onde nasceriam os miasmas e sugere a destruição ou afastamento desses locais. Embora este dicionário seja para leigos, percebe-se já neste discurso introdutório o isolamento sugerido pelo doutor.

Continua Chernoviz:

Em toda a parte em que se acham indivíduos de espécie humana, animaes, vegetaes, existem necessariamente miasmas. A respiração, as excreções de nós, a decomposição de outros, corrompem continuamente o ar.

As **latrinas, os dasaguadeiros, os canos, as cloacas, os matadouros, os cemitérios**, desenvolvem sem cessar, miasmas, cuja difusão na massa de ar os torna felizmente pouco nocivos que seriam deletérios. Pela demasiada abundancia ou concentração. Mas entre os **focos de infecção**, um dos mais perigosos para o homem é o mesmo **homem vivo ou morto.** (...)

Em uma memória publicada sobre a origem da peste, o **Dr. Lagasquie** provou que esta horrível moléstia que enluta todos os annos o Levante provém, no Egypto, da negligencia das **sepulturas humanas**. Quando outrora a polícia das inumações era mal feita na Europa, observam-se numerosas epidemias provenientes da **putrefação dos cadáveres**. (CHERNOVIZ, 1862, 1890). (grifo nosso).

Neste momento, Chernoviz ataca diretamente os cemitérios como local nocivo, o qual se deve evitar, e ainda aponta o homem como um dos maiores propagadores dos miasmas. A partir destas definições sobre o conceito de miasma e dos lugares mais perigosos dos quais supostamente eles “emanavam”, Chernoviz discute sobre as regras sanitárias para a cidade, desde o cuidado com a localização dos edifícios particulares – como as habitações, os edifícios que estavam sob a responsabilidade do poder público, os cemitérios ou presídios – ou ainda outros edificios que poderiam estar quer sob a responsabilidade do poder público, quer sob a responsabilidade de organizações sociais particulares (como os hospitais).

Regras sanitárias relativas às emanações: Collocar o corpo nas condições mais favoráveis para que possa resistir-lhes,

ocupar-se em purificar ou esgotar a sua fonte, taes são os meios preservativos contra os miasmas. Claro fica que é preciso afastar-se dos focos de infecção sempre que for possível. Convém evitar a residência, por mais curta que seja perto dos **pantanos pestiferos** em qualquer outro foco de emanações perigosas: nunca expor-se ao embate dos ventos d'estes focos.

Em virtude do mesmo princípio é preciso estabelecer hospitaes, quartéis, prisões etc., nem levantar accampamento na vizinhança dos focos; cumpre abandonar como foi necessário fazer com um hospital na Jamaica, os estabelecimentos em taes lugares, e até destruí-los (...)

Quando não se pode impedir a formação dos miasmas, é preciso ao menos favorecer a sua difusão. Consegue-se isto procedendo-se nas cidades ao alargamento das ruas, ou abrindo-se os quarteirões mal arejados; não se permitindo que se edifiquem casas de muitos andares; multiplicando-se nos hospitaes, quartéis, prisões etc., as portas e janellas procurando abrir, se o tempo permittir, as portinholas e as escotilhas dos navios, abatendo certos matos ou morros que concentram os miasmas em um vale ou impendem a chegada dos ventos que devem dispersa-los. (CHERNOVIZ, 1862, 1890). (grifo nosso).

A afirmação de Chernoviz em relação aos miasmas é clara quando ele se pronuncia sobre o ar insalubre, explicitando que é possível saber quais são as causas dos miasmas, mas que esse conhecimento não basta para aniquilar o problema, pois os miasmas são invisíveis e nocivos à saúde. O médico não tem dúvidas que os disseminadores dos miasmas são justamente os locais insalubres onde matérias pútridas se aglomeram produzindo, desta forma, a formação deste gás que seria mortífero ao ser humano.

Assim como Patte e D'azir, o autor cita como foco miasmático os cemitérios devido aos cadáveres que se decompõem e que supostamente formariam estes miasmas. Tendo em vista que essa definição encontra-se tanto na edição de 1862 como na edição de 1890, percebe-se que os conceitos não se modificaram em relação aos cemitérios, com Chernoviz enfatizando sempre que seriam locais onde os vivos deviam evitar, devido ao medo de contaminação pelos mortos. E ainda, citando um estudo feito no Egito, o doutor adota a idéia de que algumas moléstias provinham das sepulturas mal-construídas, as quais favoreceriam a emanação miasmática.

Chernoviz ainda recomenda que as pessoas evitassem sua residência perto destes locais onde o ar estaria contaminado seguindo, desta forma, regras sanitárias vigentes no período. Recomendando o afastamento das residências próximas aos edifícios considerados insalubres, propõe algumas reformas de caráter urbano que as cidades deveriam fazer para evitar que os miasmas se disseminassem, como, por exemplo, reformas de cunho arquitetônico e de engenharia. A idéia central da teoria do médico sobre os miasmas é de que o ser humano, não conseguindo acabar com o problema, devia fazer com que as emanações se dissipassem. Isto é, tem-se a idéia da circulação das coisas e do ar. As emanações miasmáticas deveriam encontrar-se em local distante que possibilitasse a circulação dos ventos para longe dos centros habitados, e também a circulação das coisas, como no caso dos edifícios.

A teoria miasmática foi muito importante na elaboração de diversos projetos urbanos, pois a crença de que o ar seria um elemento ameaçador à saúde pública fazia com que houvesse uma mobilização das autoridades em relação à cidade, promovendo intervenções de caráter segregador e também traçando a malha urbana sempre de acordo com as idéias higiênicas do período.

Percebe-se que para os casos do Hospital de Isolamento e do Cemitério do Araçá na cidade de São Paulo, embora construídos no final do século XIX

(período em que a teoria bacteriológica já se difundia), a localização dos mesmos pautara-se no arcabouço ideológico da teoria miasmática.

5 - As descobertas no campo da bacteriologia

Uma das maiores preocupações das autoridades, durante o século XIX, foram as doenças infecto-contagiosas por serem ainda um desafio no que se refere tanto ao conhecimento de suas causas como nas profilaxias. Vimos como o diálogo se estabelecia e se traduzia em ações que implicavam diretamente a intervenção urbana e também a intervenção na vida privada das pessoas, quando eram surpreendidas por regras que ditavam condutas de vida dentro e fora de suas casas. O isolamento do doente e dos edifícios era uma das práticas sanitárias mais comuns no século XIX. A cidade e os costumes se modificavam de acordo com teorias que implicavam a modificação do meio em favor da saúde pública.

“Estipular”, “atacar”, “modificar”, “intervir”, “segregar”, “demolir”, “reformatar”, são palavras que traduzem as ações empregadas na cidade, que se configurou e reconfigurou seguindo recomendações médicas de um período histórico específico: o decorrer do século XIX.

O que era preocupante no século XIX, na área da saúde, não era somente o bem-estar pessoal, mas também o estado higiênico ou não dos estabelecimentos e das ruas, dos rios e do ar. Assim, o estudo da saúde pública no século XIX abarca não somente a saúde do indivíduo, mas a higiene dos lugares.

As filosofias médicas dos “contagionistas”, “infeccionistas”, e dos defensores da teoria dos miasmas foram as que conduziram as ações e medidas no campo da saúde pública até a difusão da bacteriologia no mundo das doenças infecto-contagiosas.

Segundo Rosen (1994, p. 221), podem-se destacar alguns estudiosos da epidemiologia na Europa que defendiam que algumas doenças infecto-contagiosas se transmitiam por algum agente semelhante a um ser vivo. Alguns nomes citados pelo autor são: Bretonneau, Panum, Budd e Snow. O autor nos destaca e revela que John Snow (1813-1858), que praticava seu ofício em Londres, desenvolveu um estudo sobre a cólera em 1848 e publicou um panfleto intitulado “Sobre a maneira de transmissão da Cólera”, tendo realizado durante esse ano uma investigação que examinava a distribuição de água em Londres, e percebendo que havia lugares onde a água era poluída, sendo justamente o local do rio onde as pessoas que o habitavam contraíam a doença mais facilmente. Um ano após seu primeiro panfleto, publicou a segunda edição que trazia suas contribuições finais sobre a etiologia e a maneira de transmissão da cólera. Dessa forma, concluiu o cientista que o veneno da doença seria um ser vivo específico oriundo das excreções de um paciente com cólera. Ele mostrou que a moléstia se transmitia de pessoa para pessoa através das mãos sujas, ou através de alimentos e águas contaminadas. Relata-nos que Snow mostrou, de modo conclusivo, a possível existência do agente de infecção da cólera na água, embora não tenha identificado qual seria esse agente infeccioso. Em 1883, Kock confirmou o ensinamento de Snow.

Em 1850, as bactérias entram na lista dos possíveis microorganismos causadores de enfermidades. Rosen (1994, p. 235) relata que neste ano um comunicado foi passado à *Société de Biologie* de Paris, por Casimir Davaine e Pierre Rayer, que defendiam que a transmissão do antraz⁷ se dava através da inoculação de carneiros sadios com o sangue de animais moribundos. Este achado de corpúsculos microscópicos no sangue dos carneiros mortos tinha a forma de bastão. Na década de 1860 outros estudos foram aprofundados neste assunto. Todavia, a teoria de que as doenças infecciosas se deviam pelo

⁷ O *antraz* é uma infecção causada pela bactéria *Bacillus anthracis*. Antraz normalmente aparece em animais como gado bovino, camelos, ovelhas, bem como antílopes, cabras e outros animais herbívoros, mas também pode aparecer em pessoas expostas a animais infectados ou aos seus produtos. A maneira mais comum de contaminação por antraz é no manuseio de produtos como lã, couro, osso e pêlo, provenientes de animais infectados. Em casos mais raros, a doença também pode ser contraída por ingestão de alimento contaminado como, por exemplo, carne de animais infectados, ou por inalação. (ANTRAZ, 2008)

crescimento de germes no corpo continuou inaceitável para muitos clínicos e estudiosos do mundo científico e, dessa forma, segundo o autor, se rejeitou a teoria microbiana das doenças depois dessas descobertas na metade do século XIX.

Dez anos após essa rejeição da teoria microbiana, Pasteur começa um estudo sobre as bactérias, mas o finaliza somente em 1877 devido a problemas pessoais de saúde. Na mesma década, outros pesquisadores começam a fazer experimentos já iniciados por Pasteur sobre a microbiologia. Dentre eles, destaca-se o botânico Ferdinand Cohn que estudou profundamente as bactérias, tendo seu trabalho resultado no estabelecimento da bacteriologia como ciência (ROSEN, 1994, p. 242).

Em meados de 1870 tinha-se chegado a um terreno firme, de conhecimento e técnica, para o estudo ulterior das bactérias e das doenças de que são a causa. Durante as duas décadas seguintes ocorreram avanços nas pesquisas. Koch avançou seus estudos sobre as bactérias e Pasteur sobre os mecanismos da infecção. Através dos métodos divulgados por Koch, tornou-se possível estudar os agentes de várias doenças infecciosas e, entre 1877 e 1897, revelavam-se as causas microbianas de algumas doenças de homens e de animais. Kock encontrara respostas para a tuberculose (1882) e para a cólera (1883) (ROSEN, 1994, p. 245).

Observa-se, portanto que foram diversas as tentativas e as experiências de pesquisadores europeus relativas à bacteriologia, mas esta ainda não estava consolidada como ciência única e eficaz no meio médico. Até a última década do século XIX, algumas das questões pertinentes às doenças contagiosas tinham sido respondidas em muitas instâncias através da demonstração da existência de organismos causais específicos e dos modos de prevenir a infecção. Todavia, alguns fatos ainda permaneciam inexplicados e misteriosos.

De acordo com Benchimol, o conhecimento da microbiologia no Brasil teve seus estudos realizados em diversas partes do país. Rio de Janeiro, São

Paulo e Bahia são os nomes de destaque ao pioneirismo da bacteriologia brasileira. Ao fazer um balanço das publicações da Escola Tropicalista Baiana, o autor revela a existência de um periódico fundado em 1886, a *Gazeta Médica da Bahia* (1886-1915), onde eram publicados diversos artigos sobre a doença dos vermes e dos micróbios. As publicações respondiam, na maioria das vezes, por assuntos relacionados à parasitologia. Segundo o autor, três são os tropicalistas baianos que se sobressaíram – e que eram três médicos estrangeiros: Otto Wucherer (Portugal), John L. Paterson (Escócia) e José Francisco da Silva Lima (Portugal). Esses três médicos se reuniam para fazer experimentos com casos que apareciam na Santa Casa da Misericórdia, congregando médicos mais jovens (BENCHIMOL, 2000, p. 3).

Duas das doenças que mais preocupavam e que mais freqüentemente apareciam em forma epidêmica no mundo todo eram a cólera⁸ e a febre amarela⁹. No Brasil, essas duas doenças estiveram presentes no decorrer da segunda metade do século XIX, quando o país vivia surpreso por casos de febre amarela.

Muitos foram os estudos que se iniciaram a favor da descoberta da causa das doenças no final do século XIX no campo da bacteriologia. Todavia,

⁸ A cólera é uma infecção intestinal aguda causada pelo *Vibrio cholerae*, que é uma bactéria capaz de produzir uma enterotoxina que causa diarreia. Apenas dois sorogrupos (existem cerca de 190) o *Vibrio cholerae* é transmitido principalmente através da ingestão de água ou de alimentos contaminados. Na maioria das vezes, a infecção é assintomática (mais de 90% das pessoas) ou produz diarreia de pequena intensidade. Em algumas pessoas (menos de 10% dos infectados) pode ocorrer diarreia aquosa profusa de instalação súbita, potencialmente fatal, com evolução rápida (horas) para desidratação grave e diminuição acentuada da pressão sanguínea. A propagação direta de uma pessoa para outra é pouco importante, uma vez que é necessária uma grande quantidade de bactérias para produzir infecção (CIVES, 2008).

⁹ A febre amarela urbana ocorre quando o homem é reservatório do vírus e fonte para infecção do vetor (mosquito antropofílico) mantendo dessa forma o ciclo da virose. Portanto para a urbanização da febre amarela faz-se necessária a presença de vetores antropofílicos, como o *Aedes aegypti*, vivendo no domicílio ou peridomicílio do homem urbano, e a ocorrência da virose silvestre. Epidemias de febre amarela urbana relacionam-se a fatores sociais e climáticos, iniciando-se com a introdução de indivíduo virêmico em comunidade humana susceptível, residindo em locais infestados pelo vetor, em períodos de temperatura e umidade elevadas. O último relato da febre amarela urbana no Brasil ocorreu no Acre em 1942. A prevenção e o controle da febre amarela se baseiam na erradicação ou controle do vetor, através do uso de inseticidas, e monitorização dos índices de infestação domiciliar pelo *Aedes aegypti*, além da aplicação da vacina da febre amarela (ANDRADE; FREIRE, 2008).

entre os pesquisadores da saúde, a sua aceitação não foi imediata. Por exemplo, a teoria dos miasmas foi difundida e aceita até o fim do século pelos médicos e sanitaristas no Rio de Janeiro. Em 1886, o médico carioca João Damasceno Peçanha da Silva, escrevendo aos seus alunos sobre o tema “*febres*”, argumenta sobre as causas, os sintomas e o tratamento das mesmas que atingiam a população do Rio de Janeiro. Nas partes em que o doutor descreve as causas, refere-se claramente aos miasmas e revela que a ciência médica ainda não conseguira desvendar muitas preocupações sobre esse assunto, acrescentando:

Nenhum autor contesta que as affecções palustres sejam produzidas pelo miasma ou germem palustre, etc.: principio mórbido cuja natureza não é, ainda hoje, precisamente conhecida mas que a razão e a observação induzem a considerar producto dos pântanos, por ser nas localidades onde estes existem, ou tendem a formar-se, que se mostram taes affecções, desde a sua mais simples manifestação mórbida até a mais grave. Nem os factos do paludismo observados em lugares fora da influencia apparente do miasma poderão abalar a opinião, unanimamente aceita, de ser esse o elemento mórbido que o produz (...) n’estes casos cabe apelar para a propagação pelas correntes do ar ou se não nos satisfizemos com esta explicação, invocar a existência dos pântanos subterrâneos (SILVA, 1886, p. 12).

O doutor Peçanha da Silva defendia, assim como os teóricos da medicina do século XVIII, ser possível que as febres se originassem a partir dos pântanos, ou seja, a partir das emanações que deles saíam. Defende ainda que no Rio de Janeiro, que era uma cidade onde existia uma grande quantidade de pântanos, era conveniente que se fizesse o aterro desses locais, pois considerava “*esses focos de infecção, tão danosos à salubridade publica da nossa capital*” e atribuía as “*affecções palustres*” ao “*miasma ou germem palustre*” (SILVA, 1886, p. 14).

A análise dos relatórios direcionados a Secretaria de Higiene do Estado de São Paulo nos possibilita perceber as mudanças das ações na cidade de São Paulo, dentro do diálogo médico estabelecido, com a incorporação de palavras outrora não utilizadas, acusando o aparecimento de uma “evolução” na medicina que, neste momento histórico, utiliza-se de outras formas de interpretação das doenças e outras maneiras de estabelecer a cura e a profilaxia. Embora se incorporassem palavras como “bactéria”, “micróbio” ou “microorganismos”, não se ausentavam expressões como “pântanos insalubres”, “ventos que espalhariam os miasmas”, “solos infectados por cadáveres” etc.

Acompanhando o diálogo dos profissionais brasileiros percebe-se claramente que esses estiveram a par das descobertas científicas feitas na Europa no último quartel do século XIX. Nomes como Pasteur e Koch, assim como suas descobertas e pesquisas, circulavam continuamente entre os interessados em estudar e resolver assuntos de saúde e higiene pública no Brasil. Temos como exemplo um relatório do ano de 1894 (data do Código Sanitário do Estado de São Paulo), escrito ao Governo do Estado de São Paulo pelo doutor Joaquim José da Silva Pinto Junior, sobre o aparecimento da cólera na Hospedaria de Imigrantes na cidade de São Paulo.

A 12 de agosto do anno próximo findo a Directoria do Serviço Sanitário sorprendida com a noticia que lhe era pessoalmente transmittida pelo medico da Hospedaria dos Immigrantes, de que se haviam manifestado n´aquele estabelecimento casos de moléstia que pelos caracteres que apresentava, fazia suspeitar de Cholera asiático, concorrendo para mais accentuar essa presumpção o facto de serem os atacados immigrants recémchegados e procedentes de portos da Itália já então reconhecidamente **infeccionados** [...]

Dos três individuos até então atacados, já um havia fallecido [...] os outros dois foram completamente segregados, e cedo

na manha seguinte transferidos para o Hospital de Isolamento [...]

A forma que revestia a moléstia, a gravidade que desde o inicio apresentavam os symptomas que a cortejavam, sua explosão entre immigrants vindos de **portos provavelmente infectados**, se justificavam as suspeitas, não autorizavam a formular juízo seguro sobre a verdadeira natureza do mal. Só o **exame bacteriológico** deveria resolver de maneira definitiva esta questão [...] (PINTO JUNIOR, 1894).

O ataque aos imigrantes no discurso do doutor Joaquim é explicito. Seriam, portanto, em seu argumento, eles os responsáveis pela epidemia e, mais do que os italianos, seriam seus portos os focos de transmissão da cólera. A afirmação do médico ao se referir aos portos nos permite lembrar dos discursos que imperaram quando ainda não se falava em bactéria e que se tinha a teoria miasmática como base para a compreensão das doenças e a idéia de que alguns lugares seriam focos de doenças, como os portos.

O médico não menciona que talvez fosse a água que os imigrantes ingeriram (ou os alimentos lavados e cozidos nessa água) que fosse a portadora de microorganismos responsáveis pela contaminação. Há também nesse discurso a primeira contradição das teorias, pois primeiramente ele menciona os portos como locais de propagação da cólera, mas logo depois afirma que somente um exame bacteriológico confirmaria a suspeita.

O médico revela ter conhecimento das descobertas de Koch sobre a cólera, afirmando:

O ilustre sábio a quem a sciencia deve tão grande descoberta, que representa uma das conquistas mais bellas e mais fecundas da microbiologia nestes últimos annos (...) Vibriões descobertos por Koch e por elle dado como especifico do Cholera (...)

E quem já pretendeu concluir destes factos contra a contagiosidade da varíola¹⁰, ou proclamar a innocuidade do miasma dos pântanos? Assim pois nenhum argumento sério, nenhum facto de valor apresentação os que combatem a doutrina da escola de Berlim capaz de destrui-la .

(...) hoje, no estado actual da sciencia, as grandes catastrophes que assignalavam em tempos idos a passagem do terrível flagello não se justificam, e devem ser laçadas a conta da ignorância, inépcia ou negligencia culposa dos governos. De facto a descoberta de Koch não veio apenas satisfazer a curiosidade scientifica dos microbiologistas (...)

Em São Paulo, que tem à sua frente um governo perfeitamente orientado, que possui além disso uma organização sanitária completa, a semente importada podia fructificar. (PINTO JÚNIOR, 1894)

Embora o médico comente sobre os locais propagadores das doenças, menciona também uma teoria há pouco descoberta. O que significa que não se ignora a bacteriologia, mas não se fazia, ainda, uso adequado desta. Fala explicitamente na palavra miasma acusando os pântanos de serem os propagadores e comenta que esta a par, assim como o Estado de São Paulo, das descobertas científicas que se fizeram na Europa, citando o nome de Koch, que foi um dos responsáveis pela descoberta do agente causador da cólera. Também comenta sobre as formas de propagação da doença:

¹⁰ O vírus da varíola, também popularmente chamado de “bexiga”, foi erradicado do mundo em 1977, existindo em estoques de dois laboratórios de referência da Organização Mundial da Saúde. Não se sabe se o vírus foi mantido em outros laboratórios, violando as normas da OMS. O vírus da varíola é relativamente estável e a dosagem necessária para a contaminação é pequena, o que torna viável um ataque por aerossol. O maior número de pessoas infectadas ocorre através do contágio com gotículas de saliva dos pacientes enfermos. O período de incubação pode ser de 12 dias após exposição. Os sintomas incluem febre, fadiga e dores no corpo, seguidas pela erupção de lesões na pele e podem levar à morte dentro das duas primeiras semanas da enfermidade. Não há tratamento comprovado até o momento. Sua profilaxia é a vacina. (VARÍOLA, 2008).

Contagioso, passando de individuo a individuo, elle transpõe, esses limites, e alargando os seus domínios, vai por uma serie de transmissões sucessivas causar os mesmos dolorosos estragos, exercer a mesma perniciosa influencia longe do foco que lhe deu origem.

Não é de facto, como se acreditava outr'ora, o germem do mal que sahindo de seu berço, vai directamente, como semente batida pelos ventos, levar a moléstia aqui, allí e accola; é o individuo vindo do ponto contaminado que a transporta a todas essas localidades, onde ella não existia e onde era mesmo desconhecida. Assim vemos a moléstia seguir não o rumo dos ventos, mas as estradas abertas ao progresso e à actividade humana. (PINTO JÚNIOR, 1894)

Nesta passagem, o doutor se manifesta adepto da teoria contagionista, explicitando que a doença se passa de indivíduo a indivíduo. Mostra-se ciente da teoria bacteriológica ao mesmo passo que se diz descrente da teoria miasmática e, embora não mencione esta última, faz referências de como se acreditava que a doença se disseminava, discorrendo sobre a ação dos ventos:

Foi da Itália que recebemos a semente do mal. Immigrantes sahidos de Genova e Nápoles, quando já alli reinava a moléstia trouxeram-na até nós. (...) a infecção fez-se pela bagagem e pelas roupas naturalmente contaminadas e que fechadas nas malas, nos porões dos navios, ao abrigo do ar, permittirão ao germem do mal conservar a sua vitalidade, manter toda a sua virulência, que se fez sentir somente quando, abertas as malas, aqueles individuos se expuserão no seu contágio. (...) Os immigrantes não vinhao de facto contaminados, não trasiao no organismo ao sahir dos portos da Itália o germem do mal, transportarão-no, porém, nas bagagens, e porque só em São Paulo foram estas abertas, só aqui podião ter sido ellas infeccionadas. (PINTO JÚNIOR, 1894)

Nota-se mais uma contradição no discurso do doutor Joaquim. Não há evidências que ele tivesse conhecimento de que a água fosse o elemento propagador, como Koch havia divulgado alguns anos antes. Ao afirmar que as roupas dos genoveses e napolitanos estavam infectadas, revela a confusão das duas teorias que se misturam no seu pensamento. Como sabemos, as roupas não conservam os germes, nem as malas estariam infectadas e poderiam ser abertas em São Paulo ou na Itália, fato esse que não importaria pois elas não eram as propagadoras da cólera. O que fez a doença aparecer na hospedaria foi provavelmente a água que os italianos ingeriram aqui, ou mesmo antes da travessia.

No mesmo ano em que o doutor Joaquim divulga esse relatório (1894), temos outro discurso que também foi direcionado ao Governo do Estado de São Paulo, escrito pelos médicos higienistas Candido Espinheira e Paulo Bourrol, que propunham medidas profiláticas para combater as doenças epidêmicas¹¹. Os higienistas iniciam seu discurso defendendo a ação da polícia do Estado sobre a cidade, com o intuito de cuidar da salubridade desta:

A hygiene não pode congrir-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 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, 1894). (Grifo nosso).

¹¹ Relatório de 1894 que propõe a profilaxia de doenças epidêmica e compõe as organizações sanitárias do Estado de São Paulo. Documento escrito pelos higienistas Candido Espinheira e Paulo Bourroul, direcionado ao Estado de São Paulo.

O sonho que os administradores tinham de ver as cidades livres das epidemias e da insalubridade se traduzia muitas vezes em atitudes extremistas e autoritárias. As palavras “violência” e “desalojamento” são explicitamente *palavras de ordem* de um governo segregador, com o papel de sua polícia altamente centralizado. Nota-se a falta de conhecimento científico desses dois médicos que clamam por saúde pública em fins do século XIX, salientando ainda atitudes segregadoras e preconceituosas, pois nas entrelinhas desses discursos estão sendo atacadas as populações de classe social inferior, já que os ricos raramente recebiam visitas sanitárias em suas casas por terem acesso a médicos que atendiam em suas próprias residências. Além disso, fica claro no discurso que o código sanitário não previa o remanejamento das pessoas de suas próprias casas, mas sendo Espinhadeira e Bourrol de opinião contrária.

Os médicos higienistas revelam neste parecer a permanência das concepções miasmáticas quando discorrem sobre a necessidade da cremação de cadáveres:

É necessário e temos esperanças de um dia ver realizada entre nós, a obrigatoriedade da cremação para os cadáveres de moléstias epidêmicas apesar dos argumentos conhecidos e apresentados contra essa grande medida de hygiene. Nos é agradável dizer que em Bueno Ayres desde 1886 existe um hospital de isolamento com 200 leitos em vários pavilhões separados a um forno crematório, para em tempo de epidemia incinerar todos os cadáveres de indivíduos, que alli falleceram. (...) é um exemplo a seguir não nos importando, que preconceitos sociaes venham perturbar a repartição de hygiene publica, na pratica de uma das mais importantes medidas contra o desenvolvimento immediato ou remoto de qualquer epidemia. (...) Será fácil iniciar-se a cremação pelos hospitaes de isolamento e pelos indigentes da cidade, exigindo-se dos demais que falleceram de moléstias transmissíveis, a inhumação em cemitério especial, depois de hermeticamente fechados em caixão de zinco e cercados de substancias fortemente antisepticas. **Por essa forma não**

haverá o menor receio do contágio e desenvolvimento de uma epidemia pelo revolvimento da terra nos cemitérios municipais ou pelos acompanhamentos de enterro.

A instituição dos cemitérios está condenada perante a higiene e apesar de sua notabilíssima tradição não poderá certamente deixar de ser atingida pelo progresso e pela ciência. **A putrefação dos corpos, a poluição dos germes muitas vezes perniciosos e jamais úteis, a infecção do ar, são factores de valor indiscutível que um dia virão derrocar esta instituição em benefício da saúde pública.** (ESPINHEIRA; BOURROL, 1894). (Grifo nosso).

Estabelece-se uma ligação entre este discurso e a teoria dos infeccionistas e contagionistas.

A cremação dos cadáveres que faleceram de moléstias epidêmicas nesse momento histórico tem, sem dúvida, sua fundamentação na teoria miasmática. Tal cremação é uma solução para diversos problemas contemporâneos como, por exemplo, a ocupação desnecessária do solo devido ao enorme crescimento das cidades contemporâneas e de outros problemas de higiene. Porém, no século XIX, a idéia era eliminar completamente um dos que se acreditava ser o foco das doenças, ou seja, os cadáveres em putrefação, promovendo desta forma ações baseadas em teorias do século XVIII que ainda eram vigentes, e mais ainda, sustentando uma ligação ruim entre os mortos e os vivos. Essa idéia, portanto, ainda encontra repercussões apesar de todas as descobertas científicas que já nesta década estavam sendo divulgadas no Brasil. A bacteriologia estava sendo discutida desde a década de 1850, mesmo não tendo sido aceita – ou entendida – como verdade absoluta: havia sim uma comunicação entre os médicos, e em 1894 (momento em que são divulgados esses relatórios) a medicina já estava bastante próxima dessas discussões.

Na primeira década do século XX, podemos dizer que o Brasil estava mais próximo das discussões fervorosas e dos experimentos bacteriológicos que aconteciam em diversas partes do mundo. De Pasteur, Kock e Coch foram

revelados segredos da bacteriologia e uma melhor compreensão de doenças epidêmicas como a cólera e a introdução de pequenos microorganismos responsáveis pelas doenças.

Na última década do século XIX, a febre amarela foi o tema principal dos debates médicos do Brasil. Suas formas de propagação e meios de prevenção ocuparam grande parte dos debates voltados à saúde pública nos principais centros urbanos.

No estado de São Paulo, a febre amarela surgiu na cidade de Santos, que era a “porta de entrada” dos imigrantes que vinham trabalhar nas lavouras de café. Na primeira metade da década de 1850 os meios de propagação da doença divergiam¹², mas era um consenso que a febre amarela constituía uma doença que se originava de emanações pútridas, que eram os miasmas. Segundo Teixeira (2007), para explicar seu aparecimento alguns médicos apelavam para diversos fatores topográficos, atmosféricos, de saneamento, etc. Sendo assim, afirma:

Ladeados por engenheiros, químicos e outros profissionais de campos correlatos, os médicos higienistas voltavam-se para a intervenção nos aspectos urbanístico: o ar confinado nas habitações coletivas, nas fábricas, nas ruas estreitas; a influencia corruptosa dos matadouros, cemitérios, valas, esgotos e a água nem sempre vinda de fontes puras eram os principais focos de sua atenção. Assim as formas de combater o mal se voltavam para medidas de reorganização urbana e normatização de vários aspectos da vida cotidiana. (TEIXEIRA, 2007)

Segundo Telarolli Júnior (1996, p. 5), não houve consenso de que a febre amarela era transmitida pelo mosquito até o início da década de XX. De um lado havia adeptos da transmissão hídrica, cujo nome de maior força foi o

¹² Alguns achavam que ela era contagiosa, outros que era infecciosa.

do médico Pereira Barreto. De outro lado, havia ainda os que defendiam que a doença se propagava de forma mista; ou seja, combinava-se mecanismos de contágio e infecção, conferindo-lhe uma natureza infecto-contagiosa.

Luis Pereira Barreto¹³ propôs que a Sociedade de Medicina se ocupasse de assuntos relativos à febre amarela, sugerindo ser a doença transmitida pela água (por analisar a situação da água encanada) e também uma série de medidas que objetivava sanear os mananciais existentes e ampliar a oferta de água encanada para a população. Segundo Teixeira (2001), o médico chegou a essa conclusão pois havia observado que, no verão de 1889, bem como no de 1890, quando a população da cidade de Campinas servia-se de água de poços, houve uma violenta epidemia, ao contrário do ano de 1891, quando a população começou a se abastecer de água potável, e tendo o médico observado que não houvera epidemia.

Havia também uma crença de que a febre amarela produzia uma toxina responsável por alguns dos sintomas da doença. A historiografia cita diversos nomes de pesquisadores que realizaram seus estudos em território brasileiro. Além de Pereira Barreto, temos o nome do médico italiano Dr. Sanarelli, que defendia que a febre amarela era uma doença do sangue. Essa teoria foi apoiada por diversos médicos brasileiros de prestígio, tais como Adolf Lutz (diretor do Instituto Bacteriológico), Victor Godinho, Carlos Seidl e Arthur Mendonça (TELAROLLI JÚNIOR, 1996, p. 110).

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. Este desenvolveu sua teoria em 1881, mas sobre a qual o mundo somente teve conhecimento na virada do século XX.

Em 1900, os EUA mandaram 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

¹³ Luiz Pereira Barreto foi o primeiro presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. O médico esteve presente nos principais debates científicos até a década de 1910. (TELAROLLI JÚNIOR, 1996, p.102)

estadia resultaram numa descoberta fantástica para a saúde pública pois, pela primeira vez, Reed e seus colaboradores mostraram que “se a febre amarela tinha, definitivamente, uma natureza transmissível, não era contagiosa, não havia, em suma, transferência da doença por contato direto” (ROSEN, 1994, p. 253).

A teoria de Finlay repercutiu no mundo abastecendo o debate no interior do corpo médico. No Brasil, o médico Victor Godinho (redator da revista médica de São Paulo) admitia a teoria de Finlay desde o começo, mas, segundo Gambeta, muitos médicos não a aceitavam, e foi somente após as comissões de Reed (em 1900) que as idéias de Finlay foram aceitas – o que, então, demorou 20 anos.

A comissão de Reed em Cuba refletiu-se em São Paulo porque esclarecia a tão temida doença:

Só agora percebia-se que as modernas ferrovias faziam transporte insuspeito de mosquito, do litoral para todo o interior do Estado, onde a presença maçã de individuos receptivos totalizava as condições ideais para a deflagração de epidemias, tão logo chegasse a primeira pessoa doente. (GAMBETA, 1988, p. 68)

Pela afirmação de Gambeta (1988) podemos perceber que a bacteriologia estava finalmente instalada no Brasil, e a idéia de contágio, pela primeira vez, fora desbancada não somente por idéias, mas por provas de que era um mosquito o causador do flagelo.

Adolf Lutz¹⁴ e Emílio Ribas¹⁵ estavam entre os médicos que incorporaram a teoria de Finlay – a chamada “teoria havanesa” – propondo a

¹⁴ Adolfo Lutz nasceu na cidade do Rio de Janeiro, em 18 de dezembro de 1855. Estudou na Suíça, formando-se em medicina em 1879, tendo realizado, também, cursos de especialização nos principais laboratórios da França, Alemanha e Inglaterra. Juntamente com Emílio Ribas e Vital Brazil, identificou o surto da peste bubônica em Santos. Apoiou e incentivou Vital Brazil nas pesquisas sobre ofidismo, inclusive, foi o idealizador do laço para captura de serpente e contribuiu incisivamente para a criação do “Instituto Serumtherápico no Butantan”, onde seriam fabricadas as vacinas e soros contra a peste

profilaxia na exterminação dos focos do mosquito. Assim, Lutz e Ribas repetiram com rigor as experiências realizadas em Cuba com uma comissão presidida por Pereira Barreto. Eles próprios se submeteram às experiências, sendo também cobaias dos estudos (GAMBETA, 1988, p. 69).

Emílio Ribas, desde 1898, mantinha contato com as autoridades de pesquisa cubana, comparando-a com outra experiência realizada em Londres – por Patrick Manson – que também usara um mosquito para explicar a causa da malária. A partir desses dois exemplos, Ribas tentou estudar a febre amarela em São Paulo, acreditando na possibilidade de ser mesmo o mosquito o transmissor da doença. Mas o médico só conseguiu realizar as pesquisas entre o ano de 1902 e 1903, após serem reunidas condições técnicas necessárias para a execução (além da autorização do então presidente do Estado, Rodrigues Alves) que devia permitir a experiência em seres humanos, além de importar uma remessa de mosquitos do Rio de Janeiro. (ANTUNES, 1992, p. 34).

A pesquisa de Emílio Ribas trazia realmente uma realização na área da microbiologia. Associar os mosquitos à febre amarela e não o seu fator mesológico de transmissão, fato este acreditado por todo século XIX, era inovador. Todavia, apesar da repercussão da teoria de Finlay e sua divulgação

bubônica e os antiofídicos. Em 1902, confirmou as experiências de Walter Reed em relação à febre amarela e sua transmissão pelo mosquito, agente depositário do vírus. (INSTITUTO ADOLFO LUTZ, 2008).

¹⁵Emílio Ribas nasceu na cidade de Pindamonhangaba, localizada no Vale do Paraíba em 1862. Ao contrário de seguir o ramo da agricultura como seus familiares, Ribas escolheu a medicina, e ingressou na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1882, finalizando seus estudos em 1888. Foi nomeado diretor do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo em 1898. No começo do século XX, algumas publicações contendo aconselhamento e normas sanitárias escritas por Emílio Ribas eram distribuídas à população de São Paulo, em diversas instituições como escolas, hospitais, farmácias, locais de comércio etc. Eram pequenos livretos editados e distribuídos com o apoio do Estado. Marta Almeida, ao ter acesso a estas publicações, nos chama a atenção para um dos títulos: ***Meios de evitar as epidemias de febre amarela, peste bubônica e outras moléstias transmissíveis***. De acordo com a autora, esses livretos continham argumentos completamente higienistas, dialogando com o assunto da higiene a todo o momento, relacionando-o com a civilidade. Essas noções deveriam cumprir regras já vigentes no século XIX como o isolamento imediato de indivíduos acometidos por moléstias infecto-contagiosas, e desinfecção, reformas de domicílios seguindo preceitos higiênicos, tudo dentro da legislação sanitária. Além de sugerir essas intervenções residenciais, recomendava ainda a higiene pessoal e a boa alimentação reparadora e moderada, pois uma vez adquirida a moléstia, se a mucosa gastro-intestinal estivesse irritada, seria mais fácil de contrair a doença, pois seria uma porta de entrada para as infecções, sobretudo a de febre amarela. (ALMEIDA, 2004, p. 111 - 112).

pela comissão norte-americana de Reed, era a primeira vez que, no Brasil, se fazia uma experiência empírica relacionada à doença. Os estudos de Ribas e de sua equipe foram conduzidas no Hospital de Isolamento e dispunha de voluntários (em sua maioria, imigrantes italianos) que deixavam-se picar pelos mosquitos, enquanto outros conviviam vários dias com as roupas e os objetos dos infectados. Dentre os voluntários estavam o próprio Emílio Ribas e também Adolfo Lutz, que não contraíram a doença (ANTUNES, 1992, p. 34).

A partir daí, podemos dizer que se inicia uma nova era na saúde pública paulista, confirmando em território brasileiro que a febre amarela era transmitida por um mosquito e não pelos miasmas. Neste momento histórico, a teoria miasmática fora então destruída, ao menos no diálogo médico.

A partir desse e de outros experimentos realizados pela medicina no início do século XX, podemos analisar o urbanismo por outro aspecto: São Paulo estava pronto para iniciar sua configuração dentro de outros parâmetros de organização não mais relacionados com o meio. A higiene pública ainda era assunto a ser discutido pelos médicos higienistas, engenheiros sanitaristas, arquitetos. Seguramente este diálogo sofreu modificações dentro de um contexto bacteriológico, a partir desse momento presente e instalado como ciência única e eficaz no combate às epidemias. As intervenções se dariam no plano das grandes avenidas, no saneamento básico e no tratamento de águas, assim como na profilaxia e combates a outros agentes etiológicos.

Já se sabia, antes das descobertas no campo da bacteriologia, que a febre amarela e a cólera tinham relação com a água, e a partir desse novo conceito começara-se a pensar que a água poderia conter microorganismos responsáveis pela proliferação dessas doenças. Assim, os governos perceberam que uma série de obras de saneamento básico deveria ser efetuada na capital paulista (e também em cidades como o Rio de Janeiro). Obras de canalização de córregos, drenagem de pântanos e abastecimento de água domiciliar contribuíram muito para a higiene das cidades, mas nada havia sido feito ainda na área laboratorial para o estudo dos microorganismos. As

ações de engenharia, nesse sentido, ajudavam na melhoria de condições de vida, embora não conseguissem aniquilar o problema das epidemias.

Capítulo II – A origem da formação do Complexo Emílio Ribas.

1 - A concepção de isolamento

No final do século XIX, São Paulo passava por transformações em seu tecido urbano devido a um grande crescimento proporcionado por um contingente significativo de imigrantes que chegavam ao porto de Santos e eram levados a São Paulo, a fim de esperar por seus destinos nas hospedarias. Este foi um período no qual se alastraram as epidemias, tais como a febre amarela, a varíola, a malária, a cólera, entre outras que apareciam principalmente nas cidades portuárias. São Paulo contava com a mão-de-obra imigrante para a produção do café e, portanto, as preocupações com a manutenção e a sobrevivência deste trabalhador livre eram fundamentais. Os governantes se mobilizaram para realizar uma série de melhoramentos nas cidades que possibilitassem a vinda desses trabalhadores para as fazendas e para as indústrias que estavam se formando.

De acordo com Luiz Augusto Maia:

Apresentar aspecto de cidade civilizada, higiênica, e “moderna” significava maior possibilidade de manter contatos financeiros com o capital internacional; dessa forma, em grande medida, o que estava em jogo era o imaginário de cidade que se pretendia “vender”. (COSTA, 2003, p.180).

Foi neste contexto que, em 1880, inaugurou-se na cidade de São Paulo o primeiro Hospital dos Variolosos (mais tarde chamado Hospital de Isolamento) em torno do qual foram sendo instaladas várias outras instituições formando o que hoje se denomina Complexo Hospital Emílio Ribas, onde

também está localizado atualmente o Instituto Adolf Lutz¹⁶ (antigo Instituto Bacteriológico de São Paulo).

Em 1875, em função dos flagelos das epidemias da época, o então vereador da província de São Paulo, José Guedes Portilho, fez um discurso salientando a importância de se ter, na capital, um hospital que se ocupasse somente das pessoas acometidas pela varíola visando explicitamente uma segregação do espaço urbano:

É de urgente necessidade a abertura de um lazareto nesta capital, onde possa ser recolhidos e devidamente tratados os infelizes acometidos de varíola, visto o incremento que ultimamente há tomado a terrível enfermidade.

A conveniência que há de segregar dos centros populosos os focos de infecção está ao alcance de todos, por isso limito tão somente pedir a esta câmara que está em brevidade possível represente ao Exmo. Governo da Província e que por ele sejam dadas as providências que estejam ao seu

¹⁶ O Instituto Bacteriológico tinha como atividade principal, o diagnóstico de doenças epidêmicas e a produção de imunizantes para a saúde pública. Encarregava-se do estudo de microbiologia em geral e especialmente o estudo da etiologia das epidemias, (tinha influência direta da escola francesa do bacteriologista Louis Pasteur). Além dessa influência, o Laboratório Bacteriológico estabeleceu uma ligação com esta escola que, a pedido do governo brasileiro através de seu embaixador em Paris, solicitou a Louis Pasteur a indicação de um profissional que dirigisse a instituição no Brasil. A pessoa escolhida foi um doutor em Ciência Natural, Felix Alexandre Le Dantec. Este estabeleceu todo o funcionamento do instituto nos moldes da escola de Pasteur, propondo cursos para capacitação pessoal e técnica de microbiologia, além de um curso teórico de biologia geral. Enfocava assuntos como a fermentação, moléstias contagiosas, vacinação e imunização. O doutor francês permaneceu no Brasil somente para estabelecer os vínculos e dar as coordenadas necessárias ao adequado funcionamento do instituto. Quando de seu retorno a terras francesas, deixou Adolf Lutz como diretor do Instituto Bacteriológico. No ano de 1893, o laboratório se ocupou da epidemia de cólera que afetava não só a capital, mas também outras cidades do interior do estado de São Paulo. Neste ano, foram feitos estudos em pacientes falecidos para estudar bacilos que supostamente causavam as febres que apareciam na cidade. Esta epidemia de cólera mencionada foi diagnosticada por Lutz, porém não fora aceita por outros companheiros de ofício: segundo Antunes, outros médicos que atenderam aqueles doentes argumentavam que aquelas pessoas estavam sofrendo por diarreias, intoxicações e outras afecções. Promove-se, assim, o início das desavenças entre Lutz e alguns médicos paulistas (ANTUNES, 1992, p. 30). Em 1896, o Laboratório Bacteriológico se transferiu pra junto do Hospital de Isolamento, o que facilitou em muito suas pesquisas que basicamente consistiam em estudos dos problemas de diagnóstico de doenças infecto-contagiosas. A instituição analisava amostras de escarro, sangue, saliva, fezes, urina, suco ganglionar etc. (nesta época estava-se iniciando pouco a pouco o que hoje é o Complexo Emílio Ribas na Av. Doutor Arnaldo, na cidade de São Paulo).

alcance, em ordem a evitar a propagação de semelhante mal.
(PORTILHO, 1875) (Grifo nosso).

O vereador se mostra bastante preocupado com a “desgraça” que São Paulo estava sofrendo naquele período. Salienta a importância de se construir um local propício para “os infelizes” que foram contaminados pelo “mal”. É importante ressaltar que o vereador cita claramente a palavra “varíola”, o que significa que o hospital seria idealizado para especificamente tratar dessa moléstia. A criação deste hospital – mais tarde chamado de Hospital de Isolamento – tinha a finalidade de manter os acometidos longe do perímetro urbano, promovendo uma segregação sócio-espacial.

Como foi a primeira instituição de saúde na capital a realizar tal proposta, podemos afirmar que a construção deste hospital foi um marco do início de muitas das realizações propostas pelo urbanismo higienista. A ideia de segregar e afastar os enfermos dos centros povoados, determinando locais específicos para sua estadia, movimentou um zoneamento urbano baseado em noções de salubridade. Embora nas décadas de 1880 e 1890 as difusões dos conhecimentos bacteriológicos fossem significativas, o Hospital de Isolamento foi construído sob os preceitos da teoria miasmática, pois, entre outros princípios, deveria se localizar fora dos centros povoados.

As pessoas que eram descobertas infectadas por doenças desconhecidas – principalmente as de caráter epidêmico – deviam ser evitadas, e suas vítimas, isoladas. Esta era uma prática que no século XVIII foi difundida entre os higienistas e que, em São Paulo, ficou a cargo do Hospital dos Variolosos: isolar uns para proteger outros. Isolava-se, assim, tudo o que tinha relação com doenças e com insalubridade. O indivíduo era retirado do convívio com os demais, e o edifício permanecia afastado. Este princípio deu origem ao urbanismo sanitário, provocando a configuração e reconfiguração da malha urbana.

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

Isolamento:

Separação dos doentes acometidos de affecções contagiosas, d'aquelles cujas affecções não são transmissíveis. O isolamento é indispensável para todos os doentes acommetidos de sarampo, varíola, escarlatina, diphterie, 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) (Grifo nosso).

O autor defende o princípio do isolamento como medida profilática indispensável. Nota-se que ainda era recomendado (1890) que os doentes deveriam manter distância das pessoas sãs. Mesmo sabendo em 1890 que existiam microorganismos responsáveis pelas doenças, continuava-se agindo da mesma maneira daquela adotada quando das noções de contágio e infecção que fortemente se mantiveram por todo século XIX.

A carga que a palavra “isolamento” possuía se manifestava numa série de medidas que se traduziam em pânico coletivo. Era como se, ao ser pronunciada, esta palavra fizesse desaparecer todo o conhecimento que estava sendo estabelecido nas discussões sobre doenças. Isso porque “isolar”, para muitos, significava esperar a chegada da morte, isto é, estar sozinho na condição de moribundo. No texto de Wilson Gambetta (1988, p. 127), este pensamento encontra-se reforçado:

Poucos entravam ao Hospital de Isolamento voluntariamente (...). A repugnância da população contra o Isolamento tinha raízes mais antigas que a da própria vacina. **A segregação do doente contagioso fora das áreas urbanas** era um costume vindo de tempos remotos que ocorreu no Brasil desde os tempos da colônia. Em São Paulo, o isolamento de variolosos foi comum: tão logo surgissem os primeiros casos de varíola se abriam os assim chamados “lazaretos” (...) Em torno desses asilos criara-se uma secular legenda negra que os concebia como verdadeiras **antecâmaras da morte** (Grifo nosso).

Se as pessoas não queriam entrar voluntariamente no Hospital de Isolamento, tinha-se um grande problema. Observa-se aí a repulsa que estes locais provocavam à população. O Hospital de Isolamento ficava num local distante, de difícil acesso, e era principalmente um local onde o doente seria mantido solitário.

Embora os conhecimentos sobre a bacteriologia já haviam alcançado significativa difusão, não significava que todos os agentes sociais responsáveis pelas principais decisões em relação aos enfermos e aos edifícios hospitalares os conhecessem. Não só os novos conhecimentos sobre a bacteriologia causavam dúvidas entre os médicos, como também era muito difícil desmistificar toda estrutura ideológica e física na qual, até este momento, o Brasil esteve inserido dentro do campo da Saúde Pública. Os miasmas ainda preenchiam as discussões e os conhecimentos sobre a bacteriologia existiam, mas não eram totalmente disseminados entre os administradores da saúde pública.

Em relatório ao Estado de São Paulo – escrito pelos médicos Candido Espinhadeira e Paulo Bourrol em 1894, que propunha a profilaxia de doenças epidêmicas defendendo o isolamento dos doentes – é afirmado que este é um assunto a ser resolvido pelos médicos ditos “higienistas”, os quais se preocupavam com a higiene e a saúde pública. Estes médicos usavam como

critério de isolamento precauções e medidas baseadas na medicina social do século anterior, conforme já foi apontado através dos estudos de Foucault.

Portanto, para os higienistas Espinhadeira e Bourrol:

O Isolamento dos indivíduos afectados de uma moléstia contagiosa impõe-se desde logo ao higienista, que procura impedir a marcha de uma epidemia. Logo que foi verificada a existência do cholera na Hospedaria dos Immigrantes¹⁷ pela presença do bacillo virgula nos vômitos e dejecções (...) 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. (BOURROL; ESPINHADEIRA, 1894) (Grifo nosso).

Após afirmar a necessidade de isolar os acometidos pela cólera e propor sua segregação do resto da cidade, e transformar ainda a hospedaria numa espécie de prisão, exaltam a existência do Hospital de Isolamento na cidade de São Paulo considerado pelos higienistas uma instituição que se encarregava de “controlar” os doentes:

Assim é que um palacete¹⁸ esplendidamente collocado no vértice de uma colina, cercado de um bosque natural e cultivado, **separado centenas de metros da edificação mais**

¹⁷ O prédio da Hospedaria dos Imigrantes foi um dos maiores investimentos realizados pelo poder público em São Paulo, em fins do século XIX. Durante dez anos, a Sociedade Promotora de Imigração administrou a hospedaria que era, ao mesmo tempo, abrigo e mercado de “colonos”, onde os capitalistas vinham para negociar a compra da força de trabalho. Os imigrantes eram vacinados e tinham cerca de uma semana para permanecerem na hospedaria até encontrarem destino em alguma fazenda. O número de imigrantes abrigados na hospedaria excedia às medidas projetadas para o prédio, causando assim problemas para sua construção. O amontoamento dos imigrantes junto com as precárias medidas de higiene e falta de alimentação faziam com que aparecessem moléstias infecciosas. (RIBEIRO, 1993, p. 22-23).

¹⁸ Os higienistas estão se referindo ao edifício projetado pelo engenheiro Theodoro Sampaio.

próxima, com vastas acomodações serve unicamente para o Lazareto de Variolosos

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 existia o efermo, verificando de vesu se a desinfecção é feita, se o isolamento é observado. (BOURROL; ESPINHADEIRA, 1894).

Pelas palavras dos médicos, percebe-se que a conduta do isolamento era a prática que mais interessava no período. Ao se referir à cólera, não mencionam nenhuma medida de cura para a doença, e sim insistem no isolamento como maneira profilática.

O Hospital do Isolamento foi uma instituição muito importante para a cidade de São Paulo, mas de acordo com este discurso podemos enfatizar que o importante era “esconder”, “retirar” o doente de seu convívio social, não importando se seria dentro da instituição ou dentro de suas próprias residências. A palavra de ordem era isolar, fiscalizar, repreender e desinfetar.

Usando as explicações de Foucault (2006, p. 45) para os hospitais que tinham a finalidade de controlar as doenças, entre os séculos XVIII e XIX, encontramos:

O hospital que em sua forma mais geral só traz os estigmas da miséria aparece no nível como indispensável medida de

proteção. Proteção das pessoas sadias contra a doença: proteção dos doentes contra práticas de pessoas ignorantes: é preciso “preservar o povo de seus próprios erros”, proteção dos doentes um em relação aos outros.

2 – O isolamento na arquitetura hospitalar

O hospital é uma instituição que veio se transformando ao longo dos tempos na sua concepção tanto física como ideológica.

A definição da palavra *hofpitá* em dicionário português do século XVIII era a de um “lugar público onde fé curão doentes pobres” (HOFPITÁ, 2008).

Já em dicionário do século XX, a definição para a mesma palavra - *hospitale* - é a de “estabelecimento onde se recebem e se tratam doentes” (HOSPITALE, 2007, p. 201).

Há uma grande distância entre as duas definições: pelos significados percebe-se uma mudança de concepção em relação ao que era e ao que passa a ser essa instituição. Primeiramente era visto como um local destinado aos pobres (até o início do XIX), e posteriormente se transforma em um local central para tratamento do doente ou um local de restabelecimento da saúde. A partir da segunda metade do século XIX, portanto, o hospital deixou de ser visto como um local aonde se esperava a morte.

Embora o hospital tenha adquirido novas funções a partir do século XIX, ainda levaria um longo período de tempo para se caracterizar no que se transformou a partir do século XX. Diferentes atribuições surgiram ao longo dos séculos: o estabelecimento se modifica social e estruturalmente a partir da evolução do diálogo das ciências médicas, que se refinou junto com outras ciências que, gradativamente, evoluíram de acordo com os preceitos disponíveis em diferentes períodos históricos.

A noção de que o hospital era uma instituição que servia como abrigo é bastante antiga¹⁹. Normalmente servia de local de repouso para a população desprovida de posses, de família, etc., ou seja, servia de pouso a mendigos, leprosos, prostitutas, órfãos, marginais em geral, entre outros. Tinha, em última instância, a função de acolher todos aqueles que precisavam de apoio. Ao acolher os necessitados, não se fazia a separação de doente e pessoa sã dentro do hospital (até a segunda metade do século XIX), pois as doenças só começaram a serem compreendidas a partir da década de 1880 com a divulgação dos conhecimentos científicos relativos às bactérias e micróbios. Embora o hospital só tenha adquirido maior importância a partir do século XVIII, é importante reconstituir a evolução do edifício arquitetônico hospitalar salientando suas funções e modificações que ocorreram sob preceitos da medicina.

Um marco referencial de arquitetura para o edifício hospitalar é o Ospedale Maggiore de Milão, que já no século XV contava com esquemas estruturais de salubridade e saneamento muito refinados para o período. Projetado em 1456 pelo arquiteto florentino Filarete, possuía nos seus alojamentos áreas de serviço para lavagem de roupas incluindo um equipamento de água. Existiam também cabines sanitárias e sistema de esgotamento dos efluentes para as fossas. Embora esses hospitais fossem estruturados desta forma, sempre se tomando cuidado com a ventilação e a iluminação, o tratamento dos doentes não era eficaz, pois, muitas vezes, os leitos serviam para grande número de doentes acometidos de doenças infecciosas (FERNANDES, 2003, p. 10).

Nota-se já no século XV que havia uma ligação entre salubridade e hospital. Embora houvesse contradições na forma de tratamento do doente como, por exemplo, o fato de dividir o mesmo leito; percebemos que algumas regras de higiene como a ventilação já se manifestava. É possível identificar na

¹⁹ Adhemar Dizioli Fernandes, traçando a origem do edifício hospitalar, explica que este surgiu em civilizações antigas como a grega e a romana. Esses locais serviam para abrigar os pobres, e as práticas de medicina se misturavam ao misticismo e à superstição. Na era medieval, os hospitais eram compostos principalmente pela “nave” e mostravam-se tecnologicamente avançados, pois possuíam em sua estrutura vãos grandes que melhoravam as condições de iluminação e ventilação. Na Renascença, os hospitais continuaram servindo basicamente ao abrigo de pobres, vagabundos, mendigos e portadores de moléstias contagiosas (FERNANDES, 2003, p. 9).

organização do Ospedale Maggiore, preocupações com os fatores da água e da circulação do ar como uma das maneiras profiláticas mais utilizadas.

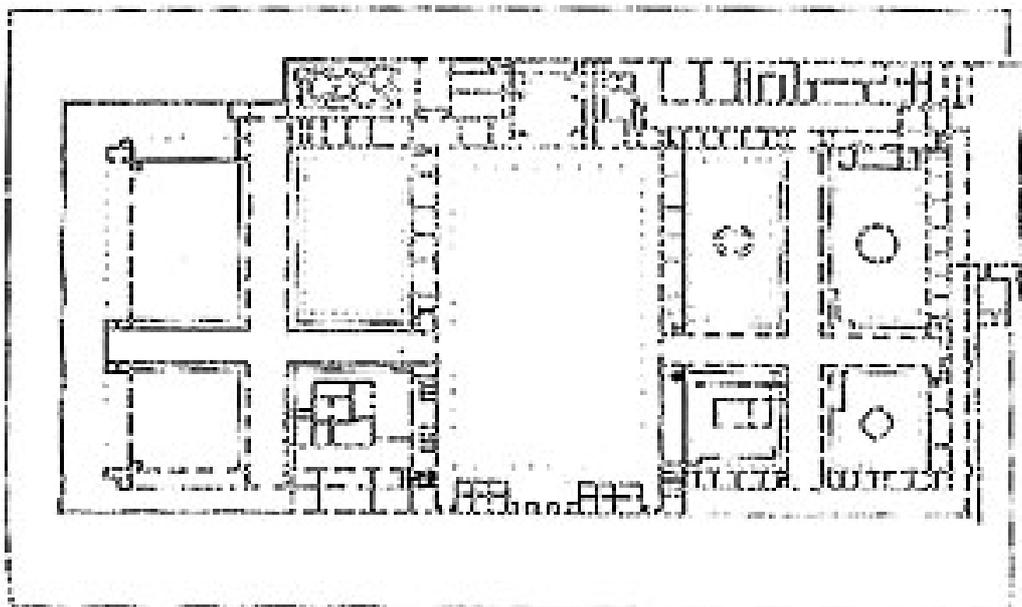


Figura 2 - Planta, Ospedale Maggiore, Milano, Italia (de Filarete, 1456).

Fonte: Silva (2000)

A partir do projeto de Filarete para o Ospedale Maggiore – um hospital de grandes dimensões – a planta em cruz passa a ser reproduzida em vários pontos da Europa, como Espanha (em várias de suas cidades) e França, e também no México.

Seguindo o modelo da planta em cruz, no século XVII é construído na França o primeiro hospital para servir como instituição que visava o isolamento de doentes portadores de moléstias contagiosas: o Hospital Saint-Louis, projetado pelo arquiteto Claude Vellepoux. Este é construído para servir de anexo ao Hotel Dieu²⁰. A partir da concepção deste hospital tem-se uma

²⁰ O Hotel Dieu estava neste período congestionado por pacientes acometidos por moléstias epidêmicas, sendo o Hospital Saint-Louis, portanto, implantado como um anexo. Este hospital ter passou por inúmeras ampliações e alterações. A construção original situava-se no centro do atual adro da Catedral de Notre-Dame, e teria sido contíguo à Igreja de Saint-Cristophe e de um hospício. Por muito tempo considerado o maior hospital da Europa, passou por inúmeras alterações e ampliações até o ano de 1861, quando foi demolido devido a um incêndio. A necessidade de reconstruir o hospital era imperativa, pois este atendia a muitos pacientes, causando uma dependência à cidade de Paris que não podia encontrar-se por um período

mudança na arquitetura hospitalar: a organização do edifício determinava que não haveria mais a superposição de pacientes. A nova arquitetura hospitalar ordenava ainda que no pavimento térreo deviam ser localizados os serviços gerais, enquanto o pavimento superior era reservado aos pacientes e às enfermarias cobertas por abóbadas. Cada paciente do hospital dispunha, assim, de grande cubagem de ar (SILVA, 2000, p. 45).

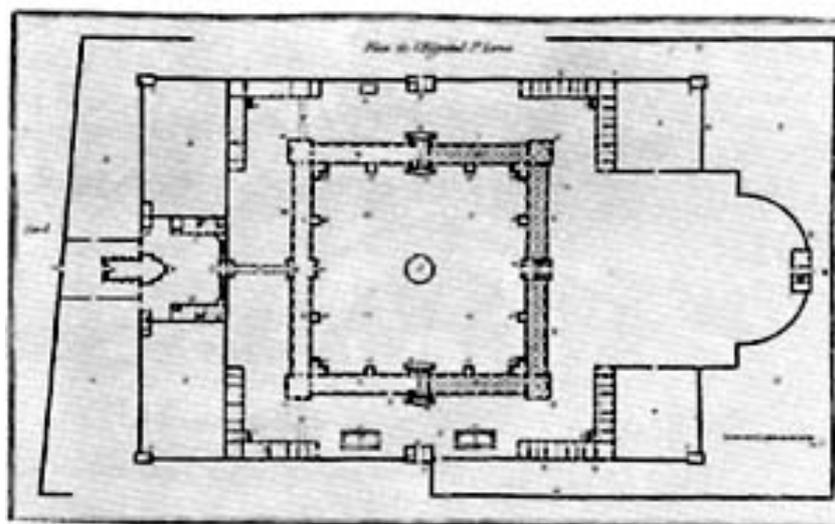


Figura 3 - Planta, Hospital St. Louis, 1788, Paris (de Claude Vellefaux).

Fonte: Silva (2000)

Um estudo de Kleber Pinto Silva, “Idéia de função para a arquitetura: o hospital do século XVIII”, traz contribuições sobre a forma e a função dos hospitais que surgiram principalmente na França. Esta reflexão nos auxilia a

prolongado sem que o hospital retomasse suas atividades. A importância desse edifício, bem como sua função, estabeleceu polêmicas colocando em pauta suas condições deploráveis. A partir da decisão de reconstruí-lo se estabeleceram discussões acaloradas que salientavam particularmente a precariedade que o hospital apresentava até o momento do incêndio. Alguns interessados apresentaram projetos para o hospital, destacando-se o nome do médico Jacques Tenon, que realizou uma vastíssima pesquisa na qual investigou diversos hospitais franceses e ingleses. Silva Pinto chama atenção ao afirmar que Tenon tinha uma forma especial de estudar o hospital que era o estudo com um olhar crítico, funcionalista, e não somente monumental. Ele trata o hospital como um paciente, tendo como objetivo o estabelecimento de uma terapêutica. A partir do projeto do médico, dá-se início à tipologia e à instituição do hospital contemporâneo (SILVA, 2000, p. 46).

compreender o que significou o Hospital do Isolamento para a cidade de São Paulo, e se este seguiu ou não uma regra, isto é, um modelo de hospital baseado na estrutura dos hospitais franceses a partir do século XVIII (estrutura pavilhonar). Neste estudo, Silva Pinto destaca os olhares voltados aos hospitais, assim como a maneira de concebê-los, salientando que teriam origem nas mudanças que sofreu o saber médico a partir do século XVIII, através das transformações a partir do século XVII. O autor cita como marco dessa mudança o incêndio do Hotel-Dieu de Paris.

A organização pavilhonar de hospital surge, portanto, com os estudos do médico Jacques Tenon²¹. O médico adotava princípios que favoreciam a ventilação cruzada e uma boa iluminação natural. A partir desses preceitos, Tenon acreditava ter resolvido o que era considerado o maior produtor da insalubridade nos hospitais: a estagnação do ar e da umidade. Estabeleceu também que três seria o número de pavimentos adequados para cada pavilhão. Salientando que no período havia um grande problema concernente às epidemias, Tenon elaborou regras para organização do hospital de forma a impedir os contágios. A solução foi a interdição de leitos coletivos e a separação dos doentes por categoria de doença e por sexo, propondo ainda que cada pavilhão dispusesse de seu próprio serviço de registros. O autor cita o Hospital de Lariboisière, construído em Paris em 1854, como um dos primeiros exemplos de aplicação das idéias de Tennon. Suas pesquisas marcaram a organização do hospital no século XIX (SILVA, 2001).

²¹ Em 1788, Tenon publicou relatórios em uma obra intitulada *Mémoires sur les hôpitaux de Paris* que reunia os trabalhos desenvolvidos para a Academia de Ciências. No primeiro dos relatórios, Tenon apresentou um panorama de conjunto dos hospitais parisienses; o segundo foi consagrado à descrição e análise dos espaços detalhados do Hotel-Dieu; e no quinto, apresentou a organização hospitalar que o hospital deveria obedecer. (SILVA, 2001).

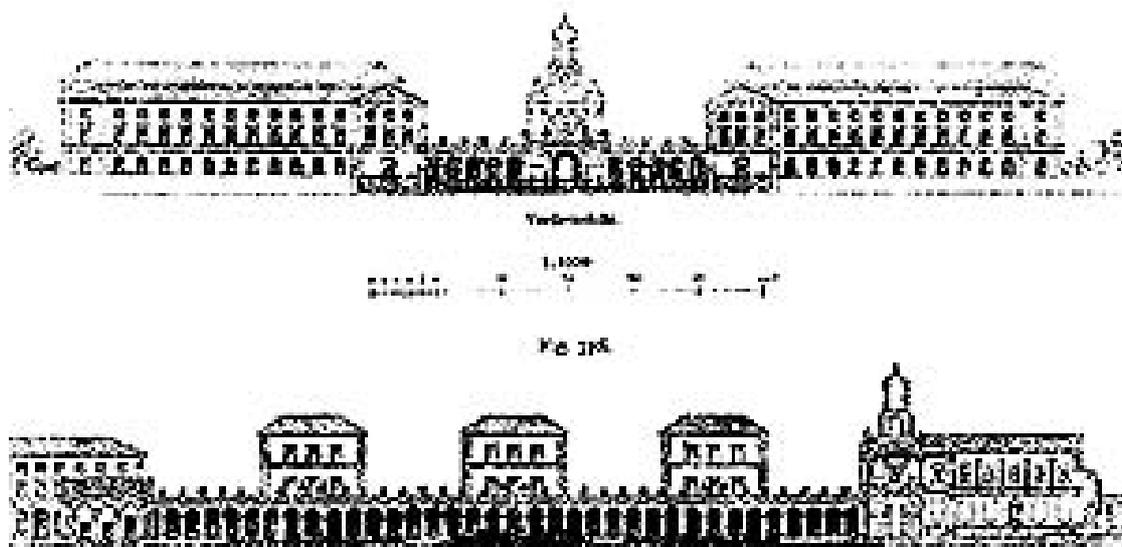


Figura 4 – Cortes longitudinais, Hospital Lariboisière, de Gauthier.

Fonte: Silva (2000)

Na época em que Tenon realizou seus estudos, os saberes médicos se expandiam²². O século XVIII foi um período importante para a medicina mundial e sua difusão. Em muitos países realizavam-se estudos em busca da cura para diversas doenças infecto-contagiosas que, neste momento, começaram a ditar diversas regras de organização do espaço urbano. Como afirma Kleber Silva Pinto, os estudos de Tenon estavam totalmente ligados aos conhecimentos da época, pois ao estudar os fluxos internos do hospital sugeria a separação de objetos sujos e limpos, limitava o número de pacientes em cada enfermaria, estabelecia sistema de circulação do ar, iluminação ideal, número de pavimentos e separação dos doentes por sexo e patologia (SILVA, 2001).

²² No século XVIII, a cirurgia foi incorporada à medicina através da medicina científica. A partir deste surgimento (resultado da convergência entre a clínica e a cirurgia) o hospital torna-se importante para o aprendizado: a transmissão oral dos saberes deixa de ser estritamente oral e passa a ser difundida dentro do hospital pelo estudo direto dos pacientes.

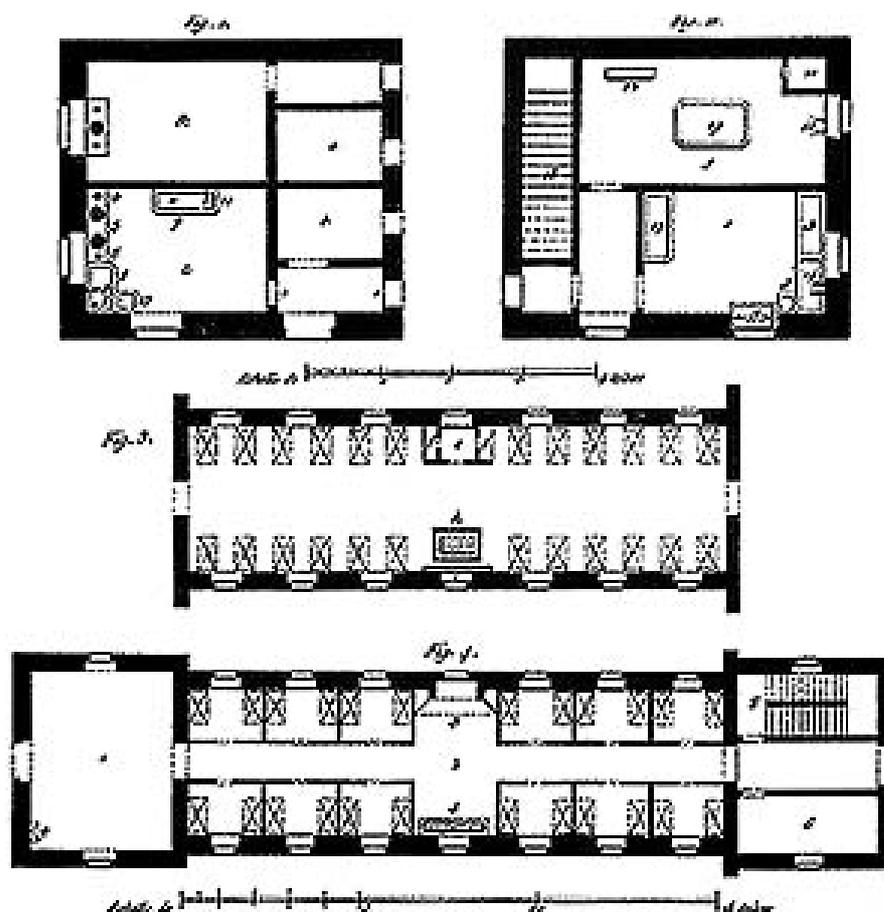


Figura 5 – Planta de enfermarias, segundo Tenon.

Fonte: Silva (2000)

O autor situa Tenon no círculo dos sábios do “século das luzes”, período este de intenso questionamento sobre a localização dos edifícios considerados insalubres dentro das cidades. Tenon teria contribuído, dessa forma, para a expansão dos domínios da medicina e da saúde, principalmente no que se refere a edifícios hospitalares. Destaca ainda seu estudo “*Memories sur lês hôpitaux de Paris*”, abrindo desta forma um diálogo entre a arquitetura, a prática médica e a saúde. E mais ainda, o médico elevou o hospital a uma discussão entre engenharia e sanitarismo. (SILVA, 2001)

No estudo da história do Hospital de Isolamento de São Paulo é possível verificar como se deu a difusão das teorias de Tenon (embora não fora encontrado documento que relacione o hospital ao nome de Tenon) no que se refere à salubridade e à estrutura pavilhonar na organização dos hospitais.

Este hospital, tendo sido idealizado e construído no fim do século XIX (período no qual o argumento dos médicos higienistas era fervoroso), revela como as concepções médicas do período circulavam no contexto paulista.

3 – A assistência hospitalar na cidade de São Paulo

Antes da construção do Hospital de Isolamento na capital paulista, existiram outras formas de assistência aos doentes. É importante destacar, mesmo que de forma breve, como se deu a assistência hospitalar na cidade de São Paulo antes da construção deste hospital.

Muitos dos hospitais brasileiros eram fundados e mantidos por ordens laicas que prestavam serviços assistenciais. Neste contexto, não se promovia a saúde nos hospitais, e sim o afastamento da população sadia dos portadores de doença. O hospital representava a proteção da população que estava livre de doenças (SILVA, 2000, p. 52).

No período colonial, quem se ocupava das pessoas que necessitavam de cuidados eram os religiosos, que exerciam a função de médicos, enfermeiros e boticários. Geralmente possuíam um local próprio, que nada se assemelhava a um hospital e sim a um local de abrigo para pobres, vagabundos e doentes. Existiam também locais em meio às estradas que abrigavam soldados, feridos e viajantes.

A maior instituição de assistência foram as Santas Casas de Misericórdia, que existiram em diversas partes do país. Segundo nos relata Lycurgo Santos Filho, estas foram sem dúvida o socorro assistencial da população por muitos séculos. Acredita-se que a primeira Santa Casa brasileira foi instalada na cidade de Santos e que teria sido inaugurada por Brás Cubas ainda no século XVI, embora alguns historiadores defendam que a primeira Santa Casa teria sido instalada na Bahia ou em Olinda. As Santas Casas visavam à prestação de atos e obras beneficentes, bem como a assistência aos menos favorecidos, além da cura dos enfermos. As chamadas “obras de

Misericórdia”, como as denomina Lycurgo, dividiam-se em sete, podendo ser de natureza “espirituais” e “corporais”, consistindo em:

Espirituais: ensinar os simples, dar bom conselho a quem pede, castigar os que erram, consolar os desconsolados, perdoar aos que nos injuriaram, sofrer injúrias com paciência, rezar pelos vivos e pelos mortos. [...]

Corporais: remir os cativos, visitar os presos, curar os enfermos, cobrir os nus, dar de comer aos famintos, dar de beber a quem tem sede, dar pouso aos peregrinos, enterrar os mortos (SANTOS FILHO, 1980, p. 68).

A função das Santas Casas era, portanto, a de abrigar os menos favorecidos financeira e socialmente. Geralmente atendiam à população pobre, pois quem tinha condições financeiras se tratava em casa. As moléstias também eram atendidas nas Santas Casas – que ficavam no interior das cidades – à exceção dos leprosos (estes já eram segregados em leprosários fora da cidade). A situação desta instituição era muito precária, pois ao que consta faltava tudo, de medicamentos a médicos. A falta de higiene era excessiva, se analisada *vis-a-vis* em relação à concepção moderna de higiene (SILVA, 2000, p. 55).

Em São Paulo, o edifício da Santa Casa de Misericórdia foi construído somente no início do século XIX, quando esta começa a receber alguma ajuda financeira do governo Imperial para investimentos em saúde e higiene pública, transformando-se assim no primeiro local de assistência hospitalar da cidade.

O Hospital funcionou primeiramente na chácara dos ingleses e depois foi construído um novo edifício na Rua da Glória com a Rua dos Estudantes.

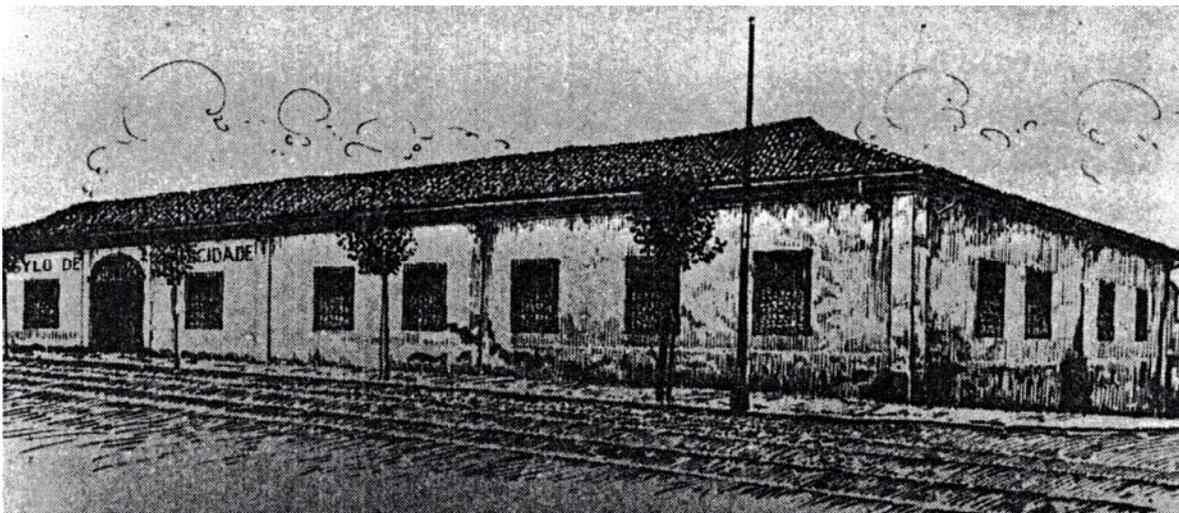


Figura 6 - Hospital da Santa Casa de Misericórdia localizado na Rua da Glória, em uma das saídas de São Paulo, no caminho para Santos.

Fonte: Jorge (2006)

A Santa Casa não se assemelhava a um hospital. Não possuía um local específico destinado aos quartos, à enfermaria, etc., pois contava apenas com a estrutura de uma casa semelhante aquelas usadas para moradia. Segundo Karina Jorge, o hospital foi sustentado por esmolas recebidas da população, com as rendas que a irmandade arrecadava por meio dos aluguéis das tumbas para os sepultamentos da cidade, e também com as contribuições populares feitas nas missas. Os gastos do hospital seriam com os médicos, os cirurgiões, a botica, o sangrador, as camas e os enfermeiros. (JORGE, 2006, p. 38).

A Santa Casa de Misericórdia permaneceu na cidade de São Paulo como a maior instituição de assistência à saúde até o final do século XIX, período no qual se iniciaria a formação do Complexo Emílio Ribas com a construção do Hospital de Isolamento.

4 - A construção do Hospital de Isolamento

O Hospital de Isolamento teve sua primeira sede na cidade de São Paulo localizado na Avenida Municipal nº. 1, atualmente chamada Avenida

Doutor Arnaldo. De acordo com a documentação do histórico de sua fundação, a finalidade do hospital era:

Observação e tratamento das moléstias de notificação e isolamento compulsórios, tais como Febre amarela, Tifo enzimático, Difteria, Escarlatina, Peste, Meningite cérebro espinhal epidêmica, Varíola, Varicela e outras de caráter infecto-contagiosos. (PINTO JÚNIOR, 1894)

O hospital tinha por observação que seu movimento deveria ser de acordo com o estado sanitário da capital paulistana²³. No ano de sua fundação, atendia primeiramente os casos de Varíola, por isso o nome de Hospital dos Variolosos.

As obras do primeiro pavilhão tiveram início em 1876. Havia uma placa à sua frente que dizia que o plano de engenharia do hospital era de J. W. Cochrane e foi construído entre os anos de 1876 e 1880. (PINTO JÚNIOR, 1894).

²³ O hospital teria seu funcionamento somente em épocas de epidemia; do contrário, se manteria fechado.

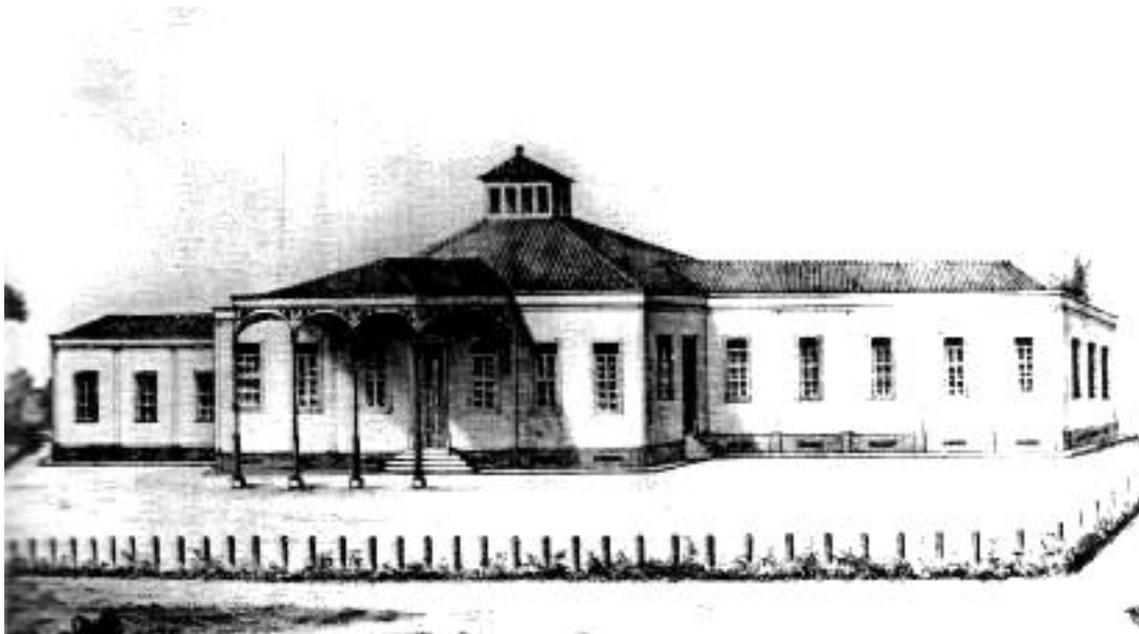


Figura 7 – Imagem inicial do primeiro Hospital de Isolamento da Província de São Paulo com destaque para a obra de engenharia de J. W. Cochrane. Este seria o primeiro pavilhão destinado aos enfermos acometidos por Varíola.

Fonte: Museu de Saúde Pública Emílio Ribas.



Figura 8 - Foto do primeiro Hospital de Isolamento da província de São Paulo fotografado em 1900 por Jules Martin.

Fonte: Duarte (2004)

Este edifício era a sede do primeiro Hospital de Isolamento, quando este possuía somente um pavilhão usado para a internação dos doentes acometidos por varíola.

Mais de uma década depois, em 1894, o edifício elaborado por Cochrane passou a ser denominado de pavilhão nº. 3. Mais tarde, foram anexados outros terrenos aos arredores e assim construídos outros pavilhões. Desta vez o plano de engenharia fica a cargo de Theodoro Sampaio.

Como hoje, observa-se, na entrada do Complexo Emílio Ribas, uma placa de mármore que revela:

ANO DE 1894 VIDA REPÚBLICA

SENDO O PRESIDENTE DO ESTADO O DR. BERNARDINO DE CAMPOS FORAM ESTES HOSPITAIS CONSTRUIDOS POR ORDEM DO DR CESARIO MOTTA JUNIOR, SECRETÁRIO DO INTERIOR. ENGENHEIRO DAS OBRAS DR. THEODORO SAMPAIO, O MESTRE EMPREITEIRO BASILIO BERTIN²⁴

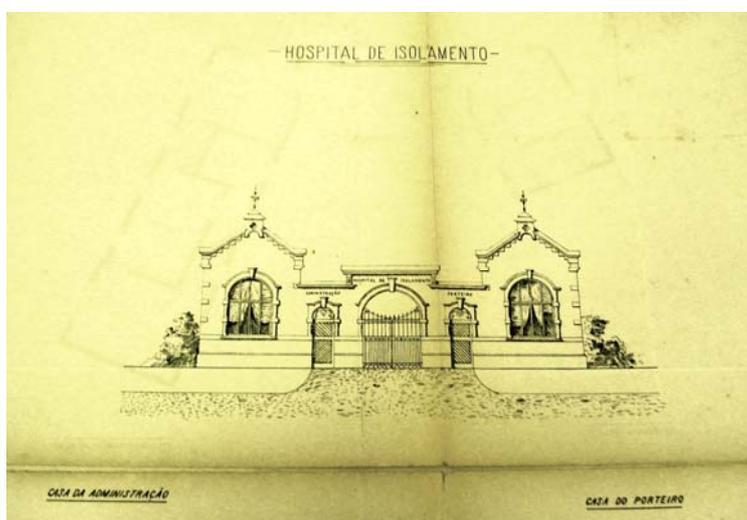


Figura 9 - Elevação do Hospital do Isolamento no ano de 1894.

Fonte: Arquivo do Estado de São Paulo.

No mesmo ano, conforme planta do Hospital de Isolamento constante no relatório do Dr. Cesário Motta Junior, então secretário do interior, é criada uma

²⁴ Pinto Júnior (1894).

nova estrutura para o hospital tendo, como anexo, outros pavilhões de observação (Figura 10).

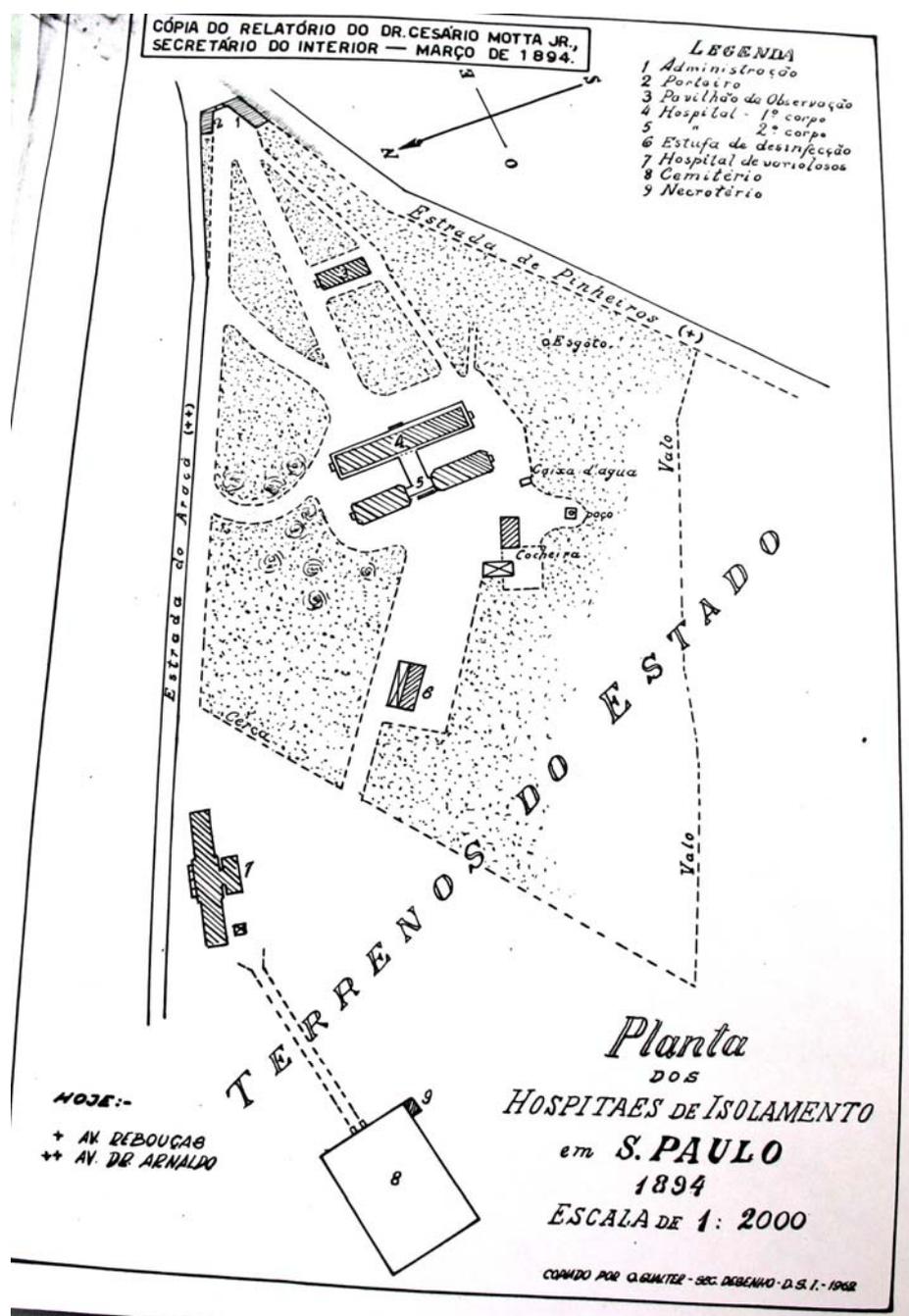


Figura 10 - Planta dos Hospitais de Isolamento em São Paulo de 1894.

Fonte: Motta Júnior (1894)

Portanto, o Hospital de Isolamento em 1894 – localizado nos terrenos públicos entre a Estrada do Araçá (Avenida Municipal e posteriormente

Avenida Dr. Arnaldo) e a Estrada de Pinheiros – já se encontrava bastante ampliado, contando com novas edificações. Tem-se nesta planta a presença de três pavilhões de hospital. É importante ressaltar que o primeiro e o segundo corpo dos hospitais ficam distante do pavilhão do Hospital dos Variolosos, e que este se localiza muito próximo do necrotério e do cemitério. As pessoas acometidas por varíola eram tratadas em um pavilhão a parte, já que este hospital foi criado para atender casos quando dos surtos epidêmicos. A concepção de Isolamento fica evidenciada não somente na localização do hospital em relação às áreas urbanizadas da cidade, como também na arquitetura hospitalar com os diversos pavilhões isolados um dos outros.

Analisando a Figura 11 percebe-se que a estrutura dos pavilhões seguiu uma regra arquitetônica dos modelos elaborados pelo médico francês Jacques Tenon:

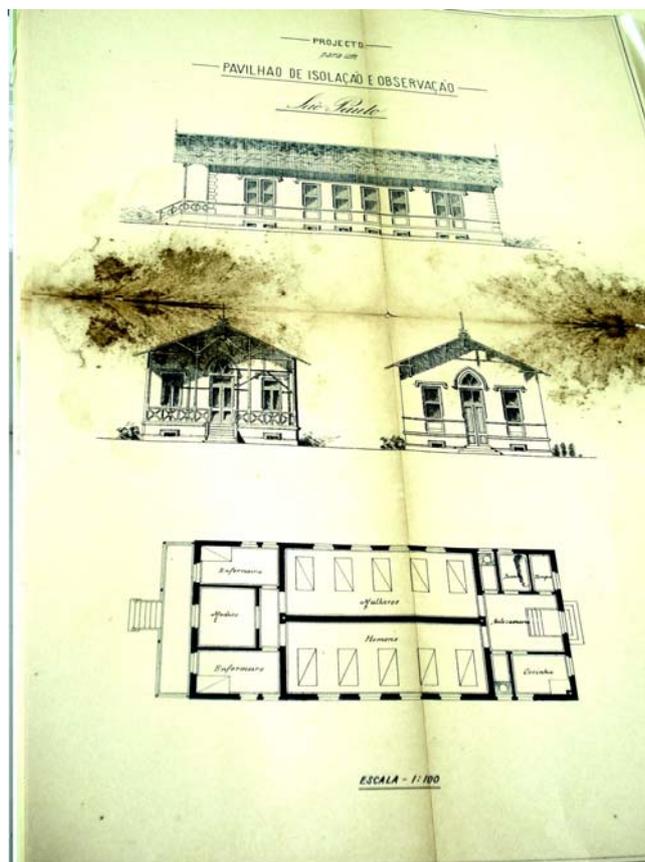


Figura 11 - Planta para o Hospital do Isolamento da Capital.

Fonte: Arquivo do Estado de São Paulo

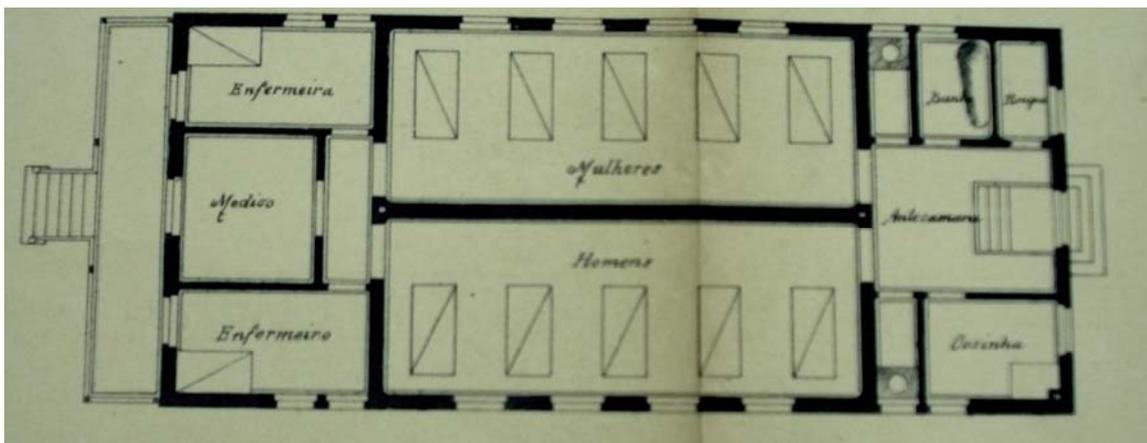


Figura 12 - Detalhe para a planta da estrutura pavilhonar do Hospital de Isolamento da capital paulista em 1894. Observa-se a separação de diversos compartimentos que visavam à separação do pessoal encarregado aos serviços (enfermaria, médicos, antecâmaras, locais para banho e os pavilhões de observação que separavam os pacientes por sexo).

Fonte: arquivo do Estado de São Paulo.



Figura 13 - Hospital de Isolamento – Portão de entrada na confluência da Estrada de Pinheiros com o edifício da administração (à esquerda) e o edifício da portaria (à direita).

Fonte: Museu de Saúde Pública Emílio Ribas.

O ano de 1894 também foi o ano em que o estado de São Paulo regulamentava leis e decretos para os edifícios de saúde através do Serviço

Sanitário do Estado²⁵. Neste ano, o poder executivo promulga e manda executar a lei nº. 240, a 4 de dezembro de 1894, que regulamentava os Hospitais de Isolamento do Estado de São Paulo (PINTO JUNIOR, 1894).

A legislação é longa, detalhada, mas é interessante transcrever alguns dos seus artigos para a análise das concepções do período.

Os artigos 11 e 15 ordenam as desinfecções e pautam-se na teoria do contágio (ainda muito presente neste período). A idéia de que os pertences dos doentes deveriam ser separados e também desinfetados em estufa especial existente nas dependências do Hospital de Isolamento está presente no regulamento:

Arrecadar a roupa suja arrolal-a e expedidil-a, acompanhada do respectivo ról para desinfecção e lavagem. [...]

Fazer o trabalho de desinfecção na estufa com o auxilio do pessoal que for pelo médico Director designado.²⁶

O regulamento para os Hospitais de Isolamento é explicitamente segregador. Não só o enfermo era retirado da cidade e vetado de direitos como o de ir e vir, como também sofria isolamento dentro do próprio hospital. O capítulo da legislação que se refere ao “Cordão Hospitalar” dividia o serviço em duas seções: a dos “infeccionados” e a dos “desinfetados”. Temia-se uma propagação de enfermidades dentro do hospital, portanto as pessoas que ali circulavam deveriam obedecer a regras e comportamentos para poderem freqüentá-lo. O doente era isolado e mantido distante dos que não estavam doentes. Tudo era fiscalizado, até o tecido das roupas eram selecionados para que se pudesse estar dentro do hospital: se o tecido fosse de lã, flanela ou

²⁵ No ano de 1894, o primeiro Código Sanitário do Estado foi promulgado, com 520 artigos, reunindo as normas de higiene e saúde pública. Regulamentava o espaço público e privado: ruas, praças, habitação, fábricas, oficinas etc. Nas épocas de epidemia, a presença do fiscal, do desinfetador e do inspetor sanitário tornava-se mais visível e o exercício da polícia sanitária mais rigoroso. Em 1896 o Serviço Sanitário é reestruturado e sua estrutura se mantém até o ano de 1911.

²⁶ Regulamento para os Hospitais de Isolamento do Estado de São Paulo, 1894, artigo 11 §4, artigo 15 §1.

casimira, estavam proibidos de serem usados dentro do hospital. Esse regulamento reforça o já referido medo do contágio das doenças consideradas infecto-contagiosas. O tecido das roupas seria capaz de absorver partículas que não se sabiam ao certo o que eram, e que teriam o poder de provocar a disseminação de doenças presentes no hospital. Portanto, de acordo com o Regulamento dos Hospitais de Isolamento do Estado de São Paulo:

O cordão hospitalar tem por fim isolar dentro do recinto do estabelecimento os enfermos e os empregados que directamente se encarregam do seu tratamento. O cordão hospitalar divide, portanto, o serviço interno dos hospitais em duas secções: a de infectados e a de desinfectados. [...]

O pessoal e material empregado n'uma secção não têm o menor contacto com os da outra. [...]

Quando por necessidade do serviço ou por qualquer motivo poderoso o empregado tiver de sair do cordão hospitalar, fal-o-a mediante licença do médico e após rigorosa desinfecção, banho e mudança do vestuário. [...]

O empregado que a serviço hover de penetrar ao cordão hospitalar fal-o-a com aviso do médico ao chefe dos enfermeiros e se previnirá com vestuário apropriado que jamais será de lã, flanela ou casemira. [...]

O médico ou seu ajudante, nas visitas que fizer ás enfermarias se previnirá também com vestuário adequado e que ficará a sua disposição em um gabinete especial com o mais que for de mister para as ablusões asseio etc.²⁷

²⁷ Regulamento para os Hospitais de Isolamento do Estado de São Paulo, 1894, artigos 22-23, 25.

Este hospital representou no ato de sua criação os desejos de uma sociedade que queria ficar longe dos focos de epidemias que tanto assolavam e amedrontavam uma população que via sua cidade alcançar as vias do progresso e que devia manter-se saudável. A existência do Hospital do Isolamento fazia-se sentir não apenas para a assistência dos enfermos, mas também para a proteção das pessoas sadias através das quarentenas e dos isolamentos absolutos de indivíduos portadores de moléstias contagiosas.

As pessoas que estavam com suspeitas de doença, quando eram percebidas na rua pela polícia sanitária, eram recolhidas e imediatamente levadas ao Desinfetório Municipal²⁸, construído em 1893, que se encontrava no atual bairro do Bom Retiro. Este era o primeiro local de constatação da doença, ou seja, os médicos faziam exames para descobrir se realmente a pessoa estava infectada. Uma vez constatada a doença, eram levadas finalmente ao Hospital de Isolamento, onde eram recebidas pelo pessoal do corpo de trabalho (que era composto de: “1 diretor, 1 almoxarife, 1 farmacêutico, 1 porteiro, 1 maquinista, 1 foguista, 1 cozinheiro, 1 cocheiro e serventes”).

Ao chegar ao Hospital de Isolamento, o doente era recebido no portão e levado a um dos pavilhões de isolamento. No século XIX havia somente três pavilhões de observação. Sendo assim, o doente entregava suas vestes às enfermeiras que as levavam para desinfetá-las. A partir desse momento, o

²⁸ No ano de 1893 foi inaugurado o Desinfetório Central sob o governo de Bernardino de Campos, pelo decreto nº. 219 que aprovava o serviço geral de desinfecções. (MASCARENHAS, 1949: 47). O desinfetório foi instalado na Rua Tenente Pena, bairro do Bom Retiro, onde 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. A desinfecção domiciliar era realizada por um grupo de desinfetadores que se apresentava ao domicílio do contagiado com uma série de apetrechos (materiais químicos, roupas especiais etc.) e era conduzido até o cômodo que se encontrava o enfermo. Geralmente, as janelas e as portas dos quartos eram isoladas de modo que os gases existentes no local não se propagassem para rua, evitando assim o alastramento da doença. Muitas vezes os doentes eram mantidos em casa, em completo isolamento, mas se o caso era muito grave, eram transportado pelo grupo de desinfetores, ao **Hospital de Isolamento** em carros especiais. 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 anti-moléstia que estava ocorrendo em São Paulo neste período. Ele serviu não só para a desinfecção de objetos e de pessoas contaminadas, mas também era um aparelho profilático da época.

enfermo se transformava praticamente num “detento”, e era considerado nocivo à sociedade (PINTO JUNIOR, 1894).

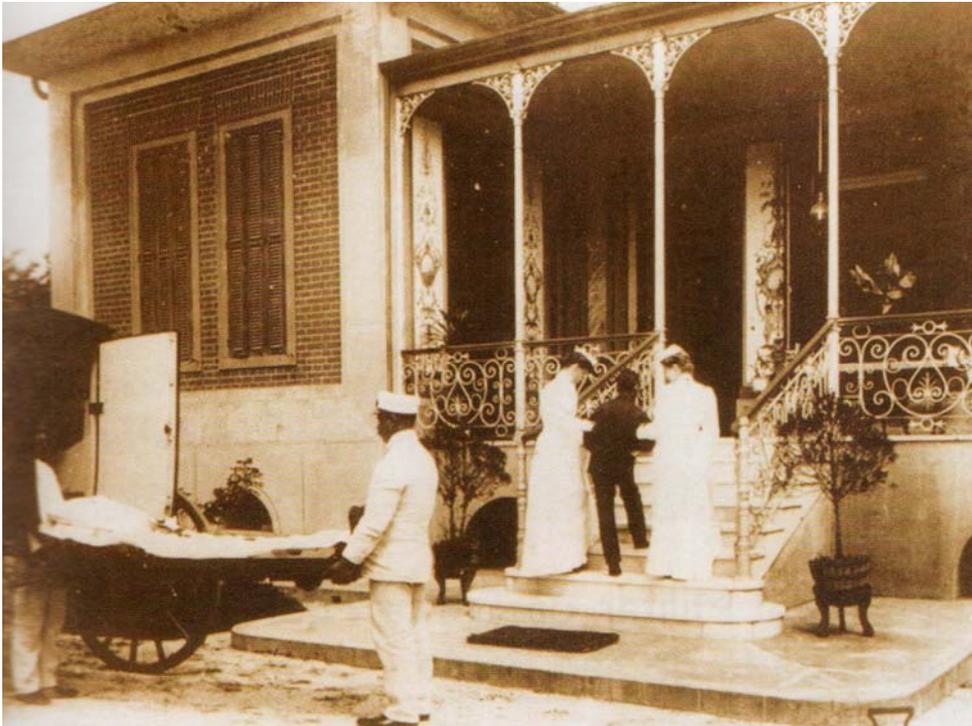


Figura 14 - Pacientes chegando ao Hospital de Isolamento.

Fonte: Museu de Saúde Pública Emílio Ribas.

Inicialmente este hospital era aberto somente para os períodos em que ocorriam as epidemias de varíola, por isso o nome inicial de Hospital de Variolosos. Mas com as importantes descobertas bacteriológicas no fim do século XIX – como a da origem microbiana das infecções – o tratamento aos enfermos sofre transformações. Em documentação original encontrado no Hospital Emílio Ribas, percebe-se que quando esta instituição começou a funcionar regularmente, começou a atender vários outros casos de moléstias, assim como a cólera e a febre amarela. Assim, sua estrutura também sofre mudanças, pois foram construídos outros pavilhões que se ocupariam de cada doença. Ou seja, agora não mais todos os doentes estariam juntos no mesmo ambiente: a cada moléstia o hospital tinha um local específico.

Existem vestígios de que a teoria bacteriana estava sendo aos poucos posta em execução no fim do século XIX. Analisando relatório que mostra uma estatística quantitativa dos doentes e das doenças que passaram pelo hospital, em 1904, ao Presidente do Estado de São Paulo, escrito pelo secretário dos negócios do interior e da justiça José Cardoso de Almeida (1904), constatamos:

Estiveram em tratamento em 1904, 228 doentes, sendo que ficaram em 1903, 5, e entraram durante o ano, 223, dos quaes apenas 153 eram de moléstias contagiosas, não tendo sido o diagnóstico confirmado quanto aos 70 restantes. Na pharmacia do Hospital aviaram-se 4.927 formulas.

E revela ainda o movimento geral dos doentes em tratamento no Hospital de Variolosos entre 1894 e 1904:

Tabela 1 - Movimento geral dos doentes em tratamento no Hospital de Isolamento de 1894 a 1897

MOLESTIAS	1894				1895				1896				1897			
	Entraram	Sahiram	Falleceram	Em tratamento	Entraram	Sahiram	Falleceram	Em tratamento	Entraram	Sahiram	Falleceram	Em tratamento	Entraram	Sahiram	Falleceram	Em tratamento
febre amarela	.	.	.	.	56	15	39	2	133	52	13	.	41	18	23	.
febre typhoid	.	.	.	.	3	1	2	.	19	13	3	3	38	29	9	3
Cholera morbus	33	12	17	4	29	14	19	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Peste bubonica	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Sarampo	.	.	.	.	.	.	.	.	2	1	1	.	1	1	.	.
Escarlatina	.	.	.	.	.	.	.	.	29	15	14	.	4	3	.	1
Variola	2	1	.	1	62	47	15	1	57	39	19	.	117	71	24	22
Difteria	.	.	.	.	12	3	9	.	15	3	12	.	91	68	23	.
Outras moléstias	26	22	1	3	36	31	7	1	49	45	4	1	50	40	11	.
TOTAL	61	35	18	8	198	111	91	4	304	168	136	4	342	230	90	26

Fonte: Museu de Saúde Pública Emílio Ribas

Tabela 2 - Movimento geral dos doentes em tratamento no Hospital de Isolamento de 1898 a 1901

MOLESTIAS	1898				1899				1900				1901			
	Entraram	Sahiram	Falleceram	Em tratamento	Entraram	Sahiram	Falleceram	Em tratamento	Entraram	Sahiram	Falleceram	Em tratamento	Entraram	Sahiram	Falleceram	Em tratamento
febre amarela	27	7	20	7	43	17	23	3	111	43	71	.	5	3	2	.
febre typhoid	50	36	11	6	45	35	12	4	40	23	16	5	29	24	8	2
Cholera morbus	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Peste bubonica	.	.	.	.	8	2	3	3	19	14	7	1	21	16	5	1
Sarampo	.	.	.	.	20	19	1	.	12	10	.	2	45	32	5	10
Escarlatina	11	3	4	5	30	30	5	.	6	5	.	1	6	6	1	.
Varíola	771	498	288	7	33	32	6	2	12	13	1	.	143	82	40	21
Difteria	17	7	7	3	21	17	7	.	16	8	7	1	35	20	16	.
Outras moléstias	25	20	5	.	48	40	8	.	51	40	9	2	72	53	15	6
TOTAL	901	571	335	21	248	192	65	12	267	156	111	12	356	236	92	40

Fonte: Museu de Saúde Pública Emílio Ribas

Tabela 3 - Movimento geral dos doentes em tratamento no Hospital de Isolamento de 1902 a 1904

MOLESTIAS	1902				1903				1904			
	Entraram	Sahiram	Falleceram	Em tratamento	Entraram	Sahiram	Falleceram	Em tratamento	Entraram	Sahiram	Falleceram	Em tratamento
febre amarela	1	1	.	.	25	11	14	.	.	.	.	.
febre typhoid	18	16	.	4	13	12	4	1	16	10	5	2
Cholera morbus	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Peste bubonica	37	25	10	3	44	28	19	.	12	7	5	.
Sarampo	75	76	9	.	3	2	1	.	15	13	1	1
Escarlatina	9	7	2	.	12	11	1	.	3	2	.	1
Varíola	172	139	52	2	30	21	11	.	6	3	14	13
Difteria	31	23	7	1	48	34	13	2	43	36	7	2
Outras moléstias	73	55	22	2	69	64	5	2	70	59	12	1
TOTAL	416	341	102	12	244	183	68	5	223	164	44	20

Fonte: Museu de Saúde Pública Emílio Ribas

Observa-se no movimento dos doentes no Hospital de Isolamento (Tabelas 1, 2 e 3) uma divisão de enfermos por doenças infecto-contagiosas. A bacteriologia surgiu para afirmar que as doenças tinham causas e tratamentos diferentes. Desde 1894 – ano que foram inaugurados outros pavilhões no

interior do hospital – cada moléstia recebia seu devido tratamento. Se o Hospital de Isolamento era em seu início destinado somente aos variolosos, temos agora a confirmação de que ao mesmo passo que a bacteriologia conquistava seu espaço entre as discussões no corpo médico, o Hospital de Isolamento também se modificava acompanhando desta forma as transformações da ciência e se adaptando às demandas que a cidade de São Paulo requeria naquele momento.

De acordo com a tabela observamos que entre 1894 e 1904, período este que a microbiologia recebia maior atenção, foram recebidos no Hospital de Isolamento 3560 pessoas das quais 1152 faleceram. Tendo em vista que a febre amarela foi uma das doenças epidêmicas que mais geraram debates e controvérsias, salientamos que a partir do ano de 1900 os casos de doença que deram entrada no hospital diminuíram significativamente, destacando o ano de 1902, 1903 e 1904 – períodos em que a nova concepção sobre a febre amarela estava totalmente instalada.

A causa da doença que aparecia em caráter epidêmico só se revelou em 1900 quando das descobertas do médico cubano Carlos Finlay, que divulgou que o mosquito *Aedes Egypti* seria o transmissor da febre amarela. A partir daí, várias medidas profiláticas foram postas em prática a fim de exterminar o mosquito. Estabeleceu-se desta forma um novo diálogo médico pautado em etiologias.

Todavia, o hospital ainda se mantinha de acordo com os preceitos dentro dos quais fora criado, isto é, o de isolar o paciente implicando no recolhimento deste em relação à sociedade e submetendo-o dessa forma a quarentenas.

Podemos sugerir que, de acordo com a tabela que revela a movimentação dos enfermos no Hospital de Isolamento entre 1894 e 1904, tem-se uma evolução dos estudos na área da medicina, pois o hospital se ocupava de oito moléstias contagiosas – entre outras doenças – o que afirma que havia formas diferentes de compreender e curar.

Analisando esses dados, percebe-se ainda que a varíola era a doença que mais se manifestava em São Paulo, tendo no ano de 1898 a sua maior incidência (somando 771 pessoas que correspondem a 288 mortos).

5 - A construção dos cemitérios públicos

Durante todo o período colonial e até 1850, quando a discussão acerca da construção de cemitérios públicos foi posta em pauta, os mortos ocupavam um local dentro das igrejas, como, por exemplo, na Igreja da Misericórdia, na Igreja da Boa Morte, e nas igrejas pertencentes às irmandades e ordens terceiras, como é o caso da Igreja do Rosário, entre outras.

Por essa época, as pessoas sempre estavam associadas a alguma irmandade, portanto tinham a garantia de que quando falecessem, seriam enterradas junto a alguma igreja, a menos que manifestassem a vontade de serem sepultadas em outros locais. Acreditavam que isso as levaria a um lugar mais perto do “paraíso”. Segundo Reis (1991), os funerais de outrora – em particular os enterros nas igrejas – revelavam a enorme preocupação dos nossos antepassados com os cadáveres em geral e, particularmente, com os cadáveres de seus mortos. Com isso as associações sempre tentavam aumentar seu patrimônio através de fundos criados pelos próprios membros.

A construção dos cemitérios públicos na cidade de São Paulo, na segunda metade do século XIX, se fundamenta nos saberes médicos que buscavam a modificação de hábitos anti-higiênicos e imorais da população.

Como neste período as cidades viviam sendo surpreendidas por epidemias, de tempos em tempos, os médicos da época defendiam que os cadáveres enterrados dentro das igrejas traziam males à população. Este argumento se fundamentava na concepção de “contágio” e “infecção”, tão

debatidos neste período. Acreditava-se, assim, que os corpos emanariam os tais miasmas envenenados, tão nocivos às pessoas sãs.

Os governos – influenciados pela teoria médica do período – promulgaram leis e decretos que proibiam o sepultamento dos cadáveres dentro das igrejas, fazendo propostas para a construção de cemitérios públicos na cidade de São Paulo e estipulando, assim, uma geografia urbana em relação aos vivos e aos mortos. De acordo com Reis, “uma organização civilizada do espaço urbano requeria que a morte fosse higienizada, sobretudo que os mortos fossem expulsos de entre os vivos e segregados em cemitérios extra-muros” (REIS, 1991, p. 247).

A questão era a de reordenar o espaço sagrado criando dessa forma um zoneamento urbano, visando à separação entre os vivos e os mortos. Este foi um ato elaborado pelos médicos higienistas do período que se preocupavam com a salubridade dos lugares. Portanto, a questão do momento histórico em questão era a de redefinir os lugares sagrados.

Estas medidas têm relação com os tratados de arquitetura recomendados por Pierre Patte e Vicq D'Azir no século XVIII, os quais recomendavam que as sepulturas fossem feitas fora do perímetro urbano por acreditarem que os cadáveres pudessem trazer doenças mortíferas.

Como nos revela Moreno (2008):

Essas práticas de se sepultarem os corpos nos soalhos das igrejas não era irreverente para o povo, ao contrário, tinha a finalidade de abrigar, em lugares sagrados, os restos mortais dos que faleciam, mas no entanto, acabavam por se tornarem focos imundos de pestilência, sem a mínima preocupação com a higiene. Os perigos e as ameaças de epidemias levaram os higienistas a erguerem suas vozes contra o que eles classificavam de "bárbaro costume", e cada vez mais denunciavam os "miasmas envenenados".

Fora dos muros das igrejas só se enterravam pobres e indigentes, sendo o Cemitério dos Aflitos a primeira necrópole pública instituída na cidade de São Paulo.

O Cemitério dos Aflitos, assim como os corpos “indesejáveis” que ali eram sepultados, não recebiam muita atenção da Igreja, que era a responsável por ele. O cemitério funcionou durante seus primeiros quatro anos sem que tivesse sido consagrado pela Igreja, ou seja, durante esses anos ocorreram sepultamentos nesse local sem que fosse considerado um terreno sagrado. Este cemitério funcionou até a abertura do Cemitério da Consolação em 1858. A partir de então, não foram realizados mais sepultamentos nele, ficando praticamente em ruínas já por volta de 1885 (JORGE, 2006, p. 103).

A construção do primeiro cemitério público na Consolação está ligada a uma epidemia de varíola que aconteceu na cidade, desobrigando as igrejas de fazerem sepultamentos nos seus interiores. O problema, então, não era apenas tirar os mortos de dentro de seu espaço sagrado – a igreja – e transferi-los para outro campo, mas afastar o perigo da insalubridade do ar, tão apregoada pelos higienistas.

Havia uma preocupação também com a estética espacial do Campo Santo, dando àqueles que entram, acompanhando o féretro, a impressão de estarem numa cidade, de ruas alinhadas e arborizadas. O espaço da morte deve ser belo e impressionante e sendo a morada eterna, deve ter belas edificações, que conte através de sua arquitetura de mármore e pedra, a história de cada família; que seja uma *imago mundi*, uma réplica da cidade, uma cidade dentro de outra cidade reproduzida e fundada pela hierofania. Funda-se um novo espaço na cidade, longe do turbulento centro, refugiam-se os mortos e tenta-se dar um ar menos contaminado à população (MORENO, 2008).

Assim, em maio de 1850, o vereador Silveira da Mota apresentou projeto à Câmara de São Paulo proibindo expressamente o uso das Igrejas da Sé,

Santa Ifigênia e Brás para o enterro dos mortos. Travou-se inclusive uma polêmica sobre se era da igreja ou dos vereadores a responsabilidade de decidir quanto ao local adequado para a constituição dos cemitérios (SPOSATI, 1985).

A presença de epidemias, como, por exemplo, cólera e varíola, eram constantes nas cidades nos séculos XVIII e XIX; isso fez com que o governo da província se preocupasse com as possíveis causas de seu aparecimento, dentre elas, a ausência de um cemitério público na cidade.

Em 1854, o governo da província decidiu então que fosse construído o primeiro cemitério público da cidade de São Paulo, sendo seu terreno localizado fora do centro povoado. Assim, o primeiro Cemitério Público inaugurado na cidade de São Paulo em 1854 foi o da Consolação. Este local, antes da inauguração oficial, seria usado na epidemia de varíola que assolou a cidade de São Paulo. O engenheiro Carlos Frederico Rath, que era o administrador do Cemitério dos Protestantes da Luz, sugeriu então um local que considerava apropriado para a implantação deste cemitério público, o Alto da Consolação, no caminho para Sorocaba, pois se tratava de uma área distante do núcleo urbano e onde os ventos sopravam em direção contrária à cidade. Assim que o local sugerido pelo engenheiro foi aprovado pelo governo da província, este – em 1º de fevereiro de 1856 – manda executar uma postura elaborada em 22 de dezembro de 1855 em que se observa no Artigo 1: “Ficam proibidos os enterros dentro das Igrejas, Capelas, Sacristias, Corredores e quaisquer outros lugares no recinto das mesmas”.²⁹

²⁹ Postura Municipal de 22 de dezembro de 1855 aprovada pelo governo provincial da cidade de São Paulo em 1º de fevereiro do dito ano. (SÃO PAULO, 1856).

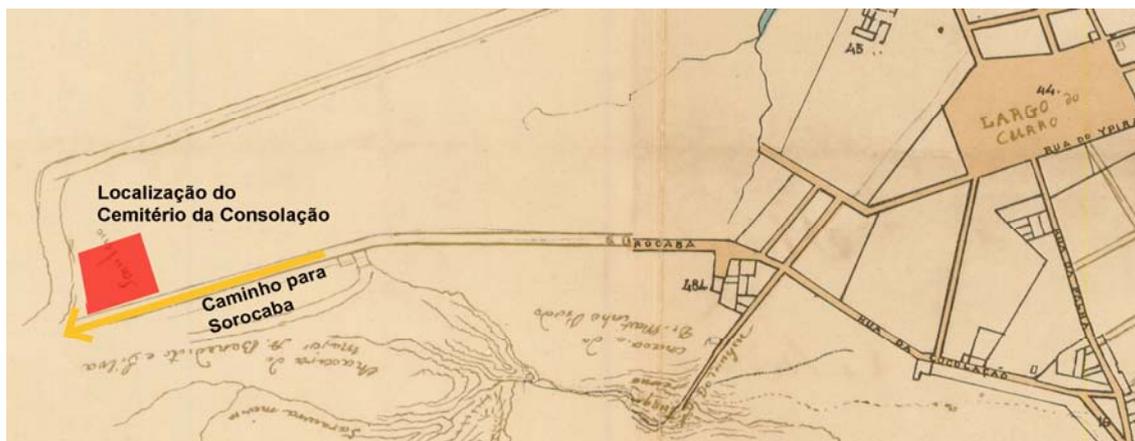


Figura 15 - Detalhe da Planta da Cidade de São Paulo de 1868 com destaque para a localização do terreno onde foi implantado o Cemitério Público da Consolação, no caminho para Sorocaba, em uma das saídas da cidade, em direção oeste.

Fonte: Jorge (2007, p. 141)

Na mesma data o governo da província ordena que se mande executar o regulamento para o cemitério público, cujos primeiros capítulos têm o seguinte teor:

Os cemitérios serão feixados por muros de dez palmos de altura pelo menos. Em caso de necessidade e provisoriamente poderão ser feixados com qualquer circo seguro que vede a entrada de pessoas ou animais. [...]

A área dos cemitérios será dividida em quadros ou quadrilongos como melhor convir separados pelas ruas necessárias que terão largura não menor de vinte palmos. As ruas serão bordadas de arvoredos próprios. (SÃO PAULO, 1856)

6 – Um novo cemitério público para São Paulo: O Cemitério do Araçá

Em 1896, o Sr. Dr. João Bueno expõe idéias sobre o aumento do Cemitério da Consolação. Afirmando não encontrar terrenos para o seu

alargamento, o doutor julga de conveniência a criação de outro cemitério. Assim, argumenta que:

Não podendo executar a Lei nº 187, que autoriza o aumento do Cemitério da Consolação – por não encontrar para isso o terreno necessário – e por ter reconhecido inconveniente a continuação do mesmo cemitério, persistindo, no entanto, na necessidade de terreno para o enterramento cujo número de dia em dia aumenta com o crescimento da população desta cidade, de acordo com o Sr. Dr. Silva Pinto, Diretor do Serviço Sanitário, foi conjuntamente com o Dr. Evaristo de Veiga, examinar o terreno em frente ao Hospital de Isolamento que tem área de 200.000 m², segundo a planta junta, reconhecendo ter ele todas as condições precisas para um novo Cemitério, não só pelo lado higiênico, como pela excelente topografia do lugar. (BUENO, 1896)

Sendo, entretanto a verba decretada pela referida Lei bastante insuficiente, apresentou-se o seguinte:

Projecto de Lei nº1

Artigo 1. Sob autorização da lei nº187 fica elevada a 90:000\$000 a verba que trata para a aquisição de um terreno dos herdeiros de Joaquim Floriano Wanderley, situado em frente ao Hospital de Isolamento e que mede 200.000m², conforme a planta junta, afim de construir-se um novo Cemitério, salvo direitos de terceiros nos terrenos do atual Cemitério da Consolação.

No dia 14 de janeiro de 1896 as Comissões reunidas de Justiça, Higiene e Finanças, a quem foi proposto o projeto nº 1 – a respeito da construção do novo cemitério –, apresentaram à Câmara Municipal que julgou o projeto e tomou em consideração as seguintes emendas:

Artigo nº1. Substitua-se do seguinte modo: Fica o intendente da Justiça e Policia autorizado dentro da verba de noventa conto (90:000\$000) que é concedido, a adquirir para a construção de um novo cemitério, o terreno necessário que reúna todas as condições higiênicas necessárias.

Artigo nº2. Feita a escolha do terreno, si assim convir, ficará declarado de utilidade pública para ser desapropriado nos termos das leis vigentes

Artigo nº3. Feita a desapropriação ou efetuada a compra do terreno, o intendente de justiça requisitara do de Obras os precisos fechos correndo a despeza pela verba Serviços e Obra, do orçamento vigente.

Artigo nº4. Revogam-se as disposições em contrato.

No dia 31 de Janeiro de 1896 o Sr. Rodrigues de Barros declara que entrou em negociação para a compra do terreno para o novo cemitério. Em março do mesmo ano, a Câmara concedeu autorização para a Intendência de Obras a fim de mandar executar, independentemente de concursos, as obras de fechamento, limpeza e nivelamento do terreno ultimamente adquirido para o cemitério municipal. Foi feito também, nesse mesmo ano, o calçamento da Rua da Consolação que se estendia até o novo Cemitério Municipal do Araçá.

Embora as descobertas bacteriológicas no final do século XIX colocassem em questão os fundamentos da teoria miasmática, as recomendações do corpo técnico e administrativo da cidade sobre a construção de cemitérios ainda mantêm a idéia de sua localização fora das áreas urbanas. A construção do Novo Cemitério Público da cidade de São Paulo, o Cemitério do Araçá, localizado a 1.000m do Cemitério da Consolação, então denominado Cemitério Velho, foi iniciada em 1897.

No mesmo ano, o Intendente Municipal, Pedro Augusto Gomes Cardim (1897) relata as obras empreendidas para os melhoramentos do novo cemitério público, onde é possível perceber as mesmas orientações dadas para a construção do Cemitério da Consolação na década de 1850:

Concluídos os trabalhos de aterro e nivelamento, inclusive os da Avenida Municipal, que foi convenientemente alargado, tratou a intendência de execução das demais obras, compreendendo o fecho a muro dos fundos da área, o arruamento abalhuamento do terreno competentemente dividido em taboleiros irregulares para os enterramentos; apedregulhamentos e arborização; canalização das águas pluviais; construção de sargetas, do gradil e portões, construção de casa para a administração e de edifício destinado a deposito de cadáveres com dependência para necrotério. (CARDIM, 1897)



Figura 16 – Abertura da Avenida Municipal, atual Avenida Doutor Arnaldo, em 1900.

Fonte: Duarte (2004).

O novo Cemitério Municipal, conhecido como Cemitério do Araçá, foi fundado inicialmente pelos italianos, mas esses perderam posse desta terra e área durante a Primeira Guerra Mundial. Foi inaugurado inicialmente como

Cemitério Municipal em 1897. A denominação posterior surgiu da abundância do araçá existente nas primitivas matas das cabeceiras do Rio Pacaembu e Água Branca. Em 1910, um terreno de 18.190 m² foi declarado de utilidade pública e destinado a ampliação do cemitério. Hoje o Cemitério tem 300.000 m² e já não tem nenhum araçá remanescente.

O Cemitério do Araçá (localizado na Avenida Dr. Arnaldo, nº. 666) foi então instalado em fins do século XIX e sua utilização estava destinada, sobretudo, a uma burguesia de origem recente, formada pelos imigrantes que haviam começado a chegar em São Paulo na década de 1870. Este cemitério foi financiado pelos italianos que quiseram encontrar neste país um território que possibilitasse a firmação de um marco de sua cultura (LOUREIRO, 1977, p. 77).

O Cemitério do Araçá possui uma arquitetura tumular muito bela e em seus túmulos – repletos de capelas, mausoléus e pequenos templos – é possível, por vezes, encontrar além dos nomes das pessoas, também o local de onde vieram. Nem todos os túmulos possuem esta informação, mas é notável o número de sobrenomes italianos que podemos encontrar pelas ruas do cemitério.

De acordo com o regulamento para os cemitérios da cidade de São Paulo (1856), no capítulo II intitulado *Da polícia do cemitério*, o artigo 21 serve como base para a afirmação feita acima:

Artigo 21. Os indigentes, os pobres que faleceram nos hospitais da Santa Casa de Misericórdia e suas enfermarias externas, nos hospitais e enfermarias do governo, ou nas prisões, os padecentes, e os corpos que forem remetidos pelas autoridades policiaes, serão enterrados gratuitamente nas sepulturas geraes dos cemitérios.

Essa lei, embora seja de 1856, serviu também para o novo cemitério municipal, o Cemitério do Araçá, inaugurado em 1897. No artigo fica claro que as pessoas que morreram nas Santas Casas deveriam ser enterradas nos cemitérios municipais. Portanto, sabendo que este regulamento serviu também para o Cemitério do Araçá, podemos dizer que as pessoas que morreram no interior do Hospital de Isolamento (localizado em frente ao cemitério em questão) também eram sepultadas neste local. Em relação aos pobres, podemos adicionar os imigrantes que morriam no interior da referida hospedaria.

A Hospedaria dos Imigrantes – desde o seu início na década de 1870 até a primeira década do século XX – sempre foi foco de epidemias. Isso se justifica porque suas dependências estavam sempre abarrotadas de imigrantes que desembarcavam no porto de Santos e eram levados à hospedaria para esperarem seu destino para alguma fazenda de café. O alastramento das doenças era fácil devido às más condições de higiene em que chegavam os navios. Quando esses ancoravam no porto, os imigrantes eram levados à hospedaria e permaneciam ali de quarentena.

Segundo Gambeta (1988, p. 51), quando o governo estadual paulista se mobilizou para arrumar um edifício que servisse de hospedaria, contou com a ajuda do capital dos fazendeiros e escolheu um prédio no bairro Bom Retiro, há 4 km da Estação da Luz. O edifício tinha capacidade para 239 pessoas, mas como os imigrantes eram em grande quantidade, era comum que se colocassem colchões nos corredores e refeitórios para abrigar todas as pessoas – causando grande aglomeração. Em 1885, o governo paulistano escolheu um outro prédio no bairro no Brás, junto ao ponto onde se encontravam as ferrovias que ligam a capital paulista ao Rio de Janeiro e a Santos, os dois principais pontos de desembarques dos imigrantes.

Ainda segundo Gambeta (1988, p. 52):

Em média, de 1887 a 1912, passaram anualmente por ali 45.000 imigrantes. A improvisada acomodação aos momentos

de pico imigratório era terreno fértil para a propagação de doenças. A hospedaria contava com apenas um médico, um enfermeiro, e um ajudante para o atendimento dos viajantes [...] Os doentes contagiosos eram levados para lazaretos e, mais tarde, para o Hospital de Isolamento. Por fim, um pequeno hospital foi construído dentro do terreno da Hospedaria, dado o grande número de enfermos.

O autor nos revela então que havia uma grande quantidade de pessoas portadoras de doenças contagiosas, citando a construção de um pequeno hospital sobre o qual não nos dá informações detalhadas, além de não mencionar em nenhum momento onde as pessoas que faleceram foram enterradas. Portanto, é bem possível que a maioria desses Italianos fossem enterrados no Cemitério do Araçá, já que este foi construído com capital da nova burguesia que se formara com os imigrantes, além de ser também um cemitério público cuja data de fundação coincide com o período citado pelo autor. Isso nos leva a levantar a hipótese ainda não justificada de que haveria, neste cemitério, muitos cadáveres sepultados que foram vítimas de tais moléstias.

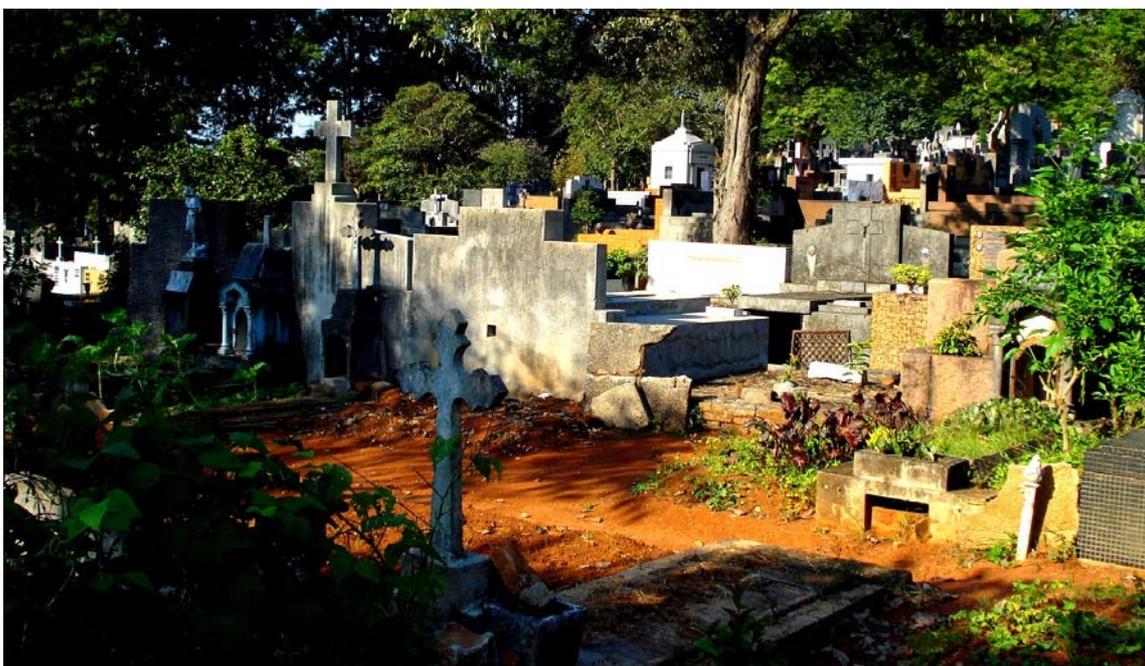


Figura 17 - Cemitério do Araçá.

Fonte: Arquivo pessoal.



Figura 18 - Planta do Cemitério do Araçá.

Fonte: Arquivo Washington Luiz

O Hospital de Isolamento foi uma das instituições de saúde mais importantes para São Paulo em fins do século XIX e começo do XX. Este foi palco de muitas realizações no campo da pesquisa científica, principalmente coordenada pelo médico Emílio Ribas, muito importante para a consolidação da bacteriologia no Estado de São Paulo.

Criado no Império sob ideologia do Urbanismo sanitaria e dos médicos higienistas, foi regulamentado pelo Estado de São Paulo em 1894 quando recebeu título de Primeiro Hospital de Isolamento da Capital Paulista.

A instituição permaneceu até os primeiros anos da República como um local indesejado onde tinha por função segregar pessoas doentes de moléstias mortíferas. Hoje, é o principal centro de infectologia do país. Ainda localizado no mesmo endereço, abrange também o Instituto Adolfo Lutz, importante centro de pesquisas de infectologia. Com um pouco mais de um século de

existência, atualmente o Hospital Emílio Ribas está localizado em umas das regiões mais ricas da cidade de São Paulo e também uma das mais importantes do país. Sendo a Avenida Paulista localizada a somente 1.000 metros de distância do Hospital, esta é uma das regiões da cidade de São Paulo onde há maior fluxo de pessoas, carros e transporte metropolitano.

No início do século XX, o hospital é transformado no lugar ideal para os cuidados com a saúde. Este hospital “moderno” é bastante parecido ao hospital contemporâneo dos tempos de Tenon por dispor de uma boa ventilação, de isolamento para doenças infecto-contagiosas, de iluminação artificial, de sistema de abastecimento de água potável, de coleta e de tratamento de esgoto especiais, de laboratórios de análises clínicas, de serviço de fisioterapia, de serviço de medicina legal, de enfermarias. A forma considerada como ideal foi a do sistema pavilhonar com ligações através de corredores – consolidados por Tenon – que se repetiu também no Hospital de Isolamento da cidade de São Paulo (SILVA, 2001).

7 – A urbanização no entorno do Hospital de Isolamento e do Cemitério do Araçá

Até a primeira metade do século XIX o caráter urbano da cidade de São Paulo não estava ainda todo estruturado. Um dos motivos, segundo Sposati, era que muitos de seus habitantes ainda produziam para sua própria subsistência e dos aproximados 10 mil habitantes que se fixaram em São Paulo até 1840, cuja maioria era, segundo a autora:

Constituídos por comerciantes, proprietários rurais, escravos e “vagabundos” representavam mercado suficiente para a existência de pequeno, mas apreciável contingente de artesãos [...]

Assim foram-se constituindo as pré-condições econômicas, sociais e políticas para o salto que se daria apenas a partir de 1870 com o café. (SPOSATI, 1985, p. 24)

A segunda metade do século XIX foi um período de grande desenvolvimento econômico do estado de São Paulo em virtude da forte expansão cafeeira e da conseqüente entrada de mão-de-obra imigrante no estado. Inicia-se, neste momento, a fase que fez com que São Paulo se transformasse no maior centro de desenvolvimento do país, adquirindo dessa forma destaque na economia brasileira que perdura até os dias de hoje.

Em 1870, quando o café se transforma em produto de exportação, é justamente em São Paulo que se encontrava o maior pólo de cultivo do país. A partir desse período a cidade passa por um processo intenso de urbanização. Isso fez com que o quadro da cidade, caracterizado pelo crescimento populacional intenso, consolidasse a economia num viés não só agrário, mas também industrial. Esse fato exigiu que o governo imperial tomasse providências para que a cidade se tornasse um local agradável a todos e que seu desenvolvimento continuasse progredindo década após década. As demandas eram a de que houvesse rapidamente iniciativas de expansão de equipamentos urbanos, obras sanitárias e serviços médicos.

Luiz Antonio Teixeira afirma que, embora a cidade de São Paulo contasse com uma estrutura superior comparada a outras cidades brasileiras, a cidade estava aquém das novas necessidades de sua população. Água encanada, esgotos, serviços médicos e consumo de gêneros alimentícios confiáveis ainda eram luxo de uma pequena parcela da população paulista. Quem possuía esses benefícios era a elite que habitava as regiões mais “chiques” de São Paulo (que eram as regiões altas da cidade) enquanto que a população pobre vivia nas regiões baixas próximas à área central (TEIXEIRA, 2007, p. 37).

Os governantes tinham uma árdua tarefa a cumprir para que a cidade crescesse em ótimas condições de salubridade e que dispusesse de estruturas físicas capazes de corresponder eficientemente ao crescimento acelerado pelo qual a cidade passava naquele momento histórico.

Neste período (final do século XIX), as realizações na área da medicina estiveram estritamente vinculadas para que fosse possível que a cidade de São Paulo caminhasse rumo ao crescimento, modernização e ao progresso almejado pelas elites. As epidemias ainda eram polemizadas entre os médicos e arquitetos, pois, embora os conhecimentos da bacteriologia estivessem presentes, as doenças ainda preocupavam os administradores.

Segundo Mota (1969), o diálogo médico apostava que, se fossem erradicadas as ameaças existentes na cidade (epidemias) através da saúde, seria possível perceber uma sociedade harmônica, equilibrada e promissora.

Dessa forma, o autor afirma:

A premência dessa feição cumpria-se principalmente pelas novas configurações urbanísticas, bem como por ações higiênicas e sanitárias capazes de controle social e das doenças que invadiam os bairros e ruas. Com tais responsabilidades os médicos seriam os protagonistas da articulação da “nova São Paulo”, alterando-lhe as feições, medicalizando e normatizando determinados espaços, para que se constatasse, pelos números, as mudanças advindas de suas ações. (MOTA, 1969, p. 79)

Para que isso ocorresse, as modificações nos espaços públicos eram indispensáveis. As ruas deveriam ser alinhadas e possuir bueiros, a iluminação pública deveria ser instalada e o saneamento básico deveria existir em todos os lugares, além de elaborar planos para avenidas e investir em teatros e jardins. A cidade devia transparecer limpeza e higiene. A urbanização

da capital, neste momento, tentou seguir essa premissa sanitaria que fizesse transparecer a harmonia através de suas ruas, edifícios e arquitetura.

Essas medidas seriam importantes para que São Paulo pudesse ser considerada uma cidade sã e acolhedora para aqueles que aqui viessem a residir ou trabalhar. Não só os espaços públicos eram modificados, mas também os privados. Como afirma André Mota, os espaços privados seriam abonados por preceitos higiênicos que atingissem, antes de tudo, o morador de posse, assegurando a devida distância dos pontos infectos e de doenças para que pudessem gozar de saúde, num ambiente “ordeiro e perfumado ao mesmo tempo em que controlassem a população pobre considerada hostil e crivada de vícios” (MOTA, 1969, p. 80).

A divisão desses espaços se reflete numa concepção já concebida no século XVIII (teoria miasmática) e que, neste momento histórico, se situa na cidade de São Paulo impulsionando a formação de uma nova característica do morador dessa cidade, longe de doenças.

Tendo como objetivo analisar a urbanização da área do entrono do Complexo Emílio Ribas – desde a construção do Hospital de Isolamento e do Cemitério do Araçá (1880 e 1897) – é possível perceber as diversas modificações no tecido urbano, levando em consideração todo o diálogo médico que se fez presente no período.

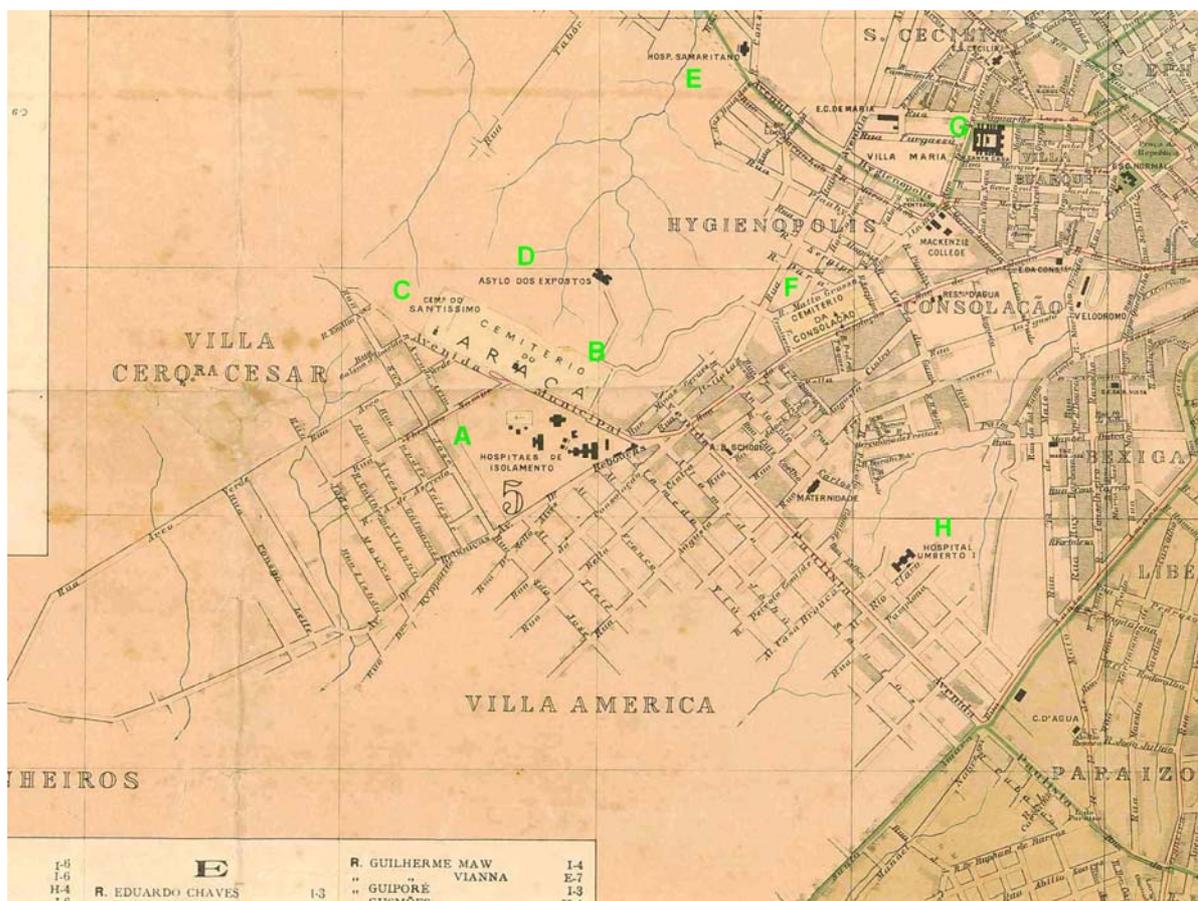


Figura 20 - Região oeste da cidade de São Paulo em detalhe do mapa da cidade de 1905 denominado: “*Planta geral da cidade de São Paulo de 1905 adotada pela prefeitura municipal para uso de suas repartições*”. Levantada e organizada pelo engenheiro Alexandre Mariano Cococi e Luiz Fructuoso F. Costa.

Fonte: Arquivo do Estado de São Paulo

Como assinalado anteriormente, a partir de 1870 São Paulo passa por transformações devido à chegada de imigrantes que vieram para o Brasil primeiramente para trabalharem nas lavouras de café e depois nas indústrias. Dessa forma, São Paulo recebe um grande contingente de pessoas e tem seu espaço urbano expandido para abrigá-los.

No ano de 1905, é possível perceber pelo mapa da cidade de São Paulo que a região no entorno do Cemitério da Consolação está em processo de urbanização. No que se refere, todavia, à região no entorno do Hospital de Isolamento e do Cemitério do Araçá, inicia-se apenas um processo de

urbanização, na sua vertente esquerda do espigão definido pela Avenida Municipal, posteriormente denominada Avenida Dr. Arnaldo. Ali começam a se definir os loteamentos da Villa América e da Villa Cerqueira Cesar, sem todavia encontrar-se nesta época significativa ocupação.

Ao longo da chamada Avenida Municipal encontrava-se o Hospital de Isolamento, e à sua frente o Cemitério do Araçá, tendo a ele conjugado o Cemitério do Santíssimo. Não muito distante dali, no sentido contrário da Villa Cerqueira Cesar, encontrava-se isolado o Asylo dos Expostos, na região posteriormente denominada Pacaembu.

Na primeira década do século XX a capital paulista já se encontrava em fase de urbanização mais acentuada, como podemos perceber no mapa de 1913. São Paulo havia aberto ruas e loteado lugares que formaram novos bairros.

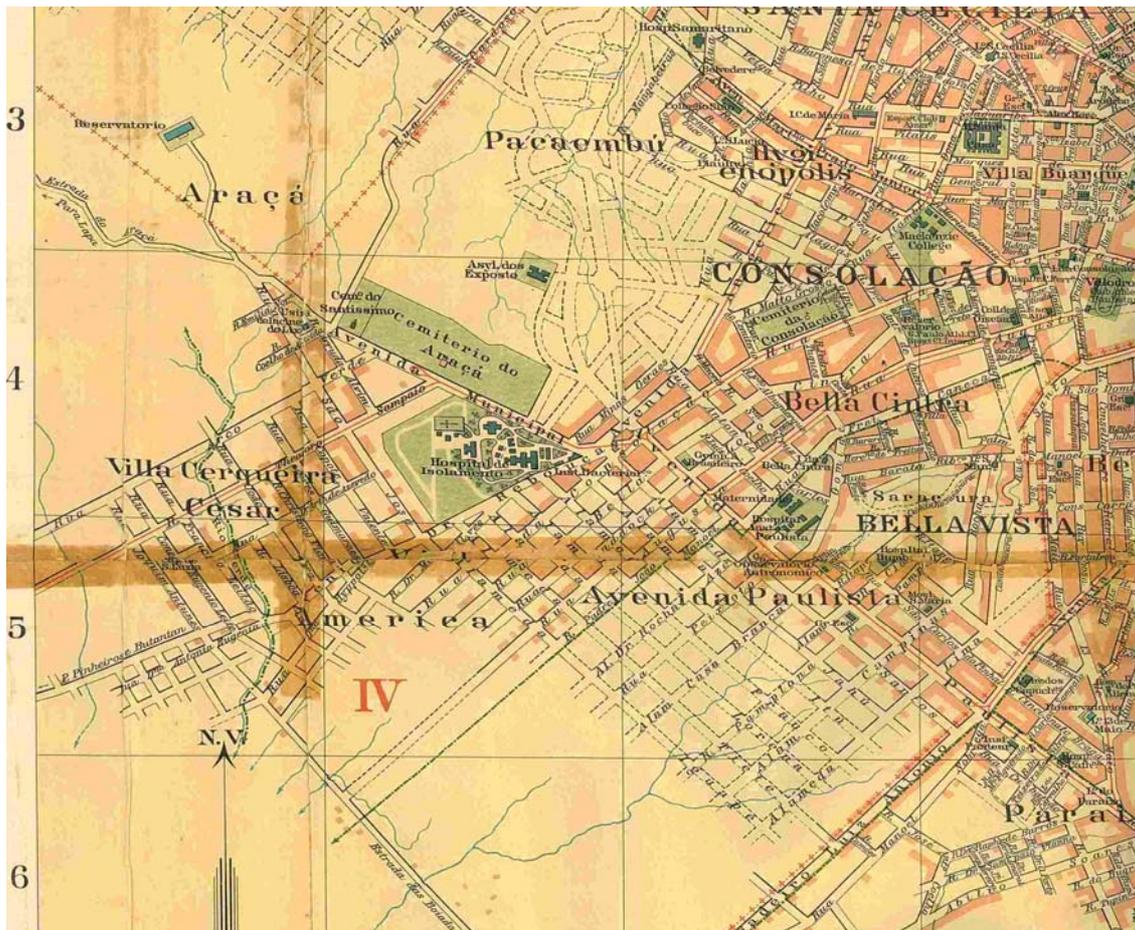


Figura 21 - Região oeste da cidade de São Paulo em detalhe do mapa da cidade em 1913, denominado “Planta geral da cidade de São Paulo de 1913 adotada pela prefeitura municipal para uso de suas repartições. Levantada e organizada pelo engenheiro Alexandre Mariano Cococi e Luiz Fructuoso F. Costa.

Fonte: Arquivo do Estado de São Paulo.

No detalhe do mapa de 1913, podemos observar que a área da cidade que abriga o bairro da Consolação, Bella Cintra, Bella Vista e Bexiga encontra-se toda urbanizada, enquanto que na região do entorno do Complexo Emílio Ribas (onde funcionam o Hospital de Isolamento, o Cemitério do Araçá em anexo com o Cemitério do Santíssimo e ainda o Instituto Bacteriológico, hoje Instituto Adolf Lutz) não abrigam ainda uma urbanização intensa como aquela observada na região do bairro da Consolação.

Na região do entorno do Complexo Emílio Ribas pode-se destacar na vertente direita do espigão – formado pela Avenida Municipal – o surgimento do loteamento do Pacaembu e à esquerda do espigão da Avenida Paulista o

loteamento do Jardim América, áreas estas que, a partir do loteamento, serão ocupadas nas décadas seguintes.

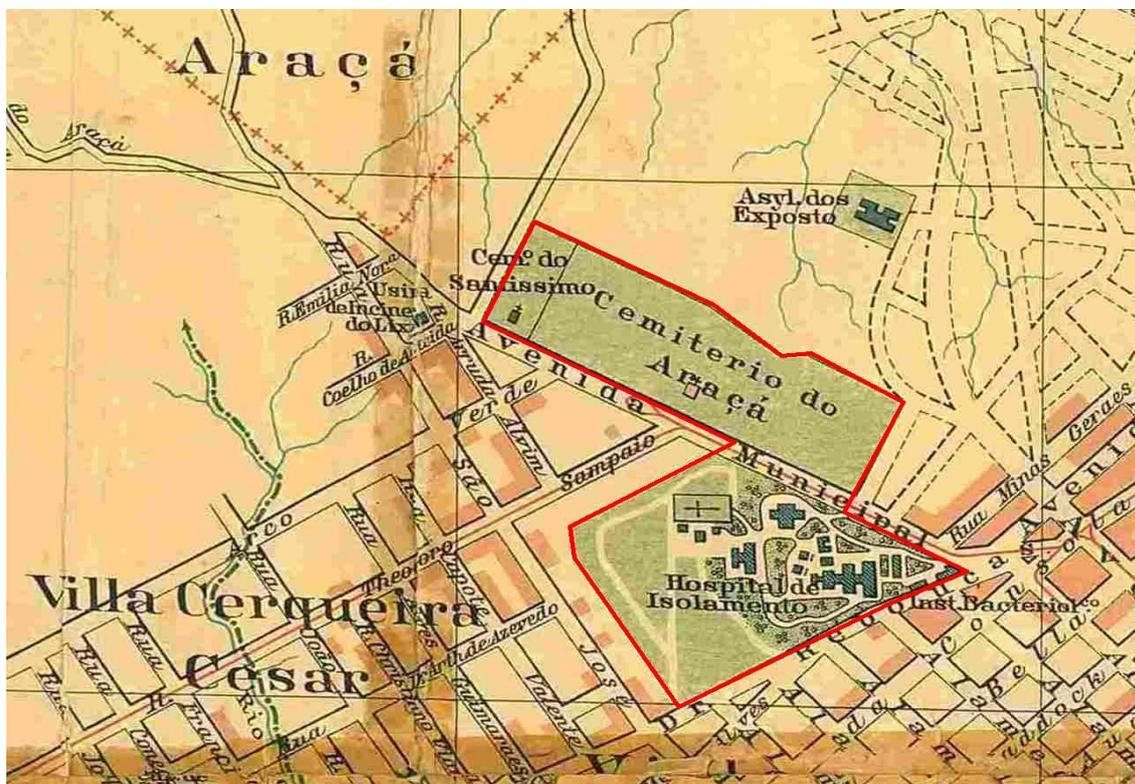


Figura 22 - Região oeste da cidade de São Paulo em detalhe do mapa da cidade em 1913, denominado "Planta geral da cidade de São Paulo de 1913 adotada pela prefeitura municipal para uso de suas repartições. Levantada e organizada pelo engenheiro Alexandre Mariano Cococi e Luiz Frutuoso F. Costa.

Fonte: Arquivo do Estado de São Paulo

No detalhe do mapa de 1913 (Figura 22), destacando a região de interesse deste estudo, isto é, o Complexo Emílio Ribas, é possível observar com precisão a localização do Hospital de Isolamento, o Instituto Bacteriológico e o Cemitério do Araçá, todos localizados na região ao longo da Avenida Municipal.

Nesta época, a região do Araçá que ainda não está urbanizada e a região da Villa Cerqueira Cesar começam a ser urbanizadas. Observa-se que o serviço de bondes já servia a região com parada em frente ao Cemitério do Araçá, vindo pela Rua da Consolação e dirigindo-se para a Villa Cerqueira Cesar e pela Rua Theodoro Sampaio.

Conclusão

A história da saúde pública no século XIX pode ser inserida num contexto de complexidades que vimos traduzidas em diversos momentos históricos abordados. A conduta, os problemas, as soluções e a manipulação do profissional em relação à doença modificam-se, então, de acordo com as descobertas científicas que começaram a serem reveladas no fim do século XIX e começo do XX. Nessa virada, tem-se o marco da ruptura de uma concepção de medicina para outra, a qual no decorrer dos anos iniciais do século XX trabalhará com um novo diálogo: a ciência. Esta irá transformar e renovar idéias que se traduzem em intervenções diretamente ligadas à higiene pública, particularmente nas esferas públicas (ruas, avenidas, edifícios públicos) e privadas (residências, habitações coletivas, etc).

Segundo Marta Almeida, alguns estudiosos da história da medicina, ao analisarem a introdução da microbiologia, estabelecem uma periodização baseada em critérios evolucionistas da história da medicina no Brasil, pois diferenciam os períodos denominando-os de “pré-científico”, “metafísico” e “científico” (ALMEIDA, 2004, p. 48).

Não é verdadeiro que um período seja mais evoluído que o outro por se caracterizar pela descoberta da ciência. Todo período histórico teve suas crenças baseadas em experimentos que se enquadravam de acordo com os fatos de um determinado momento. Neste contexto, uma teoria não pode ser inferiorizada por outra mesmo se esta última é considerada mais eficaz, como no caso entre a teoria miasmática e a teoria bacteriológica.

Tal afirmação torna-se mais concreta quando percebemos que, ao analisar a urbanização da cidade de São Paulo³⁰, e considerando então o princípio da disseminação da microbiologia (1880) e sua concretização (primeiras décadas do século XX), a teoria miasmática ainda era marcante, principalmente pelo fato da escolha da localização dos edifícios ligados à saúde fora do perímetro urbano.

³⁰ Especificamente a urbanização do entorno do Complexo Emílio Ribas.

Ao analisarmos o urbanismo higienista na cidade de São Paulo, vimos que este se baseou fortemente nas teorias médicas do século XIX. A configuração e reconfiguração urbana ocorrida neste período tinham como uma das principais metas alcançar o estado da boa higiene pública dos centros urbanos. Os reformadores tinham como base teorias médicas discutidas por todo século XIX, as quais influenciaram diretamente as ações dos administradores. As idéias defendidas pela teoria miasmática serviram como modelo de intervenção adotado pelos arquitetos, médicos e administradores públicos. Sendo assim, esta teoria foi um dos pontos de apoio da construção das cidades brasileiras durante os primeiros anos da República.

Uma outra teoria, a microbiana (desenvolvida por Pasteur), teve pouca aceitação entre as décadas de 1880 e 1900 por ser uma teoria nova que, de certa forma, contradizia uma série de medidas e teorias amplamente implantadas por todo o século XIX. Segundo a teoria microbiana, a transmissão das doenças ocorria não por “emanações pútridas” e outros materiais orgânicos em decomposição, mas sim através de vetores microscópicos causadores das enfermidades.

A localização do Hospital de Isolamento seguiu orientações do urbanismo higienista, e foi idealizado para fins de isolamento devido ao seu local de construção – fora do perímetro urbano. Conquanto as descobertas bacteriológicas, salientamos que o período analisado é justamente aquele de transição das duas teorias. Pudemos observar que a forma como o referido hospital foi construído (sistema pavilhonar) seguiu um modelo francês baseado no sanitarismo e na salubridade, visando sempre à problemática das epidemias. Já que abordamos somente os anos de 1880 e 1890 – períodos de transição da teoria miasmática para a bacteriológica – não encontramos mudanças significativas que trouxessem transformações na maneira de organizar o espaço urbano do entorno do hospital.

Junto com o Hospital de Isolamento, encontramos em 1897 o Cemitério Público do Araçá, inaugurado sob os preceitos sanitaristas do período. Este

(assim como o primeiro cemitério público da cidade, o Cemitério da Consolação) também seguiu preceitos do urbanismo higienista ao ser construído. A idéia da putrefação dos cadáveres como uma das causas das epidemias persistiu até o fim do século XIX, a despeito das descobertas científicas.

Podemos afirmar que a urbanização de São Paulo, no século XIX, esteve vinculada ao diálogo médico decorrente no período. O período que abordamos é exatamente aquele em que se tem a transição das duas teorias. Salientamos, portanto, que não foi no fim do século XIX que a urbanização se adaptou aos novos conceitos médicos – estes também, em fase de transição.

Com a legitimação da teoria microbiana no início do século XX, a prática sanitária volta-se para o embate dos vetores de transmissão das doenças ao invés da correção do meio. Com a microbiologia instalada, a participação de médicos no processo de identificação e correção dos problemas urbanos perderá importância. Dessa forma, resta a esses profissionais (que não mais participam do centro das decisões sobre a higiene do meio urbano) partirem para outras estratégias que assegurem a continuidade da difusão dos preceitos de higiene pela abertura de outros canais. Esse fato só irá se concretizar lentamente a partir do ano de 1900 (CAMPOS, 2000, p. 38).

Referências

ALMEIDA, Marta. *República dos invisíveis: Emílio Ribas, microbiologia e saúde pública em São Paulo (1898-1917)*. São Paulo: Estudos CDAPH, 2004. (Série Ciência, Saúde e Educação).

ALMEIDA, Marta. São Paulo na virada do século XX: um laboratório de saúde pública para o Brasil. *Tempo*, Rio de Janeiro, n.19, 2005.

ALMEIDA, José Cardoso de. *Relatório apresentado ao Presidente do Estado de São Paulo pelo secretário dos negócios do interior e da justiça*. São Paulo, 31 dez. 1904. (Arquivo histórico do Museu de Saúde Pública Emílio Ribas)

ANDRADE, Gláucia M. Q; FREIRE, Heliane Brant. *Febre amarela urbana: está de volta?* Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, [s.d.]. Disponível em: <<http://www.medicina.ufmg.br/edump/ped/edumpe1.htm>>. Acesso em: 2008.

ANTRAZ. Disponível em: <<http://www.tcmec.com.br/antraz.htm>>. Acesso em: 2008.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. *Instituto Adolf Lutz: 100 anos do Laboratório de Saúde Pública*. São Paulo: Letras e letras, 1992.

AVELINO, Yvone Dias; MORENO, Tânia Maria. *A sacralização e a higienização da morte em São Paulo: a sepultura: um espaço sagrado e uma questão de higiene pública*. Disponível em: <http://www.misp.pucsp.br/museu/artigos_08.html>. Acesso em: 2008.

BELTRÃO, Jane Felipe. *Cólera o flagelo do Grão Pará*. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi, 2004.

BENCHIMOL, Jaime Larry. A Instituição da microbiologia e a história da saúde pública no Brasil. *Ciência e saúde coletiva*, v.5, n.2, p.265-292, 2000. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v5n2/7096.pdf>>. Acesso em: 2008.

BRESCIANI, Maria Stella. *Saberes eruditos e técnicos na configuração e reconfiguração do Espaço Urbano: Estado de São Paulo, séculos XIX e XX*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, FAPESP, 2005. Disponível em: <www.ifch.unicamp.br/ciec/documentos/tematico1.pdf>. Acesso em: 2008.

BOURROL, Paulo; ESPINHEIRA, Cândido. Relatório apresentado ao governo do Estado de São Paulo no ano de 1894. São Paulo, 1894. (Arquivo histórico do Museu de Saúde Pública Emilio Ribas)

CALABI, Donatella. *Storia dell'urbanistica europea*. Milano: Paravia Bruno Mondadori, 2004.

CAMPOS, Cristina de. Cidade e higiene: a atuação profissional de Geraldo Horácio de Paula Souza em São Paulo (1925 – 1945). *Sinopse*, São Paulo, n.33, 2000.

CARDIM, Pedro Augusto Gomes. *Relatório apresentado à Câmara Municipal de São Paulo*, 1897. (Arquivo da Câmara Municipal de São Paulo)

CARNEIRO, G. O poder da Misericórdia: a Santa Casa de Misericórdia. São Paulo, Arquivo da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, 1976. In: JORGE, Karina Camarneiro. *Urbanismo no Brasil Império: a Saúde Pública na cidade de São Paulo no séc XIX (hospitais, Lazaretos e Cemitérios)*. 2006. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2006

CHALHOUB, Sidney. *Cidade Febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CHERNOVIZ, Napoleão. *Dicionário de Medicina popular*. Rio de Janeiro: [s.i.], 1862.

CHERNOVIZ, Napoleão. *Dicionário de medicina popular*. [s.l.]: 1890. Disponível em: <<http://www.meusdownloads.com.br/p-servicos.jsp?ppID=c586>>. Acesso em: 2008.

CISNEROS, M. Z. Manual de historia de los hospitales. *Revista de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina*, Caracas, v.2, n.4, 1954. (fig. 34). In: SILVA, Kleber Pinto. Hospital, arquitetura: uma história. *Sinopses*, São Paulo, n.33, 2000.

CIVES: Centro de Informação em Saúde para Viajantes. *Cólera*. Disponível em: <<http://www.cives.ufrrj.br/informacao/colera/>>. Acesso em: 2008.

COSTA, Luiz Augusto Maia. *O ideário urbano paulista na virada do século: o engenheiro Theodoro Sampaio e as questões territoriais e urbanas (1886-1930)*. São Carlos: Rima, FAPESP, 2003.

COSTA, Luiz Augusto Maia. *O ideário urbano paulista na virada do século: o engenheiro Theodoro Sampaio e as questões territoriais e urbanas (1886-1930)*. São Carlos: Rima, FAPESP, 2003.

DEFOE, Daniel. *O diário do ano da peste*. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2002.

DELUMEAU, Jean. *História do medo no Ocidente: 1300-1800 uma cidade sitiada*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

DOCUMENTO da Secretaria de Estado de Saúde. São Paulo, 1994. (Arquivo histórico do Museu de Saúde Pública Emilio Ribas)

DUARTE, Ivomar Gomes. *Memória paulistana dos hospitais. Final do século XIX e início do XX*. In: AMARAL, José L. Gomes do Amaral & NATALINI, Gilberto. *450 anos de história da medicina paulista*. São Paulo, Imprensa oficial do Estado de São Paulo, 2004.

ENCICLOPEDIA LIBRE UNIVERSAL EN ESPAÑOL. Disponível em: <[http://enciclopedia.us.es/index.php/Enciclopedia Libre Universal en Espa%C3%B1ol](http://enciclopedia.us.es/index.php/Enciclopedia_Libre_Universal_en_Espa%C3%B1ol)>. Acesso em: 2008.

FERMAND, C. Les hôpitaux et les cliniques. Paris: Le Moniteur, 1999. p. 19. In: SILVA, Kleber Pinto. *Hospital, arquitetura: uma história. Sinopses*, São Paulo, n.33, 2000.

FERNANDES, Adhemar Dizioli. *As transformações arquitetônicas e técnico-construtivas do Edifício público de saúde na cidade de São Paulo*. 2003. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Engenharia Civil, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

FOUCAULT, Michel. *A microfísica do poder*. 12.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FREHSE, Fraya. *Entre o passado e o presente, entre a casa e a rua: tempos e espaços na cidade de São Paulo de fins do Império*. 1999. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade de São Paulo, 1999.

GAMBETA, Wilson. *Soldados da saúde: a formação dos serviços sanitários em São Paulo*. 1988. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Filosofia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1988.

GUIMARÃES, Maria Regina Cotrim. Chernoviz e os manuais de medicina popular no Império. *História, Ciências e Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.

12, n. 2, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702005000200017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 ago. 2008.

HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: as bases de política da Saúde Pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1998.

HOPITÁ. In: DICIONÁRIO DO IEB. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2008.

HOSPITALE. In: MODERNO DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA MICHAELLIS. São Paulo: Melhoramentos, 2007.

INSTITUTO ADOLFO LUTZ. Disponível em: <<http://www.ial.sp.gov.br/>>. Acesso em: 2008.

JORGE, Karina Camarheiro. *Urbanismo no Brasil Império: a Saúde Pública na cidade de São Paulo no séc XIX (hospitais, Lazaretos e Cemitérios)*. 2006. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2006.

MASCARENHAS, Rodolfo. *Contribuição para o estudo da administração sanitária estadual em São Paulo*. 1949. Tese (Doutorado) - Faculdade de Higiene e Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1949.

MORENO, Tânia Maria. *O sagrado e o profano: o cemitério na cidade de São Paulo*. Disponível em: <http://www.misp.pucsp.br/museu/artigos_04.html>. Acesso em: 2008.

MOTA, André. *Tropeços da medicina bandeirante: medicina paulista entre 1892 e 1920*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1969.

MOTTA JÚNIOR, Cesário. *Relatório apresentado ao sr. Dr. Presidente do Estado de São Paulo pelo secretário de negócios do interior*. São Paulo: Vanorden, 1894. (Arquivo histórico do Museu de Saúde Pública Emilio Ribas).

MOVIMENTO geral dos doentes em tratamento no Hospital de Isolamento: 1902 a 1904. (Arquivo histórico do Museu de Saúde Pública Emilio Ribas)

NETTO, Américo R. O caminho para a formação do Serviço Sanitário de São Paulo: 1579 a 1891. *Arquivos de Higiene e Saúde Pública*, São Paulo, v.7, n.14, p.5-26, 1942.

PEVSNER, N. História de las tipologías arquitectónicas, Barcelona: Gustavo Gilli, 1980. p. 184. In: SILVA, Kleber Pinto. Hospital, arquitetura: uma história. *Sinopses*, São Paulo, n.33, 2000.

PINTO JÚNIOR, Joaquim José da Silva. *Regulamento para os hospitais de Isolamento do Estado de São Paulo*. São Paulo, 1894. (Arquivo histórico do Museu de Saúde Pública Emilio Ribas)

PORTILHO, José Guedes. Discurso à Câmara Municipal de São Paulo, 1875. In: INSTITUTO ADOLFO LUTZ. *100 anos do Instituto Adolf Lutz*. São Paulo: Instituto Adolfo Lutz, 1992. (Edição comemorativa)

REGULAMENTO para os cemitérios públicos da cidade de São Paulo. (Arquivo histórico do Museu de Saúde Pública Emilio Ribas)

REIS, João José. O cotidiano da morte no Brasil oitocentista. In: ALENCASTRO, Luiz Felipe de (org). *História da vida privada no Brasil Império*. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.

RELATÓRIO apresentado ao governo do Estado de São Paulo no ano de 1875. São Paulo, 1875. (Arquivo histórico do Museu de Saúde Pública Emilio Ribas)

RIBEIRO, Maria Alice. *História sem fim... : inventário da saúde pública: São Paulo 1880 – 1930*. São Paulo: Universidade Paulista, 1993.

ROSEN, George. *Uma historia da saúde pública*. Rio de Janeiro: Hucitec, 1994.

SALGADO, Ivone. Pierre Patte e a cultura urbanística do iluminismo francês. *Revista de Estudos sobre Urbanismo, Arquitetura e Preservação*, São Paulo, 2003.

SANTOS, Carlos José Ferreira dos. *Nem tudo era italiano: São Paulo e pobreza, 1890-1915*. São Paulo: Anna Blume, FAPESP, 1998.

SANTOS FILHO, Lycurgo. *Pequena história da medicina brasileira*. São Paulo: Parma, 1980.

SÃO PAULO. *Transcrição da postura de parte do regulamento para o cemitério público*. São Paulo, 1 jan. 1856. (Arquivo do Estado de São Paulo)

SÃO PAULO (cidade). São Paulo antigo: planta da cidade. São Paulo: Comissão do IV centenário da cidade de São Paulo, Serviço de Comemorações Culturais, 1954.

SÃO PAULO. *Coleção de Leis e decretos do estado de São Paulo*. São Paulo, 1828. (Arquivo histórico da Assembléia Legislativa de São Paulo)

SÃO PAULO. Coleção de Leis e decretos do estado de São Paulo. São Paulo, 1893 -1894. (Arquivo histórico da Assembléia Legislativa de São Paulo)

SILVA, João Damasceno Peçanha da. *Tratado das febres*. Rio de Janeiro: Typ. Central, 1886.

SILVA, Kleber Pinto. Hospital, arquitetura: uma história. *Sinopses*, São Paulo, n.33, 2000.

SILVA, Kleber Pinto. A idéia de função para a arquitetura: o hospital e o século XVIII – parte 1/6: considerações preliminares e a gênese do hospital moderno: Tenon e o Incêndio do Hôtel-Dieu de Paris. *Vitruvius*, n.52, fev. 2001. Texto especial. Disponível em: <<http://www.vitruvius.com.br/arquitextos/arq000/esp052.asp>>. Acesso em: 2008.

SCILIAR, Moacyr. *Política e saúde pública no Brasil: uma visão histórica*. São Paulo, Ed Scipione, 2002.

SPOSATI, Aldaíza de Oliveira (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, Luiz Antônio. Da transmissão hídrica a culicidiana: a febre amarela na sociedade de medicina e cirurgia de São Paulo. *Revista Brasileira de História*, São Paulo, v. 21, n. 41, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-01882001000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 jul. 2008.

TEIXEIRA, Luiz Antônio. *Na arena do esculápio: a sociedade de medicina e cirurgia de São Paulo (1895 – 1913)*. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 2007.

TELLAROLI JUNIOR, Rodolpho. *Poder e Saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 1996.

VARÍOLA. Disponível em: <<http://www.pgr.mpf.gov.br/pgr/saude/variola.htm>>. Acesso em: 2008.

ZUCCONI, Guido. *La città dell'ottocento*. Roma-Bari: Laterza, 2001.

ANEXOS

ANEXO A

Regulamento para os Hospitais de Isolamento do Estado de São Paulo em 1894

O Presidente do Estado, para boa execução do artigo 11, letra F da lei nº 240, de 4 de dezembro, que reorganiza o Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, manda que se observe o seguinte regulamento para o serviço dos Hospitais de Isolamento.

Actos do poder executivo

Regulamento dos Hospitais de Isolamento

Capitulo I

Artigo 1º – Os hospitais de isolamento destinados ao tratamento das moléstias epidêmicas ficam a cargo da Directoria do Serviço Sanitário, e funcionarão sempre que se manifestarem casos dessas moléstias, capituladas no artigo 30 do regulamento do serviço geral de desinfecções.

Artigo 2º – O pessoal dos hospitais se dividirá em duas categorias: pessoal móvel e pessoal permanente. O primeiro só será chamado a serviço quando em virtude de aparecimento de qualquer das referidas moléstias, for resolvida a abertura dos hospitais, e funcionará até que, com a sua extinção, sejam elles encerrados.

O segundo funcionará sempre, no intuito de zelar pelo asseio e conservação desses estabelecimentos.

Artigo 3º – O pessoal permanente constará de um almoxarife, um porteiro (fiel) e os serventes que se fizeram precisos.

Artigo 4º – O pessoal permanente constará de um médico director, auxiliado, quando se fizer necessário, por um ou mais assistentes, um pharmaceutico, enfermeiros, enfermeiras, um machinista, um foguista, um cosinheiro, lavadeiras e serventes, de acordo com exigências do serviço

Capitulo II

Do pessoal dos hospitais

“do médico director

Artigo 5º – O médico director será nomeado pelo director do Serviço Sanitário dentre os inspectores sanitários

§ único. No caso de nomeação efectiva será esta feita pelo Governo ouvido o Director do Serviço Sanitário

Artigo 6º – Todos os serviços dos Hospitais de Isolamento serão executados sob a direcção e responsabilidade do médico director a quem cumpre:

§ 1º Manter e fazer executar o presente regulamento;

§ 2º Corresponder-se com o Director Geral do Serviço Sanitário, communicando-lhe as ocorrências importantes, e solicitando as medidas que julgar necessárias a bem do serviço.

§ 3º Remetter diariamente á Directoria do Serviço Sanitário o boletim do movimento hospitalar.

§ 4º Fiscalizar todos os serviços bem como os empregados sob sua direcção

§ 5º Reprehender, multar, e propor a demissão dos empregados que faltarem aos seus deveres, por suspensão de trabalho.

§ 6º Requisitar da Directoria do Serviço Sanitário o material necessário para os diversos serviços do hospital.

§ 7º Remetter á Directoria do Serviço Sanitário no ultimo dia de cada mez, devidamente visadas e rubricadas, as folhas de pagamento do pessoal e a conta das despesas feitas.

Do médico Assistente

Artigo 7º - Conforme as necessidades do serviço haverá um ou mais médicos assistentes encarregados especialmente do serviço clinico dos hospitais sob a direcção do médico Director.

Artigo 8º - Ao médico assistente cumpre:

§ 1º Examinar os doentes no acto de admissão no hospital, verificando os boletins e notificações e determinando a enfermaria a que devem ser os mesmos recolhidos.

§ 2º Fiscalizar a rigorosa observância do cordão hospitalar e o serviço de desinfecções.

§ 3º Visitar a enfermaria a seu cargo todas as vezes que o serviço o exigir.

§ 4º Tomar a observação detalhada de todos os doentes, fazendo o histórico circunstanciado de cada caso, já acerca das marcha da moléstia e dos symptomas observados, já em relação ao effeito das medicações empregadas.

§ 5º Substituir o médico Director em sua falta ou ausência.

Do Pharmaceutico.

Artigo 9º - O pharmaceutico tem a seu cargo os trabalhos da pharmácia dos hospitais, cumprindo-lhe:

§ 1º Aviar diariamente as receitas que lhe forem remettidas das enfermarias.

§ 2º Reclamar do médico Director os recursos de que carecer para o bom desempenho do serviço.

§ 3º Apresentar mensalmente ao médico Director um quadro demonstrativo do movimento da pharmacia.

Dos enfermeiros

Artigo 10º Haverá em cada enfermaria o numero de enfermeiros ou enfermeiras que o serviço exigir sob a direcção immediata de um chefe enfermeiro.

Artigo 11º Ao chefe enfermeiro cumpre:

§1º Dirigir e fiscalizar o serviço da enfermeira.

§ 2º Requisitar a presença do médico de serviço sempre que o estado dos doentes o exigir.

§ 3º Requisitar do médico director ou do seu assistente o seu matérias de que carecer para o serviço das enfermarias.

§ 4º Arrecadar a roupa suja arrolal-a e expedil-a, acompanhada do respectivo ról para desinfecção e lavagem.

§ 5º Zelar pela conservação e asseio das enfermarias.

§ 6º Assistir e fiscalizar a administração regular dos remédios e a distribuição das dietas aos doentes e attender-lhes as reclamações.

§ 7º Acompanhar as pessoas extranhas ao serviço que forem admittidas à visita nas enfermarias.

§ 8º Fiscalizar a sahida dos doentes que tiverem alta.

§ 9º Inspeccionar os doentes em convalescença.

§ 10º Fazer o ról da roupa e mais objectos pertencentes aos doentes no acto da entrada, remettendo-o ao almoxarife.

§ 11º Passar recibo do material que receber de qualquer das secções dos hospitais.

§ 12º Cumprir as ordens do médico do serviço e fazer observar pelo seus subordinados as prescripções regulamentares.

Artigo 12º Os enfermeiros cumprirão as ordens que lhes forem dadas pelo médico do serviço ou pelo chefe enfermeiro.

Do almoxarife

Artigo 13º - O almoxerife é o responsável por todo o material existente nos hospitais e incumbelhe:

§ 1º Requisitar do médico Director os utensilhos, aparelhos, roupa, gêneros alimentícios e mais materiais necessários para o serviço dos Hospitais providenciado em tempo para que nunca haja falta.

§ 2º Registrar a entrada e a sahida do material escripturando em livro especial para isso destinado.

§ 3º Regular o serviço da dispensa e dieta, de conformidade com as tabellas approvadas.

§ 4º Attender ás requisições dos chefes do serviço.

§ 5º Superintender o trabalho da lavanderia e da rouparia.

§ 6º Verificar o material fornecido aos hospitais.

§ 7º Receber a roupa lavada mediante o ról fornecido pelas enfermeiras e arrecadar as sobras do material.

§ 8º Zelar pela conservação do material do serviço arrecadando o que for utilizado e susceptível de reparo.

§ 9º Zelar do jardim para o que contractará pessoal idôneo com auctorização do Director do Serviço Sanitário.

§ 10º Conferir todas as contas de fornecimento, remetendo-as ao Director.

§ 11º Residir no estabelecimeto.

Do porteiro

Artigo 14º. É da competência do porteiro:

§ 1º Abrir e fechar os Hospitais á hora regulamentar.

§ 2º Proceder ao policiamento das dependências do Hospital.

§ 3º Escripturar o livro da porta e providenciar para que a correspondência official siga o competete destino.

§ 4º Attender ás requisições do serviço urgente e extraordinário depois das horas regulamentares.

§ 5º Protocolizar ou registrar toda ou registrar toda a correspondência official.

§ 6º Fazer toda a escripturação e lançamentos relativos ao movimento dos doentes.

§ 7º Organizar e conservar o archivio em boa ordem.

§ 8º Residir no estabelecimento.

Do machinista e foguista.

Artigo 15º. Compete ao machinista:

§ 1º Fazer o trabalho de desinfecção na estufa com o auxilio do pessoal que for pelo médico Director designado.

§ 2º Zelar pelo asseio e boa ordem dos machinismos sob sua guarda

§ 3º Requisitar do almoxarife o material necessário á conservação desses machinismos.

§ 4º Observar nos serviços de desinfecções ás prescrições do médico do serviço.

Artigo 16º O foguista trabalhará sob as ordens do machinista e executará o serviço que lhe for determinado.

Do cozinheiro e ajudantes.

Artigo 17º O cozinheiro dirigirá todo trabalho da cozinha e é o responsável pelo seu regular funcionamento, bem como pelo material sob sua guarda, cumprindo-lhe:

§ 1º Requisitar do almoxerifado o material de que carecer do serviço da cozinha.

§ 2º Preparar a hora regulamentar a alimentação e dieta dos doentes, bem como o almoço e jantar dos empregados que residirem no hospital.

§ 3º Atender com prontidão ás requisições do chefe enfermeiro

§ 4º Dirigir e fiscalizar o trabalho dos ajudantes e serventes

Artigo 18º O cozinheiro será auxiliado pelo pessoal de ajudantes e serventes que o serviço exigir

Das lavanderias

Artigo 19º As lavanderias têm por obrigação lavar e branquear a roupa do serviço dos hospitais que lhes será entregue depois de desinfectada, seccal-a, passal-a a ferro e dobral-a convenientemente.

Artigo 20º O numero de lavanderias será determinado conforme a necessidade do serviço.

Dos serventes

Artigo 21º Os serventes auxiliarão todos os serviços e cumprirão as ordens dos superiores em cuja secção trabalharem.

Capitulo III

Do Cordão Hospitalar

Artigo 22º O cordão hospitalar tem por fim isolar dentro do recinto do estabelecimento os enfermos e os empregados que directamente se encarregam do seu tratamento. O cordão hospitalar divide portanto, o serviço interno dos hospitais em duas secções: a de infectados e a de desinfectados.

Artigo 23º O pessoal e material empregado n'uma secção não têm o menor contacto com os da outra.

Artigo 24º O empregado que imprudentemente romper o cordão hospitalar será passível de censura, multa ou demissão ao critério do médico Director.

Artigo 25º Quando por necessidade do serviço ou por qualquer motivo poderoso o empregado tiver de sahir do cordão hospitalar, fal-o-a mediante licença do médico e após rigorosa desinfecção, banho e mudança do vestuário.

Artigo 26º O empregado que a serviço houver de penetrar ao cordão hospitalar fal-o-a com aviso do médico ao chefe dos enfermeiros e se previnirá com vestuário apropriado que jamais será de lã, flanela ou casemira.

Artigo 27º O médico ou seu ajudante, nas visitas que fizer ás enfermarias se previnirá também com vestuário adequado e que ficará a sua disposição em um gabinete especial com o mais que for de mister para as ablusões asseio etc.

Artigo 28º O ingresso no cordão hospitalar de pessoas extranhas ao serviço só terá lugar com previa licença do medi Director e com a observância rigorosa das prescripções dos artigos 26 e 27.

Artigo 29º Será permittido permanecer no hospital e até dentro do cordão hospitalar aquellas pessoas que por laços de famílias que quizerem acompanhar o tratamento de um enfermo mas após licença do Médico Director e submettendo-se no regimen interno do estabelecimento

ANEXO B**TRANSCRIÇÃO DA POSTURA E DE PARTE DO REGULAMENTO PARA O CEMITÉRIO PÚBLICO DE SÃO PAULO DE 1856**

Postura e Artigo 1º ficam prohibidos os enterros dentro das Igrejas, Capelas, Sacristias, Corredores e quaisquer outros lugares no recinto das mesmas. Exceptuão-se; §1º. Os Bispos Diocesanos que podem ser sepultados na Cathedral ou em outra igreja por eles designada;

Artigo 2º em quanto se não abrirem Cemitérios Públicos Municipaes, ou parochias e não for outra cousa ordenado em Edital da Câmara Municipal, os enterros poderão ser feitos nas respectivas Parochias nos lugares não prohibidos pelo artigo 1º com as condições seguintes: §1º Em covas em lugar descoberto, ou nos jazigos exisitentes nas quaes serão: para os adultos de sete palmos de profundidade, para os menores de doze annos de seis palmos; e de cinco palmos para os menores de sete annos, todas com comprimento e largura sufficientes, e com o intervallo de dois palmos, por todos os lados entre ellas. A terra que se lançar sobre os caixões ou corpos será socada de quatro palmos para cima. §2º Em carneiras ou catacumbas que deverão ter a capacidade necessária para que os corpos que haverem de receber sejam fechados em caixão de chumbo soldados e emcerrados em outros de madeiras. É prohibido o enterramento em carneiras que não tenham a indicada capacidade ou em caixões que não sejam feitos pela forma prescrita. §3º Nas covas ou carneiras que actualmente contiverem cadaveres, não é permitido o enterramento de outros, senão quando tiverem passado três annos da data do enterramento d'aqueles. §4º Em caso algum se farão enterramentos se não vinte e quatro horas depois do falecimento, salvo se os corpos apresentarem claros signaes de dissolução ou a morte tenha provindo de moléstias contagiosas ou epidemia declarada competentemente e com atestado de facultativos.

Artigo 3º logo que estiverem em estado de servir os cemitérios municipal e parochial e for declarado em Editaes ficão absolutamente prohibidos os enterramentos em qualquer outro lugar que não sejam os mesmos cemitérios, Salvo as excepções seguintes: 1º Os corpos dos recolhidos de Santa Thereza e de Nossa Senhora da Luz, desta Cidade, ao quaes poderão ser sepultados nos respectivos jazigos, fora do recinto dos Templos, e com as condições exigidas no Regulamento dos cemitérios municipaes.

Artigo 4º Os Parochos e authoridades administradoras de Igrejas, ou capellas, Sachristaes, Coveiros, ou quaes quer outros empregados que infringirem as disposições dos artigos 1º e 3º soffrerão a pena de oito dias de prosão e multa de dezesseis mil reis e no duplo nas reincidências. Os infractores so artigo 2º soffrerão as penas seguintes: sendo dos §§1º e 3º de cinco a vinte mil reis de multa; sendo do §2º ou 4º cinco dias de prisão e multa de doze mil reis, e o duplo nas reincidências.

Paço da Câmara Municipal de São Paulo 22 de Dezembro de 1855. Anacleto José Ribeiro Coutinho, Luiz Antonio Gonsalves, Ignácio José de Araújo, Carlos José da Silva Telles, Gabriel Marques Coutinho, Gabriel José Rodrigues dos Santos, Francisco José de Azevedo Junior, Luiz Antonio de Souza Barros. Está conforme. Secretaria da Câmara Municipal de São Paulo 17 de janeiro de 1856. O Secretário Joaquim Roberto d Azevedo Marques.

Secretaria do Governo de São Paulo 31 de Janeiro de 1856.
Francisco José de Lima

ANEXO C**Regulamento para os Cemitérios da Cidade de São Paulo****Capitulo 1º
Dos Cemitérios**

Artigo 1º Os Cemitérios serão feixados por muros de dez palmos de altura pelo menos. Em caso de necessidade e provisoriamente poderão ser feixados com qualquer circo seguro que vede a entrada de pessoas ou animaes.

Artigo 2º A área dos Cemitérios será dividida em quadros ou quadrilongos como melhor convir separados pelas ruas necessárias que terão largura não menor de vinte palmos. As ruas serão bordadas de arvoredos próprios.

Artigo 3º A Câmara Municipal designará o numero de quadrados ou quadrilongos que se destinão para sepulturas geraes, e os que podem ser concedidos para jazigos particulares das confrarias, Irmandades, Corporações Religiosas e Famílias.

Artigo 4º Feita a designação das sepulturas geraes se procederá incontinentemente á divisão e demarcação, e numeração das mesmas, e a judicção(?) dos lotes destinados a jazigos particulares.

Artigo 5º Haverá no Cemitério da Capital huma Capella com a capacidade e arranjos necessários para celebração de Missas, e as encomendações de sepulturas que forem desejadas pelas pessoas encarregadas dos enterros. Junto a capela haverá sallas apropriadas para deposito de cadáveres que por algum inconveniente não possam ser sepultados no mesmo dia em que entrarem para o Cemitério, e bem assim com todos os seus arranjos e apparatus necessários para vigília e observação dos corpos de pessoas mortas repentinamente, até manifestarem signaes de principio de decomposição.

Artigo 6º A adjudicção(?) de terreno á Irmandades, Confrarias, Corporações Religiosas e a Particulares ou famílias, será feita segundo as bases seguintes:

§1º A extenção do terreno pedido deve ser calculado pelo numero de individuos que aproximadamente deve ser enterrado no jazigo.

§2º Determinada a extenção , e feita a adjudicção(?) serão os jazigos numerados pela ordem successiva.

§3º O preço da adjudicção será estabelecida conforme for ella pedida perpetuamente, ou praso limitado. As concessões assim feitas não poderão ser transferidas por aquelles que a obtiverem. Qualquer estipulação neste sentido é multa.

§4º Nos terrenos concedidos á Irmandades, Confrarias e Corporações religiosas não poderão ser sepultados senão os Irmãos ou Confrades, ou filhos menores respectivos, e religiosos, nos concedidos a particulares não podem ser sepultados se não os indivíduos da respectiva família, que para este fim entende-se, marido, mulher, os acendentes , ou descendentes, e os irmão e

tios, e cunhados que morarem na mesma casa como possuidores do jazigo, pagando estes três últimos entretanto a taxa pertencente as sepulturas rasas para terem seus corpos admittidos ao jazigo da família.

§5º Os terrenos concedidos serão entregues aos concessionários pelo administrador do Cemitério, em presença do título da concessão do qual entregará o concessionário huma copia authentica ao administrador que fará recibo della. A entrega não se representará definitiva senão quando o medidor tiver demarcando com estacas os limites do terreno concedido.

Artigo 7º Nos terrenos concedidos por tempo de mais de cinco annos, é livre aos concessionários construir sepulturas, carneiras, e túmulos, e collocar lapides e [...] ou monumentos para sepultura ou memória somente das pessoas declaradas no artigo 6º. §4º, e plantar arvoredos e flores pela forma que mais lhes convier, contanto que se conformem com o plano geral do respectivo cemitério relativamente ao alinhamento da obra e plantação de arvoredos, e as condições sanitárias que forem exigidas para semelhantes construções e plantações e se obriguem a demolir as obras, e a retirar os dellas para fora do cemitério logo que findar o tempo da concessão, se esta não for perpetua, ...dos materiais o beneficio do respectivo cemitério. Nas sepulturas rasas por tempo de três annos, só poderão collocar se pequenas grades de madeira e huma cruz também de madeira, com tanto que se accommodam por forma que entre humas e outras sepulturas se guarde livre o intervallo de dous palmos determinado no artigo 16º.

Atigo 8º = Os referidos terrenos, e as obras que nelle se construírem, só poderão ser doados e ligados a pessoas arcendentes ou decendentes, e se entrarem nos inventários dos possuidores, só podem adjudicados aquém por direito pertencer, segundo a ordem da sucessão que for estabelecida no titulo de sua concessão, e em nenhum caso poderão ser alienados, hypotecados, nem executados.

Os novos possuidores serão obrigados a apresentar os seus títulos á administração dos cemitérios, e antes dessa apresentação não lhe será permitido o uso do direito que possam ter.

Artigo 9º Acontecendo de falecer o proprietário de algum dos sobre ditos terrenos sem herdeiros (que nelles serão cercados, segundo a ordem da descessão designada no titulo da concessão) se reinterá a propriedade para o cemitério a que pertencer com as obras nelles existentes, com seguintes obrigações:

1º Sendo a concessão perpetua, e havendo se sepultado no terreno algum corpo, collocado alguma lapide, mausoleo, ou monumento será tudo conservado perfeitamente noi estado em que se achar.

2º. Se a concessão houver sido em numero determinado de annos, e o terreno se achar occupado por algumas das formas sobreditas, será tudo conservado no estado em que se achar enquanto durar o tempo da concessão.

3º No caso de vir a feixar-se o cemitério, a administração deste será obrigada a expulsar os restos mortais existentes nos terrenos da concessão perpetua, e collocalos no novo cemitério por forma que se perpetue nelle a memoria da pessoa ou pessoas aquém os mesmo restos mortaes pertencerem. Se porem a concessão for temporária, os restos mortaes existentes nesses terrenos serão exhumados e collocados sem distincção no lugar do novo cemitério que for

destinado para sepultura dos restos mortaes exhumados do cemitério que se extinguiu, salvo em hum e outro cazo, se houver pessoa que fazendo a despesa a sua custa, queira depositar os referidos restos mortaes em lugar mais destinto.

Capitulo 2º Da Policia Do Cemitério

Artigo 1º. nenhum enterro terá lugares, tanto nos cemitérios públicos, como nos particulares, sem previa autorização da autoridade competente, exepcto no attestado original de facultativo que certificar o obito. Os administradores dos emitérios, que sem aditaautorização derem sepultura a algum cadáver serão punidos com a pena de prisão de dez á trinta dias, e a multa de vinte a sessenta mil reis, sem prejuízo do procedimento criminal que possa ter lugar.

Artigo 11. são igualmente prohibidos debaixo das sobreditas os enterramentos antes de terem passados as vinte e quatro horas depois do fallecimento, salvo se a morte proceder de moléstia epidêmica ou contagiosa, ou os corpos os corpos entrarem no cemitério em esatdo de dissolução, e nos casos presumidos no artigo 13.

Artigo 12. Os facultativos serão obrigados a declarar nos attestados do óbito que passarem a naturalidade, idade, condição, estudo, profissão e moradia do finado, a moléstia de que faleceu, sua duração, e o dia e hora do falecimento.

Artigo 13. se algum corpo vim aos cemitérios sem ser acompanhado de documento das autoridades competentes, ou for encontrado depositado doutro [...] ou as suas postas(?), o administrador respectivo dará imediatamente parte a autoridade policial do districto, retendo as pessoas que condusirem o mesmo corpo, se forem encontrados no acto da condução. A autoridade policial [...] da participação procederá logo as deligencias necessárias para reconhecimento do cadáver, verificação da causa da morte, e ordenará o enterramento por huma guia que conterà sumariamente o resultado da investigação.

Artigo 14. Se as autoridades competentes demorar , e o corpo se achar com principio de putrefação será este sepultado em cova separada, por forma que, sem perigo de confundir-se com outro, possa ser exumado, se a mesma autoridade o ordenar para os exames necessários.

Artigo 15. É prohibida a tirada de cadáveres dos Cemitérios públicos, ou particulares, salvo os casos da exumação competentemente autorisada, e bem assim qualquer outra violação das sepulturas, túmulos, ou mauzoleos, com pena de prisão de dez a trinta dias, e da multa de vinte a sessenta mil reis.

Capitulo 3º Do Serviço Do Cemitério

Artigo 16. As covas para os enterramentos de pessoas adultas deverão ter, tanto nos cemitérios geraes como nos particulares, sete palmos de profundidade com a largura e comprimento sufficiente, devendo ficar entre huma e outras os intervalos de dous palmos pelos lados, e três na cabeça e

nos pés; a terra que se lançar sobre os caixões ou corpos deverão ser socada da altura de quatro palmos para cima. As covas para o enterramento de pessoas de idade menor de doze annos bastará que tenham seis palmos de profundidade, e cinco se forem para menores de sete annos de idade. Os [...] ou Catacumbas construídas acima do nível do solo terão profundidade não menor de sete palmos, e os corpos serão sepultados em caixões de madeira forrados de lamina de chumbo.

Artigo 17. As sepulturas tanto geraes, como dos jazigos particulares serão numeradas, e as rasas terão no alto da lápide a declaração do número, ou quando não tiver esta, o numero estará escripto em hum pequeno poste de pedra ou tijolo collocado na cabeceira da sepultura e as dos túmulos terão o numero em lugares facilmente vizivel. Os números das sepulturas serão declarados nos assentamentos do livro competente dos enterros de forma que a todo o tempo se possa saber os corpos que nella forão enterrados.

Artigo 18. A abertura das covas para novas sepulturas poderá ter lugares depois de passado o tempo que pela experiência se julgar necessário para completa consumição de corpos, segundo a natureza do terreno, mas nunca antes de cinco annos.

Artigo 19. As ossadas que se encontrarem nas remoções das covas não poderão ficar expostas na superfície da terra dispersas ou amontoadas, e se enterrarão na mesma sepultura abaixo dos sete palmos em profundidade sufficiente para depois de enterrados receber a mesma sepultura em outro cadáver.

Artigo 20. Haverá em cada Cemitério livros distinctos, encadernados, numerados, abertos em camadas e rubricados pelo Presidente da Câmara Municipal para nelles se lançarem os assentos dos óbitos das pessoas que nos mesmos Cemitérios se enterrarem pela ordem numérica e sucessiva do dia [...]

Capitulo 5º Disposições Geraes

Artigo 26. Não se enterrarão nos quadros dos cemitérios destinados ás sepulturas geraes, os cadáveres que levarem este destino não comprehendidos no artigo 21, sem que paguem os condutores a quantia de seis mil reis pela sepultura e ebterramento.

Artigo 27. Se nas sepulturas geraes, alguém quizer collocar lapide ou tumulo pagará além da quantia acima declarada, a taxa annual de quatro mil reis correspondente ao numero de annos por que quizer conservar feixada a sepultura, ou a de cinco mil reis se quizer perpetuamente para o respectivo cadáver ou para outros.

Artigo 28. As Irmandades, confrarias, ou corporações religiosas que quizerem ter nos cemitérios [...]

Bibliografia

ALMEIDA, Marta. *República dos invisíveis: Emílio Ribas, microbiologia e saúde pública em São Paulo (1898-1917)*. São Paulo: Estudos CDAPH, 2004. (Série Ciência, Saúde e Educação).

ALMEIDA, Marta. São Paulo na virada do século XX: um laboratório de saúde pública para o Brasil. *Tempo*, Rio de Janeiro, n.19, 2005.

ALMEIDA, José Cardoso de. *Relatório apresentado ao Presidente do Estado de São Paulo pelo secretário dos negócios do interior e da justiça*. São Paulo, 31 dez. 1904. (Arquivo histórico do Museu de Saúde Pública Emílio Ribas)

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. *Instituto Adolf Lutz: 100 anos do Laboratório de Saúde Pública*. São Paulo: Letras e letras, 1992.

AVELINO, Yvone Dias; MORENO, Tânia Maria. *A sacralização e a higienização da morte em São Paulo: a sepultura: um espaço sagrado e uma questão de higiene pública*. Disponível em: <http://www.misp.pucsp.br/museu/artigos_08.html>. Acesso em: 2008.

BELTRÃO, Jane Felipe. *Cólera o flagelo do Grão Pará*. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi, 2004.

BENCHIMOL, Jaime Larry. A Instituição da microbiologia e a historia da saúde pública no Brasil. *Ciência e saúde coletiva*, v.5, n.2, p.265-292, 2000. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v5n2/7096.pdf>>. Acesso em: 2008.

BRESCIANI, Maria Stella. *Saberes eruditos e técnicos na configuração e reconfiguração do Espaço Urbano: Estado de São Paulo, séculos XIX e XX*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, FAPESP, 2005. Disponível em: <www.ifch.unicamp.br/ciec/documentos/tematico1.pdf>. Acesso em: 2008.

CALABI, Donatella. *Storia dell'urbanistica europea*. Milano: Paravia Bruno Mondadori, 2004.

CAMPOS, Cristina de. Cidade e higiene: a atuação profissional de Geraldo Horácio de Paula Souza em São Paulo (1925 – 1945). *Sinopse*, São Paulo, n.33, 2000.

CARNEIRO, G. O poder da Misericórdia: a Santa Casa de Misericórdia. São Paulo, Arquivo da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, 1976. In: JORGE, Karina Camarneiro. *Urbanismo no Brasil Império: a Saúde Pública na cidade de São Paulo no séc XIX (hospitais, Lazaretos e Cemitérios)*. 2006. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2006

CHALHOUB, Sidney. *Cidade Febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CHERNOVIZ, Napoleão. *Dicionário de Medicina popular*. Rio de Janeiro: [s.i.], 1862.

CHERNOVIZ, Napoleão. *Dicionário de medicina popular*. [s.l.]: 1890. Disponível em: <<http://www.meusdownloads.com.br/p-servicos.jsp?ppID=c586>>. Acesso em: 2008.

COSTA, Luiz Augusto Maia. *O ideário urbano paulista na virada do século: o engenheiro Theodoro Sampaio e as questões territoriais e urbanas (1886-1930)*. São Carlos: Rima, FAPESP, 2003.

DEFOE, Daniel. *O diário do ano da peste*. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2002.

DELUMEAU, Jean. *História do medo no Ocidente: 1300-1800 uma cidade sitiada*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

DUARTE, Ivomar Gomes. *Memória paulistana dos hospitais. Final do século XIX e início do XX*. In. AMARAL, José L. Gomes do Amaral & NATALINI, Gilberto. *450 anos de história da medicina paulista*. São Paulo, Imprensa oficial do Estado de São Paulo, 2004.

FERNANDES, Adhemar Dizioli. *As transformações arquitetônicas e técnico-construtivas do Edifício público de saúde na cidade de São Paulo*. 2003. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Engenharia Civil, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

FOUCAULT, Michel. *A microfísica do poder*. 12.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FREHSE, Fraya. *Entre o passado e o presente, entre a casa e a rua: tempos e espaços na cidade de São Paulo de fins do Império*. 1999. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade de São Paulo, 1999.

GAMBETA, Wilson. *Soldados da saúde: a formação dos serviços sanitários em São Paulo*. 1988. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Filosofia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1988.

GUIMARÃES, Maria Regina Cotrim. Chernoviz e os manuais de medicina popular no Império. *História, Ciências e Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702005000200017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 ago. 2008.

HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: as bases de política da Saúde Pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1998.

HOPITÁ. In: DICIONÁRIO DO IEB. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2008.

JORGE, Karina Camarneiro. *Urbanismo no Brasil Império: a Saúde Pública na cidade de São Paulo no séc XIX (hospitais, Lazaretos e Cemitérios)*. 2006. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2006.

MASCARENHAS, Rodolfo. *Contribuição para o estudo da administração sanitária estadual em São Paulo*. 1949. Tese (Doutorado) - Faculdade de Higiene e Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1949.

MORENO, Tânia Maria. *O sagrado e o profano: o cemitério na cidade de São Paulo*. Disponível em: <http://www.misp.pucsp.br/museu/artigos_04.html>. Acesso em: 2008.

MOTA, André. *Tropeços da medicina bandeirante: medicina paulista entre 1892 e 1920*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1969.

NETTO, Américo R. O caminho para a formação do Serviço Sanitário de São Paulo: 1579 a 1891. *Arquivos de Higiene e Saúde Pública*, São Paulo, v.7, n.14, p.5-26, 1942.

PINTO JÚNIOR, Joaquim José da Silva. *Regulamento para os hospitais de Isolamento do Estado de São Paulo*. São Paulo, 1894. (Arquivo histórico do Museu de Saúde Pública Emilio Ribas)

REIS, João José. O cotidiano da morte no Brasil oitocentista. In: ALENCASTRO, Luiz Felipe de (org). *História da vida privada no Brasil Império*. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.

RIBEIRO, Maria Alice. *História sem fim... : inventário da saúde pública: São Paulo 1880 – 1930*. São Paulo: Universidade Paulista, 1993.

ROSEN, George. *Uma historia da saúde pública*. Rio de Janeiro: Hucitec, 1994.

SALGADO, Ivone. Pierre Patte e a cultura urbanística do iluminismo francês. *Revista de Estudos sobre Urbanismo, Arquitetura e Preservação*, São Paulo, 2003.

SANTOS, Carlos José Ferreira dos. *Nem tudo era italiano: São Paulo e pobreza, 1890-1915*. São Paulo: Anna Blume, FAPESP, 1998.

SANTOS FILHO, Lycurgo. *Pequena história da medicina brasileira*. São Paulo: Parma, 1980.

SÃO PAULO. *Transcrição da postura de parte do regulamento para o cemitério público*. São Paulo, 1 jan. 1856. (Arquivo do Estado de São Paulo)

SÃO PAULO (cidade). São Paulo antigo: planta da cidade. São Paulo: Comissão do IV centenário da cidade de São Paulo, Serviço de Comemorações Culturais, 1954.

SÃO PAULO. *Coleção de Leis e decretos do estado de São Paulo*. São Paulo, 1828. (Arquivo histórico da Assembléia Legislativa de São Paulo)

SÃO PAULO. *Coleção de Leis e decretos do estado de São Paulo*. São Paulo, 1893 -1894. (Arquivo histórico da Assembléia Legislativa de São Paulo)

SILVA, João Damasceno Peçanha da. *Tratado das febres*. Rio de Janeiro: Typ. Central, 1886.

SILVA, Kleber Pinto. Hospital, arquitetura: uma história. *Sinopses*, São Paulo, n.33, 2000.

SILVA, Kleber Pinto. A idéia de função para a arquitetura: o hospital e o século XVIII – parte 1/6: considerações preliminares e a gênese do hospital moderno: Tenon e o Incêndio do Hôtel-Dieu de Paris. *Vitruvius*, n.52, fev. 2001. Texto especial. Disponível em: <<http://www.vitruvius.com.br/arquitextos/arq000/esp052.asp>>. Acesso em: 2008.

SCLIAR, Moacyr. *Política e saúde pública no Brasil: uma visão histórica*. São Paulo, Ed Scipione, 2002.

SPOSATI, Aldaíza de Oliveira (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, Luiz Antônio. Da transmissão hídrica a culicidiana: a febre amarela na sociedade de medicina e cirurgia de São Paulo. *Revista Brasileira de História*, São Paulo, v. 21, n. 41, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-01882001000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 jul. 2008.

TEIXEIRA, Luiz Antônio. *Na arena do esculápio: a sociedade de medicina e cirurgia de São Paulo (1895 – 1913)*. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 2007.

TELLAROLI JUNIOR, Rodolpho. *Poder e Saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 1996.

ZUCCONI, Guido. *La città dell'ottocento*. Roma-Bari: Laterza, 2001.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)