

ANPUH-Brasil – 31º Simpósio Nacional de História Rio de Janeiro/RJ, 2021

Entre a fazenda e a cidade, o poder e a salubridade

Ana Maria Cardachevski

Resumo

A configuração urbana da atual cidade de São Paulo credita ao período de expansão proporcionado pelo capitalismo agrário exportador cafeeiro e suas transformações no ambiente natural paulista da primeira República, alguns de seus principais fundamentos.

A política de imigração, responsável pela substituição do trabalho servil pelo trabalho livre em forma de colonato nas fazendas do interior, permitiu um grande alargamento do comércio internacional e com isso, a geração de capital excedente, que acabou investido no sistema bancário, em parcerias de obras urbanas, na criação de estabelecimentos diversos, nas tecelagens, em indústrias de alimentos, na expansão ferroviária e em projetos de novas edificações.

Antes do início da República, a substituição do trabalho servil pela elite cafeeira já havia tornado oportuna a preferência pela mão-de-obra européia, fazendo convergir ideais de mestiçagem e branqueamento no adensamento da população, expressos na vinda de grandes levas de imigrantes oriundos da Itália, primeiramente. No entanto, as oscilações econômicas do mercado internacional, associadas às super safras de café geraram, durante toda a primeira República, instabilidades e retração no trabalho dos colonos, que insatisfeitos deixavam as fazendas em direção às cidades e suas atrativas oportunidades de trabalho. Nesse sentido, o grande aumento populacional em São Paulo, no início do século XX criaria grande impacto na infra-estrutura incipiente, sendo agravado pela reincidência das epidemias de febre amarela, varíola, cólera morbo e peste bubônica, que invariavelmente também acometiam Santos e Campinas.

Desse modo, a elite cafeeira acabou por tornar-se protagonista, ao assumir projetos de higiene para a saúde e a salubridade, a princípio financiados com capital privado e voltados à obras e intervenções de engenharia sanitária, higiene pública, desinfecção e polícia médica, para manter as condições mínimas e viáveis ao complexo cafeeiro, aos investimentos e para o fluxo constante e atrativo de mão-de-obra.

Como tecnologia, na gênese das disciplinas dedicadas às cidades, a medicina social do século XVIII e início do XIX convertida em medicina urbana emprestaria, por meio de seus modelos de quarentena e manuais de higiene, práticas e repertórios necessários ao controle das condições de salubridade nas cidades e, em São Paulo, criaria um modelo de distribuição de seus habitantes e operação urbana, por muito tempo atuante e linha política de intervenções, exemplar, para os demais estados e o próprio governo federal.

Palavras-chave: reformas urbanas; imigração; oligarquias; poder; higiene pública

Introdução

Às vésperas do golpe militar que instituiu o Estado Republicano em 1889, prosseguia em São Paulo a política de imigração ou de “povoamento” com trabalhadores livres, num sistema de

ANPUH-Brasil – 31º Simpósio Nacional de História Rio de Janeiro/RJ, 2021

colonato já alterado¹, para a vinda de europeus em vista dos investimentos para a produção e exportação de café. Liderada pela Sociedade Promotora de Imigração, a política apresentava uma lógica operacional diferente dos padrões adotados à imigração durante o regime servil. Dentre algumas implicações com a vinda de imigrantes para as lavouras, há, primeiramente, uma mudança na composição étnica da população da província². Segundo dados do censo de 1872 e das pesquisas posteriormente desenvolvidas³, na década de 1870, a população de afro-brasileiros correspondia a 45% da população estadual paulista. Em 1890, decresceu para 30% e em 1920 já equivalia a 10% da população. Mas esses números são dados menos pelo deslocamento do negro, o que ocorreria décadas depois; e mais pelo aumento da população branca que ocorreria na ordem de um quinto, entre 1872 a 1886. Quanto ao deslocamento de negros no pós-abolição, “o estoque racial branco converte-se no contingente populacional que deveria fornecer o grosso da mão-de-obra, em um sistema de produção em que o trabalho escravo seria eliminado pelo trabalho livre” (Fernandes, 2007, p.161). Com isso, no entanto, não apenas o africano, ou escravizado, como os libertos pardos, se ressentiriam da falta do trabalho, cujo agente passou a ser o imigrante. Além dos aspectos configurados pela República e pelo pós-abolição, a cidade também fora objeto de uma série de reformas, particularmente empreendidas com a instalação das ferrovias a partir de 1869. A circulação e uma nova escala de mobilidade contribuiriam para um grande adensamento populacional nas últimas décadas do século XIX e início do XX.

São marcos no calendário das reformas principiadas pela gestão do professor da Academia de Direito, João Theodoro Xavier, algumas intervenções expressivas, como a iluminação pública a gás, o arruamento das margens do Tamanduatehy na altura do Mercado da rua 25 de Março e a criação da Ilha dos Amores, na altura do antigo Mercado de Peixes e Almojarifado (Toledo, 2004; p.80). Também voltado às melhorias da face leste da Cidade, criar-se-ia a ligação da Rua do Hospício até a Ponte da Mooca; a abertura da Rua General Glicério com 982 metros de extensão e 13 metros de largura, além dos melhoramentos nas

¹ Durante o Império núcleos de colonos imigrantes foram formados, com outra escala, em diversos estados brasileiros.

² Viotti da Costa (2008) e Beiguelman (1978) ilustram entre mudanças no cenário econômico internacional, o avanço do capitalismo e a Revolução industrial inglesa, como causas e efeitos para o fim do modelo escravocrata na economia agrário exportadora paulista.

³ Samuel Lowrie e Horace Davis - As pesquisas sobre o padrão de vida dos trabalhadores da cidade de São Paulo, Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo

ANPUH-Brasil – 31º Simpósio Nacional de História Rio de Janeiro/RJ, 2021

Ruas do Pari e do Gasômetro com um extenso aterramento da várzea de 2000 metros de comprimento e 12 metros de largura, unificando essa área com o Centro da Cidade. Contudo, o que deu notabilidade à gestão de Xavier, no entanto, seriam os cuidados de “embelezamento” do Jardim Público da Luz, um prenúncio de que o paisagismo, a estética e os lugares para o lazer ganhariam cada vez maior prestígio. Tais esforços revelados pelo gestor que governara de 1870 a 1874 eram parte da estratégia para atrair a elite de maneira permanente para a Capital da província, com todos os negócios daí decorrentes. No fim dessa década e nas seguintes, com investimentos de capital de empresas estrangeiras, tínhamos a implantação do sistema canalizado de água da Companhia Cantareira em 1877; a luz elétrica pela Companhia Paulista de eletricidade em 1888; o viaduto do chá, com projeto de Jules Martin, inaugurado em 1892 e substituído apenas em 1938, pelo atual. Contudo, a cidade sofreria com a falta de infra-estrutura e as habitações coletivas se converteriam em solução temporária para acomodar as famílias de trabalhadores, que por diferentes motivos, entre oportunidades de trabalho urbano acabaram na Capital se fixando.

A elite, o café e os trabalhadores

Já na gestão republicana de Antonio da Silva Prado de 1899 à 1910, do PRP (Partido Republicano Paulista) pertencente à elite produtora de café da região oeste (Ribeirão Preto), banqueiro e herdeiro de inúmeros imóveis e ainda industrial proprietário da Vidraria Santa Marina e da Companhia Paulista de Estradas de Ferro, São Paulo receberia um novo pacote de intervenções sanitárias e urbanas voltadas a conferir modernidade, segundo a expressão da *Belle Époque* francesa, a partir da difusão e influência dos planos de *Hausmann* e do higienismo sanitário em Paris e outros centros europeus. Em São Paulo, como em outras cidades latino-americanas, com aumento da população e sua diversificação houve uma substituição das características e vínculos religiosos comunitários para formas de sociabilidades caracterizadas pelos espaços novos ou reformados, diferentes instituições e associações que agregariam interesses políticos e identitários laicos, recreativos ou mesmo de ajuda mútua. Nesse período, ainda, Prado perseguiu os vestígios da cidade colonial, substituindo, como o seriam por décadas e bem lembrado por Benedito Toledo (2004; p.91), todas as edificações de taipa por novas edificações em tijolos. A expansão voltou-se à face oeste da cidade na direção do Centro novo, e primou pelo “embelezamento” de praças; pelo projeto e início das obras do Teatro Municipal, do escritório Ramos de Azevedo; além de ser

ANPUH-Brasil – 31º Simpósio Nacional de História Rio de Janeiro/RJ, 2021

responsável pela concessão de serviços de eletricidade para o transporte dos bondes, sempre voltando-se aos ideais da cidade europeia como modelo.

Embora o grande contingente de imigrantes estivesse de passagem, pois o destino eram as lavouras de café, uma parcela significativa era atraída pelas oportunidades da cidade, obrigando ao acúmulo de trabalhadores e suas famílias em cômodos nas regiões de Santa Efigênia, Brás, Mooca e Bela Vista. A cidade que em 1874 possuía 23.352 habitantes passaria em 1894 a 154.000 e em 1900 a 260.000 habitantes (Ferreira Santos, 1998; p.32). Ainda assim, foram necessárias outras medidas de higiene, visto que entre 1882 e 1914, entraram em São Paulo 1.553.000 imigrantes e saíram 687.000 (Kowarick apud Hall, M.op.cit.1987, p.165). É também desse período a expansão dos empregos urbano-industriais e mesmo a saída dos imigrantes insatisfeitos com as condições, sem que tivesse faltado mão-de-obra na cidade e nas lavouras.

Ainda que a economia prosperasse e criasse um modelo de exportação importante, garantindo uma “enxurrada” de negócios faltavam diferentes insumos, o que acabava obrigando a um bom saldo de importações. Além disso, havia uma franca oscilação do preço do café na balança comercial, em vários momentos, durante o último quinquênio do século XIX e primeiras décadas do XX. Com isso, houve um afluxo migratório do meio rural para o urbano, fenômeno observado em diferentes municípios do Estado, além da Capital. Devido à superprodução, e às tentativas de conter a queda do preço do café, como lembra Caio Prado Jr. (1984; p.221) passa a haver uma restrição ao trabalho nas lavouras o que provocaria êxodo das fazendas para as cidades

”Em 1896 o café brasileiro enfrenta sua primeira dificuldade comercial: os preços declinam, estoques invendáveis começaram a se acumular. Estava-se diante de uma situação nova e inteiramente insuspeitada no passado: a superprodução”.

Essa, entre outras instabilidades na oferta da produção, obrigou, muitas vezes, a queda em até 50% do valor original do café, trazendo benefícios apenas aos intermediários e obrigando os fazendeiros a rebaixar o valor pago pelo trabalho da cultura aos imigrantes. A deterioração das condições de trabalho, por sua vez, contribuiu para a promulgação do Decreto Prinetti, de 1902 (Beiguelman, 1978; p.91), por meio do qual o Comissariado de emigração italiana, juntamente ao Ministério dos Negócios Estrangeiros de Roma, proibiu a emigração subsidiada, sem impedir, no entanto, que os interessados arcassem com o próprio custeio da viagem. Mas a questão que aqui mais interessa é o fato que as instabilidades econômicas, aliadas ao regime austero imposto ao colonato, em diferentes circunstâncias, acabavam por

ANPUH-Brasil – 31º Simpósio Nacional de História Rio de Janeiro/RJ, 2021

preferir o trabalho nas lavouras, estimulando a vinda de parte dos imigrantes para as cidades, à procura de outras formas de trabalho.

Dados do último decênio do Oitocentos, pós-abolição e no início da República indicam já uma forte presença de estrangeiros na Capital, correspondendo à 55% dos residentes, que ocupavam 84% das atividades manufatureiras, do setor da produção fabril; 81% no ramo de transportes e 72% nas atividades comerciais. No início do Novecentos, 92% dos trabalhadores na indústria eram estrangeiros ou filho de estrangeiros, os quais incorporaram o manuseio e operação das máquinas, de ambos os sexos, sem contar crianças, conjunto o qual não incluía sequer 10% de integrantes nacionais. (Kowarick, 1987, apud Bandeira Jr., p.103). Vale reiterar, no entanto, que ao contrário da acepção de maior qualificação para a indústria, a maior parte dos imigrantes nesse período tinha a qualificação artesanal para a prestação de serviços. Sapateiros, ferreiros, pedreiros, padeiros, agricultores, tal e qual os serviços tradicionalmente prestados pelos nacionais. A diferença estava na forma como o imigrante, ávido por tarefas e expedientes de trabalho, se lançava à busca de empreitadas. (Beiguelman, 1978; p.118)

Mas é em decorrência da política de imigração assumida em São Paulo, o crescimento da população e necessidades advindas das transformações do contexto social e econômico que a implantação de serviços sanitários se deu, primeiramente como empreendimento privado dos fazendeiros paulistas (Mehry,1985; Beiguelman,1978; Kowarick,1987; Hochman,2011). Já premidos pela suspensão da imigração italiana pelos órgãos de controle, em função de baixos salários e pelas inadequadas condições de salubridade dos centros urbanos, os fazendeiros do oeste paulista foram “empurrados” à atuar no protagonismo sanitário, até porque parte de seus interesses iam muito além das lavouras de café, alcançando também as oportunidades geradas nas cidades. O grupo responsável por decisões estratégicas estava representado, ou ocupava cargos no Governo da província ou do país, tornando a relação entre os interesses privados e as facilidades obtidas pelas posições na estrutura republicana e suas deliberações, consequentes umas das outras. Nesse circuito político econômico, a elite cafeeira também estava presente nos empreendimentos industriais, na direção das ferrovias, dos bancos; além, é claro, da política imigratória e seus critérios adotados, nesse caso pela Sociedade Promotora de Imigração, contrária ao que propunha a Sociedade Central de Imigração, representada por André Rebouças e Alfredo D’Escragnolle Taunay, cujos interesses estavam definidos pela formação e distribuição de diversos núcleos coloniais e pequenas propriedades produtoras de alimentos. Com a proibição da imigração italiana,

ANPUH-Brasil – 31º Simpósio Nacional de História Rio de Janeiro/RJ, 2021

outros grupos acabam por substituí-la, como os de portugueses, de espanhóis e de japoneses.

No empreendimento e percurso imigratório, duas cidades eram destinos obrigatórios dos trabalhadores que vinham em vapores da Europa, na terceira classe, com passagens subsidiadas, juntamente às suas famílias: Santos e São Paulo. Parte dos imigrantes podia ser convocada já no Porto, mas o usual era que os trabalhadores fossem trazidos pela ferrovia, a Inglesa, de Santos para a Hospedaria de Imigrantes na Mooca. Para lá se dirigiam os responsáveis para a contratação das famílias levadas às colônias nas lavouras.

Dizem os diferentes estudos históricos (Luz, 1982; Mehry, 1987, Cordeiro et al, 2010) que as epidemias de febre amarela, cólera-morbo, peste bubônica, varíola e malária que invariavelmente circulavam por São Paulo, Santos e Campinas desde os últimos decênios do século XIX, foram responsáveis por práticas sanitárias e medidas para a saúde pública⁴, simultâneas. Tais iniciativas visavam impedir a restrição ao fluxo de imigrantes estrangeiros e de migrantes brasileiros de outras regiões e, sobretudo, garantir que as condições de insalubridade não colocassem em risco a circulação e a economia estadual em seus ramos de localização essencial. Parece importante destacar, mesmo que não se possa detalhar, que a constituição de uma política de valorização do café manteve um permanente estímulo à ampliação de novos cafezais e à expansão dos latifúndios no Estado de São Paulo sempre acompanhados por novos ramais ferroviários. Segundo os investimentos feitos e a ascensão política dos segmentos oligárquicos em cujo contexto estava incluída a imigração, como um fator dinâmico, operava-se ao mesmo tempo a expansão do setor agrário, o fortalecimento de um mercado interno, dado pelo adensamento gerado pelos próprios imigrantes em seu necessário consumo, além do desenvolvimento do setor industrial urbano e todos os aparatos de cuidados higiênicos e reformas com melhoramentos para a vida nas cidades no início do século XX, em São Paulo, e demais cidades do sistema econômico. Do ponto de vista dos segmentos sociais, a tensa distribuição de forças contava de um lado, com parte da alta burguesia vinculada à parcela agroexportadora da economia e com o latifúndio; e de outro lado, a burguesia voltada a fortalecer as atividades de um incipiente mercado interno, que por proximidade de interesses estava mais ligada à classe média e ao proletariado, força de

⁴ Nesse período há uma distinção entre serviços de saneamento e serviços de saúde pública, ficando a cargo dos primeiros as obras e infraestrutura para abastecimento de água e coleta e tratamento de esgotos. Já os serviços de saúde pública estão objetivados por práticas médicas como a obrigatoriedade das medidas de vacinação, o policiamento e a vigilância das condições de salubridade de estabelecimentos, transportes e habitações.

ANPUH-Brasil – 31º Simpósio Nacional de História Rio de Janeiro/RJ, 2021

trabalho e habitantes principais do crescente cenário da vida urbana (Beiguelman, 1973; p.90).

A saúde e a salubridade

A partir da Independência e durante o período imperial, a questão da saúde emerge como fundamento das relações econômicas e sociais, particularmente inserida no trato com o mercado externo. Ao longo das décadas, a ordem médica implantaria modelos e projetos institucionais em associação ao Estado para infundir, por meio de dispositivos⁵ de dominação, inspeção e controle médico, o conjunto social. Segundo Luz (1982; p.33), a medicina proporá, por meio de agentes, “os médicos”, “uma terapia, uma resposta, uma explicação para cada situação, principalmente quando a ordem social estiver em jogo”. A partir dos anos 1870, com a crise do regime de trabalho servil e a expansão da economia cafeeira, dotando de expressão a região sudeste, a presença médica se fará em todas as manifestações políticas, por meio de institutos e associações sempre moldadas pelos discursos de apologia da modernização e da transformação social.

Com o advento republicano e o impacto das mudanças sociais, econômicas e políticas do final do século XIX em diferentes contextos, cidades latino-americanas, europeias e particularmente brasileiras, elencariam propostas médicas de intervenção sobre o espaço urbano, com o propósito de saneá-lo e, segundo princípios médicos e também “morais” para a salubridade, cujo significado implicaria um conjunto de requisitos adequados à saúde coletiva, segundo fundamentos da teoria miasmática e posteriormente, com as diretrizes da teoria microbiológica e a configuração teórica e prática da área de higiene pública e da engenharia sanitária. Desse momento em diante, pode-se considerar que “o nascimento de um movimento a favor do urbanismo é diretamente ligado a uma sensibilidade generalizada para questões de higiene pública” (Calabi, 2012; p.81). E ainda, na direção da tarefa de criar as condições sanitárias urbanas necessárias à manutenção da saúde “(...) O desafio é poder aperfeiçoar uma legislação que permita planejar um futuro no qual os “males” urbanos possam ser debelados.”(Ibidem). Nesse sentido, compreender as injunções históricas e os princípios políticos de ordenação da vida urbana e sob quais práticas foram criadas as especialidades

⁵ A partir do campo filosófico político de Michel Foucault, segundo o qual “dispositivo” tem sempre um desempenho estratégico concreto e se insere numa relação de poder. Pode ser identificado a um conjunto de coisas heterogêneas como discursos, instituições, edifícios, leis, normas, medidas, proposições teóricas sendo “dispositivo” a rede tecida entre esses elementos integrantes. Também devemos, nessa perspectiva entender “dispositivo” com aquilo que possui a capacidade de orientar, modelar, controlar, e capturar gestos, condutas e opiniões num determinado contexto e, ou episteme.

ANPUH-Brasil – 31º Simpósio Nacional de História Rio de Janeiro/RJ, 2021

de projeto e gestão na nascente República, se destacam nas motivações deste momento histórico.

Ainda no Governo provisório, a Constituição de 1891 orientou a descentralização das ações sanitárias terrestres levando para a gestão dos governos regionais, o fato doravante inédito da autonomia das práticas de saúde pública e saneamento, possibilitando a criação e capacitação de órgãos, institutos e departamentos para as estratégias de higiene e para enfrentamentos sanitários em casos de epidemias. O teor constitucional formalizaria o que seriam as práticas sanitárias no Brasil durante a primeira República. Assim, fica evidente a organização de uma estrutura administrativa para práticas sanitárias, de competência estadual, ou em alguns casos municipal, expressando a dinâmica do complexo político em diferentes arranjos da oligarquia. Na última década do Oitocentos, o investimento em Saúde Pública correspondeu a 23% do Orçamento Estadual, tendo decrescido até 1920, em cada decênio a ordem de 8% e 10%. A justificativa dada por Mehry (1987) para o decréscimo está desenhada pelo efeito posterior à implantação de determinadas ações, de manutenção, acomodação e não mais de criação (mais oneroso) do aparato sanitário. De outra forma, também “os gastos com a organização do aparelho militar do Estado mostram, que as questões sociais eram tratadas, fundamentalmente, como questões de polícia, mesmo quando se efetivassem outras propostas de política social.” (idem, p.71)

Para ordenação e controle dos espaços da cidade, foi muito difundido no século XIX, o manual sobre polícia médica do autor alemão Johann Peter Frank “Sistema de Polícia Médica Geral” (Jori, 2013). Dos assuntos tratados, destacam-se a importância da estatística, a configuração de hospitais militares, as doenças epidêmicas, as moléstias infecciosas, entre outros. No manual fica também patente que as normativas eram de ordem geral, reunindo indicações sobre as condições de higiene das moradias, localização física, instalações de edifícios e necessidade de circulação do ar, além das dimensões ideais para o interior das casas. Com grande capilaridade, este entre outros manuais, difundiram-se na consolidação de uma relação entre saúde e sociedade por meio das noções da polícia médica. O conhecimento ou “ciência da polícia médica” normatizou práticas diversas como das fábricas poluentes, dos matadouros, sobre o lixo nas ruas e animais mortos, mas também sobre a prática de costumes, eventos religiosos, higiene individual, comércio, segurança, manufaturas, que posteriormente deram corpo às diferentes especialidades, seus conteúdos, repertórios e operações sobre a vida urbana, o governo e a população. No contexto nacional e especialmente paulista, a Polícia Sanitária foi criada em fins do século XIX com o objetivo

ANPUH-Brasil – 31º Simpósio Nacional de História Rio de Janeiro/RJ, 2021

principal de detectar o inadequado e o insalubre. Sob a responsabilidade municipal tinha como agentes os inspetores sanitários que atuavam indicando possíveis focos de doenças, recaindo as ações de intervenção em habitações, estabelecimentos de comércio, cemitérios em Igrejas e, principalmente, os cortiços. Sob os princípios miasmáticos e bacteriológicos, esses que já integravam parte dos discursos e práticas médico sociais, a polícia sanitária no ano de 1894, segundo relato de Silva Pinto, realizou 57.088 visitas domiciliares e 12.265 vacinações (Mastromauro,2010, p.58). Além disso, tal atuação se dava em parceria com o Desinfectório Central, que havia sido criado em 1893 com a finalidade de higienizar ambientes em que houvesse a suspeita ou confirmação das moléstias, pelas equipes de desinfectores, policiais e fiscais.

Em 1892, criou-se o Instituto Vacinogênico e a Comissão de Vigilância Epidemiológica para a zona urbana paulista; em 1893, regulamentou-se o Laboratório Bacteriológico e o Serviço de Desinfecção, redigindo-se o primeiro Código Sanitário Estadual em 1894, e no mesmo ano regulamentando-se o funcionamento do Hospital de Isolamento, para os casos em que as quarentenas ou cordões sanitários não pudessem ser aplicados. O Instituto Butantã foi criado em 1901, e em 1903, o Instituto Pasteur (Merhy, 1987; p. 48). Acompanhando os Institutos, saberes e conteúdos profiláticos circulariam por meio de boletins, revistas e relatos em periódicos, consolidando a normalização médica e disciplinar em meio urbano, principalmente com apoio da imprensa diária.

Com a República, um conjunto de iniciativas dentre as quais a institucionalização das normas e práticas sanitárias, muitas das quais atribuições da província, passaram para o controle do poder municipal. Em 1892, é criada a Intendência de Obras Municipais, que passaria a contar com uma Comissão de Melhoramentos da Cidade. Essa tinha como atribuição, de forma inédita e aí está o mérito segundo Leme (Ribeiro e Pechman,1996, p.247), da organização do plano geral da Cidade, sendo a Comissão que vincularia “pela primeira vez a execução de obras, edificações, melhoramentos e embelezamentos à organização de planos ou projetos urbanos”. Ainda, são do campo profissional da engenharia sanitária, os primeiros projetos e planos urbanos com sua expressão maior, Francisco Saturnino de Brito que levaria à prática, as diferentes influências do higienismo de Charles Barde com o manual “Salubrité des habitations et hygiène des villes” e também do plano como ferramenta de saneamento, do francês Jules Rochard, co-autor da “Encyclopedie d’hygiène et de médecine publique” ambos dedicados à sistematizar o conhecimento sobre a cidade, sua construção, edifícios públicos, habitações, demonstrando o interesse da medicina e da engenharia por processos científicos

ANPUH-Brasil – 31º Simpósio Nacional de História Rio de Janeiro/RJ, 2021

de intervenções e transformações urbanas. (Bertoni, 2015; p.76). A visão orgânica da cidade, aliada ao plano estético permitiu que as intervenções trouxessem soluções pensadas como complementos às demais partes características da cidade, segundo um organismo vivo, com o relevo, o clima e sua topografia; garantindo assim diretrizes para a expansão com elementos restaurados do passado. Como exemplo, o sistema de canais de fluxão e drenagem das águas concebido e realizado entre 1905 e 1910 por Saturnino de Brito, acabou por definir para o futuro de Santos toda a estrutura do sistema viário das áreas de futura expansão da cidade.

A febre amarela, a cólera morbo e a peste bubônica em cidades do interior, São Paulo e Santos, orientaram autoridades médicas para programas de visitas domiciliares em “áreas” para as quais as aglomerações em habitações coletivas de trabalhadores despertavam a atenção. Em São Paulo, localizavam-se nos distritos da Sé, Consolação e Santa Efigênia. No ano de 1893 a Intendência Municipal, sob a influência dos segmentos sociais e políticos, cria a “Comissão de exame e inspeção das habitações operárias e cortiços no distrito de Santa Efigênia” constituída de especialistas para avaliar as condições de higiene mais afetadas pela febre amarela. O relatório revela em detalhes a situação interpretada pelos inspetores e analistas que adentravam os imóveis e seus cômodos para conferir a vida íntima desses trabalhadores e a responsabilidade de proprietários pela situação oferecida aos inquilinos. As propostas disso advindas indicavam desde a demolição ou reforma dos edifícios até a construção de “habitações operárias de caráter urbano” (Cordeiro et al 2010; Bresciani, p.21). Duas plantas são indicadas, uma com características aceitáveis para construção na cidade e outra, com características de vilas operárias para que fossem implantadas fora dos perímetros urbanos, nos subúrbios ou periferia. Quanto às plantas das vilas operárias é destacada a importância de lotes com saneamento e de acordo com a distância, à proximidade de ramais ferroviários como transporte. Dos terrenos nos limites centrais são sugeridas as áreas desocupadas nos distritos do Pary, Mooca, Cambuci, Pacaembu e Bexiga.

O significado da palavra “melhoramento” era empregado para qualquer intervenção, com ou sem plano até, aproximadamente a década de 1940. A expressão “urbanismo” teria sido incorporada do francês *urbanisme* em publicação no Boletim do Instituto de Engenharia, em 1918, por Victor da Silva Freire, e pode ser entendida também como expressão da consolidação desse saber especializado que a partir da segunda década do século XX distingue-se dos higienistas, gestores públicos, ainda que os pressupostos do higienismo-sanitarismo tenham permanecido ativos mesmo depois de estabelecido o campo profissional do “urbanista” (Fapesp:Bresciani,2010). Para a configuração desse “saber pragmático e

ANPUH-Brasil – 31º Simpósio Nacional de História Rio de Janeiro/RJ, 2021

operativo” (Calabi,2012) o urbanismo contou com a convergência de competências da higiene pública, da química, da medicina, da arquitetura, da engenharia urbana, dentre outras e consolidar-se-ia entre meados do século XIX na Europa e entre nós, até o início da década de 1920, tendo sempre como meio de trocas e informações a “Sociedade Urbanística Internacional” (Ibidem, p.32) a realização de Congressos de habitação, as Exposições Internacionais, os Códigos de Higiene, Posturas e Obras particularmente obtidos para o controle das grandes populações urbanas.

O engenheiro português Victor da Silva Freire com formação em prestigiada escola francesa, atuou por vinte e seis anos à frente do Departamento de obras da Prefeitura de São Paulo, sendo considerado grande responsável e crítico de projetos e obras, códigos e, da formação da engenharia paulista daquele período, contribuindo na consolidação do “urbanismo” como especialidade e nas configurações de cidades do período. Exerceu suas funções, primeiro na Superintendência de Obras Públicas no início da República e na gestão de Antonio Prado, assumindo posições na Diretoria de obras públicas. Em 1911, na publicação da Revista da Escola Politécnica, Victor da Silva Freire assume o discurso da arquitetura ideal para habitação, com as indicações testadas em outros países para a melhoria da iluminação e ventilação internas dos ambientes construídos. Voltando-se para a abordagem mais adequada das residências e sua tipologia, reforça padrões de aberturas e alturas e sua aplicabilidade, segundo a geografia, o clima e as condições ambientais, elementos com ajustes socioculturais que deviam ser respeitados sob pena da perda dos princípios para a “salubridade”. (Leme *in* Ribeiro e Pechman, 1996; 251). Foi professor da Escola Politécnica, responsável por um manual de projetos e obras, enriquecido com atividades e novas experiências advindas de congressos e viagens. Trouxe para o âmbito municipal a título de inovações, parte das soluções e ideias inovadoras à época; contudo, manteve por muito tempo uma relação de interesses que mesclavam público e privado, com a “*Companhia City of São Paulo*” reforçando o perfil de negócios privilegiados comuns à elite naqueles anos de República (Bertoni,2015; p.76).

Parte das atitudes institucionais para o controle da salubridade que marcaria a atuação do urbanismo para a higiene em São Paulo nesse início do século XX estaria evidente na imprensa diária, no código sanitário e de posturas, nos boletins de associações e institutos, nas revistas. No encontro desses conhecimentos técnicos, configurar-se-ia a cidade como objeto de intervenção e reforma no início do século XX. Nesse contexto, a adesão às causas técnicas na transformação da cidade reuniria desde cientistas sociais à médicos, engenheiros

ANPUH-Brasil – 31º Simpósio Nacional de História Rio de Janeiro/RJ, 2021

e higienistas (Bertoni, idem, p.78). A escala de observação e intervenção vai se ampliando, da arquitetura passa-se às ruas, praças e às cidades. Criam-se órgãos de representação para os saberes e práticas sobre o urbano.

Com certa frequência podemos ler ou ouvir que foram as grandes epidemias e até certas endemias, as responsáveis pelo aparecimento dos “urbanistas”. Para Guido Zucconi (2001), no entanto, todas as grandes cidades ao longo da história foram marcadas por grandes desastres sanitários, desde a peste negra, varíola até as gripes. O que mudaria no século XX seria a abordagem do problema atestando a necessidade de uma profilaxia sanitária como forma preventiva nas patologias ambientais e que, além das condutas de quarentena ou restrições sanitárias, seria possível remediar tais problemas de contágio e transmissão, “com remédios estruturais, como instalações de defluxo, habitações salubres e espaços verdes (Zucconi, 2001, p.84) seguindo-se novos manuais e condutas preventivas. Mas essa consciência foi possível com o desenvolvimento de instrumentos e tecnologias, destacando-se entre outras a “topografia médico-estatística”. Após as descobertas da microbiologia de Pasteur e de Koch sobre a origem bacteriana das doenças, há uma maior compreensão sobre causa e efeito e das operações do corpo vivo em interações com a natureza. No início do século XX, o discurso médico já estaria marcado pela bacteriologia (Czeresnia, 1997, 71) e a visão de eliminar os males ou as patologias ambientais com essa abordagem positiva corroboraria na atualização da medicina urbana e do urbanismo. A cidade passa a ser também um organismo vivo a requerer para a “boa saúde”, a prevenção, o saneamento e a salubridade.

Tecnologias para a cidade

De todos os discursos científicos, o discurso médico, no final do século XIX e início do século XX, foi o que adquiriu maior notoriedade entre a vida social e política em transformação. No Brasil, em especial, já estava presente desde a Colônia e o Império (Costa;1979) (Machado;1978) como saber primordial para as condutas da vida social e familiar. Nesse sentido, Roberto Machado situa a importância da investigação histórica da medicina, pois ao contrário de outros estudos, a medicina social não nasce na atualidade e tampouco é resultado da emergência de outras tecnologias no capitalismo e assim também, não é característica da teoria e prática médica universal. Antes do século XIX não se encontraria a relação que se estabeleceria entre vida social e salubridade. Os princípios para a gestão dos núcleos coloniais estabeleciam - evitar a morte como objetivo principal, pois não era a doença

ANPUH-Brasil – 31º Simpósio Nacional de História Rio de Janeiro/RJ, 2021

que configurava o perigo a ser prevenido com medidas de garantias para a saúde, como veríamos no início do século XX, era, no entanto, tão somente, a morte.

Em países europeus e também o Brasil do XIX, uns nas primeiras décadas e outros nas últimas, o processo de transformações político-econômicas alcançaria saberes e práticas da medicina configurando uma tecnologia que se integrava à sociedade incorporando “o meio urbano como alvo da reflexão e da prática médica, e a situação da medicina como apoio científico indispensável ao exercício de poder do Estado” (Machado, 1978;155).

Importa também afirmar que o projeto político da medicina passa a ser a saúde e nesse sentido sua ação será dificultar por completo o aparecimento e disseminação da doença, impedindo as causas e os demais aspectos que dificultem o bem-estar da população.

“A inserção do indivíduo no social, a necessidade de conhecer o meio e agir para proteger o indivíduo de um perigo ao mesmo tempo médico e político não significa, porém, que a medicina saia de seu campo prévio de ação. Se a sociedade, por sua desorganização e mal funcionamento, é causa de doença, a medicina deve refletir e atuar sobre seus componentes naturais, urbanísticos e institucionais, visando a neutralizar todo perigo possível. Nasce o controle das virtualidades; nasce a periculosidade e com ela a prevenção.” (Ibidem)

A medicina moderna, portanto, é uma matéria que tem na sua origem o desenvolvimento de uma tecnologia instrumentalizada sobre o “corpo” social e somente um entre seus diversos aspectos é “individualista” e valoriza as relações médico-paciente. Segundo a hipótese de Foucault (1998), no capitalismo o que se vê não é a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário. Como exemplo, temos os códigos sanitários nos quais podem ser interpretadas as inversões. O Código Sanitário de 1894 em São Paulo, que sucede o de 1882 (Lei nº43 de 18 de julho) dispõe majoritariamente sobre o corpo coletivo da cidade e não mais prioritariamente sobre condutas, regulamentos e hábitos pessoais. “Desaparecem as normas para cuidados com criados, amas de leite e cocheiros, com o sossego público e sobre injúrias e ofensas à moral mas surgem 76 artigos no Capítulo II dedicado às “Habitações em geral” (Cordeiro et al 2010;Bresciani,p.21). Além das habitações coletivas, integradas por prisões, quartéis, internatos e hospitais, chama a atenção os capítulos que tratam, em destaque, das “habitações de classes pobres e habitações insalubres” demonstrando como os preceitos higienistas e a partir das funções exercitadas pelas comissões e inspeções de verificação das condições de salubridade configuraram saberes e normas que rapidamente investiram sobre as populações criando dispositivos em nome da sanidade pública. A este propósito, foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista em configuração. O corpo é uma realidade política e nesse sentido a medicina se tornou uma estratégia política.

ANPUH-Brasil – 31º Simpósio Nacional de História Rio de Janeiro/RJ, 2021

A exemplo da influência que o Brasil recebeu da França e como o modelo da medicina urbana se propagou entre os profissionais em São Paulo, considero aqui uma breve ontologia do modelo de intervenção nas cidades (Foucault, 1998) que ao contrário do modelo alemão possui características que nos aproximam, visto que, tanto a medicina social francesa como a brasileira possuem a urbanização como suporte, embora o modelo da medicina social inglesa tenha elementos aos quais poderíamos traçar analogias, num outro momento. Dito isso, recuperamos que a medicina social surge como mediação entre as dificuldades enfrentadas ainda no século XVIII, para a criação de uma unidade territorial inexistente, diante de inúmeros interesses conflitantes nos povoados e cidades. Tais disputas se davam entre os poderes exercidos pela Igreja e suas diferentes ordens religiosas, por corporações de ofícios, comunidades senhoriais de leigos, cada qual com suas regras e normas, além da força dos representantes do Rei, como a polícia e os parlamentares.

A questão do papel da unificação do poder urbano que se tornaria o futuro desempenho do Estado teve, a princípio nas cidades maiores francesas, a missão de organizar o corpo urbano por meio de códigos e regulamentação centralizada. Há, na hipótese de Foucault (1998), dois motivos principais para isso: motivos econômicos – à medida que a vida comercial e seus mercados arregimentavam relações locais, regionais e nacionais, passava a ser impossível operar com múltiplas leis e regras no âmbito diverso de cada uma das instituições e entidades. Adicionado a isso, o início da indústria requisita também soluções para a cidade não apenas como lugar, requerido para o comércio, mas também de produção, com regras coerentes, específicas e não conflitantes. Outros motivos são os políticos e respondem ao adensamento das cidades europeias como Londres e Paris no início do século XIX, com o surgimento da população operária que iria transformar-se no proletariado, cujas relações com a burguesia desenrolam-se de forma tensa e com conflitos urbanos. O que eram as diferenças de ofícios se transforma numa cisão entre pobres e ricos. As revoltas de subsistência, consequência da alta de preços ou queda de salários conduziria às sublevações, saques e no limite à própria Revolução Francesa. De certa forma, as revoltas urbanas tornam-se alvo do poder político em suas estratégias de perscrutar e controlar a população.

Além disto, um aspecto em destaque surge pelo medo da cidade e dos males que representava. As aglomerações, a sujeira, as doenças, os miasmas e cemitérios constituíam focos de pânico. Para dominar esses fenômenos médicos e políticos, pelo clamor da burguesia, criaram-se soluções baseadas no antigo modelo da quarentena e no seu regulamento de urgência. Em resumo, o regulamento obrigava as pessoas a permanecerem

ANPUH-Brasil – 31º Simpósio Nacional de História Rio de Janeiro/RJ, 2021

em suas casas; a cidade devia ser dividida em bairros e os inspetores deviam vigiar diariamente as casas para posteriormente informarem em seus relatos, o número de vivos e mortos. A limpeza e purificação das habitações e de ambientes “doentes” era feita com a queima de diferentes ervas e uso de perfumes. O segundo modelo utilizado para as “doenças” na cidade adveio da lepra e caracterizava-se pela exclusão. O doente era expulso para um local distante, um hospital de isolamento e a purificação da cidade era, então, garantida. Foucault (1998) lembra que medicalizar alguém era expulsá-lo da cidade, porque a medicina consistia numa prática de exclusão de doentes, loucos, mendigos e criminosos. Já no esquema estabelecido pela medicina contra a peste, a solução estava em distribuir os indivíduos, isolá-los, vigiá-los, constatando o estado de saúde de cada um, esquadrinhando os espaços internos e externos

“E o esquema suscitado pela peste; não mais a exclusão, mas o internamento; não mais o agrupamento no exterior da cidade, mas ao contrário, a análise minuciosa da cidade, a análise individualizante, o registro permanente; não mais um modelo religioso, mas militar. É a revista militar e não a purificação religiosa que serve, fundamentalmente, de modelo longínquo para esta organização político-médica.” (Foucault 1998, p.89)

Nessa direção, ainda, a medicina urbana que emerge na França na segunda metade do século XVIII e início do XIX, é um aperfeiçoamento do esquema político-médico da quarentena medieval. Também a higiene pública é uma variação de um dos temas da quarentena, segundo Foucault (1998, idem) derivando daí a medicina urbana que tinha três grandes objetivos: Analisar os lugares de aglomerações no espaço urbano, antecipando a formação de epidemias ou endemias, também pela proximidade de cemitérios e a forma como os corpos eram enterrados. Nesse sentido transforma-se o trato dos mortos em função das determinações político-sanitárias. Os cemitérios mudam-se para as periferias. No nosso caso, deixam as Igrejas para ocupar áreas públicas com sepulturas individualizadas. Outro objetivo seria uma nova atenção à circulação, não de indivíduos, mas de coisas como a água e o ar. Pensava-se o ar na teoria dos miasmas como um agente de doenças que por ação mecânica, agia pressionando os corpos. Para fazer com que o ar fosse sadio era necessário não bloqueá-lo entre muros, casas e ambientes internos. Daí que as grandes avenidas tornar-se-iam alvos tão perseguidos nas reformas urbanas, diante da crença que ajudariam a airar e manter a saúde pública. No caso da água, também era importante permitir sua circulação e fluidez. Não se podia represá-la, no caso dos rios, o que costumava condensar umidade às margens trazendo prejuízo ao ar. Diante dessa crença, eram demolidas e proibidas a construção de casas nas pontes e às suas margens, entendendo que obstruindo-se a circulação do rio, impediam que se levassem e lavassem os miasmas para purificação da cidade. Eis o importante aspecto original do que viria a ser um campo de atuação da

ANPUH-Brasil – 31º Simpósio Nacional de História Rio de Janeiro/RJ, 2021

engenharia sanitária. O outro aspecto apontado por Foucault diz respeito à organização dos espaços segundo “distribuições e sequências” (idem, p.91) de elementos para a vida na cidade como a posição das fontes para abastecimento de água limpa separadamente do sistema de esgotos de modo a impedir a contaminação. Essa desordem teria sido responsável pelas principais doenças epidêmicas das cidades europeias. Vai daí que em meados do século XVIII já havia sido elaborado o primeiro plano hidrográfico da cidade de Paris, em que era possível identificar os pontos corretos em que se podia dragar água não contaminada pelos esgotos.

A medicalização da cidade foi de extrema importância pois conseguiu reunir diferentes especialidades técnicas e científicas avançando de um conhecimento sobre o individual para o coletivo. A medicina urbana configurou-se como uma medicina intermediária, por assim dizer. Não sendo uma medicina de organismos humanos, mas uma medicina das condições de vida, ajudou a criar a consciência do meio ambiente.

”A relação entre organismo e meio será feita simultaneamente na ordem das ciências naturais e da medicina, por intermédio da medicina urbana. Não se passou da análise do organismo à análise do meio ambiente. A medicina passou da análise do meio à dos efeitos do meio sobre o organismo e finalmente à análise do próprio organismo.” (Idem, p.93)

A noção de meio ambiente também será imprescindível à medicina social na sua concepção de salubridade e é com relação a essa que decorrerá a noção de higiene pública. Todo o desenvolvimento operativo para controle e transformação das condições de vida na cidade que poderão colocar em risco a saúde, sofrerão as ações da higiene pública, pois o controle “político-científico” terá a salubridade como objetivo, sendo essencial no quadro das diferentes especialidades da cidade, cuja mediação será da medicina urbana.

Considerações finais

O federalismo que advém da República na prática, acaba ultrapassado pelo poder central das oligarquias regionais, que se sobrepõe. Aos grupos oligárquicos bastaria apenas que o poder central se ocupasse do controle fiscal e militar. De todo modo, na política dos governadores, os gastos para o saneamento do espaço social eram altos, pois dependiam de outros investimentos de infra estrutura, logo era importante que a aliança com o poder executivo fosse feita. No caso paulista, há diferenças significativas apontadas pela emergência dos problemas decorrentes da falta de políticas de higiene e saúde na província, capazes de permitir, em caráter mínimo, a vinda de imigrantes para o trabalho nas fazendas de café, o

ANPUH-Brasil – 31º Simpósio Nacional de História Rio de Janeiro/RJ, 2021

que garantiu o protagonismo no modelo criado em política de higiene e saúde. De modo geral, a medicina e a higiene pública institucionalizaram-se conjuntamente ao Estado republicano brasileiro numa mesma ordenação política cuja capilaridade estaria evidente no Campanhismo⁶ médico e no processo de urbanização dos espaços e de alteração de comportamentos individuais e coletivos na cidade, sendo necessário para tanto, agir sobre os corpos dos indivíduos, substituindo a ordem jurídica pelos dispositivos de normas e censura às posturas inaceitáveis. Ao conjunto das exigências o ideal era atingir as condições de salubridade por meio da higiene. Ao abandonar antigas práticas e com os novos estatutos da microbiologia, a engenharia sanitária avançaria a passos largos, juntamente à higiene médica no controle das populações, criando espaços de habitação e trabalho mais adequados e, um conjunto de especialidades profissionais com repertório de soluções testadas em cidades europeias, a princípio.

Além de considerar os pressupostos sanitários como campo de investimentos do capital, desde o final do século XIX até os primeiros quinquênios do XX (Hochman, 2013; p.201), seria possível também considerar que além da intensa circulação de experiências trazidas de outros contextos europeus, o urbanismo sanitarista em São Paulo no período assinalado demonstra, diante da autonomia política e do controle decisório da elite para assuntos de higiene, saúde e salubridade; como o poder do capital privado em São Paulo foi responsável pela ordenação urbana dos diferentes espaços, públicos e privados, redistribuindo seus habitantes de acordo com os preceitos da cidade ideal. São os projetos e obras dos especialistas urbanos, somados aos empreendimentos de companhias estrangeiras aplicados tanto na Capital quanto no interior de São Paulo, em paralelo ao traçado das ferrovias, que coordenaram as escolhas feitas e até tornaram-se responsáveis por assemelhadas feições, paisagens e soluções urbanas adotadas no período (Fapesp:Bresciani;2010).

Por fim, ainda que as diferenças possam ser justificadas pela consolidação do poder político oligárquico e inclusive reiterado pela autonomia assumida na descentralização, há aspectos políticos e econômicos da ordem do capitalismo, da formação do mercado interno e da consolidação do mercado internacional, como forças diretamente vinculadas ao liberalismo, às formas de governo e instituições, cujos princípios passam a determinar o valor de bens e serviços, a sociedade e até comportamentos, verdades, crime e morte presentes no mundo

⁶ As políticas de saúde estiveram segmentadas por atendimentos às populações urbanas e de ações voltadas à interiorização no Brasil rural no combate às endemias, também conhecido por “Campanhas” de combate à doenças.

ANPUH-Brasil – 31º Simpósio Nacional de História Rio de Janeiro/RJ, 2021

urbano do século XX; que aguardam uma nova oportunidade de reflexão, discussão e apresentação, das versões de poderes e novas capilaridades.

Bibliografia

BEIGUELMAN, P. **A Formação do Povo no Complexo Cafeeiro**: Aspectos Políticos. São Paulo :Livraria Pioneira Editora, 1978.

-----**Pequenos Estudos de Ciência Política**. São Paulo: Ed.Livraria Pioneira, 1973.

CALABI, D. **História do Urbanismo Europeu**: Questões, Instrumentos, Casos Exemplos. São Paulo: Perspectiva Editores, 2008

CORDEIRO, L. C. (Org) **Os cortiços de Santa Ifigênia**: sanitário e urbanização (1893), São Paulo : Imprensa Oficial do Estado de São Paulo|Arquivo Público do Estado de São Paulo, 2010.

COSTA, J.F. **Ordem Médica e Norma Familiar** . Rio de Janeiro: Graal Edições, 1979.

COSTA, Viotti, E. **Da Monarquia à República** - São Paulo:Ed UNESP, 9ª edição, 1998.

CZERESNIA, D. **Do Contágio à Transmissão**: Ciência e Cultura na Gênese do Conhecimento Epidemiológico. Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 1997.

FERNANDES, F. **O negro no mundo dos brancos**. São Paulo: Global Editora, 2ª. Edição, 2007..

FOUCAULT, M. **Em Defesa da Sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

----- **Microfísica do Poder**. , Rio de Janeiro: 13ª edição, Ed Graal, 1998.

HOCHMAN, G. **A Era do Saneamento**: As bases da política de Saúde Pública no Brasil. São Paulo: Hucitec Editora, 3ª.edição, 2013.

ANPUH-Brasil – 31º Simpósio Nacional de História Rio de Janeiro/RJ, 2021

KOWARICK, L. **Trabalho e vadiagem** – A origem do trabalho livre no Brasil. São Paulo: Brasiliense, 1987.

LOWRIE, S.; DAVIS, H. - **As pesquisas sobre o padrão de vida dos trabalhadores da cidade de São Paulo**. São Paulo: Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo, 2008.

LUZ, M. T. **Medicina e Ordem Política Brasileira: Políticas e Instituições de Saúde (1850-1930)**. Rio de Janeiro. Graal Edições, 1982.

MACHADO, R. et Al., **Danação da Norma: Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro, Graal Edições, 1978.

MEHRY, E.E. **O Capitalismo e a Saúde Pública: A Emergência das Práticas Sanitárias no Estado de São Paulo**. Campinas: Papyrus Editora, 1987.

PRADO Junior.C. **História Econômica do Brasil**. São Paulo: 30ª Edição, Brasiliense, 1984.

LEME, M. C. S. A formação do urbanismo como disciplina e profissão: São Paulo na primeira metade do século XX. In: (RIBEIRO & PECHMAN). **Cidade, Povo e Nação** – Gênese do urbanismo moderno. Rio de Janeiro: Ed Civilização Brasileira, 1996.pp.(245-258).

SANTOS,C.J.Ferreira., **Nem tudo era italiano: São Paulo e pobreza (1890-1915)**. São Paulo: Annablume FAPESP, 1998.

TOLEDO, B.L., **São Paulo: três cidades em um século**. São Paulo: Cossac Naif, 2007.

ZUCCONI, G. **A Cidade do Século XIX**. São Paulo: Perspectiva Editora, 2000.

BERTONI, A. “A engenharia sanitária a serviço do urbanismo: a contribuição de Saturnino de Brito e Victor da Silva Freire para a construção dos saberes urbanos”. **Revista RISCO de Pesquisa em arquitetura e urbanismo IAU USP**. São Paulo: 22| 2| 2015.pp (74-83).

MASTROMAURO, G. C. “Alguns aspectos da saúde pública e do urbanismo higienista em São Paulo no final do século XIX”.**Cadernos de História da Ciência – Instituto Butantan**. São Paulo: Vol VI (2) Jul-Dez 2010.pp (45 – 64).

ANPUH-Brasil – 31º Simpósio Nacional de História Rio de Janeiro/RJ, 2021

BRESCIANI, M. S. e HAAG, C. "A Cidade dos Engenheiros". **Revista Pesquisa FAPESP**. São Paulo: nº 178, 12|06|2010.

JORI, G. "Población, política sanitaria e higiene pública en la España del siglo XVIII". **Revista de Geografía Norte Grande**. Barcelona: no. 54, mayo de 2013.