

**Surtos epidêmicos, teoria miasmática e teoria bacteriológica:  
instrumentos de intervenção nos comportamentos dos habitantes da cidade do  
século XIX e início do XX.**

GIOVANA CARLA MASTROMAURO\*

Por uma boa parte do século XIX, em várias regiões do mundo, e inclusive no Brasil, as doenças e a salubridade das cidades vinha sendo problematizada sob diversos aspectos. Os médicos exerceram papel fundamental neste processo através da discussão de várias questões centrais, e o maior debate entre eles se deu em torno de questões relativas à higiene pública. As intervenções urbanas empreendidas no século XIX pelo corpo de médicos (e também engenheiros) responsáveis pelo saneamento das cidades no Brasil encontram sua fundamentação, como em outras partes do mundo (e desde o final do século XVIII), na *teoria miasmática*. O assunto “miasmas” era muito debatido entre os profissionais porque a palavra traduzia quase tudo o que tinha relação com insalubridade, além de ser algo desconhecido: acreditava-se serem os miasmas emanações nocivas invisíveis que corrompiam o ar e atacavam o corpo humano. Os miasmas seriam gerados pela sujeira encontrada nas cidades insalubres, e também por gases formados pela putrefação de cadáveres humanos e de animais.

No Brasil, a discussão referente aos miasmas circulava não somente entre o corpo de médico, as informações sobre seus efeitos maléficos e as maneiras de eliminá-los chegavam também à população. A entrada “Miasmas” consta no *Dicionário de Medicina Popular* dirigido à população e escrito em fins do século XIX por Napoleão Chernoviz (médico polonês radicado no Brasil). No final do século XIX, as novas descobertas bacteriológicas terminaram por conferir uma compreensão unicausal às doenças: cada doença corresponde a um agente etiológico a ser combatido por meio de vacinas e produtos químicos. A unicausalidade seria a grande tônica do preventivismo,

---

\* Doutoranda no programa de pós graduação em História na Universidade Estadual de Campinas. Agencia financiadora: FAPESP

e nela os governos encontravam saídas técnicas para dar conta das questões sociais através de medidas sanitárias. (SPOSATI,1985:22)

Nos bastidores deste debate encontramos os adeptos das duas teorias presentes no final do século XIX: a *teoria miasmática* e a *teoria bacteriológica*.

### Teoria Miasmática x Teoria Bacteriológica

De acordo com o médico polonês Napoleão Chernoviz o miasma se define:

*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 sutileza 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)*

Emanações nocivas, pântanos, insalubridade, ar insalubre, mortífero, infectato, decomposições de matérias vegetais e animais. Todos esses vocabulários tentaram por definir e entender os temidos miasmas mortíferos. Na definição acima do médico fica claro a confusão que se fazia em torno do termo *Miasma* por ser uma emanção nociva, que corrompe, mas não que são invisíveis, são mortíferos, e assim por diante, e só o olfato os reconhece ao final. Em torno do olfato (e leia-se, também: miasmas são malcheirosos, podres etc.) se formulou uma série de concepções a respeito das moléstias que supostamente se originaria dessa emanções. Com a aglomeração intensa das cidades, o aparecimento de indústrias, a intensa quantidade de gente que se muda para habitá-la, a partir do século XVIII são elaboradas teorias que irão orientar comportamentos coletivos e intervenções sobre a conduta da população, quebrando a fronteira do muro da casa para penetrar dentro dos ambientes particulares e moldar a população de acordo com regras de higiene que se estabeleceram no período.

A teoria miasmática consiste basicamente em limpar o espaço urbano, desinfetar, praticar uma higiene “desodorizante” que tenta proteger o ar das emanções e fedores provenientes das coisas. O miasma podia estar presente em tudo: multidões, excrementos humanos e animais, solos úmidos, pântanos, habitações mal construídas, cadáveres, hospitais, gente doente, doenças, água suja etc. Na referida teoria, quando um solo era denunciado como insalubre (perigoso) ele devia logo ser drenado a fim de torná-lo inofensivo para os seus arredores. As ruas deveriam ser pavimentadas para isolar a sujeira e para que a lavagem do solo fosse facilitada. Limpar significa muito mais do que simplesmente lavar, drenar. O ideal era assegurar o escoamento, a evacuação, a eliminação da imundice.

Assim, rebocar, forrar, pintar, caiar paredes, tetos e madeiramentos é vestir uma couraça contra os miasmas. Garantir a ventilação era o principal foco dos médicos higienistas que deveriam controlar o fluxo do ar. Ventilar é varrer as baixas camadas do ar, constringer a selvagem circulação dos miasmas, controlar o fluxo mórbido lá onde a natureza não pode exercer livremente sua regulagem, impedir o aparecimento de doenças. (CORBIN, 1987: 126).

Essas também são as bases para o que Michel Foucault chamou de “medicina urbana”, e que, frisando seus principais objetivos, consistia basicamente em:

- Analisar os lugares de acúmulo e amontoamento de tudo o que no espaço urbano pudesse provocar doença, elencando locais de formação e difusão de fenômenos epidêmicos ou endêmicos como, por exemplo, 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). (FOUCAULT,1998:90)

Foucault (1998) chamou de “medo urbano”, “medo da cidade” e “angústia diante da cidade” todos os medos e pânicos que se desenvolvem dentro da cidade quando começam a aparecer doenças epidêmicas, quando se sente o cheiro e medo dos cadáveres, quando se percebem casas mal construídas e que podem desmoronar. Há também a obra de Jean Delumeau, “História do medo do Ocidente”, de 1989, que relata o nervosismo coletivo de cidades inteiras quando eram acometidas por epidemias de peste. O autor relata:

*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, :110).*

Temos também a obra de Daniel Defoe, “O diário do ano da peste”, cujo 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, além de 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.

O século XVIII foi atravessado por esse tipo de comportamento perante a cidade: abandono, fuga, isolamento. Como as causas e a cura das epidemias e de muitas doenças não eram ainda conhecidas, se formou toda uma teoria sobre o que poderia causá-las, e o saber que se formou na época era justamente em torno desses miasmas desconhecidos que seriam nocivos à higiene pública e pessoal.

Foucault nos dá um exemplo ocorrido na cidade de Paris, no século XVIII, sobre um fato ocorrido no Cemitério do Inocentes localizado no centro de Paris. Lá, cadáveres de pessoas pobres (que não podiam ter um túmulo individual) eram empilhados de tal forma que caíam do lado de fora do muro provocando pressão onde tinham sido construídas casas que foram desmoronadas devido aos corpos inanimados jogados no meio da rua. Tendo provocado doenças na população, solicitou-se então um químico da época, chamado Fourcroy, que pediu a transferência do cemitério para fora da cidade (FOUCAULT, 1998: 87).

Os estudos acima explicam de forma clara a teoria miasmática que tinha basicamente a ideia de afastamento de tudo o que era considerado insalubre, nocivo e desconhecido do núcleo urbano como uma das profilaxias para evitar doenças. Os cemitérios foram muito condenados desde o século XVIII e continuaram até meados do XX, quando o corpo médico se mostra envolvido com a bacteriologia, mas ainda conservando preceitos da teoria dos miasmas.

Ao que se refere ao tema das bactérias, a bacteriologia surgiu em meados do século XIX, mas só foi consagrada em 1880 por Louis Pasteur, que pesquisou o movimento de fermentação das bactérias. Fundamentada nos estudos das bactérias e dos micróbios, a bacteriologia pode ser resumida pelo entendimento de Lima (1934), quando este diz que “[As] bactérias são seres infinitamente pequenos, classificados entre as plantas, não só pela morfologia como pela composição química. O estudo destes seres ínfimos se constitui na bacteriologia”.(LIMA,1934:2)

Para se chegar à definição acima, os estudos do século XIX sobre a bacteriologia foram numerosos. A teoria dos miasmas, que influenciou todo o XVIII e parte do XIX,

orientou a maioria das medidas profiláticas sobre as epidemias. O numeroso contingente de trabalhadores que se aglomeraram em pequenas residências na Europa industrial chamou a atenção de médicos higienista quanto à higiene da habitação e aos costumes dos trabalhadores, taxados de promíscuos. De fato, as condições de vida dos operários e de suas casas contribuíram para a eclosão de diversas doenças infecciosas – uma vez que as moradias eram isentas de qualquer infraestrutura adequada, sem ventilação e iluminação. O elevado número de pessoas no interior de uma mesma casa, abrigados em demasia no próprio quarto de dormir, explica bastante o alastramento de doenças.

É possível tomar como exemplo a tuberculose, que teve seu auge no século XIX. O tuberculoso tosse o tempo todo, uma tosse seca que é constante no doente e pode se prolongar por muitos dias. Esse doente eliminava o bacilo da tuberculose, então, quando tossia dentro das casas úmidas e pequenas, contaminando o resto dos moradores. A doença se manifestava ainda mais através das propícias condições habitacionais degradantes, e seu alastramento era veloz devido ao elevado números de pessoas.

Já a cólera, outra doença que preocupou o mundo todo, também pode ser analisada neste período de acordo com as condições sociais. Os principais sintomas da cólera são vômitos e diarreias. Como não havia sistema de esgoto e as latrinas eram coletivas, as fezes contaminavam a água, que era usada para beber e cozinhar. Assim, não é difícil imaginar como a doença se transformava em epidêmica (UJVARI, 2003:167).

As infecções transmitidas de pessoa para pessoa encontravam nesses ambientes condições muito propícias para se manifestar, ao final, epidemicamente. A contaminação era de pessoa pra pessoa, de casa para casa, de bairro para bairro, até que se instalasse uma grande epidemia. Hoje é fácil entender a relação da doença com as noções básicas de higiene, mas na época não era tão simples.

Os estudos sobre as bactérias começaram a partir de 1850, mas só encontraram respostas definitivas a partir de 1880, o que não significa que a bacteriologia tenha sido rapidamente aceita e absorvida pelos médicos. Estes ainda viam na teoria dos miasmas a explicação para as doenças – considerando os locais insalubres como os focos das epidemias. Os miasmas dominavam o terreno científico, e foram necessários anos de

estudo para que a bacteriologia se firmasse como ciência absoluta. A teoria miasmática estava enraizada na Europa, e muitos tinham sido os estudos e as teorias que se fizeram em torno dela.

Ações do poder público contra as doenças, o ano de 1893 em São Paulo.

A década de 1890 foi muito importante para a cidade de São Paulo assim como para todo o Estado, no que se refere às mudanças no setor da saúde. A administração pública promulgou uma série de leis e decretos em relação à higiene pública. Surgiram laboratórios e institutos voltados a profilaxia e erradicação das epidemias, pautados na ciência que neste momento encontrava espaços físicos para concretizar os estudos que vinham sendo feitos desde 1850 ao redor do mundo. Nesta década foi criado o Instituto Bacteriológico do Estado, o Laboratório de Análises Clínicas, o Instituto Butantã, o Desinfetório Central, o primeiro Código Sanitário do Estado de São Paulo e foram feitos muitos estudos acerca da situação sanitária do Estado. De todas as instituições, destaco neste artigo o Desinfetório central, criado em 1893 no 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.

Com elementos da teoria miasmática e da bacteriológica o Desinfetório isolava o doente, penetrava dentro do espaço privado modificando o meio ambiente e ao mesmo tempo, utilizava elementos químicos e estufas de desinfecção utilizados em laboratórios bacteriológicos. Sendo assim, isolava o doente e o vírus que o acometia, desinfetava o meio ambiente a fim de torná-lo são e livre dos agentes etiológicos.

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 geralmente 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 transportados pelo grupo de desinfetadores, 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 antimoléstia que estava ocorrendo em São Paulo neste período. Ele serviu não só para a desinfecção de objetos e de pessoas contaminadas, mas também como um aparelho profilático da época.

Segundo Nabil Bonduki, foram os desinfetadores os primeiros a entrarem no interior das casas operárias, por estas serem insalubres e deteriorantes. As habitações operárias eram um assunto que preocupava muito as autoridades paulistas. Embora sempre tivessem existido habitações precárias na cidade de São Paulo, elas só passaram a ser consideradas um problema pelas autoridades quando começaram a florescer as atividades urbanas associadas ao complexo cafeeiro. Este, gerando grande expansão do mercado de trabalho, produz como consequência uma aglomeração de trabalhadores mal alojados que constituía grave ameaça à saúde pública. Devido ao grande contingente de pessoas, começaram a ser construídas moradias de baixo custo na cidade (BONDUKI, 1998: 17).

O poder público estava muito preocupado com o controle sanitário das habitações onde o abastecimento de água e de esgoto era muito precário. No que diz respeito ao controle sanitário, essas medidas foram marcadas pela teoria de que as cidade e as moradias são causa de doença e, portanto, os lugares e o moradores deveriam ser controlados para que se conseguisse fazer uma organização do espaço. Isso remete a uma clara ideia de medicina social e medicina urbana (já discutida anteriormente, na esteira do pensamento de Foucault).

Emerson Merhy entende a história da medicina social e da própria saúde pública não como o desenvolvimento linear de um campo de conhecimento, e sim através de alguns conceitos políticos próprios face às possibilidades de organização social. Explica, principalmente, que as práticas centradas no campo individual e biológico,

quando transformadas em instrumentos de intervenção do coletivo, passam a compor o conjunto das práticas coletivas de saúde. Mostra o exemplo de um tuberculoso: ao se buscar o tratamento individual, o doente passa a ser considerado um meio de cultura e de propagação de bacilos, e portanto se compara ao meio ambiente – que é objeto de ação de práticas sanitárias do tipo de saneamento ambiental (MERHY, 1948: 19).

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

É evidente que as teorias microbianas tenham tido uma grande importância na proporção dos diálogos médicos do período aqui abordados neste momento. Isso se encontra facilmente em documentos, tratados, enciclopédias e textos do período que se mostram intensamente ligados com os assuntos sobre a bacteriologia, os quais eram debatidos ao redor do mundo. Em São Paulo, tem-se a criação do Laboratório Bacteriológico em 1893, que se encarregava do estudo de microbiologia em geral, e especialmente o estudo da etiologia das epidemias e endemias – e que foi influenciado pela escola francesa do bacteriologista Louis Pasteur.

Um documento muito importante para entender a situação sanitária e os índices de doenças neste período é o Código Sanitário de 1894 que foi elaborado de acordo com os problemas que a cidade de São Paulo vinha apresentando por todo o século XIX e que ainda se faziam muito presentes. Um ano antes da circulação do primeiro código sanitário, em 1893, o Relatório da Comissão de exame e inspeção das habitações operárias e cortiços no districto de Santa Ephigenia é um exemplo de um dos fatores que preocupavam a administração paulista em relação à salubridade dos locais. Este relatório já foi muito citado em diversos estudos sobre a saúde pública em São Paulo e, sendo detalhadamente discutido por Nabil Bonduki, foi também tema da historiadora Maria Stella Bresciani, que apresenta em seu texto as preocupações dos administradores com a “questão sanitária” em São Paulo com questões referentes às intervenções saneadoras na cidade utilizando as teorias sanitaristas para mostrar como as moradias

para a população de baixa renda compunham parte importante do campo de medidas sanitárias. A economista Maria Alice Ribeiro, fez uma análise detalhada de todas as fichas que compõe o relatório e seu estudo resultou na elaboração de planilhas referentes aos dados de nacionalidade, a atividade econômica, a rua, idade, família, valor do aluguel etc, que nos dá um panorama da população imigrante da cidade que se concentrou neste bairro. O relatório também foi assunto do arquiteto Carlos Lemos que ao discorrer sobre este relatório faz referencia ao código de postura de 1886, mostrando como a República mantinha um elo com o Império ao que se referia às preocupações com a higiene da habitação.

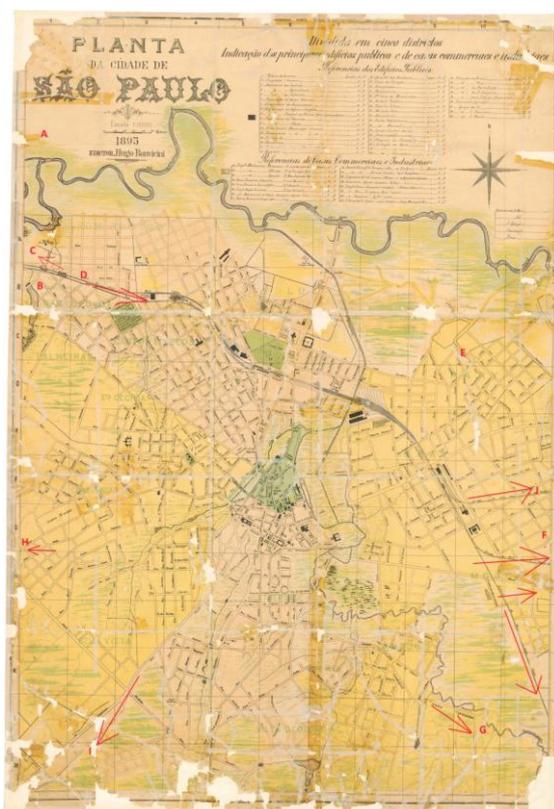
No capítulo I do relatório “*das habitações operárias nesta capital, e do seu exame de inspeção*”, fica evidente o quanto o cortiço não cabia nas normas de higiene do período. A higiene repele o cortiço e a habitação pobre em geral. O Estado condena o pobre, o acusa de promíscuo, vê sua casa como insalubre,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

Quando da tentativa de explicar a causa do aparecimento de uma epidemia na capital, a Comissão chegou à conclusão de que “o mal” apareceu devido às condições de meio, de topografia e da população existente no local, a qual, no caso, era a população operária, onde “as condições de vida impellem-n’á a accumular-se onde encontra mais facilidade de viver, e essa facilidade só a obtém com sacrificio da saúde”. Com as leis da higiene na mão, o poder público manda demolir, retocar e reformar o que não pode permanecer sem “corretivo”. Faz desaparecer utilidades, cria outras e nem sempre é obrigado a “indenizar o que houver de condenar muita vez” (1893, cap.I).

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

A comissão se deteve especificamente ao estudo do bairro de Santa Ifigênia. Escolhida por ter sido bastante atingida pela epidemia de febre amarela, a área de análise se limitava às ruas Duque de Caxias, Visconde de Rio do Branco, Vitória,

Triumpho e Largo do General Osório. No capítulo VIII é possível perceber a aplicação da teoria higienista do período na localização de habitações operárias que aproveitava terrenos desocupados do perímetro urbano e próximo às ferrovias, em bairros afastados da aglomeração de 10 a 15 km. De acordo com o mapa, seriam as regiões de Sant´Anna, Água Branca, Pirituba, Pary, região dos campos que vão além da Mooca, terrenos vizinhos do Ipiranga, e região da Várzea de Pinheiros.



Planta da cidade de São Paulo em 1895 feita por Hugo Bonvicini. A - Sant´Anna, B - Água Branca, C - Pirituba, D - Estrada de Ferro Inglesa e Sorocabana, E - Pary, F - região dos campos que vão além da Mooca, G - terrenos vizinhos do Ipiranga, H - Direção da Várzea de Pinheiros, I - Caminho para Santo Amaro, J - Estrada de Ferro para o Rio de Janeiro, L - Estrada para Santos. Fonte: Arquivo Público do Estado.

Entendia-se que onde existem fatores agravantes de salubridade existem também doenças e aparecimento de epidemias; pensamento dominante que se impunha nesta década e que tinha suas origens em teorias desde o século XVIII. Também no ano de 1893 a Seção de demografia – órgão público de extrema importância profilática em São Paulo que se encarregava em zelar pela salubridade pública – fazia o serviço de estatística sanitária analisando, entre outras, a “Mortalidade” da capital e do Estado. Esta era dividida por idade, sexo, estado civil, nacionalidades, bairros e moléstias. Sua

existência era fundamental para os administradores, sendo assim classificada por Joaquim da Silva Pinto: “Nesta cruzada patriótica e humanitária é a demografia a luz que as administrações, apontando-lhes o rumo a seguir, os perigos a evitar, os males a combater” (SILVA PINTO, 1893).

No ano de 1894, o secretário de negócios do interior José Cardoso de Almeida acusa as habitações operárias de serem o maior foco de disseminação da febre amarela na capital:

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

Quando era confirmada a doença dentro de uma residência, desde o princípio o doente devia ser posto em isolamento completo. Os móveis deviam ser retirados do quarto, e as roupas, e a cama devia ser posta no meio do quarto, longe das paredes. A polícia também devia ser avisada fazendo guarda na frente da residência para impedir a entrada e saída de qualquer pessoa que não fosse um médico enviado pela repartição sanitária a fim de impedir o contágio.

As tensões que se faziam em torno das epidemias e dos bairros pobres e dos operários pululavam na capital paulista, exigindo cada vez mais uma solução que, de fato, resolvesse os problemas da higiene pública.

De acordo com André Mota, tal era o caminho que o Estado buscava quando do projeto de saúde e higienização de São Paulo:

*Afirmava-se que quem chegasse em solo paulista, logo constataria as particularidades da história do Estado, corporificadas em seus habitantes, em suas cidades e sobretudo em suas instituições médicas. Os estrangeiros*

*que aportassem em “terras bandeirantes” deveriam ter as melhores impressões da organização médico sanitária realizada pelos serviços de higiene e de suas instalações. Segundo os dirigentes, não poderia ser de outro modo, pois o estágio de desenvolvimento de um país se julgava pela expansão de sua instrução pública, que era preparo do futuro da nação, e pelo rigor dos seus cuidados higiênicos, pois a saúde dos habitantes garantiria o presente e preservaria o futuro (MOTA, 1969: 52).*

### Conclusão:

Os conhecimentos sobre a bacteriologia que temos atualmente foram se disseminando aos poucos pelo mundo. Há uma grande distância entre o conhecimento e sua aplicação nos diversos saberes que envolvem o assunto da higiene urbana. Entendemos que este foi um dos motivos que favoreceu, no período abordado, a presença das duas teorias médicas, e, embora atualmente a palavra “miasma” tenha se tornado obsoleta, não consideramos que seus preceitos foram totalmente errados. Ainda hoje, existem alguns fatos quando da eclosão de alguma epidemia (como a dengue, por exemplo) onde se utilizam medidas profiláticas de saneamento básico e de limpeza do ambiente, intervindo no espaço urbano para se evitar a proliferação do mosquito que causa a doença, e que são extremamente eficazes.

O caso da gripe H1N1 também pôde ser citado, se levarmos em consideração as recomendações profiláticas que as pessoas receberam e que era, em primeiro lugar, a higiene para se evitar o contágio. Este se dá através de pessoa para pessoa, ou pelos objetos. Isso também pode ser entendido como uma intervenção no meio ambiente como medida para se evitar a infecção. Até hoje existem quartos de isolamento nos hospitais, e não é incomum o lacre de um caixão quando de falecimento por doenças infecciosas ou quando o corpo já se encontra em grau inicial de decomposição.

### Bibliografia

BONDUKI, Nabil. *Origens da habitação social no Brasil*. Arquitetura moderna, lei do inquilinato e difusão da casa própria. São Paulo, Edição liberdade, FAPESP, 1998

CHERNOVIZ, Napoleão. *Dicionário de medicina popular*. [s.l.]: 1890. Disponível em: <<http://www.meusdownloads.com.br/p-servicos.jsp?ppID=c586>>. Acesso em: 30.07.2008.

CORBIN, Alan. *Saberes e odores. O Olfato e o Imaginário Social nos Séculos XVIII e XIX.* São Paulo: Companhia das letras, 1987 (pag. 149).

CORDEIRO, Simone Lucena (org). *Os cortiços de Santa Ifigênia: sanitarismo e urbanização (1893).* São Paulo: Imprensa Oficial, 2010.

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.

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

LIMA, José Pedro de Carvalho. *Bacteriologia.* São Paulo: Sociedade Imprensa Paulista, 1934.

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.

MERHY, Emerson Elias. *O capitalismo e a saúde pública. A emergência das práticas sanitárias no estado de São Paulo.* 2ª edição. Campinas: Papyrus, 1987.

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

UJVARI, Stefan Cunha. *A História e suas epidemias. A convivência do homem com os microorganismos.* Rio de Janeiro: Ed SENAC São Paulo, 2003.

### **Relatórios:**

Relatório da Comissão dos Cortiços de Santa Efigenia 1893,