

Cidade, um corpo em construção: projeto e controle

Etelvina Maria de Castro Trindade*

Resumo

O estudo teve por objetivo analisar a cidade com ênfase na memória inscrita em seus espaços físicos, considerando sua materialidade como um fio para reflexões sobre saúde e doença no contexto urbano. Para tanto, ateu-se aos sinais remanescentes em edificações como hospitais, instituições de saúde e clínicas, tomando-as como espelho da maneira como a sociedade se via à época e dos mecanismos que desenvolvia para o controle dos desvios que desejava eliminar. Curitiba pode ser tomada como um estudo de caso dessa questão, na medida em que reproduzia as condições presentes no território brasileiro e em todo o mundo ocidental.

Palavras – chave: Espaços edificados; instituições de saúde; controle social.

Abstract

The study had as objective to analyze the city with emphasis in the memory imprinted in its physical spaces, considering its materiality as a pretext for reflections about health and diseases in the urban context. In order to do that, it clung to the remaining signs in edifications such as hospitals, health institutions and clinics, using them as mirrors to the way that society saw itself at the time and the mechanisms developed to control the deviations that it intended to eliminate. The city of Curitiba can be used as a case study for this situation, to the extent that it portrayed the conditions in the Brazilian territory as well as in the occidental world.

Keywords: Edificated spaces; health institutions; social control

Introdução.

As verdadeiras matrizes dos modelos urbanos no Brasil vão situar-se na Europa da segunda metade do século XIX e início do XX quando o nascimento do urbanismo provocou o desenvolvimento de diversas correntes de pensamento que tinham em comum, entre outras, a preocupação com a salubridade, a higiene, a circulação de ar e a retomada das áreas verdes no espaço urbano.

No Brasil do período, as iniciativas relacionadas à infra-estrutura das cidades refletiam a presença daqueles modelos. Nesse sentido, as tendências reformistas de um lado a outro do Atlântico apresentavam algumas similitudes na adoção das medidas de saneamento, transportes, iluminação, coleta e tratamento de esgotos residenciais e industriais, abastecimento de água, higiene alimentar e domiciliar e combate às epidemias. Iniciativas que eram motivadas, sobretudo, pelo acelerado crescimento das cidades e vistas pelo ângulo de uma reforma social que poderia mudar as relações humanas. Tratava-se, pois, de um

* Professora Adjunta do Curso de História da Universidade Tuiuti do Paraná.

cientificismo-utilitarista que se expressava pelo organicismo e pregava a intervenção do cientista sobre o “corpo” social para conduzi-lo ao desenvolvimento desejado - o que gerou as iniciativas de médicos e engenheiros que tomaram a cidade como objeto de trabalho.

Nesse contexto, várias urbes brasileiras, desde meados do século XIX, empreenderam a tentativa de acompanhar os avanços europeus no gerenciamento urbano, dando origem a diversos planos que visavam não apenas à modernização dos espaços, mas levavam em conta as grandes discussões em torno da questão higienista. Nesse momento, na Europa ocidental e posteriormente nos Estados Unidos, estudiosos dos problemas gerados pela insalubridade e o mau gerenciamento das cidades, criavam institutos de pesquisa, organizavam conferências e congressos e produziam publicações, muitas sob a forma de manuais onde era apresentada extensa argumentação em favor da salubridade, da comodidade e da circulação nas aglomerações urbanas.

O conhecimento desses textos, e de seus autores, pareceu dar a engenheiros, arquitetos, médicos e políticos brasileiros autoridade suficiente para se lançarem em projetos e obras. Da mesma forma, espaços institucionais, como faculdades e institutos de pesquisa, tiveram o papel de centros difusores e propulsores das novas concepções.

O propósito dessas políticas dirigia-se então à reorganização e à vigilância de escolas, hospitais, estabelecimentos industriais e comerciais, matadouro, mercado, cemitério, e tudo quanto pudesse ser considerado foco de transmissão de doenças, sobretudo as contagiosas e epidêmicas.

A tradição médica no Brasil.

Situado na periferia do processo europeu e norte-americano, o Brasil, enquanto colônia de Portugal, havia-se atrelado, por mais de 300 anos, às diretrizes de sua metrópole no que dizia respeito às formas de diagnosticar e tratar as doenças. E, desde seu descobrimento, tornara-se receptor de males que até então não haviam atingido significativamente seus primeiros habitantes.

Transplantada a organização portuguesa para o Brasil, as que hoje poder-se-iam chamar questões higiênico-sanitárias eram reguladas pelos Conselhos Municipais que cuidavam da limpeza dos largos, ruas e quintais, do despejo do lixo, da conservação dos chafarizes e canos de água, enfim de tudo que pudesse afetar a ordem pública e a saúde dos moradores. Era uma “ciência sanitária” ainda submetida ao saber olfativo da Idade Média e de poucos resultados, mesmo que, por vezes, fosse bem sucedida. (PEREIRA, 1998).

Para atendimento de uma boa parte das medidas prescritas e o cuidado dos

doentes, no período colonial, os médicos eram originários sobretudo da Metrópole, em número reduzidíssimo. E foi somente ao final do século XVIII e início do XIX, que estudantes brasileiros começaram a procurar a Universidade de Coimbra para fazer cursos médicos. E apenas no início do século XIX foram criadas academias de medicina no Brasil: uma no Rio de Janeiro e outra na Bahia, onde funcionaram, respectivamente, um Colégio Médico-Cirúrgico e uma Escola de Cirurgia. Até então, o ensino médico era bastante precário, constando de aulas e cursos ministrados por alguns profissionais habilitados. No mais, as instituições que davam suporte à política sanitária emanada de Portugal eram os hospitais, militares e de caridade, os leprosários, e os estabelecimentos para alienados e portadores de doenças infecto-contagiosas, depois denominados hospícios e isolamentos.

Desde o final do período colonial - e inclusive após a independência de Portugal, em 1822, quando se instalou o regime imperial no país - até as últimas décadas do século XIX, pouco mudaram as medidas higiênicas implementadas pelo governo brasileiro, já então politicamente autônomo.

Entretanto, os progressos verificados nesse campo em todo o mundo ocidental durante a primeira metade do XIX levaram a ações sanitárias cada vez mais permanentes. As medidas esporádicas foram sendo substituídas por uma conscientização sobre as causas das enfermidades e a necessidade de desenvolver um conhecimento sobre elas. Seguiu-se a criação de instituições que facilitassem a tomada de medidas capazes de combatê-las. Essa nova fase iria coincidir, no Brasil, com o final do Império e a instalação da chamada República Velha, entre 1889 e 1930.

Visando controlar a situação das epidemias e endemias, a primeira Constituição republicana brasileira de 1891, fiel ao princípio da autonomia estadual e municipal, outorgava aos poderes locais os cuidados com a saúde da população e centralizava na União os serviços sanitários em geral. (MAIO; SANTOS, 1996). A legislação criada para tal fim introduziu uma multiplicidade administrativa entre órgãos federais, estaduais e municipais que levou a uma reprodução de competências prejudicial ao bom andamento dos serviços de prevenção e combate às doenças em todo o país.

No que se refere às determinações gerais, não apenas para as capitais, mas para todo o território nacional, as práticas higienistas da Primeira República tiveram, em seu conjunto, um caráter simultaneamente técnico, assistencial, campanhista e policial. Ou seja, procuravam controlar o quadro das doenças mediante a transformação do espaço urbano, utilizando as técnicas da engenharia sanitária.

Nesse panorama de prevenção e contenção concreta, a criação de hospitais e outras

instituições voltadas à saúde tomaram um novo impulso e uma nova orientação, na medida que esses estabelecimentos haviam, gradativamente, ganho uma função terapêutica e disciplinar, a partir do século XVIII e no decorrer do XIX. Um processo em que iriam conjugar-se os avanços da individualização disciplinar da sociedade, da ampliação das práticas médicas e de uma nova concepção da própria arquitetura hospitalar. (FOUCAULT, 1979. P. 99-111)

Sendo eixo das transformações econômicas e sociais do período enquanto região da cultura cafeeira, o centro-sul abrigava as cidades que eram polos de atração das atividades econômicas e administrativas do país: Rio de Janeiro e São Paulo. Pelo papel exercido nas transformações sócio-econômicas e políticas da República Velha, essas duas cidades tornaram-se exemplares numa discussão sobre as políticas públicas e de saúde no período em questão.

No entanto, mesmo nas capitais situadas na periferia desse centro hegemônico, - caso de Curitiba - a engenharia urbana e as políticas administrativas refletiam percepções e práticas que apontavam para a organização de espaços de cura e contenção da população doente, em conformidade com o que era considerado ideal na implementação das medidas terapêuticas.

Construindo o controle no “organismo” urbano.

Efetivamente, apesar de seu tamanho e população reduzidos ao raiar do período republicano, Curitiba apresentava um quadro de morbidade tão elevado quanto o das cidades de maior porte ou de localização portuária. As epidemias e endemias estavam ali presentes de forma preocupante e as autoridades locais buscavam desenvolver toda sorte de estratégias que pudessem combatê-las: da legislação sanitária à vigilância constante; do atendimento domiciliar ao internamento hospitalar.

Nessa direção, desde o final dos oitocentos, algumas instituições foram ativadas, na cidade e em seus arredores, dentre elas, hospitais, isolamentos, hospícios e maternidade, onde a intervenção médica, aliada às medidas curativas, pudesse assegurar a melhoria do estado geral da população. Construídas nos moldes arquitetônicos da época, seus espaços, interno e externo, exibiam dimensões que deveriam propiciar a cura: externamente, apresentavam geralmente em um ou dois andares, com janelas amplas e fachada despojada; internamente, corredores largos e dependências despidas de ornamentos para que fossem facilitadas as tarefas de limpeza e a aeração.

Não fugindo à regra geral pela qual a assistência ao doente englobava os caracteres

religioso, militar-disciplinador, filantrópico, científico e preventivo, os estabelecimentos de saúde criados em Curitiba dividiam-se conforme esses diversos mecanismos gestores da saúde pública.

Alguns dos mais antigos foram aqueles que privilegiavam justamente as dimensões religiosa e militar que haviam marcado as atividades curativas desde tempos mais remotos: a Santa Casa de Misericórdia, fundada em 1880, e o Hospital Militar de 1890. Esse último encarnando ainda o modelo de reorganização disciplinar do exército aplicada ao espaço hospitalar e aliado ao controle social. (FOUCAULT, 1979. P. 103/104).

Já a Santa Casa viria representar a estrutura religiosa ainda atuante com aspectos salvacionistas que se aproximavam bastante do tipo de filantropia exercida à época: “O hospital de misericórdia da Capital continua a preencher o fim de sua instituição, socorrendo os enfermos que lhe pedem agasalho”. (MENSAGEM DO GOVERNADOR DO ESTADO DO PARANÁ, DR. FRANCISCO XAVIER DA SILVA, AO CONGRESSO LEGISLATIVO. 1895. p.13/14). Quinze anos depois, a obra assistencial se tornava ainda mais completa: “A Santa Casa não se limita a dar agasalho a enfermos, fornece também receitas e medicamentos gratuitamente a elevado numero de indigentes (MENSAGEM DO GOVERNADOR DO ESTADO DO PARANÁ, DR. FRANCISCO XAVIER DA SILVA, AO CONGRESSO LEGISLATIVO. 1910. p.9). Na mesma linha se constituiria, em 1921, a Sociedade Socorro aos Necessitados que, segundo seus estatutos, deveria tomar a si “o encargo de minorar o sofrimento dos necessitados e, sobretudo, abolir a mendicância nas ruas da cidade.” (SOCIEDADE SOCORRO AOS NECESSITADOS. 1926. P. 3).

Tais estabelecimentos desempenhavam o papel de controladores da população, notadamente a carente, na medida em que as sociedades foram se convencendo de que as camadas mais pobres constituíam uma ameaça aos mais favorecidos. Isso acontecia, não apenas pelo perigo que representava o aumento da criminalidade, mas também pelo risco de contágio que as inúmeras doenças presentes entre esses grupos populacionais poderia trazer para o restante dos habitantes das cidades, mercê da falta de higiene de suas moradias e de seus maus hábitos de vida (FOUCAULT, 1979. P. 94).

A filantropia seria, pois, o meio de corrigir aqueles que passaram a ser vistos como “males sociais”. Diferentemente da caridade pura e simples que se alimentava do engrandecimento do doador, a ação filantrópica baseava-se na preocupação pragmática e na intervenção direta. Por ela, procurava-se “discriminar o ‘indigente fictício’ da ‘verdadeira pobreza’ e introduzir na assistência a exigência de sua necessária supressão no futuro.” (DONZELOT, J. 1986. P.55 - 68). Segundo notícias da época,

Ordenou o Sr. Chefe de Polícia que fossem levados até a repartição Central todos os mendigos e ali syndicando das desgraças de cada um, esta concedeu aos incapazes de ganhar a subsistência, licença para se valerem da caridade publica. Quanto aos vagabundos, a policia vai proceder de modo a que tomem melhor meio de vida. (DIARIO DA TARDE. Apud De BONI. 1998. P. 87)

Em contrapartida, se os pobres e necessitados eram passíveis de assistência e correção, outras categorias pareciam inaceitáveis ao convívio social e clamavam por uma ação imediata expressa nos relatórios oficiais e na imprensa. Dentre eles, os que se achavam em vários estágios de loucura e os portadores de doenças infecto-contagiosas ainda incuráveis à época, como febre amarela, sarampo, impaludismo, lepra, sífilis, tifo e peste bubônica, citadas como enfermidades letais pelos periódicos da cidade que acompanhavam os constantes surtos dessas moléstias.

Dentre as medidas a serem tomadas era adotado o isolamento temporário ou definitivo dos doentes. Para cumprir tal função, ali estava, desde 1855, o Lazareto São Roque, posteriormente destinado exclusivamente aos portadores de Hanseníase. E também o Hospício Nossa Senhora da Luz (1903), o Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paula (1926) e o Hospital de Isolamento Osvaldo Cruz, construído em 1928. A mudança do Lazareto do centro urbano para a região de Piraquara, nos arredores da cidade, em 1926, mostra o temor que a lepra inspirava e, portanto, a necessidade de seu afastamento do restante da população.

Por fim, parecia caber ainda à sociedade a responsabilidade pelos que eram, ou podiam ser considerados, “menores de idade”: as crianças e as mulheres. Sendo a maternidade um assunto candente no mundo ocidental, a partir do século XVII, e sobretudo depois do advento da sociedade burguesa, nada mais desejável que mães e filhos se tornassem presentes, tanto nas representações simbólicas, quanto nas práticas de saúde, puericultura e educação promovidas pelos Estados. Deu-se, então, a “medicinação da maternidade e da pequena infância” sob o ângulo do interesse geral das nações que passam a vigiar incessantemente os corpos da mãe e da criança. (PERROT, 2007. P. 69/75).

Afinadas com esse movimento mundial, as autoridades políticas e médicas de Curitiba promoveram a construção de uma maternidade, a Maternidade Vitor Ferreira do Amaral, em 1914, de um orfanato, o Asilo São Luiz, além de um Hospital de Crianças, em 1919.

Destinada, como de costume, às pacientes pobres – até atingir outras categorias sociais, a partir de 1930 -, a Maternidade Vitor Ferreira do Amaral cumpria também um papel didático e de supervisão, ministrando cursos às parteiras e divulgando informações úteis às

gestantes e futuras parturientes e nutrizes. Porém, apesar da intenção evidente de controle, e em que pesem as concepções daquele momento a respeito do papel a ser cumprido pelas mulheres no conjunto da nação – como produtoras e educadoras da futuras gerações –, foram instituições como essas que ajudaram a erradicar algumas das mais trágicas consequências da falta de salubridade e higiene nas concentrações urbanas modernas: a mortalidade infantil e materna.

Assim, dos indesejáveis à sociedade, pobres, mendigos e doentes incuráveis e contagiosos, aos que representavam seu futuro, mães e filhos, as políticas sanitárias e de saúde dividiam-se entre eliminar e/ou proteger. O panorama arquitetônico de Curitiba, no campo das edificações destinadas à saúde, no Período da República Velha, espelhava, e continua a espelhar através de seus vestígios, a forma como as pessoas daquela época se posicionavam em face aos enormes desafios que as cidades industriais e a modernidade lhes colocavam.

Considerações finais.

Apesar das constatações verificadas, não é possível analisar a relação entre as políticas de saúde e a doença no Brasil como determinada exclusivamente pela estrutura econômico-social ou pela vontade de seus governantes. Nem se pode, tampouco inferir que as políticas sanitárias tivessem um caráter premeditado que visava à superação de todos os obstáculos, em favor do estabelecimento de uma ordem imposta pelo poder das classes dominantes (TELAROLLI, 1996, 16-20).

Seja como for, é verdadeiro que as práticas médicas brasileiras, em conformidade com as ações do governo, acabaram por impor-se na implantação das práticas sanitárias apesar da precariedade do conhecimento científico disponível no país.

Nesse contexto, a construção de estabelecimentos que visavam à preservação e melhoria da saúde geral da população foi um esforço que ajudou a legitimar a presença do Estado nas questões de saúde e higiene públicas. E que também incorporou à consciência nacional brasileira a importância sociológica da doença, apontando possibilidades para sua superação, como a valorização da pesquisa científica, da ciência médica e das políticas de saúde, saneamento e higiene. (MAIO & SANTOS, 1996)

Bibliografia.

- CIDADES BRASILEIRAS: Políticas urbanas e dimensão cultural. São Paulo: IEB/USP, 1998.
- DE BONI, M.I.M. **O espetáculo visto do alto**. Vigilância e Punição em Curitiba, 1890-1920. Curitiba: Aos Quatro Ventos, 1998.
- FARIA, V. **Cinquenta anos de urbanização no Brasil**: tendências e perspectivas. NOVOS ESTUDOS CEBRAP, nº 29, março 1991, pp. 98-119.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979
- _____, **Vigiar e Punir**. A vigilância da prisão. Petrópolis: Vozes, 1986.
- MAIO, M.C.; SANTOS, R.V. **Raça, Ciência e Sociedade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CCBB, 1996.
- MUMFORD, L. **A cidade na história** : suas origens, transformações e perspectivas. São Paulo : Martins Fontes, 1991.
- PEIXOTO, A. **Higiene**. Medicina preventiva. São Paulo: Francisco Alves, 1931. 2 v. 5a. ed.
- PEREIRA, M.R.M. **A forma e o podre**. Duas agendas da cidade medieval de origem portuguesa nas Idades Média e Moderna. Curitiba: UFPR, 1998. (Tese de Doutorado/inédita).
- PERROT, M. **Minha história das mulheres**. São Paulo: Contexto, 2007.
- REVISTA PROJETO HISTÓRIA. São Paulo: EDUC, (25), dez. 2002.
- SALLES, P. **História da medicina no Brasil**. Belo Horizonte: Ed. Holman, 1971.
- SINGER, P.; CAMPOS, O. ; OLIVEIRA, E. M. **Prevenir e curar**. O controle social no através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978.
- SIQUEIRA, M.D. & TRINDADE, E.M.C. **Rumos da pesquisa**: uma história da pesquisa na Universidade Federal do Paraná. Curitiba: UFPR, 1998.
- TELAROLLI Jr., R. **Poder e saúde**. As epidemias e os serviços de saúde em São Paulo. São Paulo: EDUSP, 1996.
- TRINDADE, E.M.C. **Clotildes ou Marias**. Mulheres de Curitiba na Primeira Republica. Curitiba: Fundação Cultural, 1996.